

Luxembourg

Revue du système de santé

Katharina Rausch
Catherine Goetzinger
Anne-Charlotte Lorcy
Béatrice Durvy
Juliane Winkelmann
Michelle Falkenbach



OBSERVATOIRE
NATIONAL DE LA SANTÉ

European
Observatory 
on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Les responsables de cette Revue du système de santé sont Béatrice Durvy, Juliane Winkelmann, Michelle Falkenbach (éditrices), et Anna Maresso (coordinatrice de la série).

Comité éditorial

Éditeurs de la série

Reinhard Busse, Université technique de Berlin (Allemagne)

Josep Figueras, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Martin McKee, London School of Hygiene & Tropical Medicine (Royaume-Uni)

Elias Mossialos, London School of Economics and Political Science (Royaume-Uni)

Ewout van Ginneken, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Coordinatrice de la série

Anna Maresso, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Équipe éditoriale

Jonathan Cylus, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Béatrice Durvy, Université technique de Berlin (Allemagne)

Astrid Eriksen, Université technique de Berlin (Allemagne)

Michelle Falkenbach, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Cristina Hernández-Quevedo, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Katherine Polin, Université technique de Berlin (Allemagne)

Marina Karanikolos, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Yulia Litvinova, Université technique de Berlin (Allemagne)

Sherry Merkur, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Dimitra Panteli, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Wilm Quentin, Université technique de Berlin (Allemagne)

Bernd Rechel, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Erica Richardson, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Anna Sagan, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Giada Scarpitti, Université technique de Berlin (Allemagne)

Nathan Shuftan, Université technique de Berlin (Allemagne)

Erin Webb, Université technique de Berlin (Allemagne)

Juliane Winkelmann, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Comité consultatif international

Tit Albreht, Institut de santé publique (Slovénie)

Carlos Alvarez-Dardet Díaz, Université d'Alicante (Espagne)

Rifat Atun, Harvard University (USA)

Armin Fidler, Centre de gestion d'Innsbruck

Colleen Flood, Université de Toronto (Canada) Péter Gaál, Université de Semmelweis (Hongrie)

Unto Häkkinen, Institut national de la santé et de la protection sociale (Finlande)

William Hsiao, Harvard University (USA)

Allan Krasnik, Université de Copenhague (Danemark) Joseph Kutzin, Organisation mondiale de la santé

Soonman Kwon, Université nationale de Séoul (République de Corée)

John Lavis, McMaster University (Canada)

Vivien Lin, La Trobe University (Australie)

Greg Marchildon, Université de Régina (Canada) Charles Normand, Université de Dublin (Irlande)

Robin Osborn, The Commonwealth Fund (USA)

Dominique Polton, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS, France)

Sophia Schlette, Association des médecins de l'assurance maladie officielle fédérale (Allemagne)

Igor Sheiman, École des hautes études en économie (Fédération de Russie)

Peter C. Smith, Imperial College (Royaume-Uni)

Wynand P.M. van de Ven, Université Erasmus (Pays-Bas)

Witold Zatonski, Centre de lutte contre le cancer – mémorial Marie Skłodowska-Curie (Pologne)

Systèmes de santé en transition

Luxembourg

Revue du système de santé 2024

Katharina Rausch

Observatoire national de la santé

Catherine Goetzinger

Observatoire national de la santé

Anne-Charlotte Lorcy

Observatoire national de la santé

Béatrice Durvy

Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et Université technique de Berlin

Juliane Winkelmann

Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Michelle Falkenbach

Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé



L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé soutient et encourage l'élaboration de politiques fondées sur des bases probantes, grâce à des analyses complètes et rigoureuses des systèmes de santé en Europe. Il rassemble un large panel de responsables politiques, d'universitaires et de praticiens pour analyser les tendances en matière de réforme de la santé, en s'appuyant sur l'expérience à travers l'Europe pour éclairer les enjeux politiques.

L'Observatoire est un partenariat hébergé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui comprend des organisations internationales (la Commission européenne) ; des gouvernements nationaux et régionaux (Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, Irlande, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse et la région de la Vénétie en Italie – avec Agenas) ; d'autres organisations sanitaires (l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de France, the Health Foundation) ; et des organisations universitaires (London School of Economics and Political Science [LSE] et London School of Hygiene & Tropical Medicine [LSHTM]). L'Observatoire a un secrétariat à Bruxelles et des centres à Londres (à LSE et à LSHTM) et à l'Université technique de Berlin.

© Organisation mondiale de la santé 2025

légissant en tant qu'organisation hôte et secrétariat de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé)

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ou l'un de ses partenaires, approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS et de celui de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé est interdite. La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ni par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ; elle a été réalisée par l'Observatoire national de la santé du Luxembourg. Par rapport à la version originale en anglais, des mises à jour mineures ont été apportées concernant quelques incohérences factuelles. L'OMS et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ne sauraient être tenus pour responsables du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi.

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (www.wipo.int/amc/en/mediation/rules).

Proposition de citation. Rausch K, Goetzinger C, Lorcy AC, Durvy B, Winkelmann J, Falkenbach M. Luxembourg : Revue du système de santé. *Systèmes de santé en transition*. Copenhague : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2025 Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source (CIP). Les données CIP sont disponibles à l'adresse : <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir www.who.int/publications/book-orders. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir contact@obs.who.int.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ou de l'un de ses partenaires, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ou l'un de ses partenaires, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés.

Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite.

La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ou l'un de ses partenaires ne sauraient être tenus responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Seuls les auteurs cités sont responsables des opinions exprimées dans cette publication. Les positions et opinions exprimées dans les publications de l'Observatoire ne représentent pas forcément la politique officielle des organisations participantes.

ISSN (version imprimée) 1817-6119 Vol. 26 No. 4

ISBN (version imprimée) 9789289014663

ISSN (version Web) 1817-6127 Vol. 26 No. 4

ISBN (version Web) 9789289014656

Sommaire

<i>Préface</i>	v
<i>Remerciements</i>	vii
<i>Abréviations</i>	xi
<i>Listes des tableaux, figures et encadrés</i>	xv
<i>Résumé</i>	xix
<i>Synthèse</i>	xxi
<i>Introduction</i>	1
1.1 <i>Géographie et sociodémographie</i>	2
1.2 <i>Contexte économique</i>	5
1.3 <i>Contexte politique</i>	7
1.4 <i>Etat de santé</i>	8
<i>Organisation et gouvernance</i>	13
2.1 <i>Contexte historique</i>	14
2.2 <i>Organisation</i>	16
2.3 <i>Décentralisation et centralisation</i>	23
2.4 <i>Planification</i>	23
2.5 <i>Intersectorialité</i>	25
2.6 <i>Systèmes d'information en santé</i>	27
2.7 <i>Réglementation</i>	28
2.8 <i>Sains centrés sur la personne</i>	38
<i>Financement</i>	45
3.1 <i>Dépenses de santé</i>	46
3.2 <i>Provenance des recettes et flux de financement</i>	52
3.3 <i>Vue d'ensemble du système de financement public</i>	56
3.4 <i>Dépenses à la charge des ménages</i>	67
3.5 <i>Assurance maladie volontaire</i>	72
3.6 <i>Autres financements</i>	74
3.7 <i>Mécanismes de paiement</i>	75

<i>Ressources physiques et humaines</i>	81
4.1 <i>Ressources physiques</i>	82
4.2 <i>Ressources humaines</i>	89
<i>Prestation de services</i>	99
5.1 <i>Santé publique</i>	100
5.2 <i>Parcours de soins des patients</i>	106
5.3 <i>Soins primaires</i>	108
5.4 <i>Soins spécialisés</i>	113
5.5 <i>Soins d'urgence</i>	115
5.6 <i>Soins pharmaceutiques</i>	118
5.7 <i>Soins de rééducation et de réadaptation/moyen séjour</i>	121
5.8 <i>Soins de longue durée</i>	121
5.9 <i>Services pour les aidants</i>	126
5.10 <i>Soins palliatifs</i>	127
5.11 <i>Soins de santé mentale</i>	128
5.12 <i>Soins dentaires</i>	131
<i>Principales réformes du secteur de la santé</i>	133
6.1 <i>Analyse des réformes récentes</i>	133
6.2 <i>Perspectives d'avenir</i>	139
<i>Évaluation du système de santé</i>	143
7.1 <i>Gouvernance du système de santé</i>	145
7.2 <i>Accessibilité</i>	149
7.3 <i>Protection financière</i>	154
7.4 <i>Qualité des soins de santé</i>	158
7.5 <i>Résultats du système de santé</i>	162
7.6 <i>Efficience du système de santé</i>	166
<i>Conclusion</i>	171
<i>Annexes</i>	175
9.1 <i>Références</i>	175
9.2 <i>Liens utiles</i>	191
9.3 <i>Méthodologie et production des HIT</i>	192
9.4 <i>A propos des auteurs</i>	196

PRÉFACE

La série de rapports sur les *Systèmes de santé en transition* présente, par pays, une revue détaillée du système de santé et des projets en cours ou en développement portant sur les réformes et les politiques dans un pays donné. Chaque revue est conduite par des experts nationaux en collaboration avec le personnel de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Afin de faciliter la comparaison entre les pays, les revues sont basées sur un modèle défini par l'Observatoire européen, qui est révisé périodiquement. Ce modèle fournit des lignes directrices détaillées, de même que des questions spécifiques, des définitions et des exemples servant à produire un rapport.

La série *Systèmes de santé en transition* vise à fournir des informations pertinentes pour soutenir les décideurs et les analystes dans le développement des systèmes de santé en Europe et dans d'autres pays. Ils constituent des fondements qui peuvent servir à :

- développer une compréhension détaillée des différentes approches utilisées de l'organisation, du financement, de la prestation des services de santé et du rôle des principaux acteurs des systèmes de santé ;
- décrire le cadre institutionnel, le processus, le contenu et la mise en œuvre des programmes de réforme des soins de santé ;
- mettre en évidence les défis et les domaines nécessitant une analyse plus approfondie ;
- fournir un outil pour diffuser de l'information sur les systèmes de santé et promouvoir l'échange d'expériences sur les stratégies de réforme entre les décideurs et les analystes de différents pays ; et
- aider d'autres chercheurs dans leur travail d'analyse comparative approfondie des politiques de santé.

La compilation des revues pose un certain nombre de problèmes d'ordre méthodologique. Dans de nombreux pays, il existe relativement peu d'informations sur le système de santé et l'impact des réformes. En raison de l'absence de source uniforme de données, les données quantitatives relatives aux services de santé sont basées sur différentes sources, y compris les données des bureaux nationaux de statistiques, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), du Fonds monétaire international (FMI), des Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale, ainsi que toute autre source de données pertinente jugée utile par les auteurs. Les méthodes de collecte de données et les définitions peuvent varier, mais elles sont généralement cohérentes au sein de chaque revue.

Une revue standardisée présente certains inconvénients car le financement et la prestation de soins de santé diffèrent d'un pays à l'autre. Toutefois, il comporte aussi des avantages, car il soulève des questions et des problématiques similaires. Les rapports de la série *Systèmes de santé en transition* peuvent servir à informer les responsables politiques des expériences dans les autres pays qui pourraient être pertinentes pour leur propre situation nationale. Ils peuvent également être utilisés pour éclairer l'analyse comparative des systèmes de santé. Cette série est une initiative permanente et le matériel est mis à jour régulièrement.

Les commentaires et suggestions pouvant aider à élaborer et à améliorer cette série de rapports sont très appréciés et peuvent être envoyés à contact@obs.who.int.

Les rapports et les résumés de la série *Systèmes de santé en transition* sont disponibles sur le site Web de l'Observatoire (www.healthobservatory.eu).

REMERCIEMENTS

La Revue du système de santé du Luxembourg a été coproduite pour la série *Systèmes de santé en transition* par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et l'Observatoire national de la santé du Luxembourg. Le rôle de ce dernier est de guider les décisions et les politiques de santé, en évaluer l'impact en mettant en réseau les données entre elles (portant par exemple sur l'état de santé, les déterminants de santé, les ressources non monétaires et l'utilisation du système de santé et de soins). L'Observatoire national de la santé vise à générer des informations à l'aide des données disponibles et à les mettre en perspective (grâce à des comparaisons historiques et des benchmarking internationaux) pour identifier des pistes d'amélioration. L'Observatoire national de la santé est une administration placée sous l'autorité du ministre ayant la Santé dans ses attributions, mais la loi du 2 mars 2021 lui confère une indépendance scientifique et professionnelle en ce qui concerne ses outils d'observation, ses constats et ses propositions.

La présente édition a été rédigée par Katharina Rausch, Catherine Goetzinger et Anne-Charlotte Lorcy (Observatoire national de la santé). Elle a été éditée par Béatrice Durvy, Juliane Winkelmann et Michelle Falkenbach, avec le soutien d'Anna Maresso et de Marina Karanikolos, de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Elle s'appuie sur *HiT in Brief 2015* [Aperçu sur un système de santé en transition, 2015], qu'elle étoffe considérablement ; *HiT in Brief 2015* avait été rédigé par Françoise Berthet, Anne Calteux, Michèle Wolter et Laurence Weber, et édité par Ewout van Ginneken et Anne Spranger.

L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, et l'Observatoire national de la santé du Luxembourg expriment leur gratitude à Kenneth Grech (Département de la direction et de la gestion des systèmes de santé, Université de Malte) et à Raymond Wagener (Directeur honoraire de l'Inspection générale de la sécurité sociale du Luxembourg) pour la

révision du rapport. Ce rapport a bénéficié des informations et des précieux commentaires apportés aux diverses versions du manuscrits par les institutions suivantes : ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, Direction de la santé, Inspection générale de la sécurité sociale, Service national d'information et de médiation, Observatoire national de la santé, Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, ministère de la Famille (Division des personnes âgées), Caisse nationale de santé et Centre commun de la sécurité sociale.

Les auteurs souhaitent également remercier Ala'a Al Kerwi (Section 1.4), Mike Schwebag, Maité Poos (Section 2.8), Stephanie Sorvillo, Juliana D'Alimonte (Section 5.11) et Tanja Ducomble (Section 7.5) pour leur contribution essentielle aux premières versions du rapport. Ils expriment leur reconnaissance aux divers acteurs du système de santé ayant participé aux ateliers qui ont servi de base au chapitre 7 et ont fait part de leurs précieuses observations. Des remerciements particuliers vont également à Karine Chevreul pour la modération de ces ateliers et son aide précieuse pendant la production du rapport. Les auteurs remercient le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour leur base de données *European Health for All database* – de laquelle les données sur les services de santé ont été extraites –, l'OCDE pour leurs données sur les services de santé en Europe occidentale, la Banque mondiale pour leurs données sur les dépenses de santé dans les pays d'Europe centrale et orientale, et la Commission européenne pour la base de données Eurostat. Ils expriment également leur reconnaissance au STATEC – l'Office statistique au Luxembourg – et aux autres détenteurs de données nationales pour leur avoir partagé leur expertise et leurs données.

Le présent rapport a eu recours aux données disponibles jusqu'en août 2024 et reflète l'organisation du système de santé à cette même date, sauf indication contraire.

L'Observatoire est un partenariat qui comprend les gouvernements d'Autriche, de Belgique, de Finlande, d'Irlande, de Norvège, des Pays-Bas, du Royaume-Uni, de Slovénie, de Suède et de Suisse ; la région de la Vénétie en Italie (avec Agenas) ; l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de France ; l'OMS ; la Commission européenne ; la *London School of Economics and Political Science* (LSE) et la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* (LSHTM). Le partenariat est hébergé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. L'Observatoire est composé d'un Comité

directeur, d'une équipe en charge de la gestion principale, d'un groupe de recherche sur les politiques et de membres du personnel. Son secrétariat est établi à Bruxelles et il possède des bureaux à Londres (à la LSE et la LSHTM) et à l'Université technique de Berlin. L'équipe de l'Observatoire en charge du présent rapport est conduite par Josep Figueras (Directeur), Elias Mossialos, Martin McKee et Reinhard Busse (Codirecteurs), Ewout van Ginneken et Suszy Lessof. Le Programme de suivi des pays de l'Observatoire et la série *Systèmes de santé en transition* sont coordonnés par Anna Maresso.

La production et l'édition du présent rapport ont été coordonnées par Jonathan North, avec le soutien de Lucie Jackson, Lesley Simon (correction) et Sarah Moncrieff (conception et mise en page).

ABRÉVIATIONS

AEC	Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance
ALMPS	Agence luxembourgeoise des médicaments et produits de santé
Art.	Article
ASFT	Activité Sociale, Familiale et Thérapeutique Loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CAPAT	Cercle des Associations de Patients
CCSS	Centre commun de la sécurité sociale
CEM	Cellule d'expertise médicale
CGDIS	Corps grand-ducal d'incendie et de secours
CMCM	Caisse médico-complémentaire mutualiste
CMFEC	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux
CMFEP	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics
CMSS	Contrôle médical de la sécurité sociale
CNS	Caisse nationale de santé
CPH	Commission permanente du secteur hospitalier
CSS	Code de la sécurité sociale
CUSS	Couverture universelle des soins de santé
DSP	Dossier de soins partagé
DTC	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
EBG	Enveloppe budgétaire globale
EEE	Espace économique européen

EHIS	European Health Interview Survey
EMCFL	Entraide Médicale des CFL
FHL	Fédération des hôpitaux luxembourgeois
FMI	Fonds monétaire international
FNML	Fédération nationale de la mutualité luxembourgeoise
Hib	Haemophilus influenzae type b
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LIH	Luxembourg Institute of Health
LNS	Laboratoire national de santé
LSE	London School of Economics and Political Science
LSHTM	London School of Hygiene & Tropical Medicine
M3S	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale
MEVS	Médecins en voie de spécialisation
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONA	Office national de l'accueil
OTAN	Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
PAS	Standard de pouvoir d'achat
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PREM	Patient Reported Experience Measure
PROM	Patient Reported Outcome Measure
RNB	Revenu national brut
SAMU	Service d'aide médicale urgente
STATEC	Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg
TMS	Taux de mortalité standardisé

TPS	Tiers payant social
UE	Union européenne
UE des 27	27 États membres de l'Union européenne après le 1er février 2020
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

LISTES DES TABLEAUX, FIGURES ET ENCADRÉS

■ Tableaux

TABLEAU 1.1	Evolution de la population/des indicateurs démographiques pour certaines années	5
TABLEAU 1.2	Indicateurs macroéconomiques pour certaines années	6
TABLEAU 1.3	Espérance de vie pour certaines années	8
TABLEAU 1.4	Indicateurs de mortalité et de santé pour certaines années	9
TABLEAU 2.1	Vue d'ensemble de la régulation des prestataires de soins de santé	31
TABLEAU 2.2	Information des patients	39
TABLEAU 2.3	Choix du patient	41
TABLEAU 2.4	Droits du patient	43
TABLEAU 3.1	Évolution des dépenses de santé au Luxembourg de 2012 à la dernière date disponible, pour certaines années	49
TABLEAU 3.2	Dépenses de santé (en % des dépenses courantes de santé) par fonction et type de financement, 2022	55
TABLEAU 3.3	Dépenses de santé à la charge de l'usager	68
TABLEAU 3.4	Mécanismes de paiement des prestataires	75
TABLEAU 4.1	Évolution du nombre de lits d'hôpitaux au Luxembourg, pour 100 000 habitants, par type, de 2013 à 2022	83
TABLEAU 4.2	Technologies d'imagerie diagnostique (équipements d'IRM et de tomodensitométrie CT) par million d'habitants en 2021	87
TABLEAU 5.1	Programmes de dépistage au Luxembourg	104
TABLEAU 6.1	Principales réformes et changements législatifs en matière de santé de 2010 à 2023	134

■ Figures

FIG. 1.1	Carte du Luxembourg et répartition de la population	3
FIG. 1.2	Facteurs de risque affectant l'état de santé en 2021	11
FIG. 2.1	Vue d'ensemble du système de santé : relations organisationnelles entre les principaux acteurs	17
FIG. 2.2	Principaux droits du patient tels qu'énoncés dans la loi de 2014 relative aux droits et obligations d patient	42
FIG. 3.1	Dépenses courantes de santé en proportion (%) du PIB dans la Région européenne de l'OMS, 2021	47
FIG. 3.2	Évolution des dépenses courantes de santé en proportion (%) du PIB au Luxembourg et dans certains pays de 2000 à 2022	48
FIG. 3.3	Dépenses courantes de santé exprimées en parités de pouvoir d'achat (dollars US courants) par habitant dans la Région européenne de l'OMS, 2021	50
FIG. 3.4	Dépenses publiques de santé en pourcentage (%) des dépenses courantes de santé dans la Région européenne de l'OMS (à la dernière date disponible)	51
FIG. 3.5	Flux financiers du système de santé du Luxembourg	54
FIG. 4.1	Nombre total de lits pour 100 000 habitants au Luxembourg et dans certains pays, de 2000 à 2022	84
FIG. 4.2	Infirmiers et médecins en exercice pour 100 000 habitants en 2021	91
FIG. 4.3	Nombre de médecins en exercice pour 100 000 habitants au Luxembourg et dans certains pays de 2000 à 2021	91
FIG. 4.4	Nombre d'infirmiers en exercice pour 100 000 habitants au Luxembourg et dans certains pays de 2000 à 2021	92
FIG. 5.1	Consultations autodéclarées de médecins généralistes et de spécialistes, respectivement	110
FIG. 7.1	Besoins non satisfaits d'examens médicaux pour des motifs de coût, de temps d'attente ou de distance, par quintile de revenus dans l'UE et l'EEE en 2023	153
FIG. 7.2	Dépenses de santé à la charge des ménages en proportion des dépenses courantes de santé au Luxembourg et dans certains pays de 2012 à 2022	155
FIG. 7.3	Part des ménages ayant effectué des dépenses de santé catastrophiques par quintile de consommation (dernière année avant la pandémie de COVID-19)	156
FIG. 7.4	Taux d'hospitalisations évitables pour asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, hypertension et diabète au Luxembourg et dans certains pays en 2021 (pour 100 000 habitants)	161

FIG. 7.5	Mortalité évitable par prévention et par traitement au Luxembourg et dans certains pays en 2011 et 2021 (ou à la dernière date disponible, taux de mortalité standardisé selon l'âge, toutes personnes confondues, pour 100 000 habitants)	164
FIG. 7.6	Taux de mortalité évitable par traitement pour 100 000 habitants, comparé aux dépenses de santé par habitant en 2021	167

■ Encadrés

ENCADRÉ 2.1	Les capacités d'élaboration et de mise en œuvre des politiques sont-elles suffisantes ?	24
ENCADRÉ 2.2	Comment les secteurs ont-ils collaboré pendant la pandémie de COVID-19 ?	26
ENCADRÉ 2.3	Quelles sont les initiatives visant à améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux ?	32
ENCADRÉ 3.1	Quelles sont les principales lacunes de la couverture ?	60
ENCADRÉ 3.2	Le financement de la santé est-il juste ?	62
ENCADRÉ 4.1	Les établissements de santé sont-ils bien répartis ?	84
ENCADRÉ 4.2	Les professionnels de la santé sont-ils répartis de manière adéquate ?	94
ENCADRÉ 5.1	Les interventions en santé publique font-elles la différence ?	106
ENCADRÉ 5.2	Comment les patients vivent-ils les soins qu'ils reçoivent ?	108
ENCADRÉ 5.3	Quels sont les points forts et les points faibles des soins primaires ?	111
ENCADRÉ 5.4	Quel est le parcours du patient nécessitant des soins d'urgence ?	116
ENCADRÉ 5.5	Qui dispense des soins psychiatriques au Luxembourg ?	129

RÉSUMÉ

Cette revue du système de santé du Luxembourg examine l'organisation et la gouvernance du secteur de la santé, le financement, l'offre de soins de santé, les évolutions récentes et les réformes, ainsi que la performance globale du système de santé national.

Au Luxembourg, le système d'assurance maladie obligatoire garantit un vaste panier de prestations et de soins à une large part de la population. Bien que l'accessibilité aux soins de santé soit élevée, certaines considérations administratives, telles que la nécessité de disposer d'une adresse officielle ou l'absence de mécanismes automatiques de tiers-payant pour plusieurs services, constituent encore de sérieux obstacles à l'accès aux soins pour les populations vulnérables. Dans l'ensemble, le Luxembourg obtient de bons résultats en matière de santé, bien que certains indicateurs relatifs aux facteurs de risques comportementaux et aux disparités socio-économiques restent source d'inquiétudes en raison de leur impact négatif sur la santé de la population.

Historiquement, la législation du système de santé luxembourgeois a été fragmentée, mais la fusion récente en 2023 de deux ministères pour former le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (connu sous l'abréviation M3S) ouvre la voie à une cohérence accrue de la planification, de la législation et du financement des soins de santé. Néanmoins, les questions de responsabilité et de transparence dans l'élaboration des politiques de santé posent encore d'importants défis.

Compte tenu de sa petite taille, le système de santé du Luxembourg est extrêmement centralisé, et les infrastructures sanitaires sont bien réparties sur le territoire. Cependant, le pays dépend fortement d'un personnel de santé formé à l'étranger, ce qui soulève des inquiétudes quant à l'accessibilité des soins et pourrait compromettre le maintien d'un niveau de qualité élevé pour les actes médicaux complexes si la rétention de professionnels de la

santé qualifiés n'est pas assurée. C'est pourquoi le Luxembourg s'efforce de développer de nouveaux programmes de formation initiale pour les professionnels de la santé, tout en mettant en place un registre digital des professionnels de la santé ainsi qu'un cadre juridique favorisant la collaboration multidisciplinaire et les possibilités de partage des tâches.

Enfin, malgré les efforts déployés pour renforcer la pérennité du système de santé par des réformes visant à mieux maîtriser les dépenses, des investissements accrus dans les services de prévention et une meilleure définition des services hospitaliers, l'efficience générale pourrait être améliorée. Le Luxembourg affiche l'un des niveaux de dépenses de santé par habitant les plus élevés si on le compare à d'autres pays dont le système de santé et les résultats en matière de santé de la population sont similaires, et ne dispose pas d'un mécanisme pour fixer les priorités dans l'allocation budgétaire, d'incitants pour améliorer l'efficience, ni d'une attention suffisamment soutenue à la prévention.

SYNTHÈSE

- **Le Luxembourg est un petit pays avec une part importante de main d'œuvre frontalière parmi les professionnels de la santé et du secteur social**

Bien que le Luxembourg soit l'un des plus petits pays au monde, son revenu national brut par habitant est l'un des plus élevés (98 490 USD internationaux, ajustés pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat (PPA)). Frontalier de l'Allemagne, de la Belgique et de la France, le Luxembourg comptait 668 606 habitants en 2023. Le pays a trois langues officielles : l'allemand, le français et le luxembourgeois. La population y est relativement jeune, avec 85,1 % de résidents âgés de moins de 65 ans (contre 78,7 % en moyenne dans l'UE) et a connu une croissance substantielle au cours de la dernière décennie (+23 % contre +1,43 % dans l'UE). Cette augmentation s'explique en grande partie par la part croissante d'habitants étrangers, qui représentaient 47,4 % de la population totale en 2023, contre seulement 26,3 % en 1981. En outre, le marché du travail au Luxembourg se caractérise par une proportion importante de travailleurs transfrontaliers : 47 % de la main d'œuvre provient de pays voisins ; dans le secteur de la santé et dans le secteur social, 41,9 % des salariés sont frontaliers. La dépendance à l'égard des professionnels de la santé étrangers a posé des difficultés particulières en 2020, lorsque les frontières ont été fermées en réponse à la pandémie de COVID-19.

- **Le Luxembourg affiche une espérance de vie élevée à la naissance, mais les facteurs de risque comportementaux contribuent largement à la morbidité et à la mortalité**

En 2022, l'espérance de vie à la naissance était nettement plus élevée au Luxembourg (83,0 ans) que la moyenne de l'UE (80,7 ans) et l'écart entre les sexes était inférieur à la moyenne de l'UE (4,4 ans, contre 5,4 ans respectivement). Les taux de mortalité imputables aux maladies de l'appareil circulatoire ont diminué, passant de 560,0 décès pour 100 000 habitants en 1995, à 212,0 décès en 2022, mais ces maladies restent la principale cause de décès, suivies par les cancers. Par ailleurs, à l'instar de la moyenne de l'UE, environ un tiers de tous les décès au Luxembourg en 2021 pouvait être attribué aux facteurs de risque comportementaux, en particulier le tabagisme (10,6 %), les risques liés à l'alimentation (9,7 %) et la consommation d'alcool (4,3 %). Même si sa prévalence est légèrement inférieure à la moyenne de l'UE (51,3 %), le surpoids, y compris l'obésité, était très répandu (47,1 %) en 2019. Chez les enfants âgés de 11 à 18 ans, le surpoids, y compris l'obésité, a augmenté, touchant 21 % d'entre eux en 2022, contre 15 % en 2014. Enfin, la consommation excessive d'alcool est de longue date un motif de préoccupation de santé publique : en 2019, le Luxembourg se classait au troisième rang des pays de l'UE pour la part de la population âgée de 15 ans et plus ayant déclaré au moins un épisode de consommation excessive d'alcool par mois (23,8 %), même si des progrès sont observés parmi les jeunes : en 2022, 27 % des 11–18 ans déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours, contre 33 % en 2014.

- **Le système de santé du Luxembourg est centralisé et fondé sur l'assurance maladie obligatoire**

Le système de santé luxembourgeois repose sur un régime d'assurance maladie obligatoire, guidé par les principes de solidarité, d'affiliation obligatoire pour les personnes économiquement actives, de cotisations basées sur le revenu dont la charge est partagée entre les employeurs et les employés, et de contributions financières assurées par l'État ; le système est également caractérisé par l'universalité de l'accès et la liberté de choix des prestataires. Bien que la législation relative au système de santé ait

traditionnellement été morcelée en raison de sa longue évolution historique, la fusion en 2023 du ministère de la Santé et du ministère de la Sécurité sociale pour former le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (le M3S), vise à consolider la planification, la législation et le financement des soins de santé. Le ministère de la Famille continue de superviser les établissements et les services de soins de longue durée pour les personnes âgées et handicapées. En raison de sa petite taille, le système de santé luxembourgeois est très centralisé. La Caisse nationale de santé (CNS) gère l'assurance maladie obligatoire et l'assurance dépendance.

- **La planification du secteur de la santé se concentre sur le secteur hospitalier et accorde délibérément une flexibilité au secteur extrahospitalier**

La planification du système de soins de santé luxembourgeois est principalement axée sur le secteur hospitalier et les pharmacies, car le M3S n'a pas de mandat légal pour planifier le secteur extrahospitalier. Les cabinets offrant des soins extrahospitaliers peuvent être installés partout dans le pays, sans restriction géographique. La prestation de soins de santé est partagée entre les hôpitaux et les professionnels de la santé, automatiquement conventionnés avec la CNS, qui doivent respecter les conventions et les tarifs. Les organisations sans but lucratif jouent un rôle essentiel dans la prestation des services de santé publique.

- **Au Luxembourg, la part du financement public des soins de santé est l'une des plus élevées, et la part des dépenses laissées à la charge des ménages est relativement faible**

Les dépenses de santé par habitant au Luxembourg s'élevaient à 4 316 euros (PPA) en 2022, ce qui représentait 5,5 % du PIB de cette même année. Cette proportion ne constitue cependant pas une mesure des dépenses de santé parfaitement comparable avec d'autres pays, car la forte activité économique du pays, portée par les travailleurs transfrontaliers et les entreprises étrangères, fausse considérablement les statistiques. En 2022, les dépenses de santé financées par des sources publiques représentaient un peu

plus de 86 % des dépenses courantes de santé, plaçant le Luxembourg parmi les cinq premiers pays de la Région européenne de l'OMS. Le financement public provient essentiellement des cotisations de sécurité sociale versées par les employeurs, les employés, les retraités, les caisses de pension et l'État. Les budgets des administrations publiques représentaient seulement 7,4 % des dépenses courantes de santé et servent à financer les programmes de santé publique et les investissements dans les infrastructures.

Les dépenses privées représentaient 13 % des dépenses courantes de santé en 2022 ; plus des deux tiers d'entre elles provenaient des dépenses à la charge des ménages et un tiers, de l'assurance maladie complémentaire souscrite sur une base volontaire. Les dépenses à la charge des ménages représentaient moins d'un dixième (8,7 %) des dépenses courantes de santé, ce qui était inférieur à la moyenne de l'UE (14,5 %), avec à 374,1 euros (PPA) par personne, un chiffre stable depuis dix ans. Cependant, la plupart des produits et services de santé au Luxembourg impliquent des frais à la charge de l'usager et les dépassements d'honoraires par les professionnels de la santé sont très peu encadrés. De ce fait, en 2022, 6 % de la population déclarait avoir payé des suppléments à leurs prestataires de soins de santé, un taux supérieur à la moyenne de l'UE (4 %).

■ **Le panier de prestations de santé offre une couverture complète à une large part de la population**

L'affiliation à l'assurance maladie est obligatoire au Luxembourg pour toutes les personnes économiquement actives, les bénéficiaires d'une pension, les mineurs et toute personne percevant une allocation de l'État, les membres de la famille étant coassurés. Il est également possible de s'affilier volontairement à l'assurance maladie. Des exemptions existent pour les employés des organisations internationales établies au Luxembourg. Leur nombre atteignait 11 900 personnes en 2022, ce qui explique en partie pourquoi le taux de couverture par l'assurance maladie obligatoire s'établissait à 91,8 %. Toutefois, une partie de la population ne remplissant pas les conditions administratives et financières demeurait exclue de la prise en charge par l'assurance maladie. Ce constat a incité le gouvernement à

introduire le projet pilote de Couverture Universelle des Soins de Santé (CUSS) en 2022, dont le but est de donner accès à l'assurance maladie aux populations vulnérables.

- **Les professionnels de la santé sont principalement rémunérés à l'acte**

L'assurance maladie obligatoire et l'assurance dépendance du Luxembourg sont des régimes complets qui reposent sur des nomenclatures nationales établies sur base de conventions entre la CNS et les associations de prestataires. Les professionnels de la santé du secteur extrahospitalier sont rémunérés à l'acte. Les hôpitaux négocient avec la CNS un budget fixe fondé sur le paiement à l'acte, qui doit s'inscrire dans la limite de l'enveloppe budgétaire globale déterminée pour tous les hôpitaux par le gouvernement, à l'exception des honoraires médicaux, qui sont facturés à l'acte. La plupart des professionnels de santé hospitaliers (à l'exception des médecins) sont salariés et financés sur le budget général de l'hôpital.

- **Au cours des vingt dernières années, les fusions hospitalières ont donné lieu à des établissements plus grands, à une concentration des lits de soins aigus et à une réduction du nombre total de lits hospitaliers**

En 2023, le Luxembourg comptait 10 hôpitaux, dont quatre centres hospitaliers, bien répartis sur le territoire. Le nombre d'hôpitaux a fortement diminué depuis 1986 (36 hôpitaux), ce qui peut s'expliquer d'une part par la conversion d'établissements hospitaliers en structures d'hébergement pour personnes âgées depuis 1998 pour répondre au vieillissement de la population et, d'autre part, par les fusions hospitalières. Ainsi, combinée à la croissance démographique du Luxembourg, cette évolution a entraîné une baisse du nombre total de lits hospitaliers par habitant au cours des vingt dernières années, ce nombre s'établissant à 400 pour 100 000 habitants en 2022, un taux inférieur à la moyenne de l'UE (475 lits pour 100 000 habitants en 2022).

- **Le Luxembourg dispose de ressources humaines et d'équipements limités**

La densité des médecins au Luxembourg était inférieure à la moyenne de l'UE en 2017 (dernières données disponibles), avec 298 praticiens pour 100 000 habitants, contre 377 pour 100 000 habitants en moyenne dans l'UE. Ce taux relativement faible est lié à l'absence de formation médicale complète dans le pays, ce qui crée une dépendance intégrale à l'égard des médecins formés à l'étranger. A l'inverse, le Luxembourg présentait un nombre élevé d'infirmiers : 1 172 pour 100 000 habitants en 2017, bien au-delà de la moyenne de l'UE (737 pour 100 000 habitants) et prévoit d'en recruter encore. La liberté d'installation crée des disparités géographiques dans la répartition des professionnels de la santé, certains cantons manquant de professionnels tels que les kinésithérapeutes.

Malgré l'acquisition récente d'équipements de tomodensitométrie (scanners CT) et d'imagerie par résonance magnétique (IRM), leur densité par million d'habitants en 2021 (22 scanners CT et 17 IRM) restait inférieure aux moyennes de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) de 28 scanners CT et 18 IRM par million d'habitants. Pourtant, Luxembourg se classait en 2021 au second rang des pays de l'OCDE pour la fréquence des examens par CT et par IRM par habitant (244 et 116 respectivement), ce qui soulève des questions quant à la pertinence de leur utilisation.

- **Malgré un large éventail de prestations de santé publique, le Luxembourg ne dispose pas de plan stratégique spécifique de lutte contre les principaux comportements à risque**

Le Luxembourg offre un large éventail de services de santé publique, tels que des programmes de vaccination, des activités de promotion de la santé (notamment dans les établissements scolaires) et des programmes de santé maternelle, prénatale et infantile et de dépistage du cancer. Cependant, il n'existe pas de plan stratégique d'ensemble dédié à la santé publique et à la prévention et la prévalence élevée de comportements à risque soulève des questions sur l'efficacité des politiques de santé publique.

- **La liberté de choix du patient et l'accès direct à tous les prestataires de soins sont des principes clés du système de santé au Luxembourg**

Au Luxembourg, il n'existe pas de contrôle d'accès aux spécialistes (*gate-keeping*). Les patients peuvent donc choisir librement leurs prestataires de soins. Il n'existe de ce fait aucun parcours de soins formalisé, même si certaines initiatives ont été prises pour encourager les patients à utiliser leur médecin généraliste comme premier point d'entrée dans le système de santé. Les patients disposent d'un accès direct tant aux prestataires de soins primaires qu'aux prestataires de soins spécialisés, ce qui brouille la distinction entre soins primaires et soins spécialisés. En 2019, la proportion de résidents ayant consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année était équivalente à la moyenne de l'UE, mais elle était nettement supérieure pour les consultations de spécialistes : 53 % au Luxembourg contre 35 % en moyenne dans l'UE. Au cours de la dernière décennie, les hospitalisations de jour ont augmenté, passant de 31 % en 2010 à 48 % en 2021. Des mesures sont en cours pour encourager encore davantage la transition des soins hospitaliers stationnaires vers l'ambulatoire.

Le système de santé au Luxembourg demeure hospitalo-centré, avec un accent prononcé sur les prestations de soins de santé spécialisées. La durée moyenne d'un séjour hospitalier en 2021 était relativement longue comparée à celle des pays voisins. Au fil des ans, le Luxembourg s'est efforcé de s'orienter vers davantage d'hospitalisations de jour et de soins ambulatoires. En 2021, les hospitalisations de jour représentaient 48,1 % du nombre total d'admissions, contre 31,0 % en 2010. En outre, le Luxembourg a adopté le transfert de certaines prestations vers des antennes hospitalières en dehors de leur site principal et introduit des approches de soins intégrés (réseaux de compétence) faisant intervenir divers prestataires afin d'améliorer l'accessibilité pour les patients et de réduire la charge des hospitalisations stationnaires.

- **Les usagers des soins de longue durée, de réadaptation et de santé mentale profitent d'un large éventail de services**

Le Luxembourg possède quatre établissements hospitaliers spécialisés offrant de la réhabilitation psychiatrique, de la réhabilitation physique et post-oncologique ainsi que de la rééducation fonctionnelle, de même que des services hospitaliers performants de rééducation gériatrique et des structures d'hébergement pour personnes âgées. Outre la couverture d'un large éventail de soins de longue durée et de soins palliatifs, le Luxembourg prend également en charge les cotisations à l'assurance pension des aidants informels, verse des prestations en espèces pour les services rendus et offre des sessions de formation pour soutenir les aidants dans leur rôle. Les réformes successives ont également contribué à désinstitutionnaliser les soins de santé mentale, qui peuvent être fournis par divers prestataires incluant les psychiatres, les psychothérapeutes, les établissements de réhabilitation, les hôpitaux et les services de proximité.

- **Au cours des quinze dernières années, les principales réformes ont porté sur la pérennisation du système de santé du Luxembourg et la qualité des soins**

A la suite de la crise financière mondiale de 2008, le Luxembourg a adopté la réforme des soins de santé de 2010, un cadre stratégique global visant à maîtriser les coûts et à améliorer la qualité. Cette réforme a joué un rôle clé, car elle a posé les fondements de plusieurs lois futures, notamment sur l'infrastructure de santé digitale, et a créé de nouvelles institutions, telles que le Conseil scientifique du domaine de la santé. L'accent mis sur la maîtrise des coûts a donné lieu à l'instauration d'une enveloppe budgétaire globale pour les dépenses du secteur hospitalier. Plus tard, en 2017, la réforme de l'assurance dépendance, couvrant une large portée, avait pour objectifs d'améliorer la qualité des soins, de restructurer l'éventail du panier des prestations, d'investir dans des prestations préventives et d'établir des normes claires. Enfin, la loi hospitalière de 2018 a constitué une autre étape fondamentale pour les soins hospitaliers en introduisant notamment des exigences de transparence pour les activités hospitalières et en planifiant les services hospitaliers sur la base de la croissance démographique, des progrès médicaux et de la santé de la population.

- **Les mesures politiques à venir pour relever les principaux défis du système de santé cibleront la digitalisation des soins de santé, la réglementation des produits pharmaceutiques et les professionnels de la santé**

La pénurie de main d'œuvre dans le secteur de la santé est une préoccupation majeure au Luxembourg. Le pays se concentre sur le développement de nouveaux programmes de formation initiale pour ses professionnels de la santé, de manière à réduire sa dépendance à l'égard des professionnels formés à l'étranger. Un registre digital des professionnels de la santé et un cadre juridique favorable à la collaboration multidisciplinaire, renforçant l'autonomie et offrant des possibilités de partage des tâches, sont également en cours d'élaboration. Le Luxembourg est à ce jour le seul pays de l'UE à ne pas disposer d'agence nationale en charge des produits pharmaceutiques. Un projet de loi a été déposé en 2020, afin de créer une Agence nationale des médicaments et des produits de santé, qui réglementera et surveillera ces produits. Enfin, une stratégie de digitalisation nationale exhaustive est en cours d'élaboration, visant à rationaliser les systèmes d'information des divers prestataires afin d'améliorer les flux d'information de santé pour les utilisateurs primaires, de faciliter l'utilisation secondaire des données et de se préparer à l'Espace européen des données de santé.

- **Le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, récemment créé, cherche à relever les défis liés à la fragmentation de la gouvernance du système de santé luxembourgeois**

En l'absence de loi-cadre de santé publique, les politiques de santé au Luxembourg manquent d'alignement et de coordination, ce qui en compromet les bénéfices escomptés. La fusion récente en 2023 de deux ministères pour créer un ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (dont l'abréviation est M3S) a pour but de remédier à ces problèmes. Le nouveau M3S devra toutefois poursuivre ses efforts en faveur d'un système de santé plus transparent et accessible pour les usagers, car celui-ci peut encore être perçu comme difficile à appréhender, notamment en ce qui concerne les coûts des traitements et le choix des prestataires de soins. Bien que la

participation des patients soit l'un des éléments essentiels de la loi de 2014 sur les droits et les obligations des patients, et que la plupart des personnes semblent satisfaites de leur niveau d'inclusion dans la prise de décision clinique, peu d'informations sont disponibles sur le niveau réel de participation des patients, et les usagers restent peu représentés dans le système de santé.

- **Même si le Luxembourg affiche de bonnes performances en matière d'accessibilité globale aux soins de santé, des défis subsistent pour garantir une couverture effective des personnes les plus vulnérables et pour réduire les délais d'attente**

L'accessibilité générale des soins de santé est élevée au Luxembourg ; la population assurée bénéficie d'un accès universel et d'un vaste panier de prestations. L'un des principaux obstacles à l'affiliation volontaire des personnes à l'assurance maladie obligatoire est la nécessité de disposer d'une adresse officielle. En outre, des aspects financiers constituent encore un obstacle majeur à l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables, comme le montre la proportion plus élevée de besoins de soins non satisfaits dans le quintile des revenus les plus bas. Malgré tout, les besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits au Luxembourg sont parmi les plus faibles d'Europe. Les dépenses de santé catastrophiques sont également relativement basses, touchant 3,3 % des ménages en 2019. Des mécanismes d'exemption de la participation aux coûts existent pour protéger les personnes vulnérables, mais l'accessibilité financière peut encore être améliorée car les informations sur l'éligibilité à ces dispositifs ne sont pas aisées à trouver, et que les droits ne sont pas automatiquement appliqués. Dans le système actuel, les patients doivent avancer les frais pour de nombreux services, avant d'être remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais un projet d'application plus large du système de tiers-payant est en cours de déploiement.

En raison de la faible taille de la population du Luxembourg, les médecins et les hôpitaux ne disposent pas toujours d'un volume de patients suffisant pour satisfaire aux standards requis pour certaines prestations médicales. C'est pourquoi certains traitements spécialisés ne sont

disponibles que sur un seul site national, voire, dans le cas de soins très complexes, à l'étranger. Le Luxembourg dépend également de la disponibilité de son personnel de santé ; le fait qu'il soit fortement dépendant de professionnels formés à l'étranger ou transfrontaliers, et que les effectifs dans le secteur des soins fassent l'objet de fluctuations importantes, constituent un défi pour assurer une offre de soins de santé adéquate de qualité, de sécurité, d'accessibilité et de délais.

- **Bien que les indicateurs des résultats en matière de santé au Luxembourg soient généralement bons, des efforts supplémentaires sont nécessaires afin d'institutionnaliser l'assurance qualité des soins et améliorer l'efficience du système de santé**

Dans l'ensemble, le Luxembourg obtient de bons résultats sur les indicateurs relatifs à l'état de santé de sa population, avec l'une des meilleures espérances de vie à la naissance parmi les pays de l'UE, et une diminution importante du nombre de décès enregistrés (-5,5 %) entre les années précédant la pandémie de COVID-19 (2015–2019) et 2022. Néanmoins, des disparités socio-économiques en matière de santé de la population demeurent. En outre, il n'existe pas de cadre national d'assurance qualité des soins ; la garantie de la qualité des soins, ainsi que le suivi de la qualité, incombent aux prestataires. Les indicateurs internationaux de qualité montrent que la performance du Luxembourg est relativement bonne, mais les données sur la qualité des soins dans le pays demeurent lacunaires. Des recommandations de bonnes pratiques médicales fondées sur des données probantes ont été élaborées au niveau national, mais leur mise en œuvre sur le terrain ne fait pas l'objet d'évaluations. Enfin, les indicateurs d'efficience suggèrent un potentiel d'amélioration du système de santé dans divers domaines. Alors que le Luxembourg présente l'un des taux de mortalité évitable par traitement pour 100 000 habitants (un indicateur indirect du résultat global du système de santé) les plus bas d'Europe, ses dépenses de santé par habitant y sont également parmi les plus élevées, comparativement à d'autres pays aux résultats similaires. En dépit de plusieurs réformes visant à assurer la pérennité financière du système de santé et la maîtrise des coûts, le Luxembourg ne possède pas de mécanisme

de priorisation pour l'allocation budgétaire. Le système de financement n'incite pas à améliorer l'efficience, et la prévention reste au rang de faible priorité dans la prestation des soins. Enfin, d'autres facteurs exercent une influence sur l'efficience du système, comme les freins à la promotion du partage des tâches entre différents groupes de professionnels de la santé, et le manque d'interopérabilité des systèmes d'information, qui aboutit à l'enregistrement de données non standardisées et qui entrave l'accès de l'ensemble des professionnels de santé aux informations de santé.

Introduction

■ RÉSUMÉ

- Le Grand-Duché de Luxembourg est un pays d'Europe de l'Ouest comptant une population de 668 606 habitants et possédant trois langues officielles : l'allemand, le français et le luxembourgeois. Sa population a augmenté de 23 % durant la dernière décennie, mais cette croissance est principalement attribuable à l'immigration, les ressortissants étrangers représentant 47,4 % de la population du Luxembourg.
- Le pays est un État membre très dynamique de la zone euro, tant en termes de croissance économique que d'emploi. Début 2023, 47 % de la main d'œuvre du Luxembourg étaient des travailleurs transfrontaliers. Le pays possède l'un des revenus nationaux bruts par habitant les plus élevés au monde, s'élevant à 98 490 USD internationaux en 2023, ajustés pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat.
- Le Luxembourg est une démocratie parlementaire sous forme de monarchie constitutionnelle, dans laquelle la puissance souveraine réside dans la Nation. Le pays est centralisé, les missions municipales obligatoires restant limitées à l'éducation, au développement urbain, à la gestion des déchets et la sécurité publique. Les communes peuvent néanmoins choisir d'assumer des tâches supplémentaires, à leur discrétion.

- L'espérance de vie moyenne à la naissance a augmenté au cours des deux dernières décennies au Luxembourg, pour atteindre 83,0 ans en 2022, ce qui est supérieur à la moyenne de l'UE. Les principales causes de décès en 2022 étaient les maladies du système circulatoire et les cancers, tandis que les facteurs de risques comportementaux demeurent d'importants paramètres de morbidité et de mortalité. Le tabagisme, l'alimentation déséquilibrée, l'alcool et l'inactivité physique ont contribué à plus d'un tiers de tous les décès en 2019 ; à cet égard, les taux étaient semblables à la moyenne de l'UE.

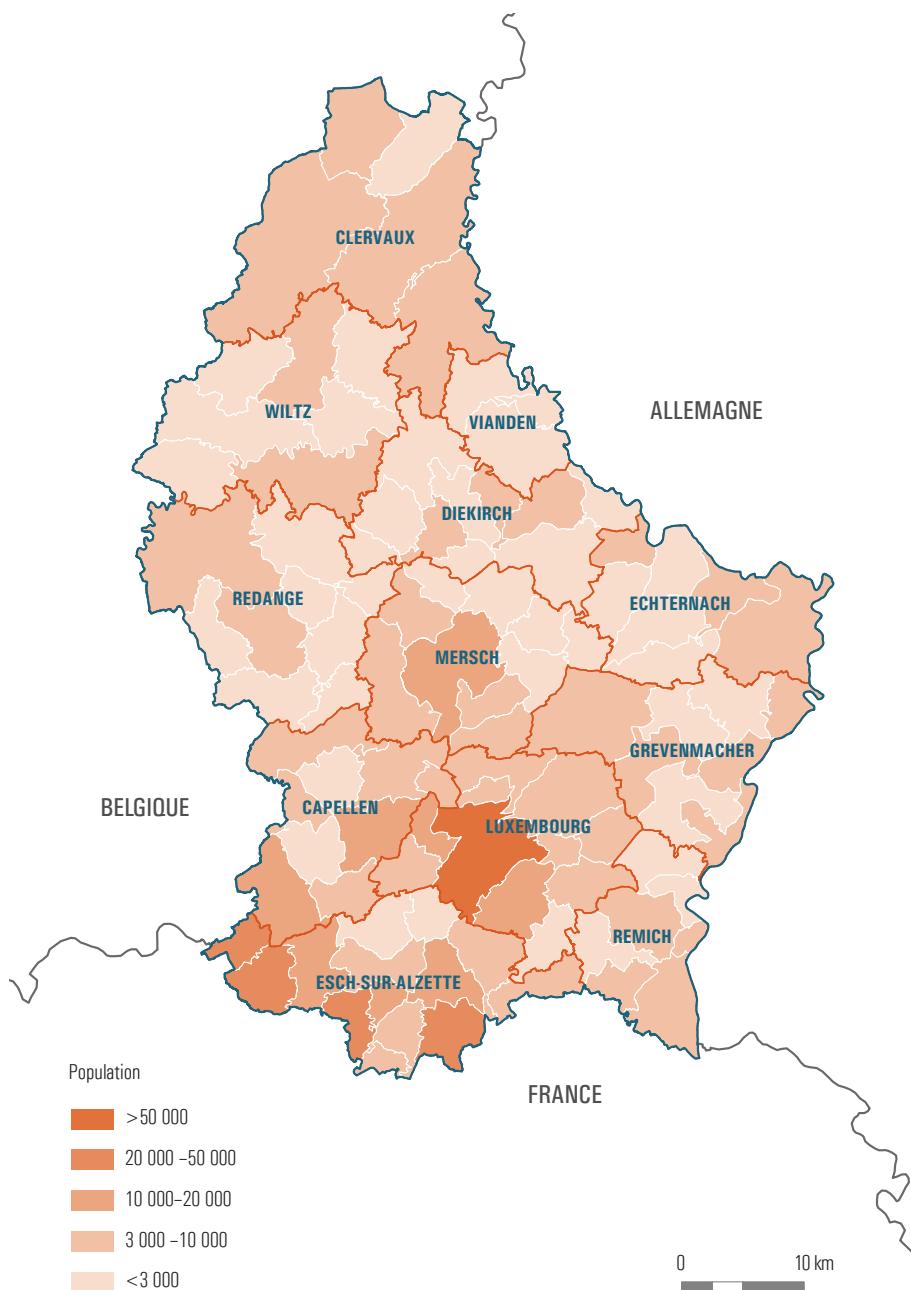
■ 1.1 Géographie et sociodémographie

Le Grand-Duché de Luxembourg est un pays enclavé de l'Europe de l'Ouest, frontalier de l'Allemagne, de la Belgique et de la France (Fig. 1.1). Le Luxembourg est l'un des plus petits pays au monde (2586 km^2) ; la distance maximale d'est en ouest est de 57 km, et du nord au sud, de 82 km (Département de l'aménagement du territoire, 2022). Au total, 85 % du territoire est boisé ou utilisé à des fins agricoles (Ministère de l'Agriculture, 2020).

Le Luxembourg est divisé en 12 cantons sans fonction exécutive et comprend 102 communes, deux arrondissements judiciaires (Luxembourg-ville et Diekirch) et quatre circonscriptions électorales (Sud, Centre, Est et Nord) (Fig. 1.1). En 2022–23, la population du pays était juste inférieure à 670 000 habitants, en hausse de 2,4 % par rapport à l'année précédente ; c'était la seconde plus petite population de l'UE et l'un des trois pays de l'UE dont la population était inférieure à un million d'habitants. Environ 20,1 % de la population réside dans la Ville de Luxembourg (Klein & Peltier, 2023 ; Eurostat, 2024a). En 2021, les statistiques nationales indiquaient que 53,5 % de la population totale vivait en zone urbaine – qui couvre seulement 5,3 % du territoire –, tandis que le reste de la population vivait en zone suburbaine (15,5 %) et rurale (31,1 %) (Caruso et al., 2023).

La densité de la population au Luxembourg est passée de 141 habitants par km^2 en 1981 à 255,5 habitants par km^2 en 2023, ce qui représente une hausse de la population de 81,2 % (Klein & Peltier, 2023)¹. Cette croissance

¹ Les données présentées ici diffèrent des données présentées dans le tableau 1.1. Les statistiques correspondent au 1er janvier 2023 et aux dates des recensements de la population (1981, 1991, 2001 et 2011).

FIG. 1.1 Carte du Luxembourg et répartition de la population

Source: Centre SIG de l'OMS pour la santé (2024) adapté de STATEC (n.d.a)

inclus une hausse substantielle de 23 % au cours de la dernière décennie, nettement supérieure à la croissance de 1,43 % de la population de l'UE (Eurostat, 2024a). Elle est en grande partie attribuée à l'immigration, l'augmentation de la population native du Luxembourg ne représentant que 16,5 % de cette croissance sur la même période (STATEC, 2022a, n.d.b). Au Luxembourg, les habitants étrangers représentaient 47,4 % de la population totale en 2023 dont 12,9 % étaient nés au Luxembourg. Depuis 1981, où ils représentaient 26,3 % de la population, le nombre des expatriés et des immigrés a augmenté régulièrement. La plupart de la population étrangère (78,4 % en 2023) est composée de citoyens de l'UE, avec une large proportion de ressortissants portugais (29,4 %), suivis par les Français (15,7 %), les Italiens (7,9 %) et les Belges (6,1 %). Parmi les ressortissants luxembourgeois, 79,4 % ne possèdent que la nationalité luxembourgeoise, tandis qu'ils sont 20,6 % à posséder au moins une autre nationalité (Klein & Peltier, 2023).

Au sein de l'UE, le Luxembourg se distingue par sa population jeune, avec 58,2 % de ses habitants âgés de 25 à 64 ans en 2023, un chiffre supérieur à la moyenne de l'UE (53,2 %) et à celle des pays voisins - Allemagne (53,7 %), Belgique (52,2 %) et France (49,5 %). Ce profil démographique est influencé par l'établissement de nombreux professionnels au Luxembourg. La structure d'âge de la population a toutefois évolué au cours des dernières décennies, avec une diminution de la part des enfants et des jeunes de 0 à 14 ans, et une augmentation du taux de dépendance des personnes âgées. Le Luxembourg connaît également un vieillissement de sa population, avec un grand nombre de personnes âgées de 80 ans et plus, ce qui se traduit par un âge médian de 40,2 ans pour les femmes et 39,1 ans pour les hommes. Le taux de fécondité est assez bas au Luxembourg, avec 1,3 naissances vivantes par femme, comparé à la moyenne de l'UE de 1,5 en 2022 (Tableau 1.1) (Eurostat, 2024a).

Le Luxembourg a trois langues officielles : l'allemand, le français et le luxembourgeois, cette dernière ayant été reconnue en 1984 (SIP, 2022). En 2021, le luxembourgeois était la langue prédominante, utilisée par 47,1 % de la population à domicile et dans les lieux publics. Le français est parlé par 28,1 % de la population, mais 30,2 % ne l'utilisent pas du tout. Le portugais se classe à la troisième place, avec 12,4 %, suivi de l'anglais, parlé par 10,7 % de la population, principalement en milieu professionnel (STATEC, 2023a). Près de la moitié de la population (48 %) détient au moins un diplôme universitaire.

TABLEAU 1.1 Évolution de la population/des indicateurs démographiques pour certaines années

	1995	2000	2005	2010	2015	2023 (ou dernière année disponible)
Population totale (en milliers)	408 625	436 300	465 158	506 953	569 604	668 606
Population âgée de 0 à 14 ans (% du total)	18,0	19,0	19,0	18,0	17,0	15,7
Population âgée de 65 ans et plus (% du total)	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	15,4
Croissance démographique (taux de croissance annuelle en %)	1,4	1,3	1,5	1,8	2,4	2,3
Taux de fécondité, total (naissances par femme)	1,8	1,6	1,6	1,5	1,4	1,3
Densité de population (personnes par km ²)		169,5	180,7	196,9	221,3	244,9
Répartition de la population (% en milieu rural)	17,1	15,8	13,4	11,5	9,8	7,9

Note : les données internationales sur la répartition urbaine/rurale de la population du Luxembourg diffèrent des sources nationales, car il n'existe pas de norme universelle sur la distinction entre zones rurales et urbaines.

Source : Groupe de la Banque mondiale (2024).

En 2021, la moitié de la population (48 %) se réclamait d'une religion, contre 75 % en 2008. Parmi eux, 92 % sont chrétiens, essentiellement de rite catholique. Les musulmans représentent le deuxième groupe religieux avec 2,7 % de la population (STATEC, 2023b).

■ 1.2 Contexte économique

L'économie du Luxembourg est prospère et stable : le pays affiche l'un des revenus nationaux bruts (RNB) par habitant les plus élevés au monde, un secteur financier robuste et une croissance constante (Tableau 1.2). En 2023, les services financiers représentaient environ 30 % du produit intérieur brut (PIB). L'économie du pays, de petite taille mais ouverte, repose fortement sur le commerce international et les liens avec l'UE, mais elle est confrontée à des défis tels que la pénurie de logements, le coût élevé

TABLEAU 1.2 Indicateurs macroéconomiques pour certaines années

	1995	2000	2005	2010	2015	2023 (ou dernière année disponible)
PIB par habitant (USD courants)	51 032	48 659	80 988	110 886	105 462	128 259
PIB par habitant en PPA (USD internationaux courants)	38 325	55 117	68 787	90 361	107 859	143 342
RNB par habitant en PPA (USD internationaux courants)	37 320	48 770	62 650	61 400	69 410	98 460
Croissance du PIB (annuel en %)	1,4	6,9	2,5	3,8	2,3	-1,1
Dépenses publiques (en % du PIB)	41,4	38,0	43,4	42,0	40,4	42,9
Déficit/excédeant (en % du PIB)	2,7	5,5	-0,2	-0,3	1,3	-1,3
Dette brute des administrations publiques (en % du PIB)		7,5	8,0	19,1	21,1	25,7
Chômage (total, % de la population active)	2,9	2,3	4,5	4,4	6,7	5,2
Taux de pauvreté (% de la population)			17,3	17,1	18,5	20,9
Inégalités des revenus (coefficient de Gini des revenus disponibles après impôts)	0,28	0,30	0,31	0,31	0,32	0,33

Notes : PIB : produit intérieur brut ; RNB : revenu national brut ; PPA : parité de pouvoir d'achat ; taux de pauvreté : taux de personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, par âge et sexe.

de la vie, le vieillissement de la population et la dépendance à l'égard des travailleurs transfrontaliers. Début 2023, 47 % de la main d'œuvre luxembourgeoise était composée de travailleurs transfrontaliers, le secteur de la santé et de l'action sociale comptant 41,9 % de salariés étrangers (IGSS, 2024a ; STATEC, 2024). Le taux de chômage au Luxembourg était nettement inférieur à la moyenne de l'UE en 2023, s'établissant à 5,2 %, un taux inférieur à celui de la France (7,3 %) et de la Belgique (5,5 %), mais supérieur à celui de l'Allemagne (3,1 %) (World Bank Group, 2024). La proportion des personnes à risque de pauvreté a augmenté au cours des dernières années, passant de 18,5 % en 2015 à 20,9 %

en 2020, mais elle reste inférieure à la moyenne de l'UE (21,5 %) (Eurostat, 2024a). Les inégalités de revenus, mesurés par le coefficient de Gini, ont augmenté pendant la dernière décennie, passant de 0,31 en 2010 à 0,33 en 2022. Elles sont similaires aux inégalités de revenus en Allemagne (0,32) et en France (0,32), mais elles sont plus élevées qu'en Belgique (0,27) (Luxembourg Income Study, 2024).

■ 1.3 Contexte politique

Le Luxembourg est une démocratie parlementaire sous la forme d'une monarchie constitutionnelle, régie par la Constitution de 1868, substantiellement réformée en 2023. Le pouvoir exécutif est exercé par le Grand-Duc qui, en tant que Chef de l'État héréditaire et inviolable, agit conjointement avec ses ministres ; tous les actes accomplis sous son autorité constitutionnelle doivent être contresignés par un membre du gouvernement. Depuis les élections d'octobre 2023, le Luxembourg est dirigé par une coalition entre le Parti populaire chrétien-social et le Parti démocratique, détenant la majorité au sein du Parlement de 60 sièges. Le pouvoir législatif est exercé par la Chambre des Députés, qui adopte les lois selon les procédures prévues par la Constitution, et par le Conseil d'État, qui a le pouvoir d'émettre des avis et dispose d'un droit de véto suspensif. La réforme récente de la Constitution a introduit une procédure d'initiative législative citoyenne nommée « proposition motivée aux fins de légiférer ». Le pouvoir judiciaire, exercé de manière indépendante par les cours et les tribunaux, couvre les litiges civils, pénaux et politiques dans l'ordre judiciaire, ainsi que les litiges avec l'administration dans l'ordre administratif. En outre, la Cour constitutionnelle statue sur la conformité des lois à la Constitution (Schwebag & Nys, 2024).

Le Luxembourg est un pays relativement centralisé. La loi communale de 1988 définit la répartition des compétences obligatoires et facultatives incomptant aux différents niveaux de gouvernement. Les principales responsabilités communales incluent l'éducation, le développement urbain, la gestion des déchets et la sécurité publique, tandis que les responsabilités facultatives incluent les domaines du sport, de la culture, du logement, du tourisme et des services publics (OECD/UCLG, 2016).

Le Luxembourg est un Etat membre fondateur de l'UE ; il est également membre de nombreuses organisations internationales, telles que

l'Organisation des Nations Unies (ONU), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Espace économique européen (EEE), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale du commerce (OMC), l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) et le Conseil de l'Europe. Le Luxembourg a également signé plusieurs traités ayant un impact direct ou indirect sur la santé, notamment l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce, la Convention européenne des droits de l'homme, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

■ 1.4 Etat de santé

En 2022, l'espérance de vie à la naissance au Luxembourg s'établissait à 83,0 ans (Tableau 1.3), soit 2,3 ans de plus que la moyenne de l'UE. L'écart d'espérance de vie entre les sexes est inférieur à celui de la moyenne de l'UE : les femmes vivant en moyenne 4,4 ans de plus que les hommes, contre 5,4 ans en moyenne dans l'UE (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Les principales causes de décès au Luxembourg sont les maladies de

TABLEAU 1.3 Espérance de vie pour certaines années

	2000	2005	2010	2015	2020	2022
Espérance de vie à la naissance, total	78,0	79,6	80,8	82,4	82,2	83,0
Espérance de vie à la naissance, hommes	74,6	76,7	77,9	80,0	79,9	80,8
Espérance de vie à la naissance, femmes	81,3	82,3	83,5	84,7	84,5	85,2
Espérance de vie à 65 ans, total	18,1	18,8	19,6	20,5	20,2	20,0
Espérance de vie à 65 ans, hommes	15,5	16,7	17,3	18,9	18,5	19,6
Espérance de vie à 65 ans, femmes	20,1	20,4	21,6	21,8	21,8	22,2

Source : Eurostat (2024).

l'appareil circulatoire et les cancers. Les décès imputables à des maladies chroniques non transmissibles, en particulier les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux, ont continuellement diminué au cours des dernières décennies. Entre 1995 et 2022, le taux de mortalité standardisé pour les maladies de l'appareil circulatoire a été réduit de 2,7 fois, passant de 560,0 à 212,0 décès pour 100 000 habitants (Tableau 1.4). Bien qu'inférieure à la moyenne de l'UE, la mortalité liée à la COVID-19 a représenté à elle seule plus de 10 % de la totalité des décès au Luxembourg, figurant au troisième rang des causes de décès en 2020 et 2021 (Saleh, Abad & Weiss, 2023). Les maladies de l'appareil circulatoire ont été la première cause de décès en 2022, représentant 26,4 % du total des décès, suivies des cancers (25,1 %) et des maladies respiratoires (7,3 %) (Tableau 1.4).

Etant donné que les décès de mères et de nouveau-nés sont presque toujours évitables, et que leur santé est étroitement liée à l'accès à des soins périnataux de haute qualité, des progrès notables ont été réalisés pour diminuer la mortalité infantile au cours des dernières décennies : la mortalité infantile a été environ divisée par deux entre 1995 et

TABLEAU 1.4 Indicateurs de mortalité et de santé pour certaines années

TMS pour 100 000 habitants	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2022
Toutes causes	1278,9	1204,5	1115,9	1037,3	898,5	885,9	803,7
Maladies de l'appareil circulatoire	560,0	494,3	463,1	374,1	280,3	219,2	212,0
Tumeurs malignes	340,2	306,8	269,5	273,9	245,4	206,0	202,0
Maladies respiratoires	92,0	99,5	91,4	80,1	78,8	67,5	59,0
Maladies transmissibles	6,9	11,2	34,4	27,7	18,3	16,8	22,5
Causes externes de décès	65,8	71,3	48,3	64,3	54,7	45,1	41,9
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	4,1	2,4	2,4	2,7	2,3	1,9	1,7

Notes. TMS : taux de mortalité standardisé ; le TMS est un taux ajusté en fonction de l'âge selon la population standard européenne de 2013 [European Standard Population 2013].

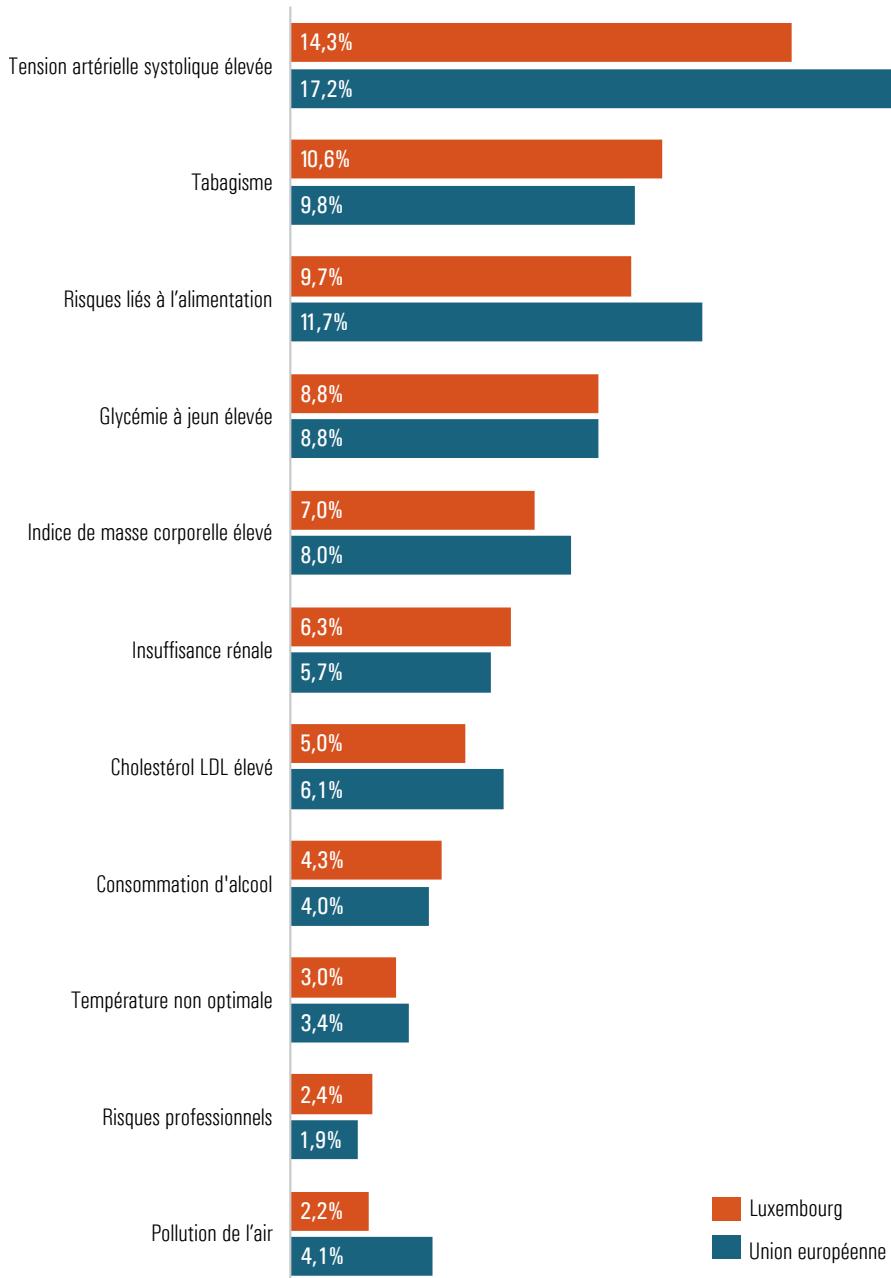
Source : Direction de la santé (2023).

2022 (4,1 décès ont été enregistrés pour 1000 naissances vivantes en 1995, contre 1,7 en 2022). De plus, la mortalité maternelle est très faible au Luxembourg, avec seulement trois décès maternels enregistrés entre 2011 et 2021 (Seuring, Ducomble & Berthet, 2024).

Selon les estimations issues de l'Enquête européenne par interview sur la santé, les causes de morbidité les plus fréquemment autodéclarées en 2019 étaient les affections rachidiennes et lombaires (29,9 %), les allergies (26,6 %), l'arthrose (16,7 %), les affections cervicales (16,4 %), l'hypertension (15,5 %) et la dépression (10 %). La multimorbidité et les maladies chroniques sont associées au handicap et le déclin fonctionnel réduit la qualité de vie des personnes âgées ; deux défis importants pour le système de soins de santé. Près de la moitié (47,7 %) des personnes interrogées âgées de 75 ans et plus ont déclaré avoir des limitations fonctionnelles. De plus, la multimorbidité, les maladies chroniques et un déclin fonctionnel ont été plus fréquemment déclarés par les femmes et les personnes de faible niveau d'éducation (Coroller et al., 2021).

Au Luxembourg, les facteurs de risques comportementaux contribuent largement à la morbidité et à la mortalité : ils étaient responsables d'environ un tiers de tous les décès en 2021, une proportion similaire à la moyenne de l'UE. Plus précisément, 10,57 % des décès au Luxembourg pouvaient être attribués au tabagisme, 9,69 % aux risques liés à l'alimentation, 4,30 % à la consommation d'alcool et 1,07 % au manque d'activité physique (Fig. 1.2). La consommation d'alcool de manière excessive ou « *binge drinking*² » est de longue date un motif de préoccupation de santé publique, le Luxembourg se classant au troisième rang des pays de l'UE : en 2019, 10,5 % de la population âgée de 15 ans et plus ont déclaré des épisodes de consommation excessive d'alcool au moins une fois par semaine, et 23,8 % au moins une fois par mois (mais pas chaque semaine) (Eurostat, 2024a). Cependant, la consommation d'alcool chez les 11–18 ans a progressivement diminué, 27 % d'entre eux déclarant en avoir consommé au cours des 30 derniers jours en 2022, contre 33 % en 2014 et 45 % en 2006 (HBSC Luxembourg Study, 2023). En 2019, 11,4 % des adultes âgés de 15 ans et plus ont déclaré fumer quotidiennement, contre 14,6 % en 2014, soit une baisse inférieure à la moyenne de l'UE (19,3 %) (Eurostat, 2024a). Néanmoins, une enquête

² Le « *binge drinking* » est synonyme de « consommation excessive d'alcool » et se définit comme la consommation de 60 g ou plus d'éthanol pur en une occasion unique (ce qui équivaut à au moins cinq boissons au Luxembourg).

FIG. 1.2 Facteurs de risque affectant l'état de santé en 2021

Note : LDL : lipoprotéine de basse densité [low-density lipoprotein].

Source : Global Burden of Disease Collaborative Network (2022).

annuelle conduite par la Fondation Cancer a montré des taux de tabagisme quotidien plus élevés chez les personnes âgées de 16 ans et plus (17 % en 2019, 18 % en 2023), ce qui peut s'expliquer par des différences de méthode d'échantillonnage (Fondation Cancer, 2023 ; OECD, 2024b).

Le surpoids, y compris l'obésité, est très répandu (47,1 %), affectant 56,5 % des hommes et 37,7 % des femmes âgés de 15 ans et plus en 2019 et positionnant le Luxembourg en-dessous de la moyenne de l'UE (51,3 %) (Eurostat, 2024a). De plus, l'augmentation du surpoids, y compris de l'obésité, chez les adolescents, est préoccupante, affectant 21 % des 11–18 ans en 2022, contre 15 % en 2014 (HBSC Luxembourg Study, 2023). Les mauvaises habitudes alimentaires contribuent au surpoids, seulement 51,9 % de la population âgée de 15 ans et plus ayant déclaré manger quotidiennement des fruits et des légumes en 2019, ce qui est nettement inférieur à la moyenne de l'UE (67,1 %) (Eurostat, 2024a). Parmi les enfants âgés de 11 à 12 ans, 34 % ont déclaré manger quotidiennement des fruits et des légumes en 2022 (Seuring, Ducomble & Berthet, 2024). Par ailleurs, la part des habitants âgés de 15 ans et plus pratiquant 150 minutes ou plus d'activité physique par semaine a légèrement augmenté, passant de 41,6 % en 2014 à 44,9 % en 2019, un chiffre supérieur à la moyenne de l'UE (32,7 %) ; cependant, seuls 39 % des adolescents âgés de 11 à 18 ans ont déclaré pratiquer une activité physique au moins quatre fois par semaine en 2022, contre 43 % en 2014 (HBSC Luxembourg Study, 2023 ; Eurostat, 2024a).

Organisation et gouvernance

■ RÉSUMÉ

- Le système de soins de santé luxembourgeois repose sur l'assurance maladie obligatoire pour les personnes économiquement actives, financée par des cotisations basées sur le revenu. L'assurance maladie obligatoire couvre également les travailleurs indépendants, les retraités et d'autres groupes de personnes. Elle garantit une responsabilité financière partagée entre les employeurs, les employés et l'État, tout en assurant l'accès universel et le libre choix des prestataires de service par le patient.
- La prestation des soins est assurée conjointement par des médecins exerçant en libéral, des médecins salariés, d'autres professionnels de la santé, ainsi que par les hôpitaux. Les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique fournissent des services de santé publique et des soins sociaux dans le cadre de conventions spécifiques avec l'État.
- Les compétences en matière de politique de santé et de régulation du système de soins de santé sont partagées entre l'État (principalement le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, connu sous l'abréviation M3S) et l'assurance maladie obligatoire, dans le cadre d'une organisation fortement centralisée et avec une implication minime des autorités locales.

- La plupart des prestataires de soins sont rémunérés par l'assurance maladie obligatoire (ou directement par les patients qui sont remboursés ultérieurement). Une commission fixe les tarifs des actes et services, qui sont approuvés par le M3S. Les prestataires sont automatiquement conventionnés par l'assurance maladie obligatoire et tenus de respecter les tarifs fixés.
- La qualité des soins est faiblement régulée au niveau national. Les hôpitaux ont la possibilité de s'engager dans une démarche de certification, mais ce n'est pas obligatoire. Jusqu'en 2024, il n'existait aucun processus formel de recertification ou de renouvellement d'autorisation d'exercer pour les professionnels de la santé. La planification de l'offre est restreinte au secteur hospitalier et aux pharmacies.
- Les droits et obligations fondamentaux des patients et des professionnels de la santé sont définis par la loi, et comprennent notamment l'accès à des soins de santé de qualité, la prise de décision partagée, l'accès au dossier médical et le libre choix du prestataire de soins.

■ 2.1 Contexte historique

Lutte contre les maladies et débuts de la régulation du système de santé

Le Congrès de Vienne de 1815 transforma le Luxembourg en un Grand-Duché, distinct mais en union personnelle avec le Roi des Pays-Bas. Son indépendance fut confirmée par le Traité de Londres de 1867. Une loi de 1818 institua une commission médicale au Luxembourg, à l'instar de celles existant dans les autres provinces des Pays-Bas, afin de réguler les soins de santé, notamment la certification des médecins et le contrôle de l'exercice médical. A partir de 1841, la Commission médicale évolua pour devenir le Collège médical, qui existe encore aujourd'hui.

A l'origine, les hôpitaux au Luxembourg furent fondés par des ordres religieux. Après la Révolution française, les communes en ont assuré la gestion sous la forme d'hospices civils. Avec l'industrialisation, les entreprises sidérurgiques ont construit des hôpitaux à proximité de leurs sites et apporté leur soutien aux hôpitaux municipaux. Les hôpitaux laïcs

collaboraient même avec les ordres religieux, les religieuses prenant soin des malades. L'État jouait un rôle mineur dans la lutte contre les maladies, et ce n'est qu'en 1945 qu'un ministère de la Santé publique a vu le jour.

Historiquement, le personnel médical exerçait à titre indépendant, sur la base d'un paiement à l'acte, les patients réglant directement les prestations avant d'être ensuite remboursés par les caisses d'assurance maladie (Collège médical, n.d. ; European Observatory on Health Care Systems, 1999).

Introduction de l'assurance maladie obligatoire à partir de 1901

L'introduction de l'assurance maladie obligatoire en 1901 pour les travailleurs salariés a constitué un progrès majeur. Le système d'assurance maladie luxembourgeois trouve son origine dans les sociétés de secours mutuel, qui apportaient leur soutien en cas de maladie ou de décès. Ces sociétés ont été officiellement reconnues par l'État en vertu d'une loi adoptée en 1891. Économiquement lié à l'Allemagne par une union douanière (Zollverein), le Luxembourg a instauré l'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs salariés en 1901, inspirée du modèle allemand bismarckien d'assurance sociale de 1883. Limitée à l'origine aux travailleurs du secteur manufacturier, la couverture a été étendue après la Seconde guerre mondiale. En 1973, l'ensemble de la population active, leurs familles et les retraités étaient couverts par la sécurité sociale par le biais de diverses caisses d'assurance (Unédic, 2022 ; IGSS, 2023a).

Plusieurs lois ont été promulguées afin d'harmoniser et de fusionner les différentes caisses d'assurance, dans le but de maîtriser les coûts et de remédier aux disparités entre les « cols bleus » et les « cols blancs ». En 2008, les branches de la sécurité sociale, notamment l'assurance maladie, ont été regroupées dans un régime unique. En 2009, la création de la Caisse nationale de santé a permis de regrouper les dernières caisses d'assurance maladie du secteur privé en une caisse unique (cf. Section 3.3.1) (Leist, 2021 ; IGSS, 2023a). Des informations plus détaillées sur le contexte historique du Luxembourg figurent dans l'édition 1999 du rapport Revue du système de santé du Luxembourg de la série Systèmes de santé en transition (European Observatory on Health Care Systems, 1999). Les évolutions survenues depuis 2010 sont abordées dans la section 6.1.

■ 2.2 Organisation

Selon l'article 34 de la Constitution luxembourgeoise, la protection de la santé et la sécurité sociale constituent une liberté publique que l'État doit régler par la loi. Ces lois peuvent être précisées par des règlements et/ou des arrêtés, qu'ils soient grand-ducaux ou ministériels.

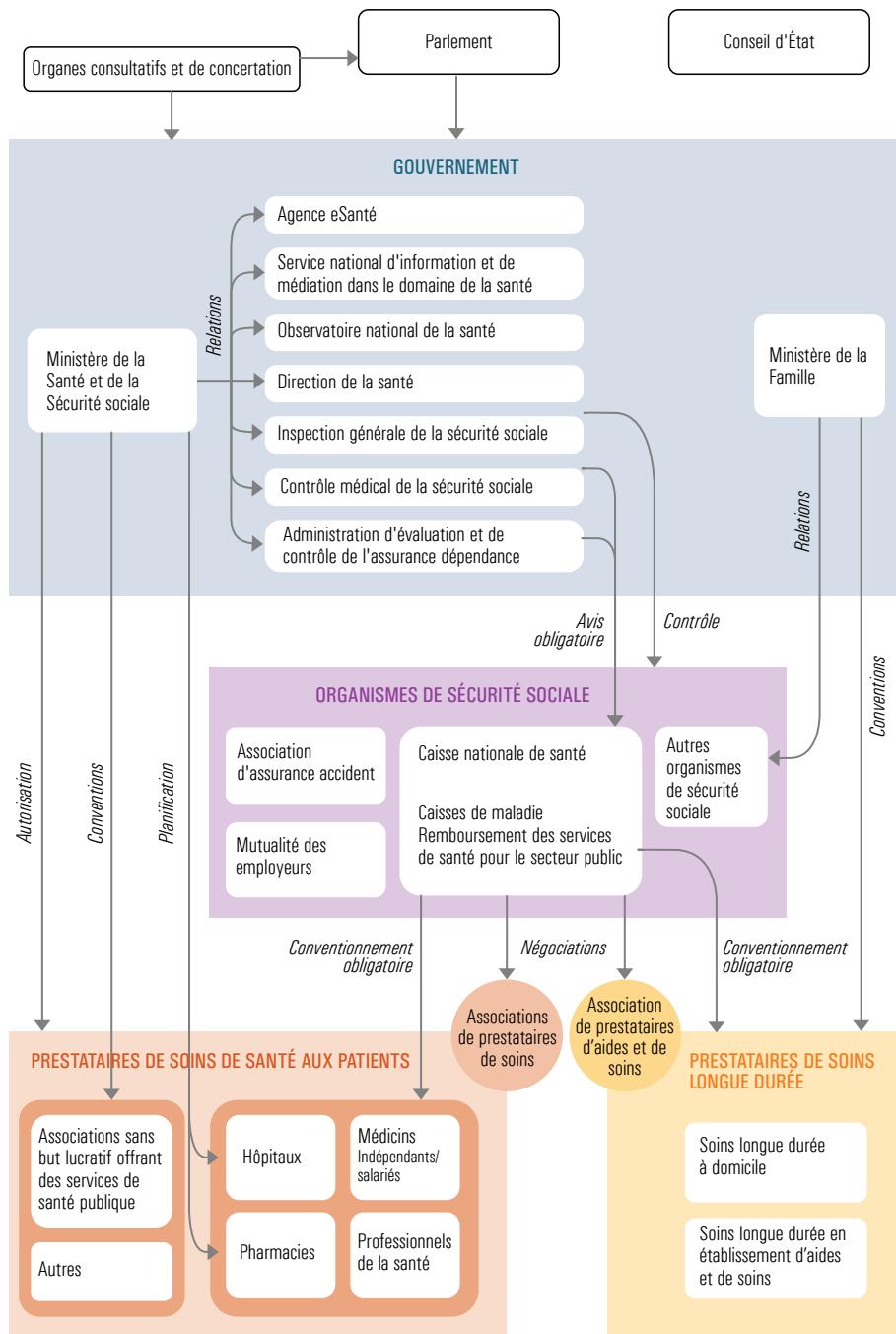
Les principes directeurs du système de soins de santé sont alignés sur ceux du modèle bismarckien :

- solidarité entre assurés avec affiliation obligatoire au régime d'assurance maladie pour les personnes économiquement actives ;
- financement de l'assurance maladie obligatoire par des cotisations basées sur le revenu, sans ajustement en fonction du risque ; et
- partage de la charge financière entre les employeurs, les salariés et l'État (cf. Section 3.2).

Parmi les autres caractéristiques essentielles figurent l'accès universel, le libre choix des prestataires de soins par les patients et l'accès direct aux soins spécialisés (cf. Section 2.8.2). Compte tenu de sa longue évolution historique, le cadre législatif du système de santé luxembourgeois présente une certaine fragmentation (Berthet et al., 2015). Avant 2023, les compétences en matière de santé étaient réparties entre le ministère de la Santé, le ministère de la Sécurité sociale et, dans une moindre mesure, le ministère de la Famille³. Le ministère de la Santé avait en charge la politique de santé, la législation et la planification de l'offre de soins, tandis que le ministère de la Sécurité sociale supervisait la législation relative à la sécurité sociale, notamment les risques liés à la maladie et à la dépendance. En 2023, dans un objectif d'harmonisation, un nouveau gouvernement a fusionné les deux ministères pour créer le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, désigné par l'abréviation M3S, afin de regrouper les compétences liées à la planification, à la législation et au financement des soins de santé (Mémorial A779, 2023). Le ministère de la Famille continue toutefois de superviser les établissements et les services de soins de longue durée destinés aux personnes âgées et handicapées (cf. Section 5.8). Outre l'État, le système de santé est également régi par l'assurance maladie obligatoire. Les soins sont dispensés conjointement par des médecins exerçant en libéral, des médecins salariés, d'autres professionnels de la santé et des hôpitaux (cf. Figure 2.1).

³ Selon le gouvernement en place, le ministère de la Famille a porté diverses dénominations. Il est nommé ministère de la Famille dans le présent rapport, à titre de simplification.

FIG. 2.1 Vue d'ensemble du système de santé : relations organisationnelles entre les principaux acteurs



Source: compilation réalisée par les auteurs.

Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)

Le M3S élabore la politique de santé et assure la mise en œuvre des lois et règlements relatifs aux professionnels de la santé, et est responsable de la planification, de l'organisation et, dans une certaine mesure, du financement des soins de santé et des services de santé publique, notamment de la prévention des maladies. Il veille à l'application des lois et des règlements grand-ducaux portant sur la santé et les services de santé, de la façon suivante :

- il supervise les institutions et services de santé publics et privés, passe contrat avec eux et finance les services ;
- il promeut et réglemente les professionnels de la santé et leur octroie les autorisations d'exercice ;
- il planifie, accorde les autorisations et supervise le secteur hospitalier ;
- il élabore les politiques et coopère avec les services de santé – faisant ou non l'objet d'une convention –, dans les domaines de la prévention, de la santé sociale, de la psychiatrie extrahospitalière, du handicap et des maladies chroniques ;
- il promeut la santé digitale et l'intégration des technologies numériques dans le secteur de la santé ;
- il encourage la recherche fondamentale et la recherche clinique dans le domaine de la santé (en coopération avec le ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur) ; et
- il supervise les hôpitaux qui sont des établissements publics.

Le M3S est également responsable des politiques de sécurité sociale aux niveaux national et international, notamment de l'organisation, du financement, de la législation, de la supervision et de la juridiction des branches de la sécurité sociale, ainsi que de leur coordination (Mémorial A779, 2023). Le M3S s'appuie sur plusieurs administrations et agences placées sous son autorité :

- la **Direction de la Santé** : administration en charge de la santé publique au Luxembourg. Ses attributions comprennent la supervision législative et réglementaire et la mise en œuvre des politiques de santé ; l'élaboration de plans d'actions et de programmes de prévention et de promotion de la santé (cf. Section 5.1), l'évaluation et le suivi de la santé de la population, le contrôle du cycle de vie des médicaments et des produits pharmaceutiques (cf. Sections 2.7.4 et 5.6), ainsi que la surveillance et

la lutte contre les maladies transmissibles. La Direction de la santé contribue à l'élaboration des politiques sanitaires aux niveaux national et international (Mémorial A79, 1980).

- **L'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS)** réalise des analyses et des études à des fins d'évaluation et de planification des régimes de protection sociale aux niveaux national et international, et contribue à l'élaboration de mesures législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale. L'IGSS supervise et contrôle les institutions de sécurité sociale au nom du M3S (CSS, articles 422-424).
- **Le Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé** fournit des informations sur les soins de santé, les droits des patients et le système de santé, et agit comme centre de médiation entre les patients et les professionnels de la santé (cf. Section 2.8.1) (Mémorial A140, 2014).
- **L'Observatoire national de la santé** : créé en 2022 et rattaché au M3S, c'est un organisme indépendant guidé par un Conseil des observateurs, composé d'experts nationaux et internationaux. Sa mission est de soutenir les décideurs et les politiques de santé, et en évaluer l'impact.
- **Le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS)** : vérifie l'éligibilité aux prestations de sécurité sociale en cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'accident. Il autorise et supervise la prise en charge des traitements. Le CMSS rend des avis motivés contraignants en matière d'inscription des médicaments sur la liste positive (cf. Sections 2.7.3 et 2.7.4) et conseille sur les normes en matière de consommation abusive de soins de santé et de variation des pratiques des prestataires. (CSS, articles 418-421).
- **L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC)** est responsable de la prise de décisions sur l'octroi des prestations de l'assurance dépendance. Dans le cadre de ses missions relatives à l'assurance dépendance, l'AEC réalise des évaluations et des contrôles, offre des conseils et émet des avis (cf. Section 5.8) (CSS, articles 383-386).

Par ailleurs, l'**Agence eSanté** est l'agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé au Luxembourg. Dotée du statut de groupement d'intérêt économique, elle rassemble les principaux acteurs des secteurs médical et social. Ses objectifs principaux sont la mise en place d'une plateforme nationale d'échange et de partage des données de santé et l'élaboration d'une stratégie en matière d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (cf. Section 4.1.3) (Mémorial A242, 2010).

Organes consultatifs

Pour élaborer et mettre en œuvre ses politiques, le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale s'appuie sur plusieurs commissions et organes consultatifs placés sous sa tutelle, notamment :

- La **Commission de la nomenclature** émet des avis détaillés à l'attention du M3S, en vue de l'élaboration de nomenclatures nationales des actes et services pour les professionnels de la santé (cf. Sections 2.7.3 et 3.3.4).
- La **Cellule d'expertise médicale** (CEM) assiste la Commission de la nomenclature, sur demande de celle-ci, en proposant les libellés et les coefficients des actes et services médicaux inscrits à la nomenclature des prestataires de soins, et en fournissant des rapports fondés sur les données acquises de la science (cf. Section 2.7.3). La CEM apporte un appui au Conseil scientifique du domaine de la santé en élaborant des standards de bonnes pratique médicale fondés sur les données probantes (CSS, article 65bis).
- Le **Conseil scientifique du domaine de la santé** est un organe indépendant composé de professionnels du domaine médical, qui bénéficie de l'appui de la CEM. Composé à parts égales de représentants de l'État et de médecins, il élabore et promeut les standards de bonnes pratiques médicales fondés sur les données probantes, à destination des professionnels de la santé et du public (CSS, 2024 ; Mémorial A226, 2011) (cf. Sections 5.1 et 5.2).
- La **Commission permanente du secteur hospitalier** (CPH) exerce des fonctions consultatives au sujet des demandes des établissements hospitaliers relatives à des subventions financières publiques, à des modifications de l'offre hospitalière (autorisations, extensions, modernisation et fermeture), à la création de réseaux de soins intégrés (réseaux de compétence) ainsi qu'à toute modification législative concernant le secteur hospitalier (Mémorial A222, article 22, 2018).
- Le **Conseil supérieur des maladies infectieuses** conseille le M3S sur toutes les questions dans le domaine de la santé publique ayant trait aux maladies infectieuses. Il propose, en toute indépendance, des mesures en matière de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses, bien que ses membres soient nommés par le ministre (Mémorial A705, 2018).

Assurance maladie obligatoire et soins de longue durée

La Caisse nationale de santé (CNS), placée sous la supervision et le contrôle de l'IGSS pour le compte du M3S, gère conjointement les branches de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance du régime luxembourgeois de sécurité sociale. La CNS est compétente pour les assurés du secteur privé (cf. Sections 2.7.1 et 3.3). Pour les agents et les pensionnés du secteur public, les frais de soins de santé sont remboursés par trois caisses de maladie :

- la Caisse de Maladie des Fonctionnaires et Employés Publics (CMFEP)
- la Caisse de Maladie des Fonctionnaires et Employés Communaux (CMFEC)
- l'Entraide Médicale des Chemins de Fer Luxembourgeois (EMCFL).

Tous les autres aspects de l'assurance maladie des agents et pensionnés du secteur public sont gérés par la CNS.

Autres acteurs

Organisations professionnelles

Au Luxembourg, il existe deux catégories d'organisations professionnelles représentatives qui défendent les intérêts des professionnels de la santé et des soins. La première catégorie est prévue par la loi et se concentre sur la déontologie médicale et sur la surveillance de l'exercice professionnel. Elle comprend le Collège médical (représentant les médecins, médecins-dentistes, pharmaciens et psychothérapeutes), le Conseil supérieur de certaines professions de santé (représentant les autres professions de santé réglementées) et le Collège vétérinaire. Ces organisations doivent être consultées pour tout processus législatif (Mémorial A20 article 19, 1992 ; Mémorial A84, 1999 ; Mémorial A58, 2002).

La seconde catégorie est composée d'associations, ou groupements de prestataires, qui représentent les professionnels et négocient les conventions avec la CNS. Ces conventions sont prévues par la loi pour différents groupes de prestataires, exerçant tant dans le secteur hospitalier qu'extrahospitalier (cf. Sections 2.7.3, 3.3.4 et 3.7). La représentativité de ces groupements professionnels s'apprécie en fonction du nombre de leurs membres, de leur

expérience et de leur ancienneté au sein de la profession. Ces associations agissent comme des syndicats professionnels au sein du système de santé. (CSS, articles 61, 62 et 75).

Organisations de patients

En général, les patients ne sont pas représentés dans les organes consultatifs du système de santé. Certaines exceptions existent, comme le Comité de gestion interhospitalière, qui intervient dans l'évaluation des projets de réseaux de compétences (cf. Section 5.3), le Conseil supérieur des personnes handicapées, et le Conseil supérieur des personnes âgées (CSS, article 387). Les représentations de patients peuvent exprimer leur avis au cours du processus législatif. Par ailleurs, la Constitution luxembourgeoise, dans son article 79, prévoit la tenue de séances publiques pour les propositions motivées aux fins de légiférer ayant récolté un nombre suffisant de signatures (cf. Section 1.3).

Au Luxembourg, la défense des intérêts et droits des patients est assurée par deux organisations clés. La Patiente Vertriebung asbl (en français : la Représentation des Patients asbl) promeut et soutient les droits des patients, en fournissant des informations, des conseils et une assistance juridique en matière de santé et de sécurité sociale. Le Cercle des associations de patients asbl, créé en 2022, fédère et défend les intérêts des organisations s'engageant en faveur des personnes atteintes de pathologies spécifiques et de leur proche.

Associations sans but lucratif

Les associations sans but lucratif jouent un rôle important dans la prestation de soins de santé, tant préventifs que curatifs ou de longue durée. Le M3S et le ministère de la Famille signent des conventions avec ces associations pour la prestation de ces services ou pour le financement partiel de leurs activités. Ces conventions reposent sur la loi dite « ASFT » (loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique). En vertu de cette loi, toute activité exercée par quelque personne que ce soit, physique ou morale, de droit privé ou de droit public, est soumise à un agrément (sauf disposition légale contraire), qui inclut : 1) l'accueil et l'hébergement de jour et/ou de nuit de plus de trois personnes simultanément, et/ou 2) l'offre de services de consultation, d'aide, de prestation de soins, d'assistance, de guidance, de formation sociale,

d'animation ou d'orientation professionnelle (cf. Sections 3.3.2, 3.7.1 et 5.8) (Mémorial A82, 1998).

■ 2.3 Décentralisation et centralisation

Du fait de la taille du pays, l'organisation des soins de santé au Luxembourg est fortement centralisée. La délégation de prestations de santé aux autorités locales est exceptionnelle, et concerne notamment certains services de médecine scolaire destinés aux enfants de 4 à 12 ans décentralisés dans certaines communes (par exemple la ville de Luxembourg), ainsi que la gestion de la prise en charge des frais de santé par les offices sociaux (cf. Section 3.4.1).

■ 2.4 Planification

Le système de santé luxembourgeois est régi à la fois par le Code de la sécurité sociale (CSS) et par le Code de la santé⁴, plutôt que par un cadre juridique unique. Le M3S et la Direction de la santé sont compétents pour la planification des infrastructures de soins, de l'allocation des ressources, de l'offre de soins spécialisés et de la santé publique (cf. Sections 5.1 et 7.1).

En 2023, le Luxembourg a publié son premier « Plan national santé » à la suite de consultations entamées en 2020 avec les principaux acteurs du système de santé, dans le cadre du *Gesondheetsdësch* (table ronde sur les questions de santé). L'objectif était d'identifier les principaux défis du système de santé, d'analyser divers scénarios possibles et de proposer des priorités ainsi que les stratégies afférentes.

Le Plan national santé vise l'amélioration continue dans trois dimensions fondamentales :

- L'état de santé de la population
- le parcours de soins des patients
- le cadre général de fonctionnement du système de santé.

À chaque dimension sont associés des axes stratégiques, mais sans objectifs concrets et mesurables. Le Plan national santé et le *Gesondheetsdësch* ne

⁴ Le Code de la santé est un recueil de lois, d'arrêtés et de règlements.

ENCADRÉ 2.1 Les capacités d'élaboration et de mise en œuvre des politiques sont-elles suffisantes ?

L'Observatoire national de la santé a été créé pour renforcer les capacités en matière d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de santé, en améliorant le pilotage du système de santé sur base de données probantes. En 2024, il a lancé un projet visant à développer un cadre d'évaluation de la performance du système de santé, avec le soutien de la Commission européenne et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Ce cadre permettra d'évaluer les forces et les faiblesses du système de santé luxembourgeois, de faciliter les comparaisons internationales et de suivre dans le temps les progrès réalisés. Il vise à diffuser une information complète sur le système de santé, les investissements en ressources, l'état de santé de la population et les résultats en matière de santé, contribuant ainsi à l'élaboration de meilleures politiques.

bénéficient pas de formalisation légale sous la forme d'instances nationales de planification sanitaire. Des efforts supplémentaires sont en cours en matière d'élaboration des politiques de santé et de renforcement des capacités de mise en œuvre (cf. Encadré 2.1).

Secteur hospitalier

Dans les années 1970, l'État a commencé à jouer un rôle plus actif dans la planification du secteur hospitalier, par l'adoption de la première loi relative aux hôpitaux. Depuis les années 1990, toute modification du paysage hospitalier est soumise à l'approbation du ministre de la Santé. À présent, la planification du secteur hospitalier au Luxembourg s'effectue dans le cadre de la loi hospitalière de 2018 (Mémorial A222, 2018). Cette loi fixe le nombre maximal de lits par type pouvant être autorisés au niveau national, règlememente la dénomination et définition des différents services hospitaliers, et définit les nombres minimum et maximum de lits par service.

La planification doit être fondée sur les besoins sanitaires établis par la Carte sanitaire, qui décrit l'évolution démographique et l'état de santé de la population résidente, ainsi que des éléments de comparaison internationale. La Carte sanitaire dresse également un inventaire détaillé du secteur hospitalier, incluant les services hospitaliers, les ressources, les équipements et leur taux d'utilisation (article 3 du Mémorial A222, 2018 ; article 2 du Mémorial A168, 2021). La loi hospitalière de 2018 a également instauré des

services nationaux (services hospitaliers uniques pour le pays) ainsi que des réseaux de compétences, afin d'éviter la dispersion des efforts et des compétences, de prévenir une allocation inadéquate des ressources, et de mieux réguler les soins spécialisés (cf. Section 5.3). Pour plus de détails sur la réglementation du secteur hospitalier, voir les Sections 3.7.1 et 4.1.1.

Secteur extrahospitalier

Le M3S ne dispose pas de mandat légal pour planifier le secteur des soins extrahospitaliers, et il n'existe pas non plus de planification générale des professionnels de la santé au Luxembourg. Tout professionnel de la santé autorisé à exercer peut ouvrir un cabinet, sans aucune restriction géographique (cf. Section 2.7.2 sur l'autorisation d'exercice des prestataires de soins et la section 4.2.1 sur la planification des ressources humaines).

À l'inverse, le nombre de concessions d'État de pharmacies est établi en fonction des besoins locaux et régionaux, et réglementé par la loi (Mémorial A43, 1973). L'ouverture d'une nouvelle pharmacie nécessite l'autorisation du M3S. Les concessions d'État sont octroyées à la suite d'un processus de sélection, et il est également possible d'acheter une concession privée. Un quart des pharmacies sont gérées sur la base d'une concession privée.

■ 2.5 Intersectorialité

Outre le M3S et le ministère de la Famille, de nombreux autres ministères interviennent dans différents domaines de la santé publique. Parmi les ministères possédant des compétences en matière de santé, on peut citer :

- le ministère des Affaires intérieures : organisation, administration et formation des services de secours, d'incendie, de sauvetage, et de protection civile
- le ministère du Travail : campagnes de prévention du stress professionnel et actions en faveur des personnes en situation de handicap au travail
- le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse : promotion de la santé et centres éducatifs pour enfants et jeunes à besoins spécifiques

- le ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur : formation de certains professionnels de la santé et recherche en santé
- le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Viticulture : organisation de la sécurité et de la qualité de la chaîne alimentaire, organismes génétiquement modifiés
- le ministère de l'Environnement, du Climat et de la Biodiversité : prévention des risques, protection de l'environnement humain et naturel, le contrôle de la qualité des ressources naturelles et la gestion des déchets pharmaceutiques
- le ministère d'État : situations d'urgence (cf. Encadré 2.2).

ENCADRÉ 2.2 Comment les secteurs ont-ils collaboré pendant la pandémie de COVID-19 ?

Pendant la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), la réponse nationale a été menée par le Haut-Commissariat à la protection nationale, instauré en 2001 pour favoriser la coopération interministérielle en matière de gestion des risques. Placé sous l'autorité du ministère d'État, le Haut-Commissariat à la protection nationale a coordonné les mesures de gestion de crise, aux côtés de l'ancienne-ministre de la Santé et du Directeur de la santé. Ensemble, ils ont mis en place une cellule de crise chargée de superviser divers aspects, tels que les hôpitaux, les diagnostics, les soins primaires, les maisons de soins, la logistique, la réserve sanitaire et la communication.

L'évaluation par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) de la réponse des politiques publiques du Luxembourg à la crise de la COVID-19 montre que, bien que le pays ait enregistré un taux de surmortalité nettement inférieur à la moyenne de l'OCDE au début de l'année 2022, la pandémie a néanmoins engendré des difficultés, en touchant particulièrement les personnes âgées et les populations défavorisées. Ces difficultés se sont traduites, entre autres, par des retards dans les soins et une dégradation de la santé mentale. Le Luxembourg a cependant démontré une capacité de mobilisation rapide de ressources et d'acteurs, permettant le déploiement accéléré de nouveaux dispositifs et l'élargissement de l'offre de soins. Pour l'avenir, il est essentiel d'améliorer les systèmes d'information, de renforcer les ressources humaines dans le secteur de la santé et de mettre en place une centrale d'achat pour les produits essentiels afin d'améliorer la résilience du système de santé face aux menaces futures. En outre, il reste impératif de répondre aux besoins à long terme et de lutter contre l'hésitation vaccinale pour assurer une résilience durable (OECD, 2022).

Il n'existe pas de comité intersectoriel unique en matière de santé. La coopération entre les différentes parties prenantes est facilitée par divers moyens, tels que des programmes interministériels (par exemple, le Plan d'action national maladies démentielles, élaboré en collaboration avec le ministère de la Famille ou le Plan national pour un développement durable, élaboré conjointement avec les ministères de l'Agriculture, du Travail et de l'Environnement), des comités transversaux en santé publique et des structures intersectorielles spécifiques (notamment la Commission nationale de formation pour le métier de l'aide-soignant). Des représentants du M3S sont membres des conseils d'administration des entités publiques en lien avec la santé publique.

■ 2.6 Systèmes d'information en santé

Au Luxembourg, comme dans d'autres pays, différentes institutions collectent des données à des fins spécifiques (par exemple, des registres, des enquêtes ou des données administratives). Bien que le Luxembourg dispose d'un identifiant unique pour chaque patient, il ne possède pas de système national d'information en santé (ou plateforme des données de santé) facilitant la collecte, le contrôle de la qualité, la mise à disposition et le traitement des données pour l'évaluation de l'état de santé de la population, y compris de l'utilisation des services de santé et de l'évaluation de la performance du système de santé à des fins de planification (Empirica, 2020). Néanmoins, des données de santé pseudonymisées peuvent être partagées avec des instituts de recherche et des administrations, notamment via une plateforme de l'IGSS (IGSS, 2019a).

Le Luxembourg suit les progrès européens dans le domaine des systèmes d'information en santé et se prépare à la mise en œuvre du règlement sur l'Espace européen des données de santé (*European Health Data Space Act*). Actuellement, une loi est en cours d'élaboration pour appliquer le Règlement sur la gouvernance des données (*Data Governance Act*). Les dernières évolutions sont décrites dans la section 6.2.

■ 2.7 Réglementation

■ 2.7.1 Réglementation et gouvernance du tiers-payant

Comme mentionné à la section 2.2, les caisses d'assurance maladie obligatoire sont placées sous la supervision du M3S avec le concours de l'IGSS, et sont gérées par des conseils d'administration. La CNS gère l'assurance maladie obligatoire pour les secteurs privé et public, et rembourse les prestations de soins de santé fournies aux salariés du secteur privé, tandis que les caisses de maladie dédiées au secteur public ne sont chargées que du remboursement des prestations pour les agents du secteur public (CSS articles 44 et 48).

Pour ce qui concerne les soins de santé, le conseil d'administration de la CNS est composé, à part égales, de délégués désignés des employeurs, des salariés assurés et des travailleurs indépendants ; il est présidé par un représentant de l'État. De ce fait, les syndicats de salariés et d'employeurs jouent un rôle important dans la gestion de l'assurance maladie obligatoire.

Le conseil d'administration est notamment chargé :

- d'établir le budget annuel global de l'assurance maladie obligatoire, notamment du budget des frais administratifs établis par les caisses de l'assurance maladie pour le secteur public,
- de (re)fixer les taux de cotisation,
- d'établir les statuts réglant tout ce qui concerne les prestations, dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles,
- d'approuver le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que du bilan.

Ces décisions sont soumises à l'approbation du M3S, sur avis de l'IGSS (CSS, article 45).

Conformément au budget approuvé par le M3S, le conseil d'administration a pour mission de préparer les négociations à mener entre son président (ou son représentant) et les professionnels de santé (cf. Section 3.3.4).

Depuis 2018, le Code de la sécurité sociale définit des principes de gouvernance (Mémorial A678, 2018). Le conseil d'administration de la CNS établit une planification triennale définissant les objectifs stratégiques. La CNS développe des plans d'action pour atteindre ces objectifs, et maîtriser les risques y associés. Le conseil d'administration détermine les

règles de gouvernance à appliquer dans l'exécution de sa mission et ses interactions avec les parties prenantes, en mettant l'accent sur la communication interne et externe, la politique de sécurité ainsi que la politique de lutte contre l'abus et la fraude.

Quant au Conseil d'administration de l'assurance dépendance, il ne comprend pas de délégués des employeurs, ceux-ci ne participant pas au financement de l'assurance dépendance (cf. Section 3.3), et ses responsabilités diffèrent légèrement de celles des conseils d'administration des différentes caisses de l'assurance maladie (CSS, livre Ier).

■ **2.7.2 Réglementation et gouvernance des prestataires**

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Dans le Code de la santé, quatre lois encadrent l'exercice des professions de santé et de soins :

- la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire (Mémorial A31, 1983)
- la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien (Mémorial A60, 1991)
- la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute (Mémorial A136, 2015)
- la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, telles que les aides-soignants, les assistants sociaux, les diététiciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes et les sages-femmes (Mémorial A20, 1992)

Ces lois et leurs règlements grand-ducaux d'exécution déterminent les conditions d'octroi de l'autorisation d'exercer, ainsi que les règles et les modalités d'exercice de la profession. Les codes de déontologie sont établis par le Collège médical et le Conseil supérieur de certaines professions de santé. En outre, le Code de la sécurité sociale définit les rapports entre les prestataires de soins et l'assurance maladie obligatoire (CSS, articles 61 et 388bis).

Les prestataires autorisés à exercer leur profession, et dont le groupement professionnel représentatif dispose d'une convention avec la CNS, sont automatiquement conventionnés et doivent appliquer les tarifs et les règles de remboursement de la CNS. En revanche, les prestataires ne figurant pas sur la liste spécifiée (par exemple, les ostéopathes) (CSS, articles 17, 61, 64 et 388bis) ne peuvent pas émettre de facture au titre de l'assurance maladie obligatoire (cf. Sections 3.3.1, 3.3.4 et 3.7.1). Le Code de déontologie des médecins et médecins-dentistes impose la formation médicale continue, qui est coordonnée par la Direction de la santé. Cependant, il n'existe aucune obligation légale ni incitation pour les professionnels de la santé à participer à la formation médicale continue et leur autorisation d'exercice n'en dépend pas non plus.

Un aperçu de la réglementation s'appliquant aux prestataires de soins est présenté dans le Tableau 2.1.

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La loi hospitalière de 2018 définit les différents types d'établissements et de services hospitaliers, leurs obligations, leurs exigences et leur structure organisationnelle. La convention signée entre la CNS et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois précise les règles d'établissement des budgets et les normes de dotation en personnel et mentionne plusieurs commissions traitant des questions de qualité (cf. Encadré 2.3). La réglementation des autres établissements de santé, tels que les structures d'hébergement pour personnes âgées ou les centres de santé mentale de jour, relèvent de la compétence du ministère de la Famille. Celui-ci est chargé de procéder aux inspections afin de s'assurer que ces établissements remplissent les critères précisés dans la législation afférente, en particulier ceux qui sont définis par la loi de 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées (Mémorial A562, 2023). La qualité des soins de longue durée est décrite à la section 5.8.

TABLEAU 2.1 Vue d'ensemble de la régulation des prestataires de soins de santé

	Législation	Planification	Autorisations/ accréditation	Tarification	Assurance qualité	Achat/ financement
Services de santé publique	Code de la santé* CSS (conventions relatives à la prévention)	M3S Direction de la santé	–	M3S Direction de la santé	–	Budget de l'État
	CSS (conventions relatives à la prévention)	M3S	–	M3S	–	Assurance maladie obligatoire
Soins ambulatoires (primaires et secondaires)	Code de la santé* CSS Statuts de la CNS Conventions CNS—prestataires de soins	Aucune	M3S	Assurance maladie obligatoire	–	Assurance maladie obligatoire
	Code de la santé* CSS Statuts de la CNS Conventions CNS—prestataires de soins	M3S Direction de la santé	M3S	Enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier fixée par le gouvernement	Assurance maladie obligatoire	Assurance maladie obligatoire
	Code de la santé* CSS Statuts de la CNS Conventions CNS—prestataires de soins	Aucune	M3S	Assurance maladie obligatoire	–	Assurance maladie obligatoire
	Code de la santé* CSS Statuts de la CNS Conventions CNS—prestataires de soins	M3S	–	Assurance maladie obligatoire	–	Assurance maladie obligatoire
Soins dentaires	Code de la santé* CSS Statuts de la CNS Conventions CNS—prestataires de soins	Aucune	M3S	Assurance maladie obligatoire	–	Assurance maladie obligatoire
Produits pharmaceutiques (hors hôpital)	Code de la santé* CSS Statuts de la CNS Conventions CNS—prestataires de soins	M3S Direction de la santé	Professionnels : M3S Produits : Direction de la santé	M3S	Direction de la santé	Assurance maladie obligatoire
Soins de longue durée	Loi de 2023 sur la qualité des services pour personnes âgées	–	Professionnels : M3S Produits : Direction de la santé	Assurance maladie obligatoire	Prestations : AEC Structures : Ministère de la Famille	Assurance maladie obligatoire

Notes : AEC : Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ; CNS : Caisse nationale de santé ; CSS : code de la sécurité sociale ; M3S : ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. *Le Code de la santé est un recueil de lois, d'arrêtés et de règlements.

Source : compilation des auteurs.

ENCADRÉ 2.3 Quelles sont les initiatives visant à améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux ?

Composée à parts égales de représentants de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) et de la Caisse nationale de santé (CNS), la Commission d'évaluation supervise le Programme Qualité, qui définit les critères ouvrant droit à la prime de performance. Les hôpitaux doivent s'engager dans une démarche d'accréditation. Ils collectent des données sur les indicateurs se rapportant à la qualité, notamment sur les soins, les ressources humaines, la gestion, les parcours de soins des patients et les processus. Un module du programme qualité porte sur la documentation, telle que prévue par la loi hospitalière de 2018, visant à garantir la fiabilité de la collecte et de l'analyse des données. Le montant de la prime dépend des résultats globaux ; les hôpitaux peuvent financer des initiatives visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins, en particulier en vue de l'accréditation.

La CNS finance la formation continue des professionnels de santé via l'enveloppe budgétaire globale allouée aux hôpitaux. Les hôpitaux sont tenus de mettre en place une gestion des risques, une évaluation de la qualité ainsi que la prévention des événements indésirables, notamment des infections nosocomiales (Mémorial A222, 2018). Ils doivent désigner un responsable des relations avec le patient ou un gestionnaire des plaintes pour le signalement des incidents. La loi hospitalière de 2018 a également créé le Comité de gestion interhospitalière (CGI), chargé de coordonner et d'assurer la qualité des prestations hospitalières, ainsi que de produire un rapport annuel sur l'assurance qualité (Sante.lu, 2022a).

■ **2.7.3 Réglementation des services et des biens**

PANIER DES PRESTATIONS DE BASE

Le Code de la sécurité sociale (article 17) encadre les prestations incluses dans le panier de soins. Les prestataires de soins et la CNS établissent des conventions, qui précisent les actes et services du panier de soins couvert, ainsi que le respect des tarifs fixés dans les nomenclatures nationales. Les règles du remboursement sont définies dans les statuts de la CNS (cf. Sections 2.7.1 et 3.3.4).

Le M3S, dans ses attributions, arrête les nomenclatures tarifaires nationales sur la base des recommandations de la Commission de la nomenclature qui, avec l'avis consultatif et non contraignant de la Cellule d'expertise médicale, propose les libellés et les coefficients des actes et services figurant dans les nomenclatures. La Commission se compose de

deux membres désignés par le M3S, dont le Président et un médecin, de deux membres désignés par le conseil d'administration de la CNS, deux membres désignés par le ou les groupe(s) représentant les médecins conventionnés, et en fonction de la nomenclature en question, de deux membres issus de groupements signataires concernés par la convention. Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées.

Le panier des prestations peut donc être influencé par la modification du Code de la sécurité sociale, des conventions et des nomenclatures tarifaires nationales.

En outre, le M3S convoque annuellement le Comité quadripartite (CSS, article 80), qui réunit des représentants du gouvernement, des salariés, des employeurs et des prestataires de soins de santé, afin d'examiner la situation financière de l'assurance maladie obligatoire et de proposer des mesures visant à améliorer l'efficience du système de santé. Le Comité quadripartite a un rôle consultatif sans pouvoir décisionnel.

ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

Le Luxembourg ne dispose pas d'agence officielle en charge de l'évaluation des technologies de la santé. Cependant, deux organismes publics interviennent dans l'évaluation des médicaments, des diagnostics et des interventions thérapeutiques :

1. le Contrôle médical de la Sécurité sociale (CMSS, cf. Section 2.2), qui à la suite des demandes introduites par les laboratoires pharmaceutiques, émet des avis sur l'inscription de nouveaux produits sur la liste positive des médicaments prescrits en soins extrahospitaliers et remboursés par la CNS. L'avis motivé du CMSS est intégré dans des rapports d'évaluation sommaires et s'impose pour le décideur.
2. la Cellule d'expertise médicale (CEM, cf. Section 2.2), qui rend des avis sur l'efficacité, la qualité et l'efficience économique des actes et services diagnostiques et thérapeutiques – utilisant ainsi des données acquises par la science pour renforcer la base scientifique des discussions et des décisions prises par la Commission de la nomenclature et par d'autres organes (CSS, article 65bis).

■ **2.7.4 Réglementation et gouvernance des produits pharmaceutiques**

La Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé supervise l'exercice de la pharmacie ainsi que la réglementation des médicaments et des produits de santé, en tant qu'autorité compétente placée sous l'autorité du M3S. Son champ de compétence inclut la fabrication, le contrôle de la qualité, la mise sur le marché, la publicité, la distribution et l'importation des produits pharmaceutiques et des médicaments, y compris des précurseurs de stupéfiants, des produits cosmétiques et des dispositifs médicaux. Le Luxembourg ne fabrique pas de médicaments. Le Laboratoire national de santé effectue un suivi de la qualité des produits pharmaceutiques mis sur le marché et utilisés au Luxembourg ; tandis que les médicaments originaires de Belgique peuvent faire l'objet de contrôles aléatoires en Belgique et au Luxembourg par l'Association pharmaceutique belge (APB, n.d.).

La distribution en gros des médicaments nécessite une autorisation du M3S, délivrée sur présentation d'une demande accompagnée des documents requis. Le Luxembourg reconnaît les autorisations délivrées par d'autres États membres de l'UE. Les pharmaciens-inspecteurs réalisent des inspections tous les cinq ans pour le renouvellement des certificats de bonnes pratiques de distribution en gros.

La Division de la pharmacie et des médicaments est chargée de veiller au respect de la réglementation en matière de publicité pour les médicaments, en examinant les publicités soumises par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, et en recommandant, selon le type de médicament et le domaine d'exercice du professionnel de la santé, les ajustements de contenu à y apporter.

Le Luxembourg est le seul pays de l'UE à ne pas disposer d'une autorité nationale de réglementation des médicaments et produits de santé, ce qui limite les capacités réglementaires et l'accès au marché. Une loi est en cours d'élaboration, visant à créer l'Agence luxembourgeoise des médicaments et produits de santé (ALMPS) (CHD, 2020a) (cf. Section 6.2).

AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ, FIXATION DES PRIX ET REMBOURSEMENT

Tous les médicaments mis sur le marché au Luxembourg sont importés, de Belgique pour la plupart d'entre eux (de 80 % à 90 %), d'Allemagne (de 7 %

à 17 %) et de France (3 %) (Conseil de la concurrence, 2022). Le titulaire des droits d'exploitation d'un médicament (en général, un laboratoire pharmaceutique) doit introduire une demande d'autorisation de mise sur le marché auprès du M3S. L'octroi, le retrait ou la suspension de l'autorisation de mise sur le marché est réglementé et publié au Journal officiel (sous forme d'un arrêté ministériel) (Mémorial A27, 1983 ; Mémorial A103, 1992).

Le M3S (et précédemment, le ministère de la Sécurité sociale) est responsable de la fixation du prix des médicaments, qui est régie par le règlement grand-ducal du 1er décembre 2011. Selon l'article 13, le prix hors taxes d'un médicament disposant d'une autorisation de mise sur le marché ne peut pas être supérieur à celui accordé par l'autorité compétente du pays de provenance.

Se basant sur l'avis du CMSS, la CNS décide de l'inscription des médicaments sur la liste des médicaments autorisés et remboursés (ou « liste positive ») et fixe le taux de remboursement applicable. La décision de la CNS concerne uniquement les conditions de prise en charge du médicament et n'a pas d'impact sur le prix officiel.

Au Luxembourg, le remboursement des médicaments pour les soins ambulatoires dépend de leur inscription sur la liste positive publiée au Journal officiel. Les médicaments figurant dans la liste positive sont rangés en trois catégories, chacune ayant un taux de prise en charge spécifique :

- le taux de remboursement réduit de 40 %. Il s'applique aux médicaments qui présentent un intérêt modéré dans la pratique médicale courante et qui sont destinés au traitement symptomatique de pathologies bénignes, sauf exceptions ;
- le taux de remboursement normal de 80 %. Il s'applique à tous les médicaments de la liste positive pour lesquels les statuts de la CNS ne prévoient pas un autre taux ;
- le taux de remboursement préférentiel de 100 %. Ce taux est appliqué aux médicaments remplissant certains critères spécifiques, à savoir : avoir une indication thérapeutique précise, contenir un seul principe actif, être irremplaçable ou présenter un intérêt vital dans le traitement de pathologies particulièrement graves ou chroniques, et susceptible d'engendrer pour la personne protégée une participation aux frais inappropriée en l'absence de remboursement intégral. Toutes ces conditions doivent être réunies cumulativement.

PHARMACOVIGILANCE

Les professionnels de la santé, notamment les médecins, les médecins-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes, ont l'obligation légale de déclarer les effets indésirables suspectés des médicaments. Les autres professionnels de la santé et les patients peuvent les déclarer de manière volontaire.

La Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé, est chargée de la pharmacovigilance au niveau national et collabore avec le Centre régional de pharmacovigilance de Nancy, en France. Dans tous les États membres de l'UE, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament est tenu de mettre en œuvre et de tenir à jour un système de pharmacovigilance pour assurer la sécurité et la surveillance du médicament.

Le Luxembourg, en tant que membre du Réseau européen de réglementation des médicaments, a accès à EudraVigilance, un système de gestion et d'analyse des données relatives aux effets indésirables suspectés des médicaments autorisés dans l'Espace économique européen. Il est impliqué dans sept comités scientifiques de l'Agence européenne des médicaments et fait partie, depuis 2020, du Programme de l'OMS pour la pharmacovigilance internationale.

■ **2.7.5 Réglementation des dispositifs médicaux et des aides techniques**

ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX LOURDS

Les équipements et appareils médicaux des établissements hospitaliers et de leurs antennes sont soumis à autorisation du M3S s'ils appartiennent à l'une des catégories suivantes :

- ils nécessitent une planification nationale, en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, ou de conditions d'emploi particulières. La loi hospitalière de 2018 énumère explicitement la liste de ces équipements à l'annexe 3 (article 14 [1])
- leur coût dépasse 250 000 euros (hors taxe sur la valeur ajoutée) (article 14 [2]).

Les demandes d'autorisation ne peuvent être soumises que par un établissement hospitalier et doivent être accompagnées d'une analyse des coûts réalisée par l'hôpital. Le M3S doit solliciter l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (cf. Section 4.1.2 sur les équipements médicaux). L'acquisition, l'installation et l'utilisation de sources de rayonnements ionisants nécessitent également une autorisation préalable du M3S ou de la Direction de la santé (Sante.lu, 2024a).

DISPOSITIFS MÉDICAUX ET AIDES TECHNIQUES

Contrairement aux médicaments, les dispositifs médicaux et les aides techniques ne nécessitent pas d'autorisation de mise sur le marché. Leur réglementation est régie par le règlement (UE) 2017/745, par la loi modifiée de 1990 relative aux dispositifs médicaux, ainsi que par des règlements grand-ducaux (Mémorial A3, 1990). Les dispositifs médicaux doivent porter le marquage CE et posséder une déclaration de conformité UE obtenue par leur fabricant, attestant du respect des exigences de sécurité et de performance prévues par le règlement UE 2017/745. Au Luxembourg, les dispositifs médicaux de classe I doivent être enregistrés auprès de la Direction de la santé, tandis que les dispositifs médicaux de classe supérieure nécessitent un certificat de conformité émis par un organisme notifié.

Le remboursement des dispositifs médicaux dépend de leur inscription sur les listes statutaires de la CNS et du respect des dispositions en vigueur. Des dispositions spécifiques s'appliquent aux aides techniques destinées aux bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Les fabricants établis au Luxembourg doivent s'enregistrer auprès de la Direction de la santé. Les fabricants établis hors de l'UE doivent désigner un mandataire autorisé au sein de l'UE, lequel doit également s'enregistrer auprès de la Direction de la santé. Les opérateurs économiques établis au Luxembourg peuvent s'enregistrer via le module d'EUDAMED pour l'enregistrement des acteurs (Sante.lu, 2024b).

Les technologies de la santé représentent environ 12 % de l'écosystème des industries manufacturières du Luxembourg. Selon la cartographie de l'écosystème des technologies de la santé établie par Luxinnovation en 2020, le secteur comprend 136 entreprises privées employant près de 1900 personnes, en croissance au cours des dernières années (Luxinnovation, n.d.).

■ 2.8 Soins centrés sur la personne

■ 2.8.1 *Information des patients*

Diverses sources d'information sont disponibles pour les patients concernant l'accès aux soins de santé. Des informations sont diffusées sur le portail du M3S (www.santesecu.public.lu) les sites internet des hôpitaux ainsi que par les associations de patients. Les renseignements relatifs aux prestations prises en charge par l'assurance maladie obligatoire sont disponibles sur le site internet de la CNS. Enfin, des informations spécifiques pour les patients atteints de maladies rares ont été mises en place (« Infoline Maladies Rares Luxembourg »).

La loi de 2014 relative aux droits et obligations du patient (cf. Section 2.8.3) a créé un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé (cf. Section 2.2), qui informe les patients sur leurs droits, explique le système de santé luxembourgeois, son fonctionnement et ses principaux acteurs, mentionne les professionnels de santé reconnus et informe sur les possibilités de résolution des différends. Les patients ont également accès à un espace de soutien nommé « Patienten House » au Centre hospitalier de Luxembourg, où eux-mêmes et leurs proches, ainsi que diverses associations et soignants partenaires, peuvent échanger des informations, recevoir des conseils et gérer activement leur maladie, afin d'améliorer leur qualité de vie (CHL, n.d.a) (cf. Tableau 2.2 pour plus de détails sur l'information des patients).

Toutefois, les informations mises à disposition des patients ne sont parfois pas suffisamment détaillées pour leur permettre de trouver le professionnel de santé le plus approprié. Les barrières linguistiques sont également particulièrement problématiques car les informations ne sont souvent disponibles qu'en français. En outre, certaines informations spécifiques sont très limitées (par exemple, les statistiques sur les erreurs médicales, les indicateurs de qualité, les délais d'attente) ou obsolètes.

TABLEAU 2.2 Information des patients

Type d'information	Est-elle facilement accessible ?	Commentaires
Information sur les prestations au titre de l'assurance maladie obligatoire	Qui	Les informations sont disponibles en ligne. Les médecins ont l'obligation d'informer et d'assister les patients, mais certains patients éprouvent des difficultés à accéder aux informations et à les comprendre.
Information sur les résultats cliniques dans les hôpitaux	Non	
Information sur les délais d'attente	Non	Un outil est en cours d'élaboration pour informer sur les délais d'attente pour les examens diagnostiques.
Informations comparatives sur la qualité des autres prestataires de soins	Non	
Accès du patient à son propre dossier médical	Qui	Tout patient a le droit d'accéder à son dossier, de le consulter ou d'en demander une copie. Les demandes sont traitées sous 15 jours, sauf en cas d'urgence. Les patients peuvent accéder directement au dossier de soins partagé (cf. Section 4.1.3).
Information interactive sur internet ou par téléphone, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	Oui, pour les situations médicales urgentes	Pendant les heures ouvrables, les patients peuvent contacter les hôpitaux, les prestataires de soins de santé, le service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé, la caisse d'assurance maladie obligatoire ou des associations de patients. Un numéro de téléphone national est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les urgences médicales.
Information sur l'expérience du patient (systématique ou occasionnelle)	Partiellement – dans les hôpitaux	Les hôpitaux collectent des données sur la satisfaction des patients au moyen de questionnaires non standardisés.
Information sur les erreurs médicales	Non	

Source : compilation des auteurs.

■ **2.8.2 Choix du patient**

Au Luxembourg, les patients peuvent choisir librement leurs prestataires de soins et en changer, et peuvent accéder directement aux spécialistes (cf. Tableau 2.3).

Toutefois, au sein des établissements hospitaliers, le choix des patients est limité aux médecins et professionnels de santé agréés par l'établissement. En raison de la faible taille de la population du Luxembourg, tous les médecins ou hôpitaux ne disposent pas d'une masse critique de patients suffisante pour répondre aux standards propres à certaines procédures médicales. Par conséquent, certains traitements spécialisés ne sont disponibles qu'en un seul lieu (les services nationaux) ou à l'étranger.

Un professionnel de santé peut refuser la prise en charge d'un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles. Les soins de santé doivent être refusés si le prestataire estime ne pas pouvoir utilement prodiguer les soins requis. Le refus de traiter un patient ne peut en aucun cas être lié à des considérations discriminatoires, et un professionnel de santé doit toujours assurer les premiers soins urgents et la continuité des soins. À la demande du patient, le prestataire l'assiste dans la recherche d'un autre prestataire de soins de santé apte à assurer les soins requis et transmet toutes les informations pertinentes à ce dernier (Mémorial A140, 2014).

Le droit aux soins de santé et aux soins de longue durée est garanti par les différents régimes de la sécurité sociale couvrant la maladie, la maternité, les accidents et les soins de longue durée (cf. Section 3.3.1).

■ **2.8.3 Droits du patient**

La loi de 2014 relative aux droits et obligations du patient (Mémorial A140, 2014) renforce les droits fondamentaux et responsabilités des patients et des professionnels de la santé. Elle garantit des relations équitables entre patients et professionnels et encourage la prise de décision partagée. Les droits du patient énoncés dans cette loi (cf. Figure 2.2) recoupent d'autres cadres juridiques, tels que le Code de la sécurité sociale et la déontologie médicale (cf. Tableau 2.4). Certains aspects spécifiques, tels que les soins en fin de vie, sont régis par des lois dédiées (cf. Section 5.10). Le Luxembourg est signataire de la Convention d'Oviedo sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, mais ne l'a pas ratifiée.

TABLEAU 2.3 Choix du patient

Type de choix	Est-il disponible	Les personnes exercent-elles leur choix ? Y-a-t-il des contraintes (par exemple, choix dans la région, mais pas à l'échelle du pays) ? Autres commentaires ?
---------------	-------------------	--

CHOIX EN MATIÈRE DE COUVERTURE

Choix d'être ou non couvert	Non	L'assurance est obligatoire pour les personnes économiquement actives et les retraités. Une assurance maladie privée, volontaire et complémentaire, est optionnelle.
Choix d'une couverture publique ou privée	Non	La couverture privée se limite à l'assurance maladie volontaire et complémentaire.
Choix de l'organisme assureur	Non	L'affiliation à l'assurance maladie obligatoire est automatique et effectuée par l'employeur (Cf. Section 3.3.1)

CHOIX EN MATIÈRE DE PRESTATAIRE

Choix du praticien de soins primaires	Oui	
Accès direct aux spécialistes	Oui	
Choix de l'hôpital	En théorie oui, sous réserve de contraintes organisationnelles	Le choix initial de l'hôpital peut être limité par des contraintes organisationnelles. Certains services hospitaliers, tels que les services nationaux, peuvent ne pas offrir le choix en cas d'urgence.
Choix de se faire soigner à l'étranger	Oui, sous réserve d'une autorisation préalable dans certains cas	Il est nécessaire d'obtenir une autorisation préalable pour le remboursement intégral de soins hospitaliers stationnaires programmés à l'étranger, ou de soins nécessitant le recours à des équipements médicaux hautement spécialisés (cf. Section 2.8.4).

CHOIX EN MATIÈRE DE TRAITEMENT

Participation aux décisions relatives au traitement	Oui	La loi de 2014 relative aux droits et obligations du patient impose une prise de décision partagée, garantissant que les patients reçoivent les informations adéquates relatives aux soins de santé. Des informations détaillées sur les coûts, la qualité et la couverture par l'assurance maladie sont fournies sur demande.
Droit au consentement éclairé	Oui	Les services de soins de santé doivent fournir des informations claires et adaptées dans l'une des langues officielles. Le patient peut choisir le recours à un traducteur. Il a le droit de ne pas être informé du diagnostic ou du pronostic, sauf si cela porte préjudice à la sécurité d'autrui ; ce souhait est consigné dans son dossier médical.
Droit de demander un deuxième avis	Oui	Bien que ce droit ne soit pas formellement garanti, les patients sollicitent souvent un deuxième avis. Le régime d'assurance maladie obligatoire limite le remboursement des consultations médicales multiples dans des délais déterminés.
Droit à l'information sur les autres options thérapeutiques	Oui	Informations préalables incluant des renseignements sur les alternatives thérapeutiques et les conséquences prévisibles en cas de refus du traitement

Source : compilation des auteurs

FIG. 2.2 Principaux droits du patient tels qu'énoncés dans la loi de 2014 relative aux droits et obligations du patient



Source : compilation des auteurs.

TABLEAU 2.4 Droits du patient

	Oui/non	Commentaires
PROTECTION DES DROITS DU PATIENT		
Existe-t-il une définition officielle des droits du patient à l'échelle nationale ?	Oui	Loi de 2014 relative aux droits et obligations du patient (Mémorial A140, 2014)
Les droits du patient sont-ils inscrits dans la loi ?	Oui	Loi de 2014 relative aux droits et obligations du patient (Mémorial A140, 2014)
La législation est-elle conforme au cadre des droits du patient de l'OMS ?	Oui	Loi de 2014 relative aux droits et obligations du patient (Mémorial A140, 2014)
VOIES DE RECOURS POUR LES PATIENTS		
Les hôpitaux sont-ils tenus de disposer d'un bureau dédié à la collecte et à la résolution des plaintes des patients ?	Oui	
Existe-t-il un médiateur spécifique au domaine de la santé, chargé d'enquêter sur les plaintes des patients relatives aux soins de santé et d'y apporter une solution ?	Oui	
Existe-t-il d'autres voies de recours ?	Oui	Les plaintes peuvent être adressées aux ordres professionnels pour les mesures disciplinaires, au M3S pour les autorisations d'exercer, et à la Direction de la santé pour les défaillances organisationnelles, les problèmes d'hygiène et le non-respect des normes obligatoires.
RESPONSABILITÉ CIVILE / INDEMNISATION		
Une assurance-responsabilité civile est-elle requise pour les médecins ou les autres professionnels de santé ?	Oui	
Des recours juridiques auprès des tribunaux sont-ils possibles dans le cas d'une erreur médicale ?	Oui	
Existe-t-il une base pour une indemnisation sans faute ?	Non	Un système d'indemnisation sans faute en cas d'accidents médicaux, incluant la compensation des aléas thérapeutiques, est envisagé depuis longtemps, mais reste non encadré par le législateur en ce qui concerne les accidents liés aux soins de santé.
Si un système de responsabilité délictuelle existe, les patients peuvent-ils obtenir des dommages et intérêts pour des préjudices financiers, ou autre que financiers ?	Oui	Le patient doit prouver que la faute a causé le dommage.
Des recours collectifs peuvent-ils être intentés contre des prestataires de soins de santé, des laboratoires pharmaceutiques, etc. ?	Non	La législation luxembourgeoise ne permet actuellement pas les recours collectifs. Le projet de loi n°7650 portant introduction du recours collectif en droit de la consommation est en cours d'examen au Parlement, mais ses implications à l'égard des professionnels de santé restent encore incertaines (CHD, 2020b).

Source : compilation des auteurs.

■ **2.8.4 Patients et soins transfrontaliers**

En raison du nombre important de travailleurs non-résidents (cf. Section 1.1) et de l'inexistence de soins tertiaires pour de nombreuses pathologies, une part importante des dépenses de santé est réalisée dans les pays voisins. Les non-résidents ont souvent recours aux soins dans leur propre pays, tandis que les résidents sont orientés à l'étranger pour les actes et traitements spécialisés (Leist, 2021).

En 2022, les prestations de soins de santé reçues à l'étranger ont représenté 17,2 % des dépenses de santé de la CNS, soit 555 millions d'euros (IGSS, 2023b). Les prestations à l'étranger incluent la prise en charge des non-résidents assurés dans le cadre de conventions internationales (96,3 % des soins réalisés à l'étranger) ainsi que celle des soins reçus à l'étranger par des résidents assurés. Le principal poste de dépenses lié à des conventions internationales concerne les assurés transfrontaliers (76 % en 2022).

Pour les traitements à l'étranger, une autorisation préalable de la CNS est requise pour les soins programmés à l'avance en milieu hospitalier stationnaire, ainsi que pour les traitements nécessitant le recours à des équipements et appareils hautement spécialisés et coûteux. Pour les autres prestations de soins de santé, l'autorisation préalable est facultative, le remboursement se faisant aux conditions nationales. En 2022, 8 689 autorisations de transferts ont été accordées, principalement au titre du Règlement (CE) 883/2004 (92,6 %) (CNS, 2023a). Ces autorisations concernaient majoritairement des consultations et examens (54 %), ainsi que des traitements hospitaliers (43 %) (CNS, 2023b).

Les informations relatives aux soins de santé transfrontaliers peuvent être obtenues auprès des points de contact nationaux (Directive 2011/24/UE).

La CNS fournit les renseignements sur les droits aux prestations de soins transfrontaliers, tandis que le Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé renseigne sur le système de santé luxembourgeois.

Financement

■ Résumé

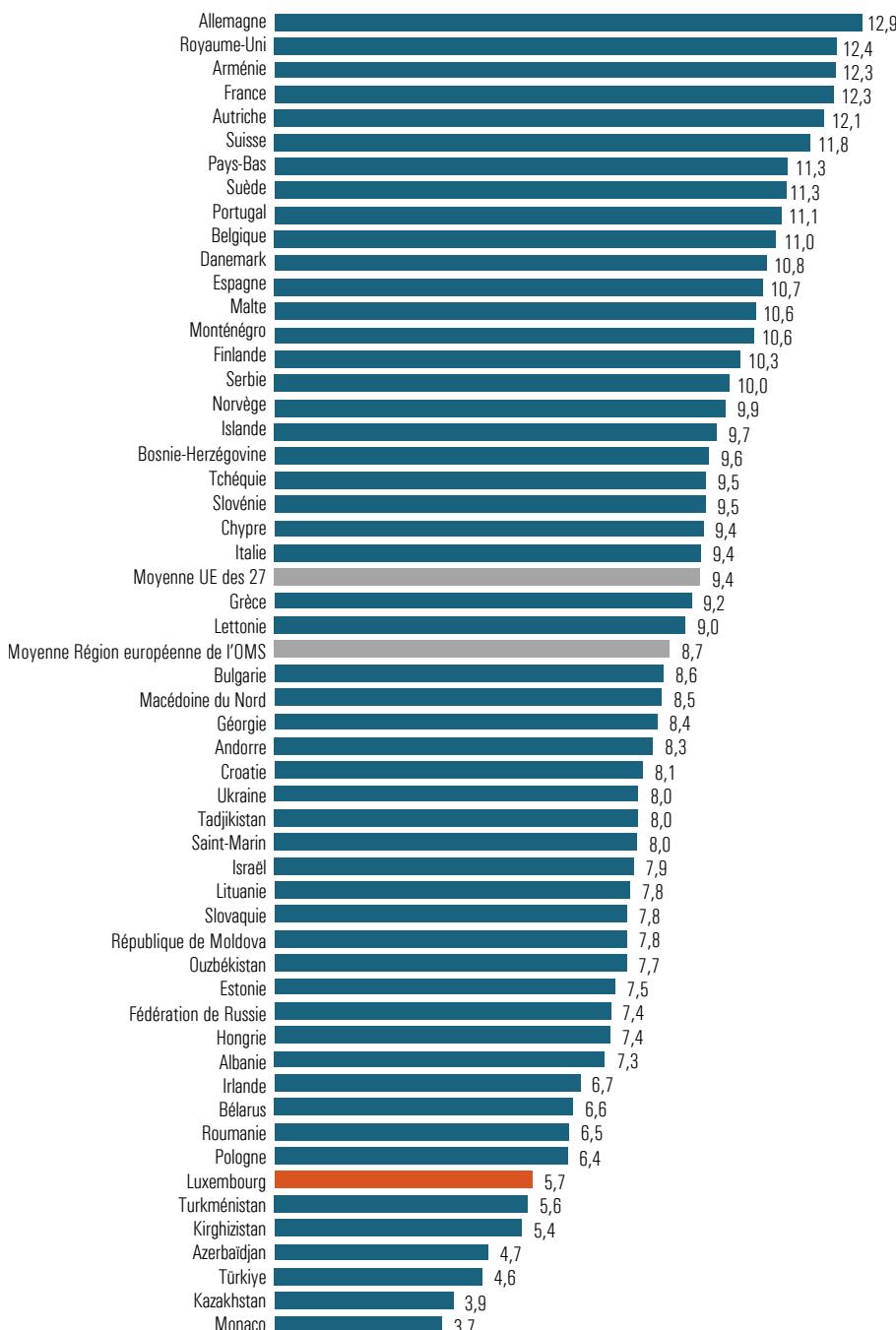
- En 2022, les dépenses de santé par habitant au Luxembourg s'élevaient à 4316 euros (après ajustement pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat). Les dépenses publiques de santé représentaient 86,1 % des dépenses courantes de santé, plaçant le Luxembourg en troisième position en termes de financement public de la santé dans la Région européenne de l'OMS. Le financement privé de la santé provient essentiellement des dépenses à la charge des ménages, qui représentent 8,7 % des dépenses courantes de santé et incluent les copaiements, les dépassements d'honoraires, et les soins non remboursés. Les dépenses au titre de l'assurance maladie complémentaire souscrite sur base volontaire représentaient 4,1 %.
- Le système de santé luxembourgeois repose sur un régime d'assurance maladie obligatoire. Les cotisations sont proportionnelles au niveau de revenu et plafonnées à une limite maximale et il n'y a aucune sélection basée sur les risques de santé.
- Tout prestataire de soins de santé est conventionné avec l'assurance maladie obligatoire et doit respecter les règles stipulées dans les conventions, de même que les tarifs officiels fixés dans le cadre des nomenclatures nationales.

- Les patients doivent payer directement les soins et demander ensuite le remboursement à leur caisse de maladie. Le système de tiers-payant s'applique à une gamme de services, tels que l'achat des médicaments sur prescription, les soins hospitaliers et les soins de longue durée. Un système de tiers-payant social existe également pour les personnes disposant de faibles revenus. Le paiement immédiat direct (PID), un système de tiers payant dont l'adoption est volontaire pour le prestataire, a été introduit en 2023.
- Les professionnels de la santé employés par les hôpitaux ou d'autres établissements de soins perçoivent un salaire fixe, tandis que les professionnels de la santé indépendants sont rémunérés à l'acte. Il n'existe pas de dispositif de rémunération à la performance au Luxembourg.

■ 3.1 Dépenses de santé

Les dépenses courantes de santé ont considérablement augmenté au cours de la dernière décennie, passant de 2638,3 millions d'euros en 2011 à 4304,1 millions d'euros en 2022. Exprimées en pourcentage du PIB, les dépenses de santé sont passées de 5,1 % en 2015 à 5,7 % en 2021, puis 5,5 % en 2022, ce qui reste constamment inférieur à la moyenne de l'UE (9,4 % en 2021) et à d'autres pays tels que l'Allemagne (12,9 %), la France (12,3 %), la Suisse (11,8 %) et la Belgique (11,0 %) (cf. Figures 3.1 et 3.2). Cependant, l'expression des dépenses de santé en pourcentage du PIB n'est pas une mesure parfaitement représentative permettant de comparer les dépenses de santé du Luxembourg avec celles d'autres pays. En raison de ses caractéristiques géographiques et de la prédominance des travailleurs transfrontaliers (cf. Section 1.2), le PIB du Luxembourg inclut l'activité économique de ces travailleurs et les profits réalisés par des entreprises étrangères, qui sont rapatriés. Or, conformément à la méthodologie utilisée pour l'établissement des statistiques internationales, les dépenses de santé excluent la consommation de soins des non-résidents. Par conséquent, le coût des soins de santé consommés par les travailleurs transfrontaliers affiliés à l'assurance maladie obligatoire n'est pas pris en compte. Les dépenses de santé exprimées en pourcentage du revenu national brut (RNB) constituerait donc une mesure plus appropriée, mais ces données internationales comparatives ne sont pas toujours disponibles.

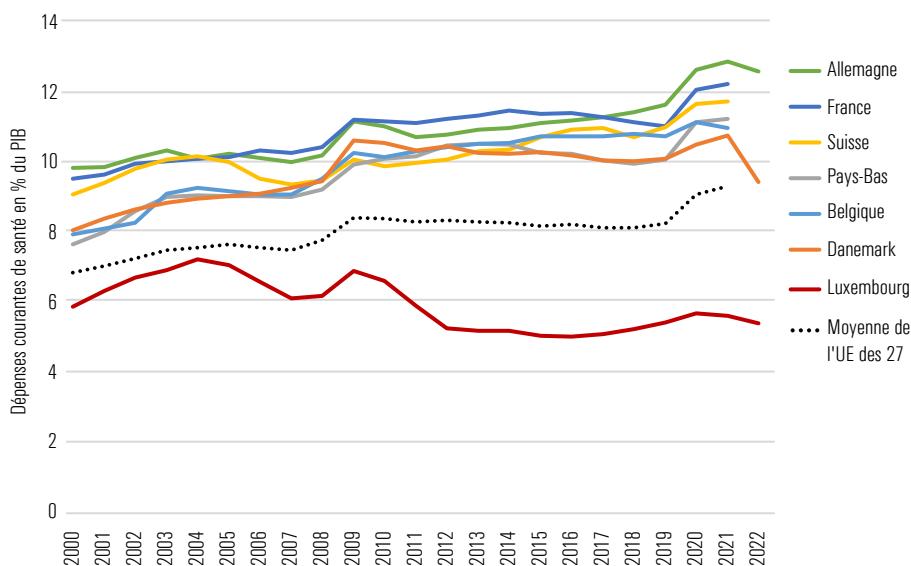
FIG. 3.1 Dépenses courantes de santé en proportion (%) du PIB dans la Région européenne de l'OMS, 2021



Notes : les dépenses (médicales) pour des soins de longue durée sont comprises ; PIB : produit intérieur brut ; UE des 27 : 27 États membres de l'UE après le 1er février 2020.

Source : OMS (2024).

FIG. 3.2 Évolution des dépenses courantes de santé en proportion (%) du PIB au Luxembourg et dans certains pays de 2000 à 2022



Notes : PIB : produit intérieur brut ; UE des 27 : 27 États membres de l'UE à compter du 1er février 2020.

Source : OMS (2024).

Les dépenses totales de santé par habitant au Luxembourg figurent parmi les plus élevées de la Région européenne de l'OMS. En 2021, seuls la Suisse, Monaco, la Norvège et l'Allemagne présentaient des dépenses de santé par habitant plus élevées (cf. Figure 3.3). Au Luxembourg, les dépenses de santé par habitant ajustées pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat ont augmenté, passant de 3305 euros en 2012, à 4316 euros en 2022 (Eurostat, 2024a) (cf. Tableau 3.1). Ce chiffre comprend les dépenses pour des soins de longue durée, qui représentent environ 19 % – l'une des proportions les plus élevées d'Europe. Ce point mérite l'attention, car de nombreux pays n'incluent pas les dépenses pour les soins de longue durée dans les dépenses courantes de santé.

Comme dans de nombreux autres pays, les dépenses de santé ont atteint un pic en 2020 et 2021 (représentant 5,7 % du PIB lors de ces deux années), en raison de la réponse à la pandémie de COVID-19 (cf. Figure 3.2). Ce pic est aussi illustré par la croissance des dépenses de santé, qui ont augmenté de 9 % entre 2019 et 2020, et de 12,2 % entre 2020 et 2021, alors que le taux

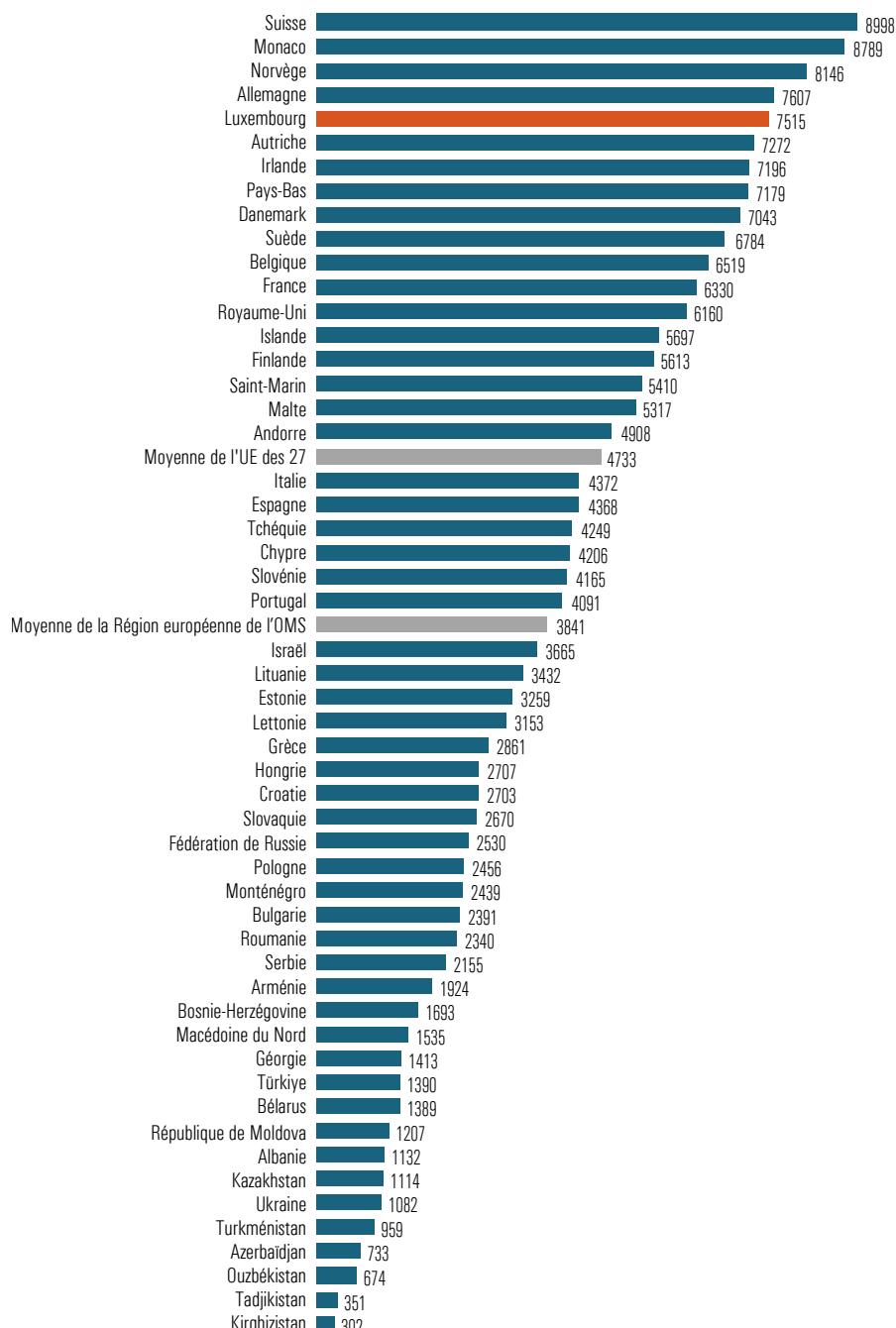
TABLEAU 3.1 Évolution des dépenses de santé au Luxembourg de 2012 à la dernière date disponible, pour certaines années

	2012	2015	2018	2019	2020	2021	2022
Dépenses courantes de santé en euros par habitant (en SPA)	3306	3402	3691	3741	3811	4172	4316
Dépenses courantes de santé en % du PIB	5,3	5,1	5,3	5,5	5,8	5,7	5,6
Dépenses courantes de santé provenant de sources publiques et du régime d'assurance obligatoire, en % des dépenses courantes de santé	82,9	83,7	84,1	85,0	86,5	86,2	86,1
Dépenses courantes de santé provenant de sources publiques et du régime d'assurance obligatoire, en % du PIB	4,4	4,3	4,4	4,6	5,0	4,9	4,8
Dépenses courantes de santé provenant de sources publiques et du régime d'assurance obligatoire, en % des dépenses publiques générales*	10,5	10,5	10,5	10,8	10,6	11,4	10,8
Dépenses au titre de l'assurance maladie complémentaire volontaire, en % des dépenses totales pour la santé	4,2	4,2	4,1	4,1	3,9	3,9	4,1
Dépenses à charge des ménages, en % des dépenses totales pour la santé	11,5	10,7	10,4	9,6	8,4	8,8	8,7
Dépenses à charge des ménages en euros, par habitant (en SPA, prix courants)	379	368	385	358	319	367	374
Dépenses privées de santé (assurance complémentaire volontaire et dépenses à charge des ménages), en % des dépenses courantes de santé	15,6	15,0	14,5	13,7	12,3	12,7	12,8
Dépenses au titre de l'assurance complémentaire volontaire, en % des dépenses privées de santé	26,6	28,3	28,1	30,1	31,6	30,7	32,2
Dépenses à charge des ménages, en % des dépenses privées de santé	73,4	71,7	71,9	69,9	68,4	69,3	67,8

Notes : PIB : Produit intérieur brut ; SPA : standard de pouvoir d'achat.

Sources : Eurostat (2024) ; *base de données mondiale sur les dépenses de santé de l'OMS (2024).

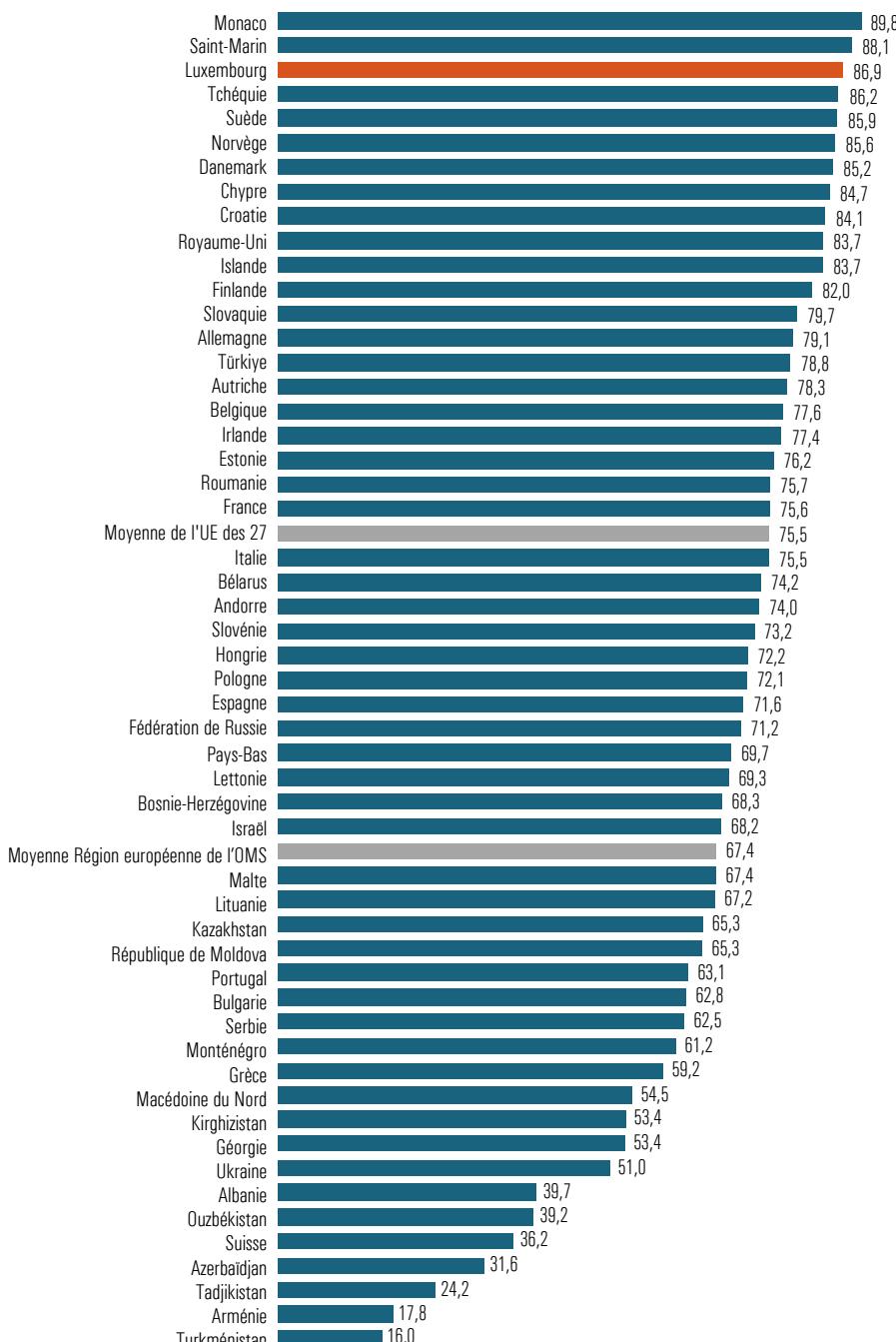
FIG. 3.3 Dépenses courantes de santé exprimées en parités de pouvoir d'achat (dollars US courants) par habitant dans la Région européenne de l'OMS, 2021



Note : USD PPA : Parité de pouvoir d'achat en dollars : dollars US ajustés selon le pouvoir d'achat.

Source : OMS (2024).

FIG. 3.4 Dépenses publiques de santé en pourcentage (%) des dépenses courantes de santé dans la Région européenne de l'OMS (à la dernière date disponible)



Notes : EU27 : UE des 27 : 27 États membres de l'UE après le 1er février 2020

Source : OMS (2024).

de croissance était d'environ 4 % avant la pandémie (de 2013 à 2019). Après la pandémie, le taux de croissance de 2021 à 2022 s'est établi à 3,5 %.

Selon la base de données mondiale sur les dépenses de santé de l'OMS, le Luxembourg était classé troisième de la Région européenne de l'OMS pour la part des dépenses courantes de santé provenant de sources publiques en 2021 (86,9 %), après Monaco (89,8 %) et Saint-Marin (88,1 %), et bien au-dessus de la moyenne de l'UE des 27 (les 27 États membres de l'UE après le 1er février 2020), qui s'élevait à 75,5 % (cf. Figure 3.4)⁵. L'augmentation des dépenses de sources publiques depuis 2000 reflète le large éventail des prestations couvertes et l'expansion progressive de la couverture universelle (cf. Section 3.3.1). En revanche, la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales s'établissait à 11,4 % en 2021, ce qui était inférieur à la moyenne des 27 États membres de l'UE (15,0 %, cf. Tableau 3.1).

Dans le même temps, les dépenses privées (OECD, 2017)⁶ exprimées en proportion des dépenses courantes de santé ont diminué, passant de 15,6 % en 2012 à 12,8 % en 2022 (cf. Tableau 3.1). Les dépenses à charge des ménages représentaient plus des deux tiers (67,8 %) des dépenses privées de santé (cf. Section 3.4) ; l'autre tiers de ces dépenses (32,2 %) provenait des paiements au titre de l'assurance maladie complémentaire souscrite sur base volontaire. En 2022, les deux tiers de la population (67,3 %) avaient contracté une assurance maladie complémentaire volontaire (cf. Section 3.5) (OECD, 2024a).

■ 3.2 Provenance des recettes et flux de financement

L'essentiel des dépenses courantes de santé (86,1 % en 2022, cf. Tableau 3.1) est financé de source publique, principalement par les remboursements effectués dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (78,7 %) et, dans

⁵ En raison des différences méthodologiques entre les sources de données, la part publique du financement de la santé montrée dans la Figure 3.4 diffère légèrement des données affichées dans le Tableau 3.1.

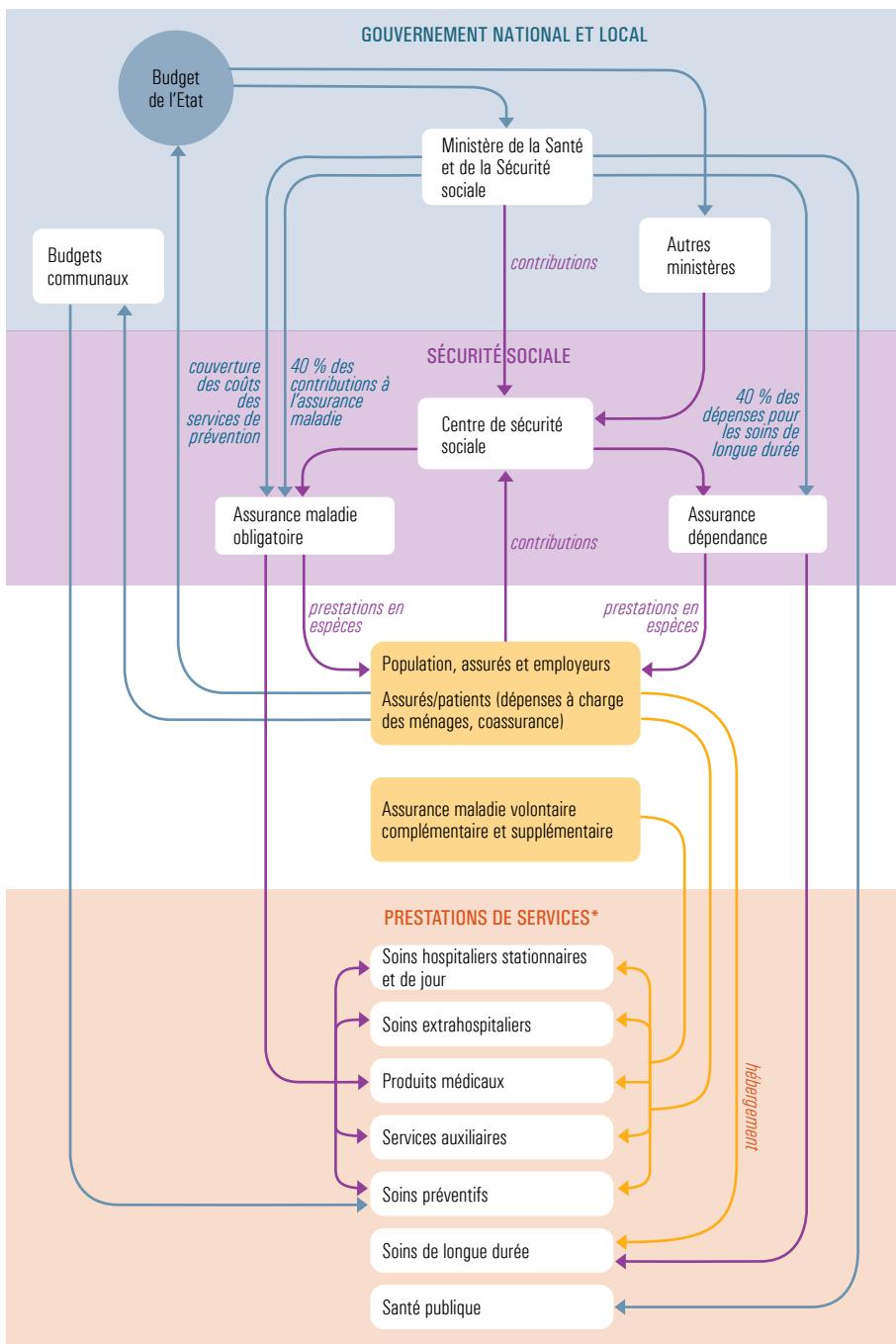
⁶ D'après la classification utilisée par le Système des comptes de la santé, les dépenses privées sont composées des mécanismes volontaires de paiement des soins de santé (notamment les mécanismes d'assurance maladie volontaire et les organisations à but non lucratif au service des ménages) et des paiements directs par les ménages.

une moindre mesure, par des budgets des administrations publiques (7,4 %) (cf. Tableau 3.2). Le financement public du système de santé repose surtout sur les cotisations de sécurité sociale versées par les employeurs et les employés, les retraités et les caisses de pension, mais 40 % des contributions à l'assurance maladie obligatoire et à l'assurance dépendance proviennent d'une participation fixe de l'État, financée par les recettes fiscales générales. Outre cette participation, les recettes fiscales générales sont utilisées à des fins diverses dans le système de santé, par exemple pour des programmes de santé publique (cf. Sections 3.7 et 5.1) et des investissements dans les infrastructures (cf. Section 4.1.1). La part des dépenses courantes de santé couverte par les régimes de financement volontaires des soins de santé (notamment l'assurance maladie complémentaire volontaire) est assez faible (4,1 %). Les dépenses à charge des ménages représentent 8,7 % – un des plus faibles pourcentages de l'UE –, mais les dépenses des ménages sont probablement sous-estimées car ces données ne sont pas collectées systématiquement (OCDE/Eurostat/OMS, 2023). Les données du Système des comptes de la santé excluant les prestations fournies aux non-résidents, la vue d'ensemble des dépenses peut être faussée car les non-résidents constituent 30 % de la population assurée et représentent un sixième des dépenses en soins du régime d'assurance maladie obligatoire (IGSS, 2023b).

L'assurance maladie obligatoire et l'assurance dépendance sont gérées par la CNS, qui s'appuie sur des budgets prévisionnels pour financer les soins de santé et les soins de longue durée de ses assurés (cf. Figure 3.5 et les sections 2.2 et 3.3).

Les soins hospitaliers, les soins extrahospitaliers, les soins de longue durée et les produits médicaux sont principalement couverts par l'assurance maladie obligatoire, tandis que les soins de prévention sont surtout financés par des budgets des administrations publiques (cf. Tableau 3.2). L'assurance maladie complémentaire volontaire est essentiellement utilisée pour les soins extrahospitaliers ; enfin, les dépenses à la charge des ménages concernent principalement les soins extrahospitaliers et des produits médicaux, dont les produits pharmaceutiques.

FIG. 3.5 Flux financiers du système de santé du Luxembourg



Notes : * comprend les services fournis à l'étranger.

Source : compilation des auteurs.

TABLEAU 3.2 Dépenses de santé (en % des dépenses courantes de santé) par fonction et type de financement, 2022

	Soins curatifs et de réadaptation						Soins préventifs	Administration	Total
	Total	(hôpitaliers)	(Extra-hôpitaliers)	Soins de longue durée	Services auxiliaires	Produits médicaux			
Sources publiques (administrations publiques)	47,4	21,5	21,8	16,8	5,3	9,3	3,8	3,6	86,1
(régime d'assurance maladie obligatoire)	45,6	20,9	20,5	16,6	4,4	8,7	1,5	1,9	78,7
Sources volontaires	2,2	0,7	1,5	0,3	0,0	0,9	0,7	0,0	4,1
Dépenses à charge des ménages	3,8	0,4	3,2	1,7	0,1	3,1	0,0	0,0	8,7
Autres (non-résidents par exemple) mécanismes de financement étranger	0,7	0,3	0,4	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	1,1
Dépenses totales	54,1	22,9	26,8	19,0	5,4	13,4	4,6	3,6	100,0

Notes : les données indiquées en italique ne sont pas incluses dans le total.

Source : OCDE (2024b).

■ 3.3 Vue d'ensemble du système de financement public

■ 3.3.1 *Couverture*

BÉNÉFICIAIRES DE LA COUVERTURE

L'assurance maladie est obligatoire au Luxembourg. Toute personne économiquement active, âgée de moins de 18 ans ou percevant une allocation de l'État/un revenu de remplacement (indemnité de maladie ; indemnité de maternité ; indemnité de chômage ; invalidité ; pension de vieillesse ou de survie ; salaire social minimum) doit être affiliée au Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) (IGSS, 2023a). L'affiliation à la sécurité sociale couvre tous les risques et événements imprévus en matière de sécurité sociale (tels que la maladie, la maternité, les accidents du travail, les maladies professionnelles, la vieillesse, l'invalidité et les soins de longue durée). La personne assurée, son ou sa conjoint(e) sans revenu et ses enfants (les coassurés) ont droit aux prestations de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance via les caisses compétentes (cf. Sections 2.2 et 2.7.1).

Les personnes ne pouvant pas bénéficier de la couverture par l'assurance maladie-maternité peuvent choisir de s'affilier volontairement au régime d'assurance. Il existe deux types d'assurance maladie volontaire : continuée et facultative. La principale différence entre ces deux types est le délai de carence. L'assurance continuée ne comprend pas de délai de carence, tandis que les personnes non couvertes par la sécurité sociale durant les six derniers mois et optant pour l'assurance maladie volontaire se voient imposer un délai de carence de 3 mois pour tous les services et d'un an pour les soins de longue durée. Les personnes assurées au titre de l'assurance volontaire peuvent bénéficier de toutes les prestations de la CNS, à l'exception des prestations en espèces et du congé maternité. Les cotisations sont calculées sur la base du salaire mensuel minimum de 2570,90 euros, au taux de 5,60 %, ce qui représente un coût de 143,97 euros par mois en 2024 pour l'assurance volontaire (CCSS, 2024).

Les cotisations des personnes n'ayant pas le statut de coassuré (par exemple les enfants, les étudiants ou les personnes handicapées) sont

couvertes par le M3S (IGSS, 2023a). Le ministère de la Famille couvre les cotisations des bénéficiaires de l'aide sociale. Les demandeurs de protection internationale (les demandeurs d'asile, par exemple) sont affiliés volontairement à l'assurance maladie auprès de la CNS par l'intermédiaire de l'Office national de l'accueil (ONA), qui prend en charge leurs cotisations mensuelles pendant la durée de la procédure de protection internationale. Leurs frais de santé sont couverts par l'ONA jusqu'à la fin du délai de carence de trois mois (ONA, 2022) (cf. Section 3.3.3).

En 2021, l'assurance maladie obligatoire couvrait 91,8 % de la population résidente du Luxembourg. Sur le total des assurés, 70 % étaient des résidents et 30 % ne résidaient pas sur le territoire – essentiellement des travailleurs transfrontaliers en provenance de pays voisins (l'Allemagne, la Belgique et la France) (ObSanté, 2024). Environ 30 % de la population assurée étaient des coassurés sans revenu d'emploi (CNS, 2022a).

Sont exemptés de l'assurance maladie obligatoire les employés (et les membres de leur famille) des organisations internationales établies au Luxembourg, car ils ne sont pas soumis à la législation nationale sur la sécurité sociale. En 2022, 11 900 personnes travaillaient pour des institutions internationales, telles que la Commission européenne, la Cour de justice de l'UE, la Cour des comptes européenne et le Fonds européen d'investissement (Statistiques.lu, n.d.).

En dépit du régime d'assurance maladie obligatoire, certaines personnes qui ne remplissent pas les conditions administratives et financières (sans résidence permanente, sans adresse officielle, sans activité économique et/ou sans assurance volontaire) restent dénués de couverture par l'assurance maladie : ce sont par exemple les sans-abris, les résidents dont les prestations sociales ont pris fin ou les migrants sans papiers. Au moins 1182 personnes ont été signalées comme étant sans assurance maladie ou confrontées à des difficultés financières en 2021 (cf. Section 7.3) (Médecins du Monde Luxembourg, 2021).

Le gouvernement a introduit en 2022 le projet pilote de Couverture Universelle des Soins de Santé (CUSS), qui donne accès à l'assurance maladie obligatoire à toute personne vulnérable séjournant habituellement au Luxembourg, mais ne pouvant pas bénéficier autrement d'une affiliation à l'assurance maladie, n'ayant pas les moyens de s'affilier volontairement et n'étant pas éligible au soutien d'un office social ou d'une autre entité publique. La CUSS est assimilée à l'assurance maladie volontaire et couvre les membres de la famille du bénéficiaire, qui sont coassurés. Le M3S

finance la cotisation mensuelle de l'assurance maladie obligatoire, les frais médicaux pendant le délai de carence, et prend ensuite en charge les copaiements. Il finance également des postes d'assistants sociaux au sein d'associations conventionnées pour le suivi régulier des bénéficiaires de la CUSS (CHD, 2022a). En février 2024, 158 personnes étaient affiliées à l'assurance maladie dans le cadre du projet pilote CUSS (CHD, 2022a, 2024a).

ÉTENDUE DE LA COUVERTURE

Les assurés et les coassurés de l'assurance maladie obligatoire ont droit aux mêmes prestations, indépendamment de leur situation, de leurs risques de santé, du montant de leur cotisation ou de la durée de leur assurance (cf. Section 2.7.3). Les prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire comprennent les soins médicaux et dentaires, les soins dispensés par des professionnels de la santé (y compris la psychothérapie), les soins hospitaliers, les analyses de laboratoire, l'imagerie médicale, les produits pharmaceutiques, les dispositifs médicaux, la réhabilitation psychiatrique, la réadaptation fonctionnelle et la rééducation gériatrique, le transport des patients, les soins palliatifs et certains soins de prévention (article 17 du CSS). De manière générale, les nomenclatures nationales définissent toutes les prestations remboursées et précisent les tarifs officiels fixés dans le cadre des conventions passées entre la CNS et les professionnels de la santé (cf. Section 3.3.4) (CNS, 2023c). Des programmes spécifiques de prévention sont organisés en collaboration avec la Direction de la santé et financés par le budget de l'État (article 17-3 du CSS) (cf. Section 5.1). Les soins de longue durée sont réglementés séparément, dans le cadre de l'assurance dépendance (Livre V du CSS, cf. Section 5.8 pour de plus amples informations sur les prestations couvertes par l'assurance dépendance). L'assurance accident couvre toutes les prestations en lien avec les accidents professionnels ou scolaires. Les prestations exclues de l'assurance maladie obligatoire comprennent les produits et les soins fournis sans prescription, ceux qui ne figurent pas dans les nomenclatures nationales, ceux dont le coût excède les tarifs officiels (cf. Section 3.4) et les soins de longue durée n'atteignant pas le seuil de 3,5 heures par semaine. Le remboursement de certaines prestations peut être soumis à des conditions d'âge ou de maladie, ou requérir un accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

(CMSS). Le montant total des prestations remboursées n'est pas plafonné, sauf pour des traitements ou appareils spécifiques et coûteux (CNS, 2024a).

La CNS verse les indemnités pécuniaires de maladie à l'issue de la période de conservation légale du salaire, qui est généralement de 77 jours. Pendant cette période, l'employeur verse l'indemnité pécuniaire qui lui sera remboursée ultérieurement à 80 % par la Mutualité des employeurs. L'indemnité pécuniaire de maternité est versée par la CNS à partir du premier jour de congé de maternité et pendant une durée de 8 semaines, puis pendant 12 semaines après l'accouchement ou l'adoption. Les employés du secteur public bénéficient d'une période de conservation de salaire illimitée, en vertu de dispositions spécifiques relatives au budget de l'État (IGSS, 2023a).

ÉTENDUE DE LA PRISE EN CHARGE

De manière générale, la participation aux frais au Luxembourg est minime en raison du caractère très complet du régime d'assurance maladie obligatoire. La part des dépenses à la charge des ménages dans les dépenses courantes de santé a légèrement diminué au cours de la dernière décennie, passant de 11,2 % en 2013 à 8,7 % en 2022, les dépenses à charge des ménages demeurant assez stables à une valeur moyenne de 369,1 standards de pouvoir d'achat par personne pour la période 2012-2022. Néanmoins, certaines lacunes subsistent en matière de couverture, comme le montre l'encadré 3.1.

ENCADRÉ 3.1 Quelles sont les principales lacunes de la couverture ?

Le régime d'assurance maladie obligatoire offre un large éventail de prestations qui s'étend au-delà des services essentiels et garantit une couverture identique à tous les assurés. Cependant, l'examen de la part des dépenses restant à charge des ménages pour diverses prestations révèle les principales lacunes de la couverture sanitaire.

29,0% des dépenses de santé à la charge des ménages concernaient des soins extrahospitaliers en 2022, dont 18,4% pour des soins dentaires et 35,8% pour des produits médicaux. Dans le domaine des soins de longue durée, les dépenses à la charge des ménages (20,0 %) concernent la participation aux frais d'hébergement et de restauration dans l'établissement de soins ; les soins de longue durée eux-mêmes étant entièrement couverts par le régime d'assurance maladie. Les soins hospitaliers stationnaires représentaient 4,7 % des dépenses à la charge des ménages (OECD, 2024b). Les données détaillées sur les dépenses à la charge des ménages pour les hospitalisations de jour ne sont pas disponibles. Ces lacunes de couverture peuvent constituer des obstacles à une protection financière appropriée (cf. Section 7.3).

Une nouvelle nomenclature des actes pour les soins dentaires est entrée en vigueur en 2024, en remplacement d'une nomenclature devenue obsolète dont les tarifs officiels peu élevés ne tenaient pas compte des avancées technologiques. Les dentistes compensaient le coût des avancées technologiques (telles que des alternatives thérapeutiques aux amalgames) par la facturation de dépassements ou les paiements directs. L'impact de ces nouveaux tarifs sur le reste à charge des ménages n'est pas encore connu. Les soins dentaires des enfants et des adolescents de moins de 18 ans sont entièrement couverts depuis 2013 (Le gouvernement luxembourgeois, 2013 ; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

■ 3.3.2 Sources de financement

BUDGET DES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES

Au Luxembourg, les soins de santé sont financés à partir de budgets de plusieurs ministères, notamment le M3S (cf. Figure 3.5). Les régimes publics de financement sont généralement alimentés par des taxes non dédiées, hormis la taxe « électricité », collectée via le budget de l'État, dont le produit contribue au financement de l'assurance dépendance. Cependant, les recettes de cette taxe sont assez peu élevées et représentaient à peine 0,2 % des recettes de l'assurance dépendance en 2022 (IGSS, 2024b).

TAXES, COTISATIONS OU PRIMES REGROUPEÉS PAR UN ORGANISME DISTINCT

Le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) gère l'affiliation des personnes assurées conformément aux dispositions afférentes de la sécurité sociale. Il collecte les cotisations de tous les régimes de sécurité sociale, tant la part des employeurs que celle des employés, directement auprès des employeurs ou des organismes publics compétents. La participation de l'État est versée directement à la CNS. Le CCSS distribue les versement perçus pour une période de référence donnée aux organismes de sécurité sociale concernés.

Depuis 2014, le taux de participation à l'assurance maladie obligatoire est fixé à 5,6 % du revenu brut. La CNS collecte un taux de cotisation supplémentaire de 0,5 % pour les assurés éligibles aux prestations en espèces (c'est-à-dire les indemnités maladie et maternité), c à d aux personnes titulaires d'un emploi salarié ou en apprentissage, aux marins et aux travailleurs indépendants, de même qu'à leurs conjoints et partenaires aidants. Ce supplément de participation ne s'applique pas aux employés assurés auprès d'une des trois caisses publiques d'assurance maladie (IGSS, 2023a).

De manière générale, le taux de participation est réparti à parts égales entre les employés et les employeurs. Les travailleurs indépendants et ceux qui ont souscrit à une assurance volontaire (cf. Section 3.3.1) paient leurs propres cotisations sociales. L'État prend en charge la totalité des cotisations de certains groupes (par exemple les athlètes de haut niveau, les bénéficiaires d'une protection temporaire, les mineurs, les enfants handicapés et les volontaires de l'armée). La cotisation est partagée entre l'État et les personnes qui participent à la coopération au développement, les membres de la Chambre des députés et les représentants luxembourgeois à l'assemblée des Communautés européennes pendant la durée de leur mandat. La cotisation est partagée également entre l'État ou l'atelier protégé, et les salariés handicapés ou les bénéficiaires d'un revenu pour personnes gravement handicapées. Pour certains groupes professionnels, le taux de cotisation est entièrement pris en charge par l'employeur, comme pour les membres de l'armée, de la police et du personnel des établissements pénitentiaires et du Centre de rétention, ainsi que pour les membres d'associations religieuses travaillant pour des congrégations et à la famille d'accueil hébergeant un jeune au pair (IGSS, 2023a).

Les cotisations à l'assurance maladie obligatoire sont proportionnelles

au niveau de revenu, indépendantes des risques pour la santé et gratuites pour les personnes coassurées. L'assiette de cotisation est établie sur base des revenus issus d'un emploi rémunéré, de pensions, ou d'un revenu de remplacement. Elle ne peut pas être inférieure au salaire social minimum mensuel (soit 2570,90 euros en 2024) et ne peut pas dépasser cinq fois ce salaire (soit 12 854,60 euros) (CCSS, 2023). Les cotisations augmentent donc proportionnellement au revenu, tout en étant plafonnées (cf. Encadré 3.2). Le taux de cotisation à l'assurance dépendance est fixé à 1,4 % du revenu brut, des revenus personnels du patrimoine et du revenu de remplacement. L'employeur n'intervient pas. La cotisation à l'assurance dépendance est liée à l'impôt sur le revenu (IGSS, 2023a).

La cotisation à l'assurance accident est prise en charge par l'employeur ou l'État, en fonction de la catégorie de l'assuré. Son taux est fixé à 0,7 % en 2024 et, selon les classes de risques, il peut être multiplié par un facteur bonus-malus (Mémorial A631, 2022 ; CCSS, 2023).

ENCADRÉ 3.2 Le financement de la santé est-il juste ?

Le régime d'assurance maladie obligatoire au Luxembourg fonctionne selon le principe fondamental de solidarité, qui assure que les soins de santé sont accessibles à tous en fonction des besoins de santé plutôt que du revenu. Les cotisations sont proportionnelles au revenu jusqu'à un certain plafond, et bénéficient d'un soutien financier substantiel de sources publiques. Cependant, le manque de transparence du coût des consultations et des traitements peut dissuader les patients de recourir aux soins (WHO Regional Office for Europe, 2023). En outre, les exemptions et les plafonds relatifs aux dépenses à la charge des ménages ne sont pas automatiquement appliqués (cf. sections 7.2 et 7.3).

Une assurance maladie privée peut être souscrite sur base volontaire pour couvrir la part incomptant à l'assuré et les prestations complémentaires. Les primes de ces assurances privées volontaires sont déterminées soit par l'âge de l'assuré, soit par un modèle fondé sur le risque, selon le type d'assurance (cf. section 3.5), ce qui les rend moins abordables pour les personnes disposant de faibles niveaux de revenus.

■ 3.3.3 *Mutualisation et allocation des fonds*

Jusqu'en 2023, la santé et la sécurité sociale étaient régies par deux ministères distincts, dotés de deux budgets différents (cf. Section 2.2). Le financement par le budget de l'État couvre 40 % des contributions à l'assurance maladie obligatoire, 40 % des dépenses courantes de l'assurance dépendance et les contributions à l'assurance maternité, qui étaient précédemment prises en charge par le ministère de la Sécurité sociale. Le financement par le ministère de la Santé était principalement affecté aux investissements en capital des hôpitaux, aux services de santé publique, aux services de garde, aux soins sociothérapeutiques et aux activités de recherche. Les deux voies de financement sont à présent intégrées dans le budget du M3S.

Le ministère de la Famille finance les contributions à l'assurance maladie des bénéficiaires de la protection sociale, intervient dans le financement des infrastructures et de l'équipement initial requis par les services fournis au titre de la loi dite ASFT (cf. Sections 2.2 et 3.7.1) et soutient les personnes âgées financièrement démunies par le biais du Fonds national de solidarité, en couvrant les loyers des établissements à séjour continu ou en apportant un soutien financier aux soins relevant de l'assurance dépendance (cf. Section 5.8).

Les autorités locales peuvent financer des services de santé publique au niveau communal (les services de santé scolaire par exemple). Les offices sociaux financent également les prestations sociales, notamment la contribution obligatoire due au titre du tiers-paiant social (cf. Section 3.4.1), et d'autres dépenses de santé pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Les offices sociaux peuvent également aider à payer l'affiliation volontaire à l'assurance maladie obligatoire pour les bénéficiaires de l'aide sociale (cf. Section 3.3.1).

Pour couvrir les coûts du régime d'assurance maladie, la CNS a l'obligation de maintenir une réserve financière équivalant à 10 % de ses dépenses annuelles (CSS, article 28). La réserve peut être révisée à la baisse par dérogation à la loi relative au budget, comme cela s'est produit entre 2010 et 2014 pour faciliter le redressement financier de l'assurance maladie-maternité à court terme et créer une certaine flexibilité pour la réforme du système des soins de santé en 2010 (cf. Section 6.1) (CHD, 2010). Un plafond de 20 % des dépenses courantes a été aboli en 2017 pour financer des dépenses structurelles suite à l'adoption de la loi hospitalière de 2018,

l'amélioration des soins aux patients et des adaptations de la convention collective de travail du secteur hospitalier. Cette abolition a mené à une hausse de la réserve financière globale du régime d'assurance maladie (IGSS, 2019b). Celle-ci a presque doublé entre 2015 et 2019, passant de 16,4 % des dépenses courantes à 31,3 %, puis elle est redescendue à 22 % pendant la pandémie de COVID-19. D'après des estimations de 2023, le ratio réserve globale/dépenses courantes s'établissait à 20,8 % et 18,2 % pour les années 2023 et 2024 respectivement (IGSS, 2019b, 2023b). Si le budget du régime d'assurance maladie indique que la réserve légale sort des limites fixées, le Comité quadripartite, qui se réunit chaque automne, doit proposer des économies et/ou une majoration du taux de cotisation (cf. Section 2.7.3).

Le budget global de l'assurance maladie est déterminé chaque année par la CNS pour l'année suivante, sur la base de prévisions pluriannuelles des dépenses. Il comprend des estimations macroéconomiques, les budgets relatifs aux dépenses administratives et les coûts de la gestion des actifs des caisses de l'assurance maladie obligatoire du secteur public. Comme l'exige la loi, les dépenses du régime d'assurance maladie sont contrôlées et analysées par le Conseil d'administration de la CNS. Le M3S approuve le budget sur avis de l'IGSS.

A l'exception de l'enveloppe budgétaire globale (EBG) des dépenses du secteur hospitalier (cf. Section 3.3.4), il n'existe pas d'affectation globale de fonds, ni d'objectif budgétaire pour le budget de l'assurance maladie obligatoire, qui est établi sur la base des tendances historiques des dépenses et non sur des calculs fondés sur les besoins ou le financement de la performance.

L'assurance dépendance est également financée sur la base d'un système de participation aux coûts, conçu pour atteindre un équilibre entre les recettes et les dépenses et prévoyant une réserve d'au moins 10 % des dépenses courantes annuelles (cf. Section 5.8).

L'efficience de l'allocation des ressources est abordée dans la section 7.6.

■ **3.3.4 Achats et relations entre acheteurs et prestataires**

Comme indiqué dans la section 2.7.2, les professionnels de la santé sont tenus de conclure des conventions avec la CNS, qui lient tous les professionnels sans nécessiter le consentement formel des prestataires

individuels. Les professionnels de la santé ne peuvent pas se soustraire aux accords conventionnels. La loi précise les éléments que les parties en présence doivent prendre en compte lors de l'élaboration d'une convention (CSS, article 64) : un de ces éléments est l'engagement des prestataires de soins à adhérer aux nomenclatures nationales des actes et services remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Seul le coût des soins prodigués en conformité avec ce cadre normatif est remboursé par l'assurance maladie (IGSS, 2023a). Les conventions sont conclues pour une durée illimitée, peuvent être modifiées à tout moment par accord mutuel et résiliées avec un préavis de douze mois.

Il existe trois types de conventions entre la CNS et les prestataires :

- les conventions passées entre la CNS et les associations professionnelles des professionnels de la santé du secteur extrahospitalier ;
- les conventions passées entre la CNS et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) ; et
- les conventions-cadres passées entre la CNS et les prestataires de soins de longue durée.

Dans le secteur des soins extrahospitaliers, les conventions signées par la CNS et les groupes professionnels réglementent la relation entre l'acheteur et le prestataire. Les nomenclatures nationales sont établies par des règlements grand-ducaux sur la base de recommandations détaillées émises par la Commission de nomenclature (cf. Section 2.7.3). Ces nomenclatures définissent le catalogue des prestations et des actes remboursés par l'assurance maladie. Chaque tarif se compose d'un coefficient et d'une lettre-clé. Le coefficient représente la valeur relative de chaque acte professionnel et tient compte de facteurs tels que sa durée, les compétences techniques et l'effort intellectuel nécessaires pour le dispenser. Tous les deux ans, la revalorisation de la lettre-clé est négociée entre la CNS et les groupes représentatifs des professionnels de la santé (CSS, articles 61 à 65). La lettre-clé, multipliée par le coefficient, détermine le tarif officiel de chaque acte. Tous les tarifs, à l'exception des analyses de laboratoire, sont automatiquement majorés de 2,5 % si le taux d'inflation annuel mesuré par l'Indice des prix à la consommation national déclenche l'indexation.

Dans le secteur hospitalier, le gouvernement fixe tous les deux ans le montant de l'EBG pour les deux années suivantes. La décision s'appuie sur un rapport portant sur les activités passées, élaboré par l'IGSS et soumis à l'avis de la Commission permanente du secteur hospitalier (CPH) (cf.

Sections 2.2 et 4.1.1) et de la CNS. L'EBG comprend toutes les activités dûment autorisées par la législation sur les hôpitaux et couvertes par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance accidents, y compris l'amortissement des infrastructures et des équipements médicaux (cf. Section 4.1). Certaines activités dispensées par les hôpitaux, telles que les produits pharmaceutiques coûteux et les forfaits pour des prestations diagnostiques réalisées à l'extérieur de l'hôpital, ne sont pas incluses dans l'EBG (cf. Section 4.1.2). Celle-ci ne comprend pas non plus les actes et services médicaux prodigués par les médecins. Toutes les activités médicales sont facturées à l'acte par les médecins, directement aux patients (cf. Section 3.7.1). Le budget de chaque hôpital est fixé au cours de négociations entre chaque établissement et la CNS, dans la limite de l'EBG. Dans un but de transparence, les hôpitaux tiennent leurs comptes selon un plan comptable normalisé, indiquant la ventilation des coûts liés aux divers prestations hospitalières, et distinguant les différentes catégories de prestations. Les négociations et les procédures de suivi budgétaire sont définies par la convention signée entre la CNS et la FHL. En cas de désaccord sur un budget hospitalier spécifique, la CNS peut renvoyer le dossier devant la Commission des budgets hospitaliers, afin de concilier les deux parties ou de trancher le litige. Les budgets individuels des hôpitaux peuvent être revus à la demande de la CNS ou de l'hôpital lui-même en cas de circonstances imprévues, et dans la limite de l'EBG. Les hôpitaux peuvent également dépenser davantage que le budget qu'ils ont négocié, à leurs propres frais.

Les divers prestataires de soins de longue durée sont représentés par la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS) qui interviennent au service des personnes dépendantes, et qui a signé une convention-cadre avec la CNS. Cette convention fixe les exigences en matière de documentation, et de procédures de facturation et de paiement pour les services de soins de longue durée et impose aux prestataires de s'engager à fournir avec constance l'assistance et les soins nécessaires, conformément à la synthèse de prise en charge de la personne dépendante (cf. Section 5.8). Les prestataires adhèrent à la convention-cadre par l'intermédiaire d'un contrat avec la CNS, qui précise leur groupe-cible et leur zone d'intervention géographique. Les fournisseurs d'aides techniques signent quant à eux un contrat de services avec la CNS, qui précise les caractéristiques, le prix de la location et la maintenance des aides fournies.

En outre, des contrats généraux sont conclus entre le M3S et divers

services sociaux, familiaux et de traitement, dans les domaines de la prévention et de l'assistance, de la psychiatrie extrahospitalière, des maladies chroniques et des toxicomanies (cf. Sections 3.7.1 et 5.1). Enfin, des plans d'action dans certains domaines spécialisés de la santé, visant à améliorer la santé de la population, sont élaborés par la Direction de la santé, qui les soumet au gouvernement afin d'obtenir des financements spécifiques.

■ 3.4 Dépenses à la charge des ménages

Les tableaux 3.1 et 3.2, de même que les sections 3.3.1 et 7.3, présentent des chiffres détaillés sur les dépenses de santé privées et la composition des dépenses à la charge des ménages.

■ 3.4.1 *Participation aux frais (frais à la charge de l'usager)*

La plupart des produits et services de soins de santé au Luxembourg impliquent des frais à la charge de l'usager. Les statuts de la CNS établissent des mécanismes de participation aux frais pour chaque prestation de soin de santé, en faisant la distinction entre la coassurance (le paiement d'une proportion fixe du tarif officiel, ou quote-part) et le copaiement (paiement d'un montant fixe par unité ou prestation, ou ticket modérateur) (IGSS, 2023c) (cf. Sections 2.7.1, 2.7.3 et 3.3.4). La plupart des frais à la charge de l'usager correspondent au premier type – une proportion du tarif officiel. Les services médicaux et dentaires sont pour la plupart remboursés à 88 % du tarif officiel. Le montant fixe – second type – ne s'applique qu'aux séjours hospitaliers des adultes : il s'élève à 25,5 euros par jour (cf. Tableau 3.3) (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Les frais hospitaliers et extrahospitaliers pour convenance personnelle (cf. Section 3.4.2 pour la description de ces frais) et les dépassements des tarifs pour prothèses et autres services dentaires dépassant « l'utile et le nécessaire » (CSS, article 23), peuvent être mis à la charge de l'usager, en sus des tarifs officiels, conformément aux dispositions des conventions régissant les relations entre la CNS et le corps médical. La signification de « l'utile et le nécessaire » n'est pas précisée davantage dans la réglementation (cf. Sections 3.4.2 et 7.3).

De manière générale, les patients paient aux prestataires le tarif officiel

TABLEAU 3.3 Dépenses de santé à la charge de l'usager

Type de frais à charge de l'usager	Exemptions	Plafond des dépenses à la charge des ménages	Autre mécanisme de protection
SOINS PRIMAIRES ET SPÉCIALISÉS EXTRAHOSPITALIERS			
<p>Participation aux frais : 20 % pour les consultations de médecins généralistes et 12 % pour les actes et services des médecins</p> <p>Facturation supplémentaire : supplément d'honoraria pour convenance personnelle</p> <p>Paiements directs : pour les prestations non remboursées (par exemple, plus de 12 consultations d'un généraliste en 6 mois, coûts résiduels d'un dépassement de tarif)</p>	<p>Exemptions :</p> <ul style="list-style-type: none"> enfants jusqu'à l'âge de 18 ans femmes enceintes pour les prestations relatives à la grossesse chimiothérapie et autres prestations médicales liées à l'oncologie examens à visée préventive et de dépistage prestations liées à la COVID-19 	Jusqu'à 2,5 % de l'assiette de cotisation de l'année précédente, mais pas pour les dépassements des tarifs officiels	Tiers-payant social Système du tiers-payant soumis à certaines conditions pour éviter aux patients d'avancer des frais excessifs
MÉDICAMENTS SOUMIS À PRESCRIPTION DANS LE SECTEUR EXTRAHOSPITALIER			
Différents taux de coassurance s'appliquent aux médicaments de la liste positive : <ul style="list-style-type: none"> 0 % pour les médicaments remplissant des critères spécifiques – indication thérapeutique précise, principe actif unique, médicament irremplaçable ou vital dans le traitement de maladies graves ou chroniques, engendrant une participation aux frais inappropriée en cas de non-remboursement intégral. Toutes les conditions doivent être réunies en même temps. 60 % pour les médicaments d'intérêt modéré dans la pratique courante et destinés aux traitements symptomatiques de maladies bénignes. 20 % pour tous les autres médicaments 	La couverture de 100 % s'applique lorsque les médicaments sont : <ul style="list-style-type: none"> prescrits pour le traitement de maladies longues et coûteuses irremplaçables, très chers et prescrits pour traiter des pathologies lourdes figurant sur une liste administrés par voie intraveineuse, prescrits immédiatement après un traitement hospitalier et engendrant des frais inappropriés pour le patient 		

Source : compilation des auteurs.

TABLEAU 3.3 (suite) Dépenses de santé à la charge de l'usager

Type de frais à charge de l'usager	Exemptions	Plafond des dépenses à la charge des ménages	Autre mécanisme de protection
SÉJOUR HOSPITALIERS			
Copaiement (25,50 euros par jour) Copaiement (12,75 euros par jour) en cas d'hospitalisation de jour ou en place de surveillance Facturation supplémentaire (hospitalisation stationnaire en première classe – frais de prestations médicales et de services hospitaliers)	Exemptions : <ul style="list-style-type: none"> enfants âgés de moins de 18 ans 12 premiers jours suivant un accouchement soins de jour psychiatriques 	Jusqu'à 30 jours ou 765 euros par an pour des séjours hospitaliers	Le séjour de nuit d'une personne accompagnant un enfant de moins de 14 ans est couvert Système de tiers-payant soumis à certaines conditions pour éviter au patient d'avancer des frais excessifs
SOINS DENTAIRES			
Participation aux frais à hauteur de 12 % du tarif officiel Paiements directs : paiement de la différence lorsque le prestataire facture un dépassement du tarif officiel (facturation supplémentaire) et en cas de prestations non remboursées (par exemple, anesthésie hors critères de remboursement)	Exemptions : <ul style="list-style-type: none"> la coassurance ne s'applique pas jusqu'à 75,46 euros enfants jusqu'à l'âge de 18 ans examens à visée préventive et de dépistage au cours de la grossesse examens à visée préventive des enfants âgés de 30 à 36 mois, et de 42 à 48 mois 		Tiers-payant social
DISPOSITIFS MÉDICAUX (NOTAMMENT LES PROTHÈSES DENTAIRES)			
Coassurance jusqu'à 20 % (sur la base du tarif officiel) en fonction de la catégorie de la prothèse. Toute différence avec le tarif officiel Des déductions s'appliquent aux aides visuelles	Exemptions : <ul style="list-style-type: none"> en cas de renouvellement ou de réparation d'une prothèse totale prothèses maxillo-faciales réparatrices 		
PRESTATIONS NON MÉDICALES (KINÉSITHÉRAPIE, PAR EXEMPLE)			
Coassurance de 30 % pour la psychothérapie et la kinésithérapie	Exemptions : <ul style="list-style-type: none"> enfants âgés de moins de 18 ans maladie grave ou kinésithérapie de rééducation post-chirurgicale 		

indiqué dans les nomenclatures des actes et services et sont ensuite remboursés par la CNS sur présentation de leurs justificatifs. Un système du tiers-payant, par lequel l'assuré ne paie que les frais de participation obligatoires, est appliqué pour les analyses de laboratoire, l'hospitalisation, les produits pharmaceutiques, la kinésithérapie et les soins de longue durée. Des exemptions de participation aux frais de certaines prestations sont accordées aux personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques graves, aux enfants et aux femmes enceintes, ou si le copaiement est supérieur à 2,5 % du revenu annuel brut (CNS, 2024b ; CSS, 2024), mais ces exemptions ne sont pas systématiquement appliquées (cf. Section 7.3). Aucune participation aux frais n'est due pour les prestations remboursées par l'assurance accident. De même, les aides et soins fournis dans le cadre de l'assurance dépendance sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, à l'exclusion des frais de séjour en structure d'hébergement pour personnes âgées (cf. Section 5.8).

Le Luxembourg a adopté en 2013 le système du tiers payant social (TPS), qui s'adresse aux personnes disposant de faibles revenus éprouvant des difficultés à avancer le coût des prestations extrahospitalières. Sur présentation d'un certificat de durée limitée émis par l'office social compétent de sa commune, la personne concernée est dispensée de payer ses soins de santé (CNS, 2020a). Il n'existe pas de procédure nationale pour déterminer l'éligibilité à ce dispositif, chaque office social prenant des décisions au cas par cas, en fonction des demandes individuelles. L'office social couvre alors tout copaiement officiel que le patient ne peut prendre en charge, sauf les frais pour convenance personnelle, qui sont à la charge du bénéficiaire ; les traitements dentaires, quant à eux, nécessitent une autorisation préalable. En 2018, le régime du tiers-payant social a été utilisé par 4757 assurés ; ce chiffre a augmenté pour atteindre 6226 en 2022, ce qui représente une hausse de 30,9 % en cinq ans. Le recours au tiers payant concernait environ 0,6 % de tous les bénéficiaires de l'assurance maladie par an entre 2018 et 2022. La plupart des prestations ayant fait l'objet d'une demande dans ce cadre étaient des traitements dispensés par un médecin généraliste ou un spécialiste (CHD, 2023a).

En 2021, la CNS et l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) ont décidé de mettre en place un modèle de paiement immédiat direct (PID) généralisé à l'ensemble de la population assurée. Selon ce modèle, et si le patient et le médecin y consentent, la CNS (et non le patient) paie directement la part remboursée du tarif au prestataire de

services, sur le lieu de la prestation. La mise en œuvre du PID a débuté en 2023, d'abord auprès des médecins généralistes, puis il a été étendu progressivement aux autres spécialités. Le PID est possible auprès de tous les médecins et dentistes depuis mars 2024 mais son degré d'intégration dans les cabinets médicaux est laissé à l'appréciation de chaque médecin. En avril 2024, 111 médecins, dont 18 dentistes, utilisaient le PID (CHD, 2024b).

D'après la CNS, les dépenses à la charge des assurés représentaient en moyenne 7,2 % des tarifs officiels, alors que les dépenses relatives aux séjours hospitaliers s'élevaient à 0,7 % en moyenne en 2021. Selon les données de facturation de la CNS, en 2021, la participation moyenne aux frais supportée par les assurés pour les soins extrahospitaliers (suppléments compris) représentait 16,2 % du coût de ces services pour l'assurance maladie obligatoire. En raison des suppléments facturés susmentionnés, les aides visuelles et les services dentaires étaient les soins pour lesquels les frais à la charge de l'usager étaient les plus élevés en 2021 (72,9 % et 37,1 %, respectivement) (CNS, 2022b). Ces frais peuvent être couverts par une assurance maladie volontaire privée (cf. Section 3.5) ou être laissés à la charge des ménages (cf. Encadré 3.1 et Section 3.4)..

■ 3.4.2 *Paiements directs*

Outre le paiement préalable au remboursement pour les prestations de santé en l'absence d'un système général de tiers-payant (cf. Sections 3.4.1 et 7.3), les patients procèdent au paiement direct pour les services non couverts par l'assurance maladie obligatoire. Les prestations non couvertes comprennent par exemple les traitements d'ostéopathie, les méthodes de traitement alternatives, les médicaments homéopathiques et les médicaments en vente libre non prescrits par un médecin.

Les professionnels de la santé peuvent appliquer des dépassements de tarifs, et des frais de convenance personnelle venant s'ajouter aux tarifs officiels. Il existe trois types de suppléments d'honoraires pour convenance personnelle, soit en lien avec le rendez-vous, soit en lien avec le traitement reçu, soit dans le cadre d'une hospitalisation en chambre individuelle, ou en première classe, suite à une requête pour convenance personnelle. Dans ce dernier cas, les professionnels de la santé impliqués dans le traitement, notamment les médecins et les anesthésistes, peuvent appliquer un tarif

majoré de 66 % par rapport aux tarifs officiels. Les suppléments d'honoraires pour convenance personnelle ne sont pas fixes. Les médecins et les dentistes sont requis d'appliquer ces suppléments « avec tact et mesure » (CNS, 2020b).

■ **3.4.3 *Paiements informels***

D'après l'Eurobaromètre 2019, 9 % de la population indiquait qu'elle devait payer ou donner aux prestataires de santé un supplément s'ajoutant aux honoraires officiels. En 2022, cette proportion avait diminué pour atteindre 6 %, mais restait supérieure à la moyenne de l'UE des 27, qui s'élevait à 4 % (European Commission, 2022). Selon l'indice de perception de la corruption de Transparency International, les paiements informels dans les hôpitaux publics et les cabinets médicaux du Luxembourg étaient très peu fréquents – 1 % des personnes ayant utilisé les services publics indiquaient y avoir été soumis ; le recours aux relations personnelles semblait plus répandu – 28 % des personnes ayant utilisé les services publics les mentionnaient (Kukutschka, 2021).

■ **3.5 Assurance maladie volontaire**

Compte tenu de l'étendue de la couverture fournie par l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie volontaire n'occupe au Luxembourg qu'une place limitée : elle représentait seulement 4,1 % des dépenses courantes de santé en 2022 (Eurostat, 2024a). Pourtant, les deux tiers de la population résidente (soit 67,3 %) avaient choisi de contracter une assurance maladie complémentaire privée en 2022 (OECD, 2024b). L'objectif de l'assurance maladie volontaire privée est de couvrir les prestations partiellement prises en charge (assurance complémentaire) ou non prises en charge (assurance supplémentaire) par l'assurance maladie obligatoire, comme par exemple, la participation aux frais, les dépassements et les suppléments pour des soins extrahospitaliers ou la facturation de suppléments pour une hospitalisation en chambre individuelle. Au Luxembourg, deux types d'assurance maladie volontaire privée offrent une couverture complémentaire et supplémentaire : les mutuelles et l'assurance santé privée.

Aux termes de la loi, les mutuelles sont des groupements à but non

lucratif de personnes physiques, qui fournissent une aide et des prestations en fonction des ressources disponibles. Leurs membres y adhèrent moyennant une cotisation forfaitaire. Les mutuelles fonctionnent sur le principe de la solidarité et poursuivent des objectifs tels que l'octroi de prestations en cas de maladie, d'accident et d'autres événements de la vie, la couverture des dépenses de santé non incluses dans l'assurance maladie obligatoire, l'octroi d'avantages en cas de naissance, d'allocations couvrant les frais familiaux et éducatifs, et la conclusion de conventions d'assurance de groupe avec des entités agréées. Les mutuelles sont soumises à la surveillance du M3S (Mémorial A530, 2019).

Toutes les mutuelles font partie de la Fédération nationale de la mutualité luxembourgeoise (FNML). La FNML a créé la Caisse médico-complémentaire mutualiste (CMCM), qui est une mutuelle de santé proposant une couverture complémentaire et supplémentaire. Pour rejoindre la CMCM, il est nécessaire d'être membre de l'une des mutuelles offrant des prestations supplémentaires telles que des primes de naissance, de mariage et/ou de décès. En raison de son engagement de solidarité, la CMCM ne peut refuser de couvrir un assuré affilié au régime d'assurance maladie obligatoire au Luxembourg ou à un régime d'assurance maladie officiel d'un pays voisin, ni conditionner l'admission d'une personne à la présentation d'un dossier médical. En outre, les membres de la famille de l'assuré sont couverts sans frais supplémentaires. La CMCM propose différentes formules, couvrant notamment des prestations de kinésithérapie, des soins à domicile, des cures, l'assistance médicale, le rapatriement depuis le monde entier, l'hospitalisation en chambre individuelle, le transport, l'ostéopathie, les soins préventifs, et les frais dentaires et optiques. En revanche, la CMCM ne couvre pas la coassurance des soins primaires et dentaires habituels, ni des produits pharmaceutiques (CMCM, n.d.). De 35 % à 40 % des dépenses effectuées au titre de l'assurance maladie volontaire sont prises en charge par la CMCM.

Les caisses de l'assurance maladie privée sont soumises à la surveillance du Commissariat aux assurances, un établissement public sous l'autorité du ministère des Finances. L'admission et les taux de cotisation sont basés sur l'évaluation du risque. L'affiliation à l'assurance maladie obligatoire n'est pas une condition de l'adhésion à une assurance privée. Ces assurances proposent une couverture complémentaire et supplémentaire, notamment des prestations en cas d'hospitalisation, la coassurance des soins primaires et dentaires, la couverture des frais dentaires et optiques et des méthodes de

traitement alternatives. Certaines offres garantissent en outre des rendez-vous avec des spécialistes dans un certain délai. Les employeurs peuvent proposer une assurance santé d'entreprise (AXA, n.d. ; DKV, n.d. ; Foyer Assurances, n.d.).

■ 3.6 Autres financements

Les autres sources de financement comprennent le financement de la santé des membres de l'armée par le ministère des Affaires étrangères et européennes, de la Défense, de la Coopération et du Commerce extérieur, et celui des dépenses de santé des prisonniers par le ministère de la Justice. Les prestations de santé au travail pour les salariés comprennent toutes les mesures prises par le service de santé au travail multisectoriel ou par l'employeur, pour réduire et prévenir les risques d'accident et de santé sur le lieu de travail, et pour fournir les examens médicaux définis dans le Code du travail et d'autres lois (Service de Santé au Travail, n.d.)

Le M3S soutient les personnes indigentes qui ne peuvent honorer leurs frais médicaux et ne sont pas affiliées à l'assurance maladie obligatoire. Les versements sont principalement liés à des séjours hospitaliers. En 2021, 3 067 705 euros ont été dépensés pour couvrir 380 requêtes provenant de 262 patients. Un dispositif spécifique est dédié au soutien des personnes nécessitant une assistance et des soins de santé en permanence à domicile, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, et dont les besoins excèdent les prestations financières que les organismes publics peuvent offrir ou couvrir. Il s'agit notamment d'adultes et d'enfants souffrant de maladies dégénératives très invalidantes, en particulier de graves maladies neuromusculaires permanentes, d'affections du système nerveux autonome ou de troubles métaboliques nécessitant souvent un suivi ininterrompu et un équipement médical lourd pour maintenir les fonctions vitales. Le M3S prend également en charge les primes d'assurance dans le cadre du projet de couverture universelle des soins de santé (CUSS, cf. Section 3.3.1) (CHD, 2022a).

Enfin, le financement des soins de longue durée, décrits dans la Section 5.8, provient de l'assurance dépendance et du ministère de la Famille. Le financement du ministère de la Famille concerne le soutien aux personnes disposant de faibles revenus, de même que l'allocation de fonds

pour les infrastructures et activités inscrites dans la loi dite ASFT (cf. Section 2.2).

■ 3.7 Mécanismes de paiement

Au Luxembourg, divers mécanismes de paiement sont utilisés pour différentes activités de soins de santé, comme le montre le Tableau 3.4. La plupart des prestataires sont rémunérés sur la base du volume des soins prodigués, essentiellement selon le modèle du paiement à l'acte.

TABLEAU 3.4 Mécanismes de paiement des prestataires

Prestataires	Mécanismes de paiement
Médecins généralistes, autres spécialistes et dentistes en cabinets	Principalement à l'acte
Autres prestataires de soins extrahospitaliers (infirmiers, par exemple)	À l'acte
Hôpitaux (soins hospitaliers)	Les professionnels de santé (sauf les médecins) sont salariés et financés par le budget global Financement mixte de la biologie clinique et de l'imagerie médicale : à l'acte et budget global Forfaits journaliers pour certaines activités Budget global pour certaines activités (par exemple, la recherche)
Hôpitaux (soins ambulatoires)	Surtout à l'acte Forfaits journaliers par cas pour certaines activités Les professionnels de santé (sauf les médecins) sont salariés et financés sur le budget global de l'hôpital
Pharmacies	Pharmaciens : salariés (s'ils ne sont pas indépendants) Produits pharmaceutiques : à l'acte
Services de santé publique	Financement mixte : salariés, paiement à l'acte et budget global selon le programme
Soins de longue durée	À l'acte

Source : compilation des auteurs.

■ **3.7.1 Paiement des prestations de santé**

SOINS PRIMAIRES ET SPÉCIALISÉS EXTRAHOSPITALIERS

Les soins de santé fournis par les médecins, les dentistes, les sages-femmes, les kinésithérapeutes et les autres professionnels de santé sont rémunérés sur la base du paiement à l'acte. Comme décrit dans la section 3.3.4, ces services sont soumis aux tarifs déterminés dans les nomenclatures des actes et services professionnels. Aucun plafond de volume n'est appliqué.

SOINS HOSPITALIERS

Les hôpitaux ont différentes sources de financement. Les investissements sont financés par l'État (Fonds spécial des investissements hospitaliers) et l'assurance maladie obligatoire (cf. Section 4.1.1) ; les coûts d'exploitation sont couverts par l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie volontaire privée, les frais à la charge du patient et l'assurance maladie internationale (cf. Section 3.3.1). L'assurance maladie obligatoire finance la plupart des coûts d'exploitation au moyen des budgets annuels (cf. Section 3.3.4), dans la limite des dépenses en lien avec ce régime d'assurance ou avec l'assurance accidents. Les budgets des hôpitaux reposent sur un système dual. Les coûts fixes, non liés à l'activité réelle, sont payés par des avances mensuelles ; ils comprennent par exemple les coûts de personnel, de l'électricité ou des infrastructures. Les coûts variables sont payés sur la base de l'activité réelle ; ils incluent l'hébergement et les activités médico-techniques telles que les services de laboratoire, l'imagerie médicale et la kinésithérapie.

En accord avec la CNS, les hôpitaux peuvent obtenir la rémunération de certaines prestations hors budget, sur la base d'un paiement à l'acte ou au forfait. Le premier mode est appliqué pour certains services exceptionnels, très chers et souvent imprévisibles tels que des médicaments coûteux. Le mode de rémunération forfaitaire s'inspire du système des groupes homogènes de malades. Les prestations rémunérées au forfait par cas comprennent notamment les soins dispensés dans des établissements de cure ou de convalescence, de même que les prestations ambulatoires dispensées dans des lieux dédiés (les antennes de service, cf. Sections 4.1.2 et 5.4) (IGSS, 2023b).

Actes médicaux au cours de séjours hospitaliers

Les actes médicaux réalisés par des médecins (par exemple, des consultations, des interventions chirurgicales...) pendant un séjour hospitalier sont payés à l'acte, directement au médecin prestataire ou, pour certains médecins salariés, à l'hôpital. Les hôpitaux reçoivent une rétribution supplémentaire issue des suppléments facturés au patient pour le séjour en chambre individuelle, les activités non hospitalières et le forfait journalier pour l'hébergement (cf. Tableau 3.4).

Mesures de maîtrise des dépenses et d'amélioration de la qualité des soins

En vertu de la loi de 2010 sur la réforme du système de soins de santé, les budgets externes séparés des établissements hospitaliers ont été fondus en une enveloppe budgétaire globale (EBG) représentant le plafond à fixer par le Gouvernement pour les prestations de soins opposables à l'assurance maladie obligatoire de l'ensemble des établissements hospitaliers. Chaque établissement continue toutefois à négocier son propre budget, et les prestations sont toujours payées à l'acte. La réforme a également imposé une structuration financière de tout le secteur hospitalier, dans un but d'efficience et de synergies entre les établissements hospitaliers. Les hôpitaux doivent s'intégrer dans une approche nationale d'organisation de leurs services. En outre, l'EBG oblige les hôpitaux à mieux planifier et organiser leurs activités, et à intégrer activement le principe de l'utile et du nécessaire dans leur gestion. En parallèle, des mécanismes de financement séparés sont assurés pour les soins exceptionnels, très coûteux et souvent imprévisibles, ou pour la promotion de la tarification fondée sur l'activité (IGSS, 2022a).

SOINS PHARMACEUTIQUES

La rémunération des soins pharmaceutiques diffère selon qu'il s'agit des hôpitaux ou du secteur extrahospitalier. Les produits pharmaceutiques délivrés au cours d'un séjour hospitalier sont inclus dans le budget annuel de l'hôpital. Certains médicaments coûteux sont toutefois remboursés au titre de charges supplémentaires. Les produits pharmaceutiques concernant les soins extrahospitaliers sont dispensés par des pharmacies d'officine, voire dans le cas de produits spécifiquement définis, par des pharmacies hospitalières (cf. Sections 2.7.4 et 5.6). Les produits pharmaceutiques

relèvent du système du tiers-payant. En général, la CNS verse aux pharmacies une avance représentant 80 % du montant moyen mensuel réglé au titre du tiers-payant pendant les 10 premiers mois de l'année fiscale précédente. Le reste est versé moyennant une déclaration détaillée (CNS, 2020c). La CNS se voit accorder un abattement de 5 % sur le prix de vente officiel des médicaments après déduction de la taxe sur la valeur ajoutée. Cet abattement peut être abaissé à 0,25 % si la pharmacie communique sur support informatique les informations détaillées dans la convention entre la CNS et le syndicat des pharmaciens. Toutefois, il ne s'applique pas aux médicaments inclus dans la liste positive en tant que médicaments orphelins (Mémorial A128, 2012). Les pharmaciens doivent informer les patients de la disponibilité de substituts génériques, mais aucune mesure d'incitation financière n'encourage les pharmaciens en ce sens. Le supplément de coût du choix d'un médicament non générique est supporté par le patient, car la coassurance est calculée en fonction du prix du générique (cf. Sections 5.6 et 7.6). Les produits pharmaceutiques dispensés dans les pharmacies hospitalières sont acquis et négociés par les hôpitaux, si possible de manière centralisée.

SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

Le M3S, le ministère de la Famille, celui de l'Égalité des genres et de la Diversité, et celui de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse signent des conventions-cadres avec des organisations à but non lucratif, sur la fourniture de services de santé publique. En 2023, le M3S a investi environ 100 millions d'euros dans ce secteur conventionné. Pour obtenir un financement du M3S, les activités doivent satisfaire des besoins en santé publique et en santé sociale, et être conformes aux priorités politiques (notamment des plans d'action ou un accord de coalition). En 2024, les principaux domaines financés sont la prévention des addictions, les troubles de la santé mentale et les maladies chroniques. Certains services sont intégralement délégués à une seule organisation (essentiellement dans le domaine des maladies chroniques), tandis que d'autres sont fournis par plusieurs acteurs (dans le cas de la prévention des addictions, notamment).

La plupart des conventions-cadres s'appuient sur la loi dite ASFT (cf. Section 2.2). Les organisations émettent des demandes de financement couvrant les coûts de personnel et d'exploitation pour des activités ou des

projets spécifiques. En 2023, 70 conventions-cadres signées avec le M3S étaient en vigueur.

Outre le financement au titre de la loi dite ASFT, les projets et les services peuvent obtenir un financement au moyen d'un budget fixe. Le financement peut être complété par des ressources financières et humaines d'autres ministères, des fondations, des communes, des organisations caritatives et le volontariat. Certains services de santé publique, tels que les services de santé scolaire, sont directement fournis par la Direction de la santé ou les communes. Dans ce cas, le personnel et les services sont payés par le budget de l'État ou des budgets locaux.

■ **3.7.2 Rémunération des professionnels de la santé**

Les infirmiers, les kinésithérapeutes, les sages-femmes et les autres professionnels de santé et de soins sont salariés lorsqu'ils travaillent dans des hôpitaux, des laboratoires ou dans le secteur des soins de longue durée. Les postes salariés sont alors régis par des conventions collectives de travail. Les professionnels de la santé employés par des hôpitaux sont rémunérés par le budget de l'hôpital (cf. Tableau 3.4).

La plupart des médecins et des dentistes sont indépendants et rémunérés à l'acte, selon les tarifs nationaux fixés par les nomenclatures. Ils reçoivent une rémunération séparée, prise sur le budget de l'État, pour les services de garde et d'astreinte effectués dans des hôpitaux ou des structures d'hébergement pour personnes âgées. En outre, les médecins généralistes traitant des patients pour des affections de longue durée reçoivent un versement forfaitaire supplémentaire pour chaque patient enregistré dans le système « médecin référent » (cf. Section 5.2). De la même manière, la plupart des professionnels de la santé travaillant en dehors des hôpitaux, structures d'hébergement, réseaux de soins à domicile et laboratoires ont un statut indépendant et sont rémunérés à l'acte pour la plupart des services, à l'exception des soins palliatifs qui sont rémunérés par un forfait journalier, conformément aux tarifs nationaux.

En général, toutes les interventions effectuées par des infirmiers ou d'autres professionnels de santé nécessitent une prescription médicale (CNS, 2024a). Les soins infirmiers prodigués à des bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance font toutefois exception. Les salaires et les tarifs officiels des diverses nomenclatures (sauf les tarifs des laboratoires) sont indexés sur le coût de la vie.

Ressources physiques et humaines

■ RÉSUMÉ

- Au cours des vingt dernières années, les fusions hospitalières ont conduit à la création d'établissements plus grands et à une concentration accrue des lits de soins aigus. Le nombre de lits d'hôpitaux par habitant au Luxembourg est inférieur à celui de la moyenne de l'UE (400 contre 475 pour 100 000 habitants, respectivement).
- Malgré une densité plus faible d'équipements de tomodensitométrie (scanner CT) et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par habitant, le Luxembourg se classe au deuxième rang des pays de l'OCDE en termes de fréquence d'examens CT et IRM par habitant, avec 244 examens CT et 116 examens IRM pour 1000 habitants en 2021, contre 165 et 84 respectivement en moyenne dans les pays de l'OCDE.
- En 2017, le Luxembourg dispose de moins de médecins (298 pour 100 000 habitants) que la moyenne de l'UE (377 pour 100 000), mais il a davantage d'infirmiers (1172 pour 100 000 habitants) que la moyenne de l'UE (737 pour 100 000).
- En raison de capacités de formation limitées, le pays dépend fortement de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger. Afin de remédier au risque de pénurie, notamment mis en évidence lors de la crise du COVID-19, le Luxembourg investit dans de nouveaux programmes de formation des professionnels de la santé.

4.1 Ressources physiques

■ 4.1.1 *Infrastructure, capital et investissements*

CAPITAL ACTUEL

Au cours des trois dernières décennies, le paysage hospitalier du Luxembourg a considérablement évolué, avec une diminution du nombre d'hôpitaux, passant de 36 en 1986 à 10 en 2023 (ObSanté, 2024). Ce changement a été influencé par l'introduction de l'assurance dépendance pour répondre au vieillissement de la population, entraînant la conversion de plusieurs hôpitaux en structures d'hébergement pour personnes âgées depuis 1998.

Le Luxembourg compte quatre centres hospitaliers offrant une large gamme de services, chacun disposant d'un service d'urgence et d'une maternité. Ces hôpitaux varient en taille, avec une capacité allant de 357 à 704 lits, et sont répartis sur plusieurs sites. Trois maternités de niveau 1 prennent en charge les grossesses normales et sous certaines conditions, les grossesses pathologiques, tandis que la maternité de niveau 2 assure également la prise en charge des grossesses à haut risque et la néonatalogie intensive (Mémorial A222, 2018). Les six autres établissements hospitaliers sont des hôpitaux spécialisés : deux offrent des soins aigus, l'un en cardiologie et l'autre en radiothérapie, et quatre sont dédiés à la réhabilitation psychiatrique, gériatrique, fonctionnelle et oncologique. Cinq des dix hôpitaux sont publics, l'un est privé et quatre sont à but non lucratif. Le Luxembourg dispose en outre d'un établissement de soins palliatifs, d'un établissement pour cures thermales, d'un centre de diagnostic pour les activités de génétique humaine et d'anatomopathologie et de 68 structures d'hébergement pour personnes âgées.

INFRASTRUCTURE

En 2023, les capacités d'accueil au Luxembourg étaient de 2640 lits d'hôpitaux, dont 76,6 % étaient dédiés aux soins aigus, 19,1 % aux soins de réhabilitation, 2,5 % aux soins hospitaliers de longue durée et 1,8 % aux soins palliatifs (ObSanté, 2024). Entre 2015 et 2022, le nombre de lits de psychiatrie aiguë a légèrement augmenté (passant de 38 pour

TABLEAU 4.1 Évolution du nombre de lits d'hôpitaux au Luxembourg, pour 100 000 habitants, par type, de 2013 à 2022

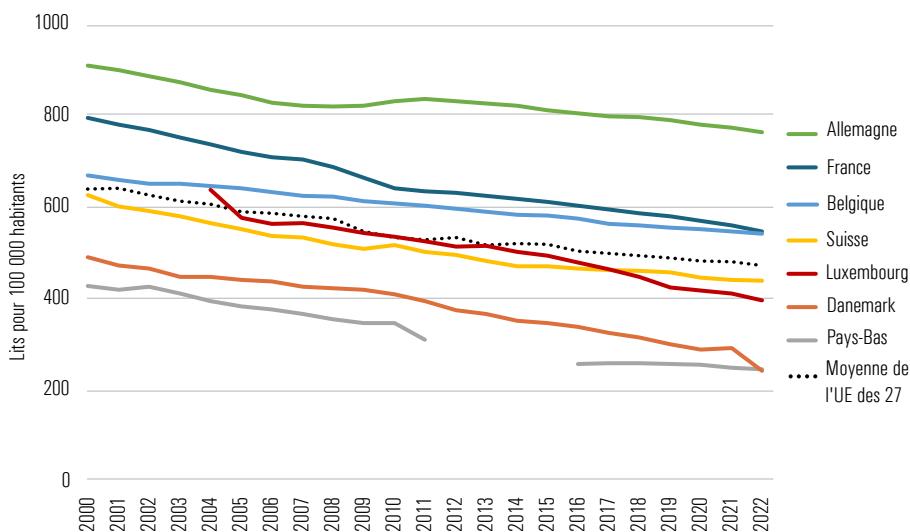
	Lits de soins aigus (dont lits de soins psychiatriques)	Lits de soins de réhabilitation	Lits de soins de longue durée	Total des lits
2013	422.6 (NA)	94.6	0.0	517.2
2014	412.9 (NA)	92.4	0.0	505.3
2015	403.1 (37.8)	92.9	0.0	496.0
2016	389.9 (36.9)	90.7	0.0	480.6
2017	377.5 (35.9)	88.7	0.0	466.2
2018	370.3 (35.2)	80.4	0.0	450.7
2019	329.4 (42.6)	86.3	10.8	426.5
2020	323.9 (41.9)	84.9	10.6	419.4
2021	319.0 (41.3)	84.8	10.5	414.3
2022	306.1 (41.3)	83.1	10.3	399.5

Source : Eurostat (2024).

100 000 habitants en 2015 à 41 pour 100 000 habitants en 2022). En revanche, la conversion de lits hospitaliers en lits d'hospitalisation de longue durée et la croissance démographique ont entraîné une légère baisse du ratio de lits en soins de réhabilitation (de 95 pour 100 000 habitants à 83 pour 100 000 habitants sur la même période) (cf. Tableau 4.1). En outre, les hôpitaux disposent de 573 lits et places d'hospitalisation de jour en 2023, qui ne sont pas comptabilisées dans le total des lits soumis à planification. Ces lits et places étaient destinés aux soins ambulatoires et aux admissions de courte durée (inférieure à 12 heures et sans nuitée) pour des soins programmés en médecine, chirurgie, psychiatrie, pédiatrie, rééducation gériatrique ainsi que les séances de dialyse.

Comme dans d'autres pays européens, le nombre de lits d'hôpitaux a fortement diminué depuis 2004, passant de 639 lits à 400 lits pour 100 000 habitants en 2022, ce qui est inférieur à la moyenne de l'UE de 475 lits pour 100 000 habitants (cf. Figure 4.1). Cette baisse du ratio de la capacité d'accueil en soins aigus s'explique en partie par la diminution du

FIG. 4.1 Nombre total de lits pour 100 000 habitants au Luxembourg et dans certains pays, de 2000 à 2022



Notes : UE 27 : moyenne non pondérée des 27 États membres de l'UE après le 1er février 2020.

Source : Eurostat (2024).

ENCADRÉ 4.1 Les établissements de santé sont-ils bien répartis ?

Avec un centre hospitalier au nord, deux au centre et un au sud, l'offre de soins aigus du Luxembourg est bien répartie sur son territoire compact.

La loi hospitalière de 2018 a aboli les régions hospitalières afin de centraliser les soins hautement spécialisés et d'encourager la coopération entre les établissements ainsi que les réseaux de compétences (cf. Sections 5.3 et 6.1) (Mémorial A222, 2018). Bien que cette centralisation soit justifiée, elle impacte l'accessibilité géographique des services : la rééducation fonctionnelle n'est disponible que dans le centre, et la réhabilitation psychiatrique est concentrée dans le nord.

nombre d'hôpitaux au Luxembourg et par la croissance de sa population. Des informations supplémentaires sur la répartition des établissements de santé sont disponibles dans l'Encadré 4.1.

En 2023, le Luxembourg dénombrait 160 lits de soins intensifs, dont 93 en soins non spécialisés, 46 en soins spécialisés pour adultes et 21 en

soins néonataux et pédiatriques. En réponse à la pandémie, les hôpitaux ont augmenté de 13 % leurs capacités en soins aigus et ont plus que doublé le nombre de lits de réanimation en 2020 (OCDE, 2022) ; ils ont également reporté les interventions chirurgicales non urgentes.

RÉGULATION DES INVESTISSEMENTS EN CAPITAL

Au Luxembourg, les hôpitaux doivent obtenir l'autorisation du M3S pour leur exploitation ou leur extension, tandis que les structures d'hébergement pour personnes âgées nécessitent l'approbation du ministère de la Famille. La loi hospitalière de 2018 détermine le nombre total d'hôpitaux et confie au M3S la responsabilité de planifier les investissements hospitaliers en capital au niveau national (Mémorial A222, 2018) (cf. Sections 2.4 et 6.1). La création de nouveaux services hospitaliers requiert également l'autorisation ministérielle, après consultation du Collège médical et de la Commission permanente du secteur hospitalier (CPH, cf. Section 2.2). En l'absence d'un plan directeur des infrastructures sanitaires pour le pays, les demandes de construction ou de modernisation émanent des conseils d'administration des hôpitaux, en tenant compte des services hospitaliers autorisés. Au cours de la dernière décennie, grâce à d'importants travaux de construction et au renouvellement continu des infrastructures, les hôpitaux du Luxembourg ont des bâtiments, des équipements et des installations qui répondent à des standards élevés et offrent un environnement sûr et performant (Cour des comptes, 2021).

SOURCES DE FINANCEMENT

Depuis la loi hospitalière de 1998, le financement public des infrastructures hospitalières est géré par le Fonds pour le financement des infrastructures hospitalières, sous l'autorité du M3S (Cour des comptes, 2021). Ce Fonds reçoit une allocation budgétaire annuelle, régie par une programmation pluriannuelle – avec des investissements totalisant environ 1570 millions d'euros depuis 2001.

Quel que soit le statut de l'hôpital (public, privé à but lucratif ou à but non lucratif), les infrastructures sont financées de la même manière par des fonds publics. L'Etat participe à raison de 80 % aux frais de construction et

de modernisation autorisés s'ils dépassent un montant de 500 000 euros pour les centres hospitaliers et de 250 000 euros pour les établissements hospitaliers spécialisés, tandis que la CNS couvre les 20 % restants.

■ 4.1.2 *Équipements médicaux*

INFRASTRUCTURE

L'acquisition d'équipements médicaux dont le coût dépasse 250 000 euros ou qui sont mentionnés dans la loi hospitalière de 2018 requiert une autorisation préalable du M3S (cf. Section 2.7.5). Les appareils soumis à planification nationale incluent les équipements lourds, comme les équipements de radiothérapie ou les équipements d'imagerie et de diagnostic, tels que les tomographes à émission de positrons et depuis 2023, les équipements d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (scanners CT) (Mémorial A478, 2023).

Depuis 2023, afin de réduire les temps d'attente et d'améliorer l'accès à l'IRM, les antennes de service sont autorisées à réaliser des activités d'imagerie médicale (notamment d'IRM et de tomodensitométrie), sous réserve d'une autorisation préalable du M3S et d'une convention de collaboration interhospitalière (cf. Sections 6.1 et 7.2).

D'après l'inventaire de la Carte sanitaire des équipements et appareils médicaux hospitaliers, le Luxembourg disposait en 2023 de 15 scanners CT et de 12 équipements d'IRM. Malgré l'acquisition de quatre scanners CT et de deux équipements d'IRM supplémentaires en 2020, la densité de ces équipements par million d'habitants au Luxembourg en 2021 (22 scanners CT et 17 équipements d'IRM) restait inférieure aux moyennes de l'OCDE (28 et 18 respectivement) et à celle de l'Allemagne (36 et 35), mais supérieure à celle de la Belgique (25 et 11) et de la France (20 et 17) (cf. Tableau 4.2).

Malgré cette densité plus faible, le Luxembourg se classait au second rang des pays de l'OCDE en termes de fréquence par habitant des examens par CT et par IRM avec 244 examens CT et 116 par IRM pour 1000 habitants en 2021, contre 165 et 84 respectivement en moyenne dans l'OCDE. Des audits nationaux réalisés en 2016 et en 2023 ont éclairé la problématique de l'accessibilité, en révélant que seulement 61 % des demandes d'examens par CT et 78 % des demandes d'IRM étaient

TABLEAU 4.2 Technologies d'imagerie diagnostique (équipements d'IRM et de tomodensitométrie CT) par million d'habitants en 2021

	Moyenne de l'OCDE	Luxembourg	Belgique	France	Allemagne	Pays-Bas
Équipements IRM	18	17	11	17	35	15
Scanners CT	28	22	25	20	36	16

Notes : IRM : imagerie par résonance magnétique ; OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques.

Source : OCDE (2023).

pertinentes et conformes aux recommandations nationales de bonne pratique médicale en imagerie médicale (Bouëtté et al., 2019 ; Conseil Scientifique, 2023b ; DiSa, 2023). Des améliorations ont été constatées lors des audits ultérieurs, atteignant 75 % de pertinence pour les examens par scanner CT et 80 % de pertinence pour les examens par IRM. Les audits ont recommandé de poursuivre les efforts visant à une utilisation ciblée de l'imagerie médicale, en particulier pour les examens du rachis par scanner CT et les prescriptions des médecins généralistes, afin d'améliorer l'accessibilité (cf. Section 7.6).

■ 4.1.3 Technologies de l'information et santé digitale

Les technologies de l'information et de la communication sont largement utilisées au Luxembourg où 98 % des ménages disposent d'un accès à Internet (STATEC, 2023c). En 2022, 54 % des personnes âgées de 16 à 74 ans ont recherché des informations sur la santé en ligne, un chiffre équivalent à la moyenne de l'UE (Eurostat, 2021).

Le gouvernement luxembourgeois a adopté son premier Plan d'action eSanté en 2006, mettant l'accent sur l'échange de données médicales et l'interopérabilité (Le gouvernement luxembourgeois, 2006). La digitalisation demeure toutefois fragmentée, les laboratoires, les hôpitaux et les réseaux de soins à domicile utilisant des systèmes qui ne sont pas compatibles. En 2014, l'Agence nationale eSanté a lancé le dossier de soins partagé (DSP) accessible à tous les affiliés à l'assurance maladie, qui a adopté le principe de l'adhésion automatique en 2020 (cf. Section 2.2) (Mémorial

A909, 2019). Déployé entre 2021 et 2022, le DSP contient des résultats de laboratoire, des comptes-rendus d'imagerie et d'hospitalisation, facilitant ainsi l'échange de données (e- Santé, 2023). Il est complémentaire au dossier médical tenu par les professionnels de la santé, mais il ne le remplace pas. Les patients peuvent accéder en ligne à leur DSP, ceux ayant un « médecin référent » (cf. Section 5.2) devant disposer d'un DSP. En dépit d'une mise en œuvre progressive, le déploiement du DSP a été lent, de même que son adoption par les patients et les professionnels de santé. En 2020, 77 % de la population assurée possédait un DSP actif, bien que celui-ci contienne principalement des données non structurées et que son taux d'utilisation clinique soit inconnu (e-Santé, 2020).

L'Agence eSanté offre également de multiples services tels qu'un outil de gestion des réunions nationales de concertation pluridisciplinaire en oncologie (IdeoRCP), un service de téléconsultation (eConsult) et un Carnet de vaccination électronique, introduit progressivement en 2022.

L'application *GesondheidsApp*, développée par l'Association des médecins et médecins-dentistes et approuvée par l'Agence eSanté, permet aux patients de prendre leurs rendez-vous et d'échanger des mémoires d'honoraires avec les professionnels de la santé, mais pas d'échanger des informations médicales. Il existe d'autres systèmes, tels que Doctena, mais ils ne sont pas utilisés largement. L'application *DispoDoc* fournit des informations en temps réel sur la disponibilité des médecins (e-Santé, 2018). La télémédecine se limite au suivi à distance des patients âgés à domicile, à la télé-expertise nationale en pédiatrie pour les soins intensifs néonataux ou internationale dans le cadre des Réseaux européens de référence pour les maladies rares, et la télépathologie pour l'examen de biopsies à distance.

Pendant la pandémie de COVID-19, les téléconsultations ont assuré l'accès aux soins non liés à la COVID-19. Des tarifs de téléconsultation ont été introduit mi-mars 2020, et deux plateformes certifiées ont été mises en place pour permettre la consultation de médecins et de dentistes, l'obtention de certificats d'incapacité de travail et les prescriptions médicales. Les téléconsultations ont représenté environ 13 % du total de consultations médicales en 2020, contre 6 % en 2021 et 2 % en 2023 ; elles ne sont plus remboursées depuis juin 2024, dans l'attente d'un cadre légal (CHD, 2024c).

Les dernières évolutions dans le domaine de la digitalisation sont décrites dans les sections 6.1 et 6.2.

■ 4.2 Ressources humaines

Les professionnels de la santé sont régis par quatre lois du Code de la santé (cf. Section 2.7.2). Ces lois et leurs règlements d'exécution définissent les conditions pour l'obtention d'une autorisation d'exercer, énoncent les règles s'appliquant aux professionnels et encadrent la déontologie. Le Code de la sécurité sociale définit les relations entre les prestataires et l'assurance maladie (CSS, article 61, article 388bis). Pour certaines professions, un conventionnement avec la CNS est obligatoire (CSS, articles 61 et 64). Les professionnels de la santé sont automatiquement enregistrés auprès de la CNS dès l'obtention de leur autorisation d'exercer au Luxembourg, délivrée par le M3S. Ceux qui ne disposent pas de cette autorisation (les ostéopathes, notamment) ne peuvent pas facturer leurs services à la caisse d'assurance maladie (CSS, article 17 et voir la section 3.3.4).

■ 4.2.1 *Planification et enregistrement des ressources humaines*

Le Luxembourg ne dispose pas de loi générale ou de document stratégique sur la santé publique, ce qui complique l'évaluation de l'adéquation de ressources humaines en santé. Les données épidémiologiques disponibles sont rarement utilisées pour déterminer les ressources humaines, mais elles sont prises en compte pour l'allocation des ressources hospitalières (Lair-Hillion, 2019). En raison de l'absence d'une formation médicale complète, il n'existe ni planification ni contrôle du nombre de médecins formés, et les capacités de formation pour les autres professionnels de la santé sont limitées. Les données historiques de consommation de soins provenant de la Carte sanitaire guident l'organisation du système de santé (cf. Section 2.4).

Le M3S a la charge des registres des professions médicales et de santé réglementées, qui font actuellement l'objet d'une restructuration pour améliorer l'utilisation des données aux fins d'évaluation et de planification. Le M3S délivre les autorisations d'exercer aux professionnels de la santé (cf. Section 2.7.2). Conformément à la législation européenne, les médecins, les infirmiers en soins généraux et les sages-femmes venant de l'UE, d'Islande, de Norvège, de Suisse et du Liechtenstein peuvent demander une autorisation d'exercice (Parlement européen, 2005). Pour les autres professions, l'équivalence du diplôme doit être vérifiée. La liste des spécialités médicales est limitée aux spécialités reconnues par l'Union Européenne des

Médecins Spécialistes, ce qui diminue l'attractivité pour les sur-spécialités. Il n'existe aucun processus formel de recertification ou d'accréditation. Les autorisations d'exercer peuvent être retirées ou suspendues, et les professionnels n'ayant pas exercé pendant deux années doivent faire une demande de renouvellement (Code de la Santé – Legilux, n.d.).

■ 4.2.2 *Évolution des effectifs de santé*

En raison de la restructuration de son registre digital, le Luxembourg n'a pas communiqué de données sur les effectifs en professionnels de la santé vers les instances internationales depuis 2017. Les figures 4.2 à 4.4 et leurs commentaires ne comprennent donc que les données disponibles jusqu'en 2017 et certaines données issues d'une enquête réalisée en 2019 (Lair-Hillion, 2019). En 2022, le secteur de la santé employait environ 22 000 personnes, soit 4,3 % de la population active (STATEC, 2022b). Le Luxembourg dispose d'un nombre relativement élevé d'infirmiers pour 100 000 habitants, mais d'un nombre inférieur de médecins par rapport aux autres pays (cf. Figure 4.2), avec des disparités géographiques dans la densité des professionnels de la santé (cf. Encadré 4.2).

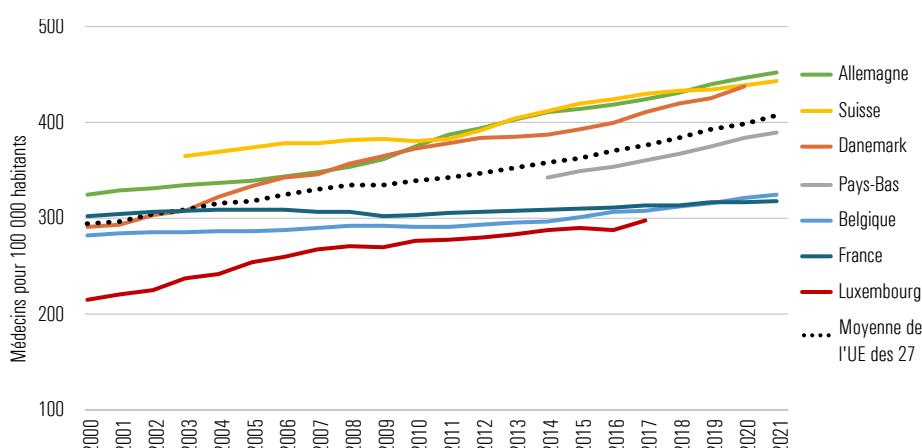
En 2017, le Luxembourg comptait moins de médecins praticiens (298 pour 100 000 habitants) que dans la moyenne de l'UE (377 pour 100 000 habitants), malgré une augmentation depuis 2000 (cf. Figure 4.3), essentiellement portée par la hausse de 44 % du nombre de médecins généralistes entre 2007 et 2017 (contre 35 % chez les spécialistes) (Lair-Hillion, 2019). Cette faible densité s'explique par l'absence de formation médicale complète dans le pays, entraînant une forte dépendance à l'égard des médecins formés à l'étranger (cf. Section 4.2.4). Un programme de formation en médecine générale a été créé en 2008 à l'Université du Luxembourg, contribuant à la hausse du nombre de médecins généralistes. Le Plan national santé de 2023 vise à recruter plus de 1200 médecins supplémentaires d'ici à 2030, afin d'atteindre la moyenne de l'UE (Le gouvernement luxembourgeois, 2023a).

En 2018, 30 % des médecins au Luxembourg étaient des généralistes, un taux supérieur à la moyenne de l'UE (OECD/European Union, 2020). La population médicale vieillit, 54 % des généralistes et 60 % des spécialistes étant âgés de plus de 50 ans en 2017. Par ailleurs, la proportion de femmes a augmenté, passant de 33% à 41% chez les généralistes et de 25% à 35% chez les spécialistes entre 2007 et 2017.

FIG. 4.2 Infirmiers et médecins en exercice pour 100 000 habitants en 2021

Notes : les données du Luxembourg datent de 2017. BE : Belgique ; CH : Suisse ; DE : Allemagne ; DK : Danemark ; UE27 : les 27 États membres de l'UE après le 1er février 2020 ; FR : France ; LU : Luxembourg ; NL : Pays-Bas.

Source : Eurostat (2024)..

FIG. 4.3 Nombre de médecins en exercice pour 100 000 habitants au Luxembourg et dans certains pays de 2000 à 2021

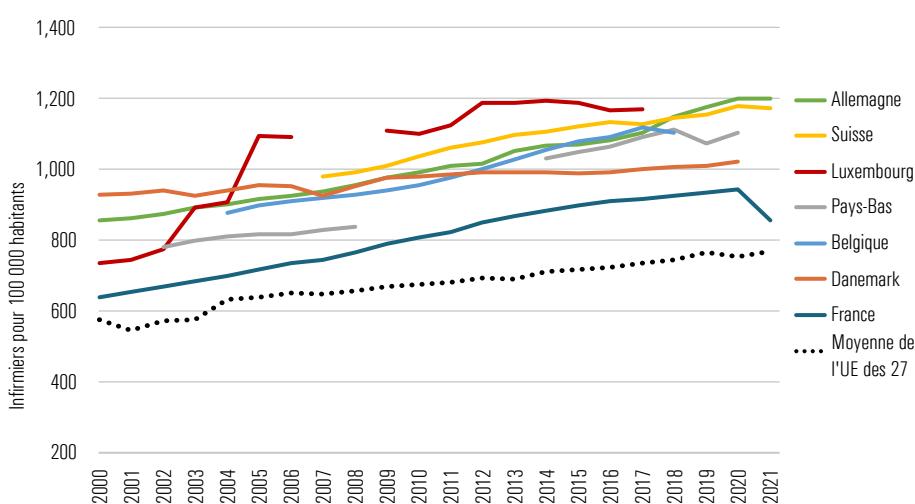
Notes : UE27 : les 27 États membres de l'UE après le 1er février 2020.

Source : Eurostat (2024).

INFIRMIERS

En 2017, le Luxembourg comptait 1 172 infirmiers pour 100 000 habitants, dépassant la moyenne de l'UE (737 pour 100 000) (Fig. 4.4). Le Plan national santé de 2023 vise le recrutement de 3800 infirmiers supplémentaires d'ici 2030 (Le gouvernement luxembourgeois, 2023a). En 2019, on recensait 7127 infirmiers, représentant 48,6 % des professionnels de santé réglementés (à l'exclusion des médecins, dentistes, pharmaciens et psychothérapeutes). Parmi eux, 13,7 % étaient des infirmiers spécialisés en anesthésie et en soins intensifs, en pédiatrie, en psychiatrie ou des infirmiers gradués⁷. Parmi les infirmiers non spécialisés, 82 % étaient des femmes, dont l'âge moyen était de 41,8 ans. On dénombrait également 3740 aides-soignants, représentant 26 % des professionnels de santé réglementés.

FIG. 4.4 Nombre d'infirmiers en exercice pour 100 000 habitants au Luxembourg et dans certains pays de 2000 à 2021



Notes : UE27 : les 27 États membres de l'UE après le 1er février 2020.

Source : Eurostat (2024).

⁷ L'« infirmier gradué » occupe en général des fonctions de direction au sein des établissements de santé et de soins, en assurant la gestion des unités de soins, des services hospitaliers, des services d'aides et de soins à domicile et des structures d'hébergement pour personnes âgées. Cette fonction requiert une bonne connaissance de la santé publique et de la gestion hospitalière.

SAGES-FEMMES

En 2019, le Luxembourg comptait 231 sages-femmes en exercice, dont l'âge moyen était de 40 ans. En 2017, le nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes s'élevait à 34,7, un taux supérieur à celui de l'Allemagne (30,6) et de la France (29,6), mais inférieur à celui de la Belgique (65,4) (OECD, 2024b).

DENTISTES

Entre 2007 et 2017, le nombre de dentistes a augmenté de 48 %, atteignant 497 dentistes en 2017. Les dentistes sont plus jeunes que les médecins généralistes ou les spécialistes : 46 % avaient moins de 50 ans en 2017. La proportion de femmes dentistes est passé de 31 % en 2007 à 41 % en 2017 (Lair-Hillion, 2019).

PHARMACIENS

En 2018, on dénombrait 542 pharmaciens dont 80 % exerçaient dans 97 pharmacies d'officine et 9 % dans cinq pharmacies hospitalières (Statistiques.lu, 2018).

PRÉPARATION À LA PANDÉMIE DE COVID-19

La réserve sanitaire du Luxembourg, créée lors de la pandémie de COVID-19 et composée de professionnels de la santé volontaires, a joué un rôle essentiel dans la gestion de cette crise sanitaire. Cela a été facilité par un recensement obligatoire de tous les professionnels de la santé autorisés à exercer en mars 2020, accompagné d'une plateforme de volontaires. La réserve a permis de déployer des volontaires pour les lignes d'assistance téléphonique (hotlines), le suivi des contacts (contact tracing), les prélèvements et les consultations dans des centres dédiés. Toutefois, la pandémie a révélé la dépendance du Luxembourg à l'égard des professionnels de la santé frontaliers, un enjeu qui s'est révélé critique lors de la fermeture des frontières en 2020, soulignant la nécessité d'une

planification stratégique du système de santé (cf. Sections 4.2.3 et 7.2). La réserve a également joué un rôle crucial lors des épidémies de variole du singe (Mpox) en 2022 et de bronchiolite en 2023. Une évaluation de l'OCDE a recommandé de pérenniser la réserve sanitaire (OECD, 2022). Actuellement, l'unité de Préparation et de réponse aux situations d'urgence (Emergency, preparedness and response) de la Direction de la santé au Luxembourg est en charge de la réalisation de cet objectif en élaborant notamment un cadre légal pour la reconnaissance nationale et le déploiement rapide d'une réserve sanitaire, en développant une plateforme numérique pour faciliter la communication et automatiser les processus-clés, en mettant en œuvre des programmes de formation pour maintenir les compétences professionnelles des réservistes et en établissant des liens entre la réserve sanitaire et des initiatives transfrontalières.

ENCADRÉ 4.2 Les professionnels de la santé sont-ils répartis de manière adéquate ?

Au Luxembourg, la liberté d'installation des médecins et des autres professionnels de la santé peut entraîner des disparités géographiques dans la densité de ces professionnels.

En 2017, la densité de médecins généralistes était comprise entre 0,19 médecin pour 1000 habitants dans le canton de Vianden et 1,14 médecins dans celui de Redange, les densités les plus élevées se trouvant dans les cantons dotés d'hôpitaux. La densité des dentistes montrait également des variations importantes, allant de 0,19 pour 1000 habitants dans le canton de Vianden à 1,38 dans le canton de Luxembourg.

En 2019, des disparités similaires affectaient les professionnels de santé réglementés exerçant en libéral, certains cantons ne comptant aucun orthophoniste, kinésithérapeute ou sage-femme (Lair-Hillion, 2019).

4.2.3 Mobilité professionnelle des professionnels de la santé

Le Luxembourg n'offrant pas de formation médicale complète, il dépend essentiellement des médecins formés à l'étranger, ce qui complique le renouvellement naturel de sa main-d'œuvre médicale (cf. Section 4.2.4). Entre 2007 et 2017, la proportion de médecins luxembourgeois a diminué, passant de 76 % à 68 % chez les généralistes, et de 66 % à 49 % chez les spécialistes. En 2017, 68 % des médecins généralistes étaient luxembourgeois, tandis que 14 % étaient français, 7 % belges et 6 %

allemands. En ce qui concerne les spécialistes, seuls 49 % étaient luxembourgeois, contre 20 % d'Allemands, 14 % de Belges et 10 % de Français. Par ailleurs, 75 % des médecins résidaient au Luxembourg, contre 25 % dans les pays frontaliers (Lair-Hillion, 2019).

Malgré des effectifs relativement élevés, le personnel infirmier montre également une dépendance à l'égard des infirmiers formés à l'étranger (cf. Section 4.2.2). Le Luxembourg dispose d'une capacité de formation annuelle d'environ 100 infirmiers (Le gouvernement luxembourgeois, 2023a) et attire des talents grâce à des conditions de travail favorables et des salaires compétitifs. Cette situation pose cependant des défis de recrutement pour les régions frontalières et engendre des difficultés linguistiques, tant dans la relation avec les patients qu'au sein des équipes, soulevant des interrogations sur la viabilité à long terme du système de soins luxembourgeois. En 2019, 30 % des infirmiers étaient luxembourgeois, 30 % français, 23 % allemands et 12 % belges ; seuls 35 % des infirmiers résidaient au Luxembourg.

En réponse à ces défis, le gouvernement a récemment mis en place des mesures stratégiques visant à renforcer l'attractivité et la rétention des professionnels de la santé. Des actions de communication, incluant des campagnes et un site Web – healthcareers.lu – sont accompagnées de programmes d'enseignement et de formation (cf. Section 4.2.4). Des incitations spécifiques sont également prévues, telles que des compensations pour les gardes, la rémunération des stagiaires et le soutien à l'installation de cabinets de groupe. Le gouvernement révise en outre la loi de 1992 sur les professions de santé réglementées afin d'y intégrer les règlements d'exécution et de revoir les attributions professionnelles (Mémorial A20, 1992). Les propositions de réforme visent à encourager la collaboration multidisciplinaire, en renforçant l'autonomie et le transfert de tâches, en autorisant par exemple les sages-femmes à vacciner, prescrire et réaliser certains examens. Les nouveaux réseaux de compétences pour certaines pathologies viendront également renforcer la coordination et le partage des tâches (cf. Section 5.4.1).

■ **4.2.4 Formation du personnel de santé**

La formation des professionnels de la santé relève du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, et du ministère de la

Recherche et de l'Enseignement supérieur. Bien que l'offre ait été élargie, la formation des professionnels de la santé reste limitée. Le Luxembourg ne propose pas de programme de formation médicale complet, mais il a introduit un *bachelor* en sciences médicales en 2020, dont les diplômés poursuivent leur formation à l'étranger. Le programme de formation en spécialité médicale est restreint à la médecine générale et, depuis 2021, à la neurologie et à l'oncologie. Il n'existe pas de formation pour les dentistes, les vétérinaires et les pharmaciens.

Contrairement à de nombreux pays européens, le Luxembourg n'exige pas de diplôme de *bachelor* pour devenir infirmier, mais un brevet de technicien supérieur, qui inclut deux années d'enseignement secondaire, et deux années d'enseignement supérieur après le baccalauréat. Ceci limite l'accès des infirmiers formés localement à l'enseignement supérieur, et l'évolution de leur carrière. Les infirmiers formés à l'étranger, titulaires de diplômes de l'enseignement supérieur, occupent des fonctions similaires et reçoivent des salaires identiques, ce qui peut compromettre les efforts déployés pour les retenir (Lair-Hillion, 2019) (cf. Section 7.2).

L'école nationale de santé forme les sages-femmes, les infirmiers et les aides-soignants. En 2023, l'Université du Luxembourg a introduit quatre nouveaux programmes de *bachelors* destinés aux professionnels diplômés en soins infirmiers généraux souhaitant se spécialiser en assistance médicale technique en chirurgie, en anesthésie et soins intensifs, en pédiatrie et en psychiatrie. En 2024, un programme supplémentaire de formation complète sera proposé pour les infirmiers responsables de soins généraux.

D'autres programmes incluent un *bachelor* en kinésithérapie à Lunex et un *bachelor* en sciences sociales et éducatives à l'Université du Luxembourg, qui forme des assistants sociaux. Les personnes désirant notamment devenir ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, ostéopathes et podologues doivent quant à elles étudier à l'étranger ; en outre, la formation de technicien de laboratoire n'est plus proposée depuis 2012.

La loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire enjoint de respecter le code de déontologie professionnelle qui précise l'obligation de suivre des formations continues (cf. Sections 2.7.2 et 2.8.3) (Mémorial A31, 1983).

■ 4.2.5 *Parcours de carrière des médecins*

Le Luxembourg applique un modèle de pratique libérale, 86 % des médecins exerçant en tant qu'indépendants, principalement dans les soins de santé primaires et en milieu hospitalier. En 2017, 64 % des médecins travaillaient de manière autonome, tandis que 22 % exerçaient en collaboration, encouragés par une prime à l'installation. Seuls 17 % des médecins généralistes travaillaient dans un cabinet de groupe, contre 50 % des spécialistes (Lair-Hillion, 2019). Le Centre hospitalier de Luxembourg, bien qu'il ne soit pas un hôpital universitaire, joue un rôle crucial dans l'enseignement et la recherche, et forme les médecins en voie de spécialisation (MEVS). Pour leurs activités de recherche, les médecins peuvent être affiliés à la fois au *Luxembourg Institute of Health* (LIH) et au Centre hospitalier de Luxembourg. Le LIH soutient les médecins hospitaliers par la promotion d'initiatives de recherches collaboratives (LIH, n.d.a). En 2022, le *Luxembourg Clinical and Translational Research Centre (LCTR – Fuerschungsklinik Lëtzebuerg)* est devenu la première infrastructure de recherche associant des équipements médicaux à un soutien administratif et à la gestion de projet pour la recherche clinique, renforçant ainsi la collaboration entre cliniciens, chercheurs et patients (LIH, n.d.b).

Il n'existe pas de parcours de carrière défini menant à la fonction de professeur ou à la supervision des étudiants en médecine et des médecins en voie de spécialisation. Les superviseurs des médecins en voie de spécialisation sont agréés selon les cas par l'Université de Luxembourg ou par des universités à l'étranger.

■ 4.2.6 *Parcours de carrière des autres professionnels de la santé*

La carrière des professionnels de la santé est influencée, dans de nombreux cas, par leur choix entre l'exercice professionnel indépendant ou salarié. Le pourcentage des professionnels exerçant en tant qu'indépendant varie selon la profession. En 2019, 38 % de tous les professionnels de santé réglementés travaillaient dans un établissement hospitalier, cette proportion étant légèrement plus élevée pour les infirmiers (48 %). L'emploi à l'hôpital ou en structure d'hébergement pour personnes âgées est en général de type salarié. Les infirmiers disposent d'opportunités de carrière variées et peuvent notamment évoluer vers des fonctions de supervision, de formation ou de

direction d'un organisme de formation des infirmiers. Ils peuvent également occuper le rôle de case manager pour prendre en charge certaines pathologies, telles que les cancers du sein, ou se spécialiser en oncologie.

Prestation de services

■ RÉSUMÉ

- Au Luxembourg, aucune législation ni plan stratégique de portée générale ne définit les objectifs et les actions de santé publique. Le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale et la Direction de la santé sont responsables de la santé publique, ainsi que de l'organisation et du suivi du système des soins de santé. Ces institutions collaborent étroitement avec les organisations nationales et internationales de santé publique et avec les centres de recherche pour piloter les services de santé publique au Luxembourg.
- L'offre de soins est caractérisée par la liberté de choix et l'accès direct, en l'absence d'un système de contrôle d'accès (gatekeeping) exercé par les médecins généralistes. Cependant, diverses initiatives ont été mises en œuvre pour renforcer les soins primaires et le rôle du « médecin référent » en tant que point d'entrée privilégié dans le système de santé.
- Les hospitalisations de jour dans les hôpitaux ont fortement augmenté, représentant 48,1 % du nombre total d'admissions en 2021, contre 31,0 % en 2010. Cependant, le Luxembourg reste en retard par rapport aux pays européens voisins en matière de chirurgie de jour et de soins hospitaliers ambulatoires.

- Les patients peuvent accéder aux soins d'urgence de diverses manières : directement (sur initiative individuelle), sur recommandation d'un médecin (généraliste ou spécialiste), ou sur appel des services de secours. Dans les services d'urgence, un triage des patients est utilisé (Échelle canadienne de triage et de gravité) afin d'évaluer et prioriser les patients et les orienter de manière efficace et efficiente.
- Le Luxembourg dispose de services pour les aidants informels. Les cotisations à l'assurance pension des aidants peuvent être couvertes par l'assurance dépendance, à concurrence du salaire officiel minimum.
- Malgré l'existence d'une politique de substitution des médicaments, la part des génériques au Luxembourg est la plus faible d'Europe, tant en volume qu'en valeur, représentant seulement 5,6 % du marché des médicaments couverts par l'assurance santé pour les soins ambulatoires.
- Le Luxembourg a réalisé d'importants progrès dans le domaine des soins de santé mentale. Les consultations de psychothérapie sur prescription ont été incluses dans la gamme des prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire en 2023. Le Luxembourg a également déployé des efforts pour contrer la stigmatisation et la discrimination, à l'occasion de la réforme de la psychiatrie en 2005, qui a désinstitutionnalisé les soins psychiatriques et a encouragé l'expansion de l'offre de soins de jour de proximité.

■ 5.1 Santé publique

Le M3S et la Direction de la santé sont responsables de la santé publique, ainsi que de l'organisation et du contrôle du système de soins de santé (cf. Section 2.2). Ces institutions collaborent étroitement avec les organisations nationales et internationales de santé publique et les centres de recherche pour piloter les services de santé publique. Cette collaboration vise à planifier les études statistiques et la documentation de l'état de santé de la population et des déterminants de la santé. Le *Luxembourg Institute of Health*, le Laboratoire national de santé et l'Observatoire national de la santé font partie intégrante de l'écosystème de la santé publique (cf. Section 2.2). La Division de l'inspection sanitaire est compétente en matière de notification et de surveillance des maladies infectieuses. L'organisation et le financement des programmes de prévention spécifiques varient souvent d'une intervention à l'autre (cf. Section 3.7.1). Par ailleurs, le Conseil

scientifique du domaine de la santé, dont les 22 groupes de travail publient régulièrement des recommandations de bonnes pratiques médicales et soignantes, a mis en place des initiatives de promotion et de sensibilisation mettant en valeur ses recommandations récentes (Conseil Scientifique, 2024). Elles consistent en des campagnes vidéo diffusant un certain nombre de messages clés afin d'augmenter la visibilité des recommandations nationales et d'inciter les professionnels de santé à les adopter.

Les services de santé publique sont dispensés selon divers canaux : soit la Direction de la santé assure directement ces services, soit elle collabore avec des partenaires externes dans le cadre d'accords conventionnels (cf. Sections 2.2, 3.3.4 et 3.7.1). Les programmes de prévention, tels que le programme de dépistage du cancer du sein, sont intégrés aux prestations de soins et à la facturation du système d'assurance maladie obligatoire grâce à des conventions signées entre la Direction de la santé, la CNS et les professionnels spécialisés de santé (CSS, article 17).

Les autres services, en partie fournis par des partenaires/acteurs sous contrat, comprennent notamment l'éducation à la santé, la promotion de la santé, voire la prestation de services de santé gratuits et de soutien au patient (Ministère de la Santé, 2022).

Les programmes de santé publique englobent la vaccination en tant qu'outil de prévention primaire et le dépistage de la mère, du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant, notamment les services de santé scolaire et le dépistage du cancer.

Au Luxembourg, la Direction de la santé supervise le programme de vaccination universelle fondé sur les recommandations du Conseil supérieur des maladies infectieuses (cf. Section 2.2) (Mémorial A562, 2023). Bien que la vaccination ne soit pas obligatoire au Luxembourg, le Conseil supérieur des maladies infectieuses émet des recommandations de schémas de vaccination contre diverses pathologies (telles que la diphtérie, le tétanos et la coqueluche – vaccin DTC), de même que le nouveau vaccin contre la bronchiolite, disponible depuis septembre 2023 pour protéger les nourrissons et les jeunes enfants. Les vaccins sont achetés par la Direction de la santé dans le cadre de marchés publics financés par l'État, puis ils sont distribués gratuitement aux prestataires de soins. Le vaccin contre la grippe, et le vaccin antipneumococcique pour les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes à risque, sont disponibles sur prescription en pharmacie et remboursés à 100 % par l'assurance maladie obligatoire. En 2022, l'Agence eSanté a été chargée de déployer un carnet de vaccination électronique

(Sante.lu, 2024c). Mais il ne couvre pas encore l'ensemble des prestataires et, de ce fait, il ne permet pas d'estimer la couverture vaccinale au Luxembourg. La Direction de la santé effectue le suivi du taux de vaccination des enfants âgés de 25 à 30 mois au moyen d'enquêtes réalisées tous les cinq ans (Sante.lu, 2024d) ; d'après les derniers résultats, la couverture par les vaccins recommandés jusqu'à l'âge de 24 mois s'élevait à plus de 90 % en 2018 (Pivot & Leite, 2018).

Pour les femmes enceintes et les enfants jusqu'à l'âge de 4 ans, la réglementation prévoit des examens médicaux et dentaires systématiques intégralement remboursés et accompagnés de mesures d'incitation financière – en particulier une allocation de naissance d'un montant de 1740,90 euros en 2024 (cf. Section 5.12).

Chez l'enfant au cours des premières années de la vie, le dépistage systématique comprend le test prénatal non invasif visant à rechercher les anomalies chromosomiques les plus fréquentes, deux examens néonatals, le dépistage des cardiopathies cyanogènes et le dépistage auditif ; ces examens sont suivis à l'âge de 10 et 40 mois de tests visuels et d'une évaluation de la parole et du langage à l'âge de 30 mois, accompagnée de test auditifs (Sante.lu, 2023a).

Les enfants d'âge scolaire bénéficient, selon la réglementation de 2011 sur les services de médecine scolaire d'une approche globale de la santé (Mémorial A219, 2011a) qui comprend aussi bien « la promotion et l'éducation à la santé » que « la surveillance médico-socio-scolaire ». La promotion et l'éducation à la santé impliquent une collaboration entre les établissements scolaires, les municipalités et les organismes extrascolaires, axée sur certains domaines spécifiques de la santé et fondée sur une approche intersectorielle. Quant à la surveillance médico-socio-scolaire, elle comprend des examens et des mesures de médecine scolaire réalisés systématiquement ou selon les besoins chez les enfants d'âge scolaire (primaire et en partie, secondaire) – des examens bucco-dentaires par exemple (cf. Section 5.12) ou des bilans visuels et auditifs.

La Direction de la santé pilote également deux programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal :

- le programme Mammographie, qui a été introduit en 1992. Couvrant à ce jour les femmes âgées de 45 à 74 ans, il s'adresse aux assurées de l'assurance maladie obligatoire résidant au Luxembourg (Le gouvernement luxembourgeois, 2024a) ;

- le programme pilote de dépistage du cancer colorectal entamé en 2016 et devenu programme de dépistage organisé en 2021. Ce programme cible tous les hommes et les femmes âgés de 45 à 74 ans, affiliés à l'assurance maladie obligatoire et résidant au Luxembourg (Le gouvernement luxembourgeois, 2024a).

Le tableau 5.1 comprend un résumé de ces programmes de dépistage.

Au Luxembourg, aucun instrument législatif ni plan stratégique de portée générale ne définit les objectifs et les actions de santé publique. Les priorités politiques en matière de santé publique s'inscrivent dans l'accord de coalition du gouvernement (cf. Sections 6.2 et 7.1).

Le gouvernement finance des plans d'action nationaux visant à évaluer à la fois les programmes d'intervention et leur mise en œuvre. Il collabore avec divers acteurs sur des documents stratégiques pour déboucher sur des mesures opérationnelles. Les plans nationaux ciblent une problématique de santé spécifique, comme des maladies chroniques, les cancers, les maladies cardio-neuro-vasculaires, les maladies rares, des maladies infectieuses (telles que l'infection à VIH et les hépatites) et les troubles de la santé mentale ; les plans nationaux peuvent également être spécifiques à un état de santé, à des déterminants de la santé et/ou à des facteurs de risque (notamment le tabagisme, l'alcool et les substances illicites) (Sante.lu, 2023b) ; enfin, ils peuvent être spécifiques à certains types de services (notamment les soins palliatifs et la consommation d'antibiotiques). Bien que ces plans ne soient pas contraignants, ils mettent en lumière des défis importants, non seulement en matière de prestations de soins, d'allocation de ressources (financières ou non), d'accès et de qualité des soins au Luxembourg, mais également en termes d'état de santé de la population et de déterminants de la santé (cf. Sections 1.4 et 7.5).

L'encadré 5.1 aborde un exemple d'impact de ces interventions de santé publique.

TABLEAU 5.1 Programmes de dépistage au Luxembourg

	Population cible	Prestataires	Structure	Financement	Measures incitatives
Examens prénatals	Femmes enceintes	Gynécologues-obstétriciens en cabinets privés et hôpitaux	Cabinets privés et services extrahospitaliers	CNS (paiement à l'acte)	Allocation prénatale
Test prénatal non invasif (anomalies chromosomiques)	Fœtus (sur prescription)	LNS	Prise de sang en laboratoire	CNS	Non
Maladies congénitales	Nouveau-nés (5-10 jours)	LNS	Prise de sang par une sage-femme	Budget de l'Etat	Non
Cardiopathies congénitales	Nouveau-nés	Sages-femmes / Pédiatres	Maternités	CNS	Aucune
Consultations de dépistage chez l'enfant	Enfants jusqu'à 2 ans	Pédiatres, généralistes, internistes	Maternités, cabinets privés	CNS (paiement à l'acte)	Allocation postnatale
	Enfants âgés de 30 à 36 mois et de 42 à 48 mois	Pédiatres, généralistes, internistes	Cabinets privés	CNS (paiement à l'acte)	Tarifs spéciaux
	Enfants en établissement scolaire à partir de 5 ans	Pédiatres, généralistes, infirmiers (les services de médecine scolaire)	Établissements scolaires	M3S, municipalités	Aucune
Dépistage auditif	Nouveau-nés (au moins 2 jours)	Orthophonistes de la Direction de la santé	Maternités	M3S	Aucune
	Enfants d'au moins 30 mois et lors de l'admission à l'école	Orthophonistes de la Direction de la santé	Centres d'examen	M3S	Aucune
	Enfants d'âge scolaire	Infirmiers des services de médecine scolaire	Établissements scolaires	M3S, municipalités	Aucune

Notes : CNS : Caisse nationale de santé ; LNS : laboratoire national de santé ; M3S : Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

Source : Adapté de Seuring, Ducomble & Berthet (2024).

TABLEAU 5.1 (suite) Programmes de dépistage au Luxembourg

	Population cible	Prestataires	Structure	Financement	Measures incitatives
Examen visuel	Enfants âgés de 10 et de 40 mois	Orthoptistes de la Direction de la Santé	Centres d'examen	M3S	Aucune
	Enfants d'âge scolaire	Infirmiers des services de médecine scolaire	Établissements scolaires	M3S, municipalités	Aucune
Examens dentaires	Enfants âgés de 30 à 36 mois et de 42 à 48 mois	Dentistes	Cabinets privés	CNS (paiement à l'acte)	Tarifs spéciaux
	Enfants d'âge scolaire	Dentistes	Établissements scolaires	M3S, municipalités	Aucune
Dépistage du cancer colorectal	Personnes âgées de 45 à 74 ans	Gastro-entérologues	Test FIT gratuit et services extrahospitaliers	CNS	Aucune
Dépistage du cancer du sein	Femmes âgées de 45 à 74 ans	Radiologues, gynécologues	Services hospitaliers d'imagerie ambulatoire	CNS	Aucune

Notes : CNS : Caisse nationale de santé ; M3S : Laboratoire national de santé ; LNS : Laboratoire national de la Santé et de la Sécurité sociale.

Source : Adapté de Seuring, Ducomble & Berthet (2024).

ENCADRÉ 5.1 Les interventions en santé publique font-elles la différence ?**L'exemple du tabac**

Bien que la prévalence du tabagisme chez les jeunes ait diminué au cours des dernières années, les dernières analyses montrent une légère hausse du taux de fumeurs en 2021 (cf. Section 1.4). Le déclin initial peut être attribué à des initiatives de lutte contre le tabagisme, notamment l'interdiction de fumer dans les lieux publics instaurée en 2006, suivie d'autres dispositions législatives entrées en vigueur en 2013 et en 2017, interdisant l'usage de certaines substances et la publicité et le parrainage en lien avec des produits du tabac (sauf aux points de vente), y compris sur le nom de ces produits et leur marque (introduction de l'emballage « neutre »). La loi oblige également à faire figurer des avertissements, notamment sanitaires, sur les produits du tabac, ainsi que des images graphiques sur les paquets de cigarettes et de tabac à rouler. Outre ces initiatives gouvernementales, un programme de soutien au sevrage tabagique offre des consultations gratuites dans les cabinets médicaux et les hôpitaux, pour aider les personnes à arrêter de fumer. En 2023, la Fondation Cancer a lancé la campagne de sensibilisation « Génération sans tabac », qui vise à atteindre l'objectif d'une première génération adulte libérée du tabagisme d'ici à 2040.

Mais comparé à d'autres pays européens, le Luxembourg s'est montré moins efficace dans l'utilisation de mesures de dissuasion financière contre le tabagisme : le prix des cigarettes y est le plus faible d'Europe et s'établit aux environs de 5 à 8 euros pour un paquet de 20 cigarettes, contre 12 euros en France par exemple. En juillet 2023, le prix du paquet de 20 cigarettes a augmenté de 0,20 euro (Le gouvernement luxembourgeois, 2023b).

Une baisse plus prononcée du tabagisme pourrait être obtenue par la mise en œuvre de stratégies additionnelles de lutte contre le tabagisme et leur évaluation, outre des mesures de dissuasion financière contre le tabagisme.

■ 5.2 Parcours de soins des patients

Le système des soins de santé repose sur deux principes fondamentaux :

1. le libre choix par les patients de leur prestataire de soins, et l'accès direct et sans restriction aux soins (absence de contrôle d'accès ou gatekeeping) (cf. Section 2.8.2) ; et
2. la liberté des médecins dans le choix des approches thérapeutiques, hors de toute contrainte liée à des plans de traitement spécifiques (liberté thérapeutique).

En conséquence, les patients au Luxembourg peuvent choisir directement leur médecin généraliste, leur spécialiste ou leur dentiste. En dehors des heures normales de travail, des médecins généralistes de garde, disponibles sur appel dans les maisons médicales de garde, et les services d'urgence hospitaliers assurent l'accès aux soins de santé sans restriction (cf. Section 5.5).

Bien qu'il n'existe aucun parcours de soins formalisé, des initiatives ont été prises pour soutenir la coordination des soins et des parcours de soins particuliers. Le Conseil scientifique du domaine de la santé élabore des standards nationaux de bonnes pratiques médicales et publie des recommandations cliniques, notamment des référentiels de prise en charge multidisciplinaires de maladies chroniques telles que le diabète et les cancers (Ministère de la sécurité sociale et Conseil scientifique du domaine de la santé, 2021 ; Conseil scientifique, 2023a). Par ailleurs, la loi hospitalière de 2018 définit certains services hospitaliers « nationaux » (c'est-à-dire uniques dans le pays) pour promouvoir la centralisation des soins complexes ou dont la qualité est influencée par le volume (Mémorial A222, 2018). Cette loi a également créé les réseaux de compétences pour certaines maladies, reposant sur un partenariat entre des hôpitaux et des professionnels de santé extra hospitaliers ; trois réseaux de compétence ont obtenu une autorisation depuis 2023 (cf. Section 5.3). Le système du « médecin référent », introduit en 2012, visait à améliorer la coordination des soins et mettait l'accent sur les patients atteints de maladies chroniques, sans cependant encourager les parcours de soins. De même, la réglementation de 2019 relative au dossier de soins partagé (Mémorial A909, 2019) visait à centraliser et gérer l'accès aux informations sur le patient – notamment ses résultats d'examens, ses allergies et ses traitements (cf. Section 5.3) –, mais ce dossier n'était pas conçu pour soutenir des parcours de soins spécifiques (e-Santé, n.d. ; Mémorial A909, 2019). L'encadré 5.2 apporte des détails sur les expériences vécues par les patients en matière de soins reçus.

ENCADRÉ 5.2 Comment les patients vivent-ils les soins qu'ils reçoivent ?

L'Enquête européenne par interview sur la santé réalisée au Luxembourg fournit des informations sur les expériences vécues par les patients, notamment sur les temps d'attente, la durée des consultations et le caractère exhaustif des explications médicales fournies. En 2019, près de 90 % des résidents luxembourgeois répondants ont indiqué que, lors de leur dernière consultation, leur médecin avait passé suffisamment de temps avec eux ; 94 % ont estimé qu'il avait fourni assez d'informations ; 90 % pensaient qu'il leur avait donné l'occasion de poser des questions ou d'exprimer leurs préoccupations à propos du traitement recommandé ; et 85 % des répondants ont dit se sentir impliqués dans une prise de décision partagée.

Le Luxembourg participe également aux enquêtes PaRIS (Patient-Reported Indicator Survey) de l'OCDE comportant des indicateurs fondés sur les déclarations des patients ; à travers ces enquêtes, l'OCDE élabore, standardise et met en œuvre une nouvelle génération d'indicateurs mesurant les résultats des soins de santé aussi bien que les expériences vécues (indicateurs PROMs et PREMs en anglais). À ce jour, l'étude porte sur les soins primaires et le cancer du sein au Luxembourg et la collecte des données est en cours.

■ 5.3 Soins primaires

Les soins primaires – qui impliquent des médecins, des dentistes, des pharmaciens, des psychothérapeutes, des infirmiers, des sages-femmes et d'autres professionnels de santé – sont en général le premier point de contact du patient avec le système de santé. Au Luxembourg, aucune réglementation-cadre ne définit les soins primaires.

Les patients ont un accès direct et le libre choix des professionnels de santé qu'ils jugent appropriés pour leurs soins, sans nécessité de recommandation spécifique ni restriction d'accès (cf. Section 5.2). De ce fait, tant les professionnels de la santé travaillant dans des cabinets de médecine générale que les professionnels des cabinets spécialisés sont impliqués dans la prestation de soins primaires (Mémorial A20, 1992). Les médecins généralistes, les pédiatres et les gynécologues-obstétriciens offrent des consultations de dépistage aux femmes enceintes et aux enfants et procèdent aux vaccins recommandés. Les pédiatres sont le principal point de contact pour les soins primaires des enfants jusqu'à l'âge de 9 ans (Seuring, Ducomble & Berthet, 2024). Les médecins généralistes,

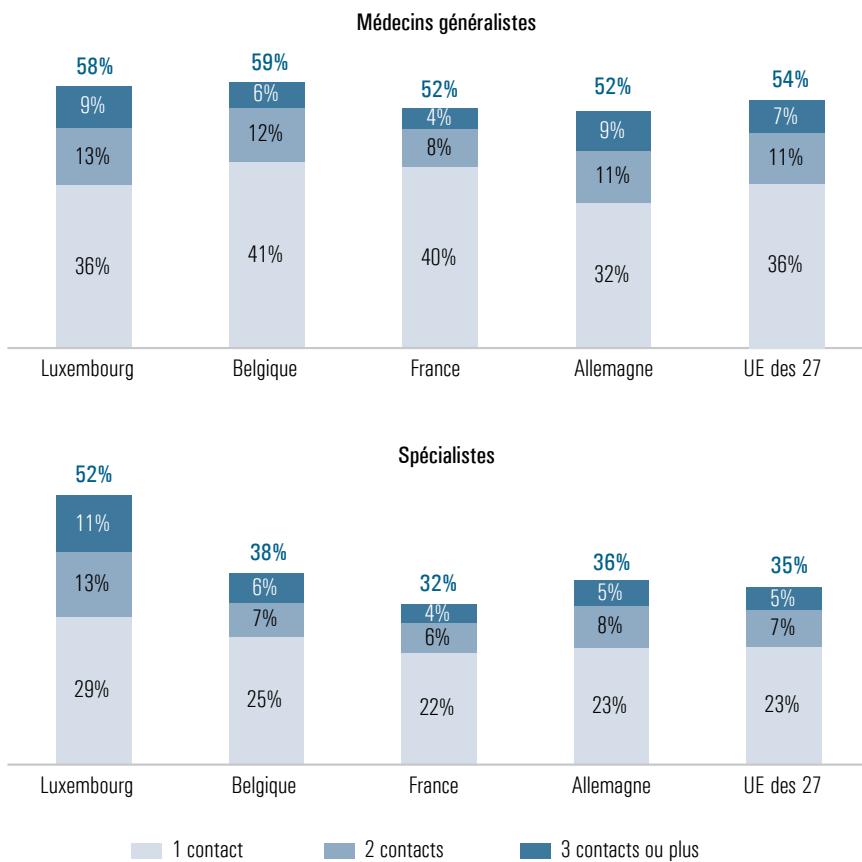
mais aussi les spécialistes sont donc responsables du diagnostic des maladies courantes et de leur suivi. Les soins primaires dispensés après les heures de travail, notamment dans les maisons médicales de garde, sont décrits dans la section 5.5.

Il existe cependant certaines limites à l'accès aux professionnels de santé tels que les infirmiers, qui ne fournissent de soins à domicile que sur prescription à des patients nécessitant des soins aigus ou des soins palliatifs et à ceux qui sont atteints de maladies chroniques ou de handicap. Leurs tâches comprennent la prise en charge des plaies et les pansements, l'administration de médicaments par injection ou par perfusion, l'alimentation par sonde et la prise de sang (en vue de tests sanguins). Les sages-femmes prodiguent également des soins prénatals et postnatals à domicile aux mères et aux nourrissons ; quant aux dentistes, ils fournissent des soins primaires et des consultations de dépistage aux femmes enceintes et aux enfants à partir de l'âge de deux ans et demi, ces soins étant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. De même, les pharmaciens peuvent agir au titre de point de contact initial, en offrant des conseils sur les médicaments, une assistance sur les produits en vente libre et en dirigeant les patients vers un médecin si nécessaire (cf. Sections 2.7.4 et 5.6).

En 2018, le nombre moyen de consultations médicales chez les assurés résidents au Luxembourg était de 5,5 par an, ce qui est inférieur à la moyenne de l'OCDE de 6,7 consultations (OECD/European Union, 2020). En 2022, il existait un net déséquilibre entre le nombre de médecins généralistes et spécialistes au Luxembourg, les spécialistes représentant 68 % des effectifs médicaux, les généralistes n'en représentant que 32 % (cf. Section 4.2.2).

L'Enquête européenne par interview sur la santé de 2019 illustre les différences dans l'utilisation des soins de santé. Elle révèle que 36 % des résidents du Luxembourg ont eu au moins un contact avec un généraliste en 2019 – un pourcentage similaire à la moyenne de l'UE, mais inférieur à celui de la Belgique (41 %) et à celui de la France (40 %) (cf. Figure 5.1). Les résultats montrent également que 53 % des résidents du pays ont eu au moins un contact avec un spécialiste en 2019, ce qui est supérieur au chiffre de la Belgique (38 %), de l'Allemagne (36 %), de la France (32 %) et à la moyenne de l'UE (35 %).

En 2019, plus de la moitié des résidents de chaque canton a bénéficié d'au moins une consultation ambulatoire, mais ce taux d'utilisation variait selon le canton, allant de 51,9 % des résidents du canton de Luxembourg à

FIG. 5.1 Consultations autodéclarées de médecins généralistes et de spécialistes, respectivement

Notes : UE27 : les 27 États membres de l'UE après le 1er février 2020.

Source : Eurostat (2024).

58,7 % des résidents du canton d'Esch-sur-Alzette. En 2019, les quatre centres hospitaliers ont enregistré collectivement 1,2 millions de consultations ambulatoires (CHD, 2022b), dont environ 60 % ont été dispensées par les hôpitaux du centre du Luxembourg, ce qui correspond à la répartition hospitalière sur le territoire national (cf. Section 4.1.1).

Bien que les codes de déontologie et la loi n'interdisent pas aux professionnels de santé de travailler en équipes pluridisciplinaires dans les cabinets de soins primaires, les conventions passées entre la CNS et les professionnels de santé ne les encouragent pas, pas plus que les codes de déontologie (Mémorial A47, 2013). Par conséquent, seuls les cabinets

regroupant des médecins de même spécialité ou des professionnels de la même discipline sont établis et la plupart des médecins généralistes travaillent seuls dans leur cabinet (cf. Sections 4.2.5 et 6.2). Les nouvelles réformes de 2024 s'attachent à faciliter l'installation de groupes de médecins dans des cabinets pluridisciplinaires (cf. Section 6.2).

INITIATIVES VISANT À RENFORCER LES SERVICES DE SOINS PRIMAIRES AU LUXEMBOURG

Bien que l'accès direct aux praticiens et le libre choix des professionnels de santé soient reconnus comme des valeurs fondamentales du système de santé luxembourgeois, des mesures ont été prises pour renforcer le rôle des médecins généralistes comme point d'entrée privilégié vers les services de santé (cf. Encadré 5.3). La réforme des soins de santé de 2010 a créé le concept de « médecin référent » afin de renforcer les services de soins

ENCADRÉ 5.3 Quels sont les points forts et les points faibles des soins primaires ?

Le principe du libre choix des professionnels de la santé est un atout du système de soins primaires au Luxembourg. Sans restriction ni coût supplémentaire, les patients peuvent sélectionner leurs prestataires selon leurs préférences personnelles et ainsi, sous réserve de la disponibilité de ces professionnels, profiter de l'accès à une vaste gamme de services, y compris de soins spécialisés.

Cependant, le principe du libre choix peut nuire à la coordination et à la planification des soins primaires au Luxembourg. Il soulève également des questions quant à la capacité des médecins disponibles (généralistes et spécialistes) à couvrir une demande de soins non régulée, et à la nécessité d'améliorer l'accessibilité géographique des médecins (cf. Section 4.2.2 et Encadré 4.2). Certaines initiatives visent à renforcer la coordination des soins, grâce à la mise en œuvre du dossier de soins partagé.

Il n'existe pas non plus de loi-cadre établissant le cadre et les limites des soins primaires et des soins ambulatoires, ni de document décrivant clairement le système de soins primaires dans son ensemble (notamment les parcours de soins pour les patients, l'accès, les soins et leur qualité), ce qui complique l'organisation et la gouvernance des soins primaires. En l'absence de réglementation, il est difficile de se faire une idée claire des responsabilités des différentes entités de soins et/ou des différents professionnels de la santé ; cela réduit également la transparence pour les usagers.

primaires pour les assurés (CSS, article 19bis). En 2024, les missions du médecin référent sont les suivantes :

1. assurer le premier niveau d'accès aux soins de santé ;
2. assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé ;
3. suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé (DSP) de patients ;
4. superviser le parcours de patients dans le système de santé et sensibiliser les patients aux risques liés aux redondances des traitements, à la surconsommation et aux effets secondaires ;
5. coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques et de soins de longue durée ; et
6. informer, orienter et conseiller les patients dans leur parcours de soins.

Le DSP a été mis au point par le gouvernement pour contribuer à l'information des patients tout en soutenant le rôle du médecin référent. Il comprend un résumé patient, et toutes les données médicales partagées entre les professionnels de la santé concernant les soins, tests de laboratoire et examens d'imagerie médicale (cf. Section 4.1.3) (Sante.lu, 2022b). Après l'entrée en vigueur du concept en 2012, le nombre de personnes ayant un médecin référent s'élevait à 21 374 en mars 2015 (soit 4,17 % de la population assurée résidente) ; 196 médecins, dont 92 % de généralistes, étaient concernés. Parmi les patients ayant un médecin référent, seuls 3 080 (14,4 %) étaient atteints d'une affection de longue durée ; le taux de couverture associé aux actes ou aux médicaments en lien avec des affections spécifiques était comparable, que le patient possède ou non un médecin référent (Sante.lu, 2014). Outre le DSP, le gouvernement luxembourgeois a mis en place divers outils de santé en ligne, qui vont de l'application permettant de trouver le bon médecin au bon moment, au carnet de vaccination électronique ou à une plateforme de téléconsultation (cf. Section 4.1.3).

SOINS INTÉGRÉS

Avec la loi hospitalière de 2018 (Art. 28), le Luxembourg a fait un premier pas vers une approche de soins intégrés, en règlementant les modalités des

réseaux de compétences, qui englobent les prestataires de soins primaires et spécialisés, depuis le cabinet individuel jusqu'aux établissements hospitaliers. Ces réseaux remplissent une mission diagnostique et thérapeutique, mais ils peuvent également entreprendre des activités de recherche et de formation. La loi hospitalière précise les différentes pathologies ou groupes de pathologies pouvant faire l'objet d'un réseau de compétences, de même que les critères pour obtenir l'autorisation de créer un tel réseau. En mars 2023, trois réseaux de compétence étaient autorisés :

1. Douleur chronique ;
2. Maladies neurodégénératives (réseau appelé ParkinsonNet) ; et
3. Immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant.

Les premiers patients ont été inclus dans le réseau ParkinsonNet en octobre 2023, mais les deux autres réseaux ne sont pas encore opérationnels.

■ 5.4 Soins spécialisés

■ 5.4.1 Soins spécialisés extrahospitaliers

Le système de santé luxembourgeois fonctionne sans mécanisme d'orientation vers les médecins spécialistes. C'est pourquoi la frontière entre les soins primaires et les soins plus spécialisés (tels que les soins et la prise en charge d'un éventail restreint de maladies complexes) est floue, des spécialistes prodiguant à la fois des soins primaires et spécialisés dans leur cabinet. La proportion d'affections courantes qui pourraient être prises en charge en toute sécurité au niveau des soins primaires, mais qui sont traitées par des spécialistes du secteur secondaire ou tertiaire, est inconnue, tout comme la proportion des affections chroniques suivies en routine par des spécialistes ou de la prise en charge des affections aigues bénignes traitées par des spécialistes. De nombreux pays européens ont investi dans le renforcement des soins primaires afin d'offrir des soins plus centrés sur la personne et fondés sur ses besoins de santé, mais le système de soins de santé au Luxembourg demeure centré sur l'hôpital et met davantage l'accent sur les services de soins spécialisés.

Les médecins spécialistes peuvent choisir de pratiquer dans un cabinet privé ou un cabinet de groupe mono-spécialisé, de travailler dans un hôpital sur la base d'un contrat de collaboration (agrément) ou de travailler à la fois

dans un cabinet privé et en hôpital (cf. Section 4.2.5). Certains spécialistes sont agréés dans plusieurs hôpitaux sur la base de plusieurs contrats de collaboration, ce qui contribue à la continuité des soins pour leurs patients.

■ **5.4.2 Soins en hospitalisation de jour**

La loi hospitalière de 2018 définit l'hospitalisation de jour comme une admission à l'hôpital avec une sortie le jour même, sans nuitée à l'hôpital. Les hospitalisations de jour concernent des activités programmées telles que les dialyses, la chimiothérapie, le traitement par perfusion intraveineuse, les actes interventionnels ou chirurgicaux (de chirurgie réfractive, par exemple).

Par rapport au nombre total des hospitalisations, l'hospitalisation de jour a notablement augmenté : elle représentait 48,1 % des admissions totales en 2021, contre 31,0 % en 2010, mais avec d'importantes variations d'un hôpital à l'autre, allant de 40,8 % à 55,6 % du total des admissions en 2021. Comparé à ses voisins européens, le Luxembourg accuse encore un retard, tant en termes de chirurgie de jour que pour les soins ambulatoires. Hormis le taux de chirurgie de la cataracte réalisée en hospitalisation de jour (98,2 % en 2021), qui est semblable au taux des autres pays, les autres interventions sont encore essentiellement pratiquées en hospitalisation stationnaire et leur taux ne progresse pas vers une prise en charge en soins de jour (par exemple, 13,1 % des amygdalectomies ont été réalisées en hospitalisation de jour au Luxembourg, contre 40 % en moyenne dans l'OCDE (OECD, 2023 ; ObSanté, 2024)).

■ **5.4.3 Soins hospitaliers**

Les soins hospitaliers stationnaires sont définis comme les traitements et/ou soins dispensés à un patient formellement admis dans un établissement hospitalier, nécessitant un séjour d'au moins une nuit (Eurostat, 2023 ; ObSanté, 2024). Au Luxembourg, la durée moyenne de séjour était de 7,3 jours en 2021. En comparaison, la durée moyenne de séjour en soins aigus était de 5,6 jours en France, 6,3 jours en Belgique, et 7,4 jours en Allemagne (OECD, 2024b). En 2016, la durée moyenne de séjour pour un accouchement normal était de 4,0 jours au Luxembourg, égale à la France (4,0 jours), mais supérieure à la Belgique (3,1 jours) et à l'Allemagne

(3,0 jours) (OECD, 2024b).

Une loi encourageant la prestation de soins ambulatoires spécialisés en milieu hospitalier (« virage ambulatoire ») est entrée en vigueur en 2023, amendant la loi hospitalière de 2018. Cette loi a ouvert la possibilité de créer des antennes hospitalières hors site proposant des soins en imagerie médicale (une créée en 2014), oncologie, dialyse, et endoscopie. Ce dispositif n'autorise cependant pas d'hôpital de jour chirurgical hors site hospitalier (cf. Sections 3.7.1, 4.1, 6.1 et 6.2).

En raison du principe « pas tout partout », certains soins spécialisés ne sont offerts que dans un seul service hospitalier (« service national ») pour l'ensemble du pays afin d'encourager la concentration des soins complexes ou sensibles au volume (cf. Section 4.1.1). Les patients atteints de maladies complexes nécessitant des soins hautement spécialisés peuvent être orientés vers une structure à l'étranger (cf. Section 2.8.4).

■ 5.5 Soins d'urgence

Les patients ayant besoin de soins urgents peuvent prendre contact avec leur médecin habituel, se rendre dans un service d'urgence hospitalier ou dans une maison médicale de garde (en dehors des heures ouvrables) ou appeler le Central des secours d'urgence du 112, opéré par l'Administration des services de secours sous l'autorité du ministère des Affaires intérieures. La planification, l'organisation et la mise en œuvre de l'aide médicale d'urgence 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 (le CGDIS). 99 centres d'incendie et de secours dispensent des soins de premier secours, outre les services d'urgence des hôpitaux. Le CGDIS considère trois régions sanitaires d'urgence (le Nord, le Centre et le Sud) ; dans chaque région, un hôpital dit « de garde » est chargé de l'accueil des urgences. Le service national d'urgence pédiatrique du Centre hospitalier de Luxembourg-Kannerklinik offre des soins urgents 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 aux enfants âgés de 0 à 16 ans, voire jusqu'à 18 ans si nécessaire (Seuring, Ducomble & Berthet, 2024). Le central des secours d'urgence gère le transport des urgences vers les hôpitaux et dépêche les ambulances et les unités médicales en cas de besoin (cf. Encadré 5.4). Le CGDIS a réalisé 70 660 interventions en 2023, dont 57 507 cas de personnes en détresse, 2886 incendies et 1847 accidents de la circulation. Le

ENCADRÉ 5.4 Quel est le parcours du patient nécessitant des soins d'urgence ?

Au Luxembourg, un patient peut accéder aux soins d'urgence de diverses manières : en accès direct sans recommandation (patient sans rendez-vous), sur orientation d'un médecin (généraliste ou spécialiste) ou suite à un appel d'urgence.

Lorsqu'une personne appelle le numéro d'urgence 112, l'opérateur du Centre des secours d'urgence décide, en fonction de la gravité de l'urgence, de la nécessité d'orienter le patient vers un service d'urgence et, le cas échéant, du type de transport à mobiliser.

Dans les situations graves ou si le pronostic vital est engagé, une ambulance ou un hélicoptère du service d'aide médicale urgente est envoyé(e). Une équipe de l'hôpital de garde, comprenant un(e) anesthésiste-réanimateur(trice) et une infirmière est dépêchée sur les lieux et prodigue des soins au patient sur place et pendant le transport vers l'établissement le plus approprié à la poursuite des soins.

Dans les situations moins critiques, une équipe d'intervention paramédicale, incluant un ambulancier et une infirmière en relation avec un médecin par contact radio sécurisé, est envoyée sur place. L'équipe administrera une assistance médicale initiale basée sur des protocoles standardisés.

L'accès direct du patient, sans orientation préalable, est la voie la plus couramment utilisée pour accéder aux services d'urgence au Luxembourg.

Le service d'aide médicale urgente (SAMU) a pris part à 9645 des 57 507 interventions de secours à la personne (CGDIS, 2024). Le règlement grand-ducal de 2019 fixe les normes applicables aux services d'urgence des hôpitaux comprenant notamment l'usage de l'Echelle canadienne de triage et de gravité dès l'arrivée du patient ; les filières de prise en charge du patient en cas d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de même que les filières gynéco-obstétrique, psychiatrique, pédiatrique et gérontique ; et la production obligatoire d'indicateurs d'activité et de qualité (cf. Section 7.4) visant à réduire les temps d'attente et à améliorer la qualité des soins d'urgence. Les services d'urgence au Luxembourg demeurent malgré tout surchargés en raison du nombre élevé de patients se présentant directement sans orientation préalable (cf. Encadré 5.4). Près d'une admission aux services d'urgence sur cinq ne correspond pas à un cas urgent, et un médecin généraliste pourrait traiter une personne sur quatre qui se présente aux urgences (Le gouvernement luxembourgeois, 2023a).

En 2017, le temps d'attente moyen dans les services d'urgence s'élevait à 3 heures et 49 minutes, ce qui est inférieur à la durée moyenne de 4 heures observée dans l'UE. En moyenne, 75 % des patients admis aux urgences ont quitté le service après un maximum de 3 heures – un pourcentage qui devrait être porté à 80 % pour respecter les normes internationales (Le gouvernement luxembourgeois, 2017). À ce jour, aucune donnée consolidée n'est disponible sur les temps d'attente ou la qualité des soins dans les services d'urgence.

En 2019, le taux d'utilisation des soins médicaux dans les services d'urgence par la population assurée résidente s'élevait à 24,8 % ; il a diminué pour atteindre 20,3 % en 2020 avant de remonter à 21,8 % en 2021, en raison de la baisse d'activité due à la crise de la COVID-19 (IGSS, 2023c).

Le M3S a signé une convention avec les médecins généralistes instituant un service de remplacement en-dehors des heures normales d'ouverture des cabinets médicaux dans les maisons médicales de garde ; établissant ainsi trois maisons médicales de garde en décembre 2010 (dans le Nord, le Centre et le Sud). Chaque maison médicale de garde est dotée de trois médecins (deux sur site et un médecin effectuant des visites à domicile), d'un véhicule avec chauffeur et de personnel administratif pour la gestion des dossiers. Ces structures offrent aux patients un accès à des soins urgents de faible intensité en dehors des heures normales d'ouverture (c'est-à-dire pendant la nuit, les fins de semaine et les congés). Suivant un concept similaire, des maisons médicales pédiatriques ont été mises en place en 2015 suite à la signature d'une convention entre le M3S et les pédiatres (Le gouvernement luxembourgeois, 2015).

En 2019, au total, les médecins de garde des maisons médicales de garde ont réalisé plus de 33 000 consultations ou visites. Pendant la première année de la pandémie, le volume de consultations et de visites a diminué de moitié (–46,7 %) par rapport à 2019 ; puis il a de nouveau augmenté pour atteindre 12,5 % en 2021 et 17,4 % en 2022. La mission et l'organisation des maisons médicales de garde ont été adaptées en réponse à la crise. Ainsi, la grande majorité des soins urgents dispensés par les médecins des maisons médicales de garde l'ont été sur place : ces consultations ont représenté de 80 % à 90 % de tous les soins prodigués dans ce cadre (IGSS, 2023c).

■ 5.6 Soins pharmaceutiques

Les informations sur la réglementation, le remboursement et la distribution des produits pharmaceutiques figurent dans les sections 2.7.4 et 3.7.1.

En 2021, les dépenses de l'assurance maladie obligatoire pour les médicaments destinés aux traitements extrahospitaliers se sont élevées à 268,5 millions d'euros au Luxembourg (CNS, 2023d). Sur le total des dépenses en médicaments, 23,9 % ont concerné des produits dispensés dans les hôpitaux pour des patients ambulatoires, ce qui représente une hausse significative par rapport aux 2,4 % de 2012 (CNS, 2013). Cette tendance à la hausse peut être attribuée à l'introduction de nouveaux traitements médicamenteux onéreux, notamment contre l'hépatite C, ainsi que l'immunothérapie, la chimiothérapie et d'autres traitements. En outre, le Luxembourg se classe à la 39ème place en Europe pour les dépenses en produits pharmaceutiques, exprimées en pourcentage du total des dépenses de santé des ménages. Les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux représentent 38 % des dépenses totales de santé des ménages, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne de l'OCDE, mais supérieur à celle des pays voisins (cf. Sections 3.4 et 7.3).

D'après le Réseau européen de surveillance de la consommation d'antibiotiques (ESAC-Net), la consommation d'antibiotiques au Luxembourg est inférieure à la moyenne européenne, tant en milieu communautaire qu'en milieu hospitalier. Comme dans presque tous les pays européens, elle a considérablement diminué en 2020 et 2021, particulièrement au niveau communautaire, avant de rebondir en 2022. Cette tendance générale peut être liée à l'effet des mesures préventives adoptées pour lutter contre la COVID-19, les confinements et le port de masque ayant contribué à une diminution des infections bactériennes courantes, qui sont revenues à leur niveau habituel après la levée des mesures contre la COVID-19 (Högberg et al., 2021). Les dernières données de 2022 établissent la consommation totale d'antibiotiques au Luxembourg à 19,05 doses définies journalières (DDJ) pour 1000 habitants, principalement consommées en milieu communautaire (soins primaires) (17,64 DDJ), dont 7,65 % de quinolones, et 11,22 % de céphalosporines (ECDC, 2023). Le milieu hospitalier représente une faible part de la consommation totale d'antibiotiques (1,41 DDJ pour 1000 habitants), mais utilise une proportion élevée de quinolones (9,21 %) et de céphalosporines (24,82 %).

Les préoccupations liées à la consommation d'antibiotiques et à la résistance aux antimicrobiens sont à l'ordre du jour politique depuis plusieurs années. Les efforts entrepris comprennent des campagnes de communication visant à sensibiliser et à éduquer les patients, les éleveurs d'animaux, les médecins et les vétérinaires sur l'usage inapproprié des antibiotiques et les risques qui lui sont associés (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). En outre, le Plan national antibiotiques lancé en 2018 (puis révisé et prolongé jusqu'en 2024) constitue un élément crucial de la stratégie plus large « Une seule santé » (« One Health »), en intégrant divers secteurs dans l'élaboration et l'adoption de programmes, de politiques, de lois et d'initiatives de recherche, dont le but commun est d'améliorer les résultats de santé publique.

Tout comme ses homologues européens, le Luxembourg a été confronté à une hausse des pénuries de médicaments en 2022. Dès 2021, des problèmes notables de disponibilité des vaccins sont apparus : les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)⁸, le vaccin contre l'hépatite B et le vaccin anti-Hib⁹ ont tous été indisponibles pour des durées allant jusqu'à cinq mois (CHD, 2022c). Et depuis le printemps 2022, ce sont les dosages pédiatriques des médicaments à base de paracétamol qui sont sujets à des problèmes de disponibilité.

Le Luxembourg enregistre des taux élevés de consommation de benzodiazépines et de médicaments apparentés, qui sont les somnifères et tranquillisants les plus couramment prescrits (2020). Une étude réalisée par Cloos et al. a montré qu'au sein de la population assurée, près d'un adulte sur six consommait au moins une benzodiazépine par an, que la moitié d'entre eux étaient des consommateurs intermittents¹⁰ et que près d'un cinquième étaient des utilisateurs à long terme¹¹ (Cloos et al., 2015). Bien que les benzodiazépines ne soit pas recommandées chez les personnes âgées, le taux de consommation est encore plus élevé chez les personnes âgées de 65 ans et plus : le taux d'utilisateurs chroniques de benzodiazépine atteignait 52,8 personnes pour 1000 habitants, ce qui est bien supérieur au taux du

⁸ Vaccin renfermant des anatoxines diphtérique et tétanique et de la coqueluche acellulaire, formulation pédiatrique.

⁹ *Haemophilus influenzae* type b (Hib).

¹⁰ Consommateurs de benzodiazépine avec administrations multiples et au moins une année d'interruption.

¹¹ Consommateurs de benzodiazépine avec administrations multiples sans aucune interruption

Danemark (10,9), des Pays-Bas (16,8) ou de la moyenne de l'OCDE (17,7) (OECD, 2021). En réponse à ce problème de santé publique, le Centre national de prévention des addictions gère une ligne d'assistance téléphonique pour les personnes à la recherche de conseils et de soutien, en particulier celles qui sont confrontées à des problèmes de dépendance, et diffuse des prospectus d'information sur les benzodiazépines. Par ailleurs, le Luxembourg possède le taux le plus élevé de polymédication chez les personnes de 65 ans et plus parmi une sélection de 16 pays, et plus de 80 % de la population luxembourgeoise âgée de 75 ans et plus consomme plus de cinq médicaments simultanément, ce qui souligne là encore la prévalence de la polymédication (OECD, 2021).

Au Luxembourg, l'usage de médicaments génériques, introduits dans le but d'élargir l'accès aux médicaments, est limité. En 2014, le Luxembourg a mis en place une politique de substitution des médicaments par des génériques. Sans caractère obligatoire, la substitution concerne deux groupes de médicaments substituables par l'option générique la moins coûteuse, quelle que soit la prescription du médecin. Les pharmaciens ont l'obligation d'informer les patients sur les substituts génériques disponibles. Aucune mesure d'incitation financière n'a été mise en place à l'intention des pharmaciens ou des médecins, mais le surcoût entraîné par le choix du médicament non générique est supporté par le patient, car le taux de la participation au coût est calculé sur la base du prix du générique (CSS, 2024). Malgré l'existence d'une politique de substitution des médicaments, l'usage des médicaments génériques au Luxembourg est le plus faible d'Europe en volume et en valeur : il représente seulement 5,6 % du marché pharmaceutique extrahospitalier couvert par l'assurance maladie (OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies, 2023) (cf. Sections 3.7.1 et 7.6).

Les produits pharmaceutiques sont distribués par les pharmacies d'officine et les pharmacies hospitalières (cf. Sections 4.2.2 et 2.7.4). Les pharmacies d'officine sont gérées dans le cadre d'une concession de l'État ou dans un cadre privé (cf. Section 2.7.4). Outre les médicaments, elles vendent des produits thérapeutiques, des dispositifs médicaux, des compléments nutritionnels, des produits cosmétiques et des articles d'hygiène.

Il n'existe pas d'étude ni de rapport national relatif au gaspillage en matière de dépenses pharmaceutiques.

■ 5.7 Soins de rééducation et de réadaptation/ moyen séjour

La rééducation et la réadaptation au Luxembourg ont sensiblement évolué entre 1995 et 2019. Le nombre de lits de moyen séjour a beaucoup augmenté en raison de la conversion de lits de soins aigus en lits dédiés à la rééducation et à la réadaptation au sein des hôpitaux aigus (cf. Section 4.1.1). Le Luxembourg possède des services de rééducation gériatrique dans trois des quatre centres hospitaliers ; et offre des services de réhabilitation psychiatrique, de réhabilitation physique et post-oncologique ainsi que de rééducation fonctionnelle et de rééducation gériatrique, dans quatre établissements hospitaliers spécialisés (cf. Section 4.1.1).

Les Hôpitaux Robert Schuman ont également mis en place le programme RAAC (réécupération améliorée après chirurgie) pour les patients pris en charge pour une chirurgie programmée de la hanche ou du genou, qui bénéficient d'un ensemble complet de soins prédéterminés, allant du rendez-vous préopératoire et de la préparation à l'intervention à la prise en charge post-opératoire et au retour à domicile. Cette initiative vise à offrir aux patients une expérience hospitalière fluide, et à accélérer le retour à domicile et le processus de réadaptation (HRS, n.d.). Enfin, les sages-femmes indépendantes peuvent proposer des services de soins de suite pour aider les mères à s'occuper de leur nourrisson après la sortie de maternité. Les parents peuvent décider ou non d'avoir recours à ces services, qui ne sont pas obligatoires (ALSF, n.d.).

■ 5.8 Soins de longue durée

La loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance au Luxembourg reconnaît la dépendance en tant que risque couvert par la sécurité sociale. L'assurance dépendance fonctionne selon les mêmes principes que l'assurance maladie, et repose sur une contribution obligatoire imposée à toute personne économiquement active, de même qu'à toute personne bénéficiant de prestations de l'État/d'un revenu de remplacement. Cette contribution, fixée à 1,4 %, est prélevée sur les revenus professionnels, de remplacement et les revenus patrimoniaux des personnes assurées (cf. Section 3.3.2). Outre l'assurance dépendance, le ministère de la Famille gère les activités liées à l'hébergement des personnes âgées, au vieillissement actif

et aux soins à domicile (Ministère de la Famille, 2023).

Les dispositions relatives à l'assurance dépendance sont décrites dans le Livre V du Code de la sécurité sociale. La réforme de 2017 a restructuré le financement des soins de longue durée et assuré l'amélioration de la qualité des soins (cf. Section 6.1). L'assurance dépendance vise à compenser les dépenses encourues pour l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne (telles que l'hygiène personnelle, la toilette, l'alimentation, l'habillement ou la mobilité), ainsi que le recours à une aide technique et l'adaptation du logement.

L'organisation de l'assurance dépendance relève de la compétence du M3S, et les organismes chargés de sa mise en œuvre sont la CNS et l'administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC) (cf. Section 2.2). La CNS gère l'assurance dépendance, tandis que l'AEC réalise les évaluations visant à déterminer le degré de dépendance d'une personne et à définir son plan de prise en charge en conséquence (cf. Section 2.7.1). L'AEC effectue également les contrôles de qualité des services fournis. Les professionnels de la santé doivent adhérer à la convention signée par la CNS et la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS). Le ministère de la Famille est responsable de l'accréditation des prestataires (cf. Section 2.7.1) et supervise la réglementation et les établissements de soins de longue durée : il établit des normes, émet des directives sur la prestation des soins, délivre les agréments et réalise l'inspection des établissements (Mémorial A562, 2023).

Le financement de l'assurance dépendance provient de multiples sources, notamment des cotisations de la sécurité sociale et du budget de l'État. Une large part du financement est issu de la contribution de 1,4 % prélevée sur les revenus patrimoniaux et les revenus de remplacement (pensions), d'une allocation de l'État de 40 % du total des dépenses de l'assurance dépendance et, dans une moindre mesure, d'une taxe sur l'énergie. Le ministère de la Famille finance également les infrastructures, les frais d'équipement initiaux et les services fournis au titre de la loi dite ASFT (cf. Section 2.2) ; enfin, il soutient financièrement les personnes économiquement défavorisées.

PRESTATAIRES DE SERVICES ET INFRASTRUCTURES

Les prestataires de services sont régis par la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique. Les activités nécessitant un agrément sont celles qui portent sur l'hébergement de plus de trois personnes simultanément et la prestation de services divers tels que des conseils, des soins et de la formation sociale (loi ASFT, article 1). Les autorisations sont gérées par le ministère de la Famille. La loi de 2023 sur la qualité des services pour personnes âgées fixe les normes minimales à respecter en matière de soins, d'infrastructure, d'équipements et de qualifications professionnelles, imposant aux prestataires la mise en place d'un système de gestion de la qualité (Mémorial A562, 2023).

Les prestataires de services doivent respecter la convention-cadre signée entre la CNS et la confédération qui les représente, en précisant les groupes de personnes qu'ils prennent en charge et leurs domaines d'activité. L'adhésion entraîne pour les prestataires l'engagement à fournir assistance et soins aux personnes, conformément à leur plan de prise en charge et aux dispositions relatives à la qualité, et à respecter les procédures en matière de dotation et de qualifications du personnel.

L'assurance dépendance reconnaît quatre types de prestataires de services :

1. les réseaux d'aides et de soins, qui sont des prestataires de soins professionnels conventionnés par la CNS, soutenant les personnes dépendantes à domicile. Il existait 25 réseaux de ce type en 2022 ;
2. les centres semi-stationnaires, qui sont des centres de jour offrant aux personnes dépendantes des soins et des activités en journée. On en dénombrait 61 en 2022 ;
3. les établissements d'aides et de soins à séjour continu, qui sont des résidences permanentes pour l'hébergement de personnes dépendantes, essentiellement des personnes âgées. Il en existait 53 en 2022 et la durée moyenne de séjour y était de 3,5 ans ; et
4. les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, qui sont des structures d'accueil pour des personnes handicapées en alternance entre l'établissement et leur domicile (176 des 702 bénéficiaires sont passés par ce dispositif). Il existait 44 établissements de ce type en 2022.

Le personnel des établissements d'aides et de soins à séjour continu était constitué à 30,3 % d'aides-soignants en 2022, tandis que, dans les réseaux d'aides et de soins, 34,9 % du personnel était constitué d'infirmiers. Les éducateurs représentaient 23,6 % du personnel des centres semi-stationnaires, et 34,7 % de celui des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent. En 2022, le nombre d'infirmiers (notamment d'infirmiers spécialisés) a augmenté de 9,2 %, et celui des aides-soignants a augmenté de 3,9 % par an en 2021 et en 2022.

PRESTATIONS PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le besoin d'assistance doit résulter d'une maladie ou d'une déficience physique, mentale ou psychique, et avoir des conséquences sur les actes de la vie quotidienne. L'assistance varie en fonction de l'état de santé de la personne : réalisation des actes et soins ou simple supervision de ceux-ci. Pour être couvert par l'assurance dépendance, le besoin d'aide et de soins dans le domaine des actes essentiels de la vie doit représenter au moins 3,5 heures par semaine et persister plus de 6 mois ou être irréversible. En cas de besoins importants et réguliers, un aménagement du domicile et des appareils et aides techniques peuvent être alloués, même si le seuil susmentionné n'est pas atteint. Les personnes qui ne remplissent pas ces conditions, mais qui bénéficient d'un titre de prise en charge de soins palliatifs, établi par la CNS sur avis du CMSS, sont également éligibles aux prestations de l'assurance dépendance (cf. Section 5.10).

En 2022, 16 706 personnes ont bénéficié de prestations au titre de l'assurance dépendance ; ce nombre était en hausse de 4,4 % par rapport à 2021. En outre, 2,5 % de ces bénéficiaires se sont vu accorder un forfait pour des soins palliatifs.

L'administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC) détermine le niveau de dépendance des bénéficiaires, selon 15 niveaux de besoins hebdomadaires. Le premier niveau correspond à au moins 3,5 heures de soins par semaine ; chaque niveau supplémentaire correspond à un intervalle supplémentaire de 140 minutes. En 2022, 27,8 % des bénéficiaires avaient été assignés au niveau 1, et 54,0 % aux trois premiers niveaux. Les principales causes de dépendance étaient les maladies du système ostéo-articulaire (21,0 %), la démence (20,8 %) et les maladies du système nerveux (19,4 %) qui, à elles trois, représentaient 61,2 % des cas.

Parmi les personnes dépendantes, 10 919 vivaient à domicile, 4738 étaient hébergées en établissement d'aides et de soins à séjour continu et 702 étaient prises en charge en centre semi-stationnaire.

L'assurance dépendance couvre des prestations en nature à ses assurés, qu'ils vivent à leur domicile ou dans un établissement. Les personnes dépendantes vivant dans leur logement et bénéficiant d'aidants reconnus par l'AEC peuvent obtenir le paiement des prestations en nature en espèces, à concurrence de 14 heures par semaine et à condition qu'elles concernent les activités quotidiennes et les tâches ménagères. Il existe 10 forfaits différents de prestations en espèces, selon le niveau de soins réalisés par l'aidant. La combinaison de prestations en espèces et en nature est possible et elle est définie dans le plan de prise en charge.

Les prestations de soins de longue durée sont fournies par les quatre types de prestataires susmentionnés et comprennent le soutien aux actes essentiels de la vie, la surveillance et l'encadrement, la garde de nuit et l'entretien du ménage. Le bénéfice des prestations est rétroactif à compter de la date de la demande en reconnaissance de dépendance, avec 16 montants forfaitaires en fonction des besoins en aides et soins. Le coût des actes essentiels de la vie pris en charge dans les réseaux d'aides et de soins et dans les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent est couvert par l'assurance dépendance par le versement direct de montants forfaitaires aux prestataires, à l'exclusion des contributions personnelles. Les résidents des établissements d'aides et de soins à séjour continu prennent en charge le coût des services généraux et du soutien psychogériatrique ; quant aux frais de pension et d'hébergement, ils varient selon l'établissement.

Le Fonds national de la solidarité apporte un soutien aux personnes résidant dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu ou une structure similaire, dont les ressources sont insuffisantes. Le complément « accueil gérontologique » couvre les frais d'hébergement non couverts par les prestations de la sécurité sociale, à concurrence de 3200,48 euros par mois pour une chambre individuelle et de 2884,29 euros par mois pour une chambre partagée. Pour être éligible, il est nécessaire de disposer d'un revenu ne dépassant pas 538,30 euros et des biens ne dépassant pas une valeur de 23 610,75 euros. Au 31 décembre 2022, 637 personnes percevaient ce complément.

Le ministère de la Famille accorde une garde de nuit aux personnes très dépendantes ou aux bénéficiaires des soins palliatifs. L'assurance dépendance couvre ces gardes de nuit pendant les absences de l'aidant. Le

système de tarification sociale est destiné à aider les personnes âgées de 60 ans et plus qui ont besoin de moins de 3,5 heures d'assistance hebdomadaire, en privilégiant les soins à domicile. Le montant de l'aide à domicile varie selon les revenus et est révisé annuellement, le ministère de la Famille prenant en charge la différence entre le tarif maximal et la contribution du client. Il est versé aux prestataires de services conventionnés.

■ 5.9 Services pour les aidants

Un aidant peut être un membre de la famille ou un ami, une personne liée par un contrat de travail ou un professionnel n'appartenant pas à un réseau d'aides et de soins.

En 2022, 68,11 % des personnes dépendantes bénéficiaient de soins par un aidant (IGSS, 2023d). C'est l'AEC qui évalue les capacités et la disponibilité de l'aidant et qui détermine si celui-ci peut fournir des prestations seul ou s'il requiert l'assistance d'un réseau d'aides et de soins (cf. Section 5.8). Environ 80 % des aidants ont moins de 70 ans. Un quart des aidants évalués sont des hommes. Alors que les femmes sont majoritaires jusqu'à 79 ans, la situation s'inverse à partir de 80 ans où le nombre d'aidants masculins dépasse légèrement celui des aidants féminins. (IGSS, 2022b).

Selon la loi, les cotisations pour l'assurance pension des aidants peuvent être prises en charge par l'assurance dépendance, jusqu'à concurrence du salaire social minimum. Parmi les 5911 aidants recensés en 2022, 26,4 % d'entre eux bénéficiaient de cette prise en charge ; près de 90 % des bénéficiaires étaient des femmes.

Les aidants ont droit à deux sessions de formation : la première, d'une durée de deux heures par an, vise à conseiller et à rendre les aidants compétents dans l'utilisation des aides techniques mises à disposition des personnes dépendantes à domicile ; la seconde comprend 6 heures par an et vise à transmettre aux aidants les techniques et les connaissances nécessaires pour aider la personne dépendante dans l'exécution de ses activités quotidiennes. En pratique, seule une faible proportion des aidants a bénéficié de ces formations : en 2022, 413 résidents dépendants avaient un plan de prise en charge à domicile prévoyant au moins une session de formation. Cela représente 4,4 % des bénéficiaires pris en charge exclusivement à domicile. Les aidants peuvent également recevoir une

supervision individuelle ou en groupe. Les supervisions individuelles sont couvertes à hauteur de 7 heures par semaine, qui peuvent être doublées si l'aideant est visiblement débordé ; les supervisions en groupe sont accordées pour 40 heures par semaine, avec extension possible jusqu'à 56 heures. Pendant la période 2021-2023, près des trois quarts des aidants ont bénéficié d'une supervision individuelle et/ou en groupe.

■ 5.10 Soins palliatifs

En 2009, le Luxembourg a adopté une loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, qui accorde le droit à des soins palliatifs à toute personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave, évolutive et incurable (Mémorial A46, 2009 ; Ministère de la Sécurité Sociale, Ministère de la Famille, Ministère de la Santé, n.d.).

Les demandes de soins palliatifs sont introduites par le médecin traitant au nom du patient ou de son entourage, et validées par le Contrôle médical de la sécurité sociale dans les 48 heures. Les approbations sont valides pendant 35 jours et peuvent être renouvelées selon la même procédure. Les patients dont la demande de soins palliatifs a été approuvée sont dispensés de la demande auprès de l'assurance dépendance (cf. Section 5.8) (AEC, 2018) et sont éligibles à toute la gamme des prestations de l'assurance dépendance, sauf l'adaptation du logement. Les patients ont droit à des soins actifs, continus et coordonnés, visant à couvrir leurs besoins physiques, psychiques et spirituels et comprenant le traitement de la douleur et de la souffrance psychique, par une équipe pluridisciplinaire. Les proches du patient reçoivent également un soutien, sous la forme d'un forfait correspondant à 13 heures d'assistance à l'exécution des actes essentiels de la vie quotidienne. Les actes médicaux et les soins infirmiers dispensés dans le cadre de l'assurance maladie sont pris en charge conformément aux règles énoncées dans les statuts de la CNS (CNS, 2023e, 2024a).

Les soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie sont accessibles dans divers lieux, notamment à domicile, dans les quatre centres hospitaliers et dans les établissements conventionnés couverts par l'assurance dépendance – tels que les établissements d'aides et de soins à séjour continu (cf. Section 5.8). Par ailleurs, Omega 90, une association luxembourgeoise de promotion des soins palliatifs et d'assistance au deuil offre quatre services :

1. Haus Omega : un établissement de soins palliatifs qui dispose de 15 chambres individuelles et qui accueille des personnes en fin de vie et répond à leurs besoins spécifiques ;
2. Volontariat : plus de 70 bénévoles accompagnent les personnes bénéficiaires de soins palliatifs dans des hôpitaux, des établissements d'aides et de soins à séjour continu, à leur domicile et à Haus Omega ;
3. Consultation : intervention après un décès, informations et soutien aux proches en situation de deuil ;
4. Formation : organisation, depuis 1993, de formations aux soins palliatifs pour les professionnels de la santé et ceux du secteur psychosocio-éducatif. Des conférences, des séminaires et des journées de formation pour le grand public sont également proposés. Au moins 40 % des infirmiers exerçant en établissement d'aides et de soins à séjour continu doivent être formés aux soins palliatifs (Wolter et al., 2015).

Les prestations d'Omega 90 sont financées par des conventions signées avec le ministère de la Famille, la CNS, le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, par des subventions accordées par le M3S et par des dons de particuliers et d'associations diverses (CHL, n.d.b).

Lorsqu'un proche est atteint d'une affection grave en phase terminale, un congé peut être demandé par un aidant pour prodiguer un accompagnement de fin de vie. La durée de ce congé ne peut pas excéder cinq jours ouvrables (ou 40 heures) par proche et par an, et le congé prend fin au décès du proche. Ce congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie peut être pris en plusieurs fois ou à temps partiel, en accord avec l'employeur. Deux personnes peuvent se partager le congé alloué, mais la durée totale du congé ne peut pas dépasser 40 heures (Guichet.lu, 2022).

■ 5.11 Soins de santé mentale

Au Luxembourg, les soins de santé mentale sont dispensés par des psychiatres (y compris des pédopsychiatres) et des psychothérapeutes exerçant en cabinet privé. Tous les centres hospitaliers disposent de services de psychiatrie, en lien étroit avec des structures complémentaires et extrahospitalières en psychiatrie, qui offrent des soins psychiatriques et de santé mentale (cf. Encadré 5.5).

ENCADRÉ 5.5 Qui dispense des soins psychiatriques au Luxembourg ?

Les soins psychiatriques sont dispensés dans le cadre d'une collaboration intersectorielle entre le secteur de la santé et celui des soins sociaux ; ils comprennent les services suivants :

- Des consultations ambulatoires en psychiatrie et en psychothérapie ;
- Des admissions en urgence et des prises en charge spécialisées d'assez courte durée en service de psychiatrie ouvert ou fermé, en hospitalisation de jour et par des antennes mobiles pour des visites à domicile par les centres hospitaliers (quatre hôpitaux, 264 lits et 124 places d'hospitalisation de jour) ;
- Deux services nationaux au sein de centres hospitaliers : l'un pour les soins de psychiatrie infantile (enfants jusqu'à l'âge de 13 ans) et l'autre pour les soins de psychiatrie juvénile (adolescents de 13 à 18 ans) ;
- Un service de réhabilitation psychiatrique ainsi qu'un service d'hospitalisation de longue durée psychiatrique et un suivi extrahospitalier, de même que des soins de psychiatrie socio-judiciaire dispensés par le Centre hospitalier neuropsychiatrique (247 lits, 30 places en hospitalisation de jour) ;
- Des services régionaux de proximité, des logements encadrés et des offres de formation professionnelle (en vue de la réadaptation professionnelle) ;
- Des services de soutien en santé mentale pour les demandeurs d'asile ; et
- Des organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine de l'intégration (des immigrants, des personnes sans-abri, par exemple), dans des domaines spécifiques tels que la dépression et la prévention du suicide, la prévention contre l'abus d'alcool ou de drogues, et le dépistage précoce.

Le M3S supervise l'organisation des soins de santé mentale ; les prestations sont fournies sur la base d'un paiement à l'acte avec remboursement par l'assurance maladie obligatoire, ou avec le soutien financier du M3S sous la forme d'une convention (cf. Section 3.7.1).

Au début des années 1990, plusieurs réformes sont entrées en vigueur dans le but de décentraliser et de désinstitutionnaliser les soins de santé mentale, tout en développant les services extrahospitaliers aux niveaux régional et communautaire. À la suite de ces réformes, plusieurs lois et règlements ont été adoptés, qui visaient notamment à mieux respecter les droits humains par la révision de la loi sur l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux (2009)

(Mémorial A263, 2010), à étendre l'accès des patients à la psychothérapie grâce à la loi portant création de la profession de psychothérapeute (2015) et au règlement grand-ducal autorisant la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des consultations de psychothérapie sur prescription médicale (2023) ; et à lutter contre la stigmatisation et la discrimination des troubles mentaux par la réforme de la psychiatrie (2005), qui a désinstitutionnalisé les soins psychiatriques et développé une offre de soins extrahospitaliers de proximité (Rössler & Koch, 2005).

Par ailleurs, le Plan national de prévention du suicide au Luxembourg 2015-2019 comprenait diverses actions récurrentes de lutte contre la discrimination et la stigmatisation des troubles mentaux. La santé mentale et le bien-être sont également pris en considération dans les soins non psychiatriques ou dans les plans d'action sans rapport avec la santé, tels que le Plan d'action national de la jeunesse 2022–2025, la Stratégie nationale en matière d'addictions et le Plan d'action gouvernemental 2020–2024 en matière de drogues d'acquisition illicite et de leurs corollaires, le Plan d'action luxembourgeois de réduction du mésusage de l'alcool 2020–2024, et le Plan d'action national maladies démentielles 2013. Plus récemment, le gouvernement a adopté le Plan national santé mentale pour la période 2024-2028, qui a été élaboré en tenant compte des lignes directrices internationales (OMS, 2021) et en impliquant un large éventail de parties prenantes. Il aborde, à l'aide de mesures ciblées, les défis actuels en matière de santé mentale, notamment la pénurie de main d'œuvre en santé mentale, en particulier pour la prise en charge des enfants et des jeunes adultes, et le manque de données permettant d'évaluer l'état de santé mentale de la population, ses besoins et la performance du système de soins de santé mentale. Par conséquent, le plan met l'accent sur la gouvernance des soins de santé mentale, la mise en place d'un système d'information et la promotion de la recherche afin de disposer de données scientifiquement fondées, la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux dans tous les groupes d'âge ; l'amélioration de l'offre de soins et de l'accès des patients à cette offre ; et le renforcement de la réponse aux besoins sanitaires des groupes particulièrement vulnérables.

Pendant la pandémie de COVID-19, de nombreuses institutions ont créé des sites Web pour soutenir la santé mentale des individus. En parallèle, une formation de premier secours en santé mentale a été introduite en 2020, pour apprendre aux personnes à repérer les signes de détresse mentale, y répondre efficacement et contribuer à une société bienveillante. Cette

formation est une mesure essentielle qui a aidé à éléver le niveau de littéracie de la population en santé mentale, et à réduire la stigmatisation. Depuis sa création, 3000 secouristes ont été formés et 60 instructeurs ont été certifiés.

■ 5.12 Soins dentaires

Les soins dentaires sont dispensés par des dentistes et des dentistes spécialistes en orthodontie, en chirurgie buccale ou en chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale (Mémorial A139, 2011). Les tarifs des soins dentaires sont fixés au plan national par un règlement grand-ducal et suivent les mêmes règles que pour les médecins (cf. Sections 2.7.3 et 3.3.4). La nomenclature et les tarifs des actes et services des médecins dentistes ont été actualisés en janvier 2024.

Les dépenses à la charge des ménages pour les soins dentaires représentent une part élevée de la participation aux coûts au Luxembourg (cf. Encadré 3.1 et Sections 3.3.1, 3.4.1 et 7.3). Médecins du monde a conclu un partenariat avec un hôpital national (le Centre hospitalier de Luxembourg) pour fournir des soins dentaires aux personnes dans le besoin et assurer un meilleur accès aux personnes n'ayant pas d'assurance maladie, en particulier les plus vulnérables. Malgré certaines mesures mises en place pour faciliter le recouvrement des tarifs officiels, les dépenses occasionnées par l'avance des honoraires demeurent problématiques pour les patients (cf. Sections 3.4.1, 3.4.2, 3.4.6 et 7.3).

La plupart des dentistes exercent dans des cabinets privés mais, comme les médecins, certains d'entre eux ont passé contrat avec des hôpitaux et partagent leur temps entre leur cabinet et l'hôpital. Les dentistes spécialistes en chirurgie buccale ou en chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale affiliés à des hôpitaux collaborent fréquemment avec des anesthésistes, mais la plupart des interventions de chirurgie buccale sont réalisées en milieu extrahospitalier.

Malgré l'existence d'une législation, le domaine des soins dentaires au Luxembourg est très peu normé, et sans organe de surveillance. Par conséquent, les infractions à la législation (en matière de publicité par exemple) passent souvent inaperçues ou n'ont pas de conséquences juridiques. Bien que le Collège médical diffuse occasionnellement des rappels sur les bonnes pratiques, aucune sanction n'est prévue, et il incombe en fin de compte aux professionnels eux-mêmes de reconnaître s'ils se sont

livrés à une publicité excessive ou à une communication promotionnelle outrepassant les limites autorisées.

Pour les enfants, deux examens dentaires à visée préventive sont pris en charge (entre 26 et 33 mois, et entre 40 et 46 mois), en plus des consultations régulières. Les actions en faveur de la santé dentaire à l'âge scolaire sont spécifiées dans un texte législatif (Mémorial A219, 2011b), prévoyant des examens dentaires réguliers. Mais, bien que les soins dentaires soient accessibles pour de nombreux enfants au Luxembourg hors des établissements scolaires, d'importants efforts restent nécessaires en matière d'éducation. C'est pourquoi un nouveau programme fondé sur une approche plus systématique a été introduit en 2022, avec la mise en place d'un plan de soins dentaires correspondant à des âges-clés (6, 9, 10 et 12 ans) plutôt que sur la fréquence des consultations. Des actions de promotion de la santé bucco-dentaire sont en outre menées entre ces âges. Ce projet pilote a été prolongé jusqu'à la mi-2024.

Principales réformes du secteur de la santé

■ RÉSUMÉ

- La réforme des soins de santé de 2010 a été cruciale pour garantir la stabilité financière du système de santé et améliorer la qualité des soins. De plus, la réforme des soins de longue durée en 2017 a renforcé la viabilité financière et la qualité des soins de longue durée, tandis que la loi hospitalière de 2018 s'est attachée à redéfinir et à consolider l'offre hospitalière.
- Les développements futurs se concentrent sur le renforcement de la prévention par l'élaboration d'une stratégie de prévention, la digitalisation, ainsi que sur la qualité et l'accès aux soins. Les efforts en cours sont centrés sur les professionnels de la santé, avec pour objectif d'accroître l'attractivité, le recrutement et la fidélisation, en élargissant la formation et en favorisant le partage des tâches.

■ 6.1 Analyse des réformes récentes

Ces dernières années, de nombreuses mesures législatives ont été prises en faveur du système de santé luxembourgeois. Cette section résume les principales réformes et évolutions législatives intervenues entre 2010 et 2023. Le tableau 6.1 en donne un bref aperçu.

TABLEAU 6.1 Principales réformes et changements législatifs en matière de santé de 2010 à 2023

Année	Nom de la réforme
2010	Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système des soins de santé (<i>Mémorial A242, 2010</i>)
2014	Loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (<i>Mémorial A115, 2014</i>)
2014	Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé (<i>Mémorial A140, 2014</i>)
2015	Loi du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute (<i>Mémorial A136, 2015</i>)
2017	Loi du 29 août 2017 portant réforme de l'assurance dépendance (<i>Mémorial A778, 2017</i>)
2018	Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (<i>Mémorial A222, 2018</i>)
2021	Loi du 2 mars 2021 portant création d'un Observatoire national de la santé (<i>Mémorial A168, 2021</i>)
2023	Loi du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées (<i>Mémorial A562, 2023</i>)

Source : compilation des auteurs.

MAÎTRISE DES COÛTS ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ : LA RÉFORME GLOBALE DE LA SANTÉ DE 2010

La crise financière mondiale de 2008 a mis en évidence d'importantes lacunes dans la viabilité financière des soins de santé, la précédente réforme structurelle du système de santé au Luxembourg datant de 1992. En réponse, une réforme majeure des soins de santé a été adoptée en 2010 (*Mémorial A242, 2010*) pour garantir la stabilité financière à long terme et renforcer la qualité des soins. La réforme visait à accroître

l'efficience des soins en promouvant les soins primaires et en améliorant la coordination des soins hospitaliers ; tout en introduisant des initiatives pour renforcer la documentation médicale hospitalière et mieux structurer les dossiers patients (Ministère de la Santé et Ministère de la Sécurité Sociale, 2010 ; IGSS, 2023a).

Lors de sa présentation, cette réforme a déclenché les manifestations les plus importantes enregistrées à ce jour parmi les médecins, entraînant une grève d'un mois. Après de longues discussions et modifications, la réforme a été adoptée par le Conseil de gouvernement en septembre 2010, puis est entrée en vigueur en 2011. Par la suite, cette réforme a largement influencé les politiques de santé et les réformes mises en œuvre entre 2011 et 2023. Alors qu'elle devait initialement introduire un modèle universel du médecin de premier recours, associé à des mesures efficaces de maîtrise des coûts, elle a finalement abouti à un modèle de médecin référent fondé sur le libre choix (cf. Section 5.2), incluant des mesures non contraignantes et sans modification du statu quo pour les médecins (Leist, 2021).

Par ailleurs, cette réforme a imposé aux pharmaciens d'informer les patients en cas de substitution de médicaments princeps par des génériques, et a encouragé les médecins à prescrire en dénomination commune internationale plutôt qu'en nom de marque (cf. Sections 3.7.1, 5.6 et 7.6). La réforme de 2010 a également posé les bases d'une nouvelle plateforme numérique de santé (eSanté), visant à permettre aux patients et aux prestataires de disposer de meilleure information pour la prise de décision, tout en favorisant la maîtrise des coûts (en évitant les examens redondants, par exemple). Par la suite, l'agence nationale eSanté a été créée pour superviser diverses missions, notamment la gestion du dossier de soins partagé, mis en place à titre pilote en 2015 et déployé en 2019 (cf. Sections 4.1.3 et 5.3). Cette réforme a également donné naissance à plusieurs nouvelles entités et processus dédiés à l'amélioration de la qualité et de l'efficience du système de santé. Citons par exemple la Cellule d'expertise médicale, établie en 2011 pour évaluer l'efficacité, la qualité et le rapport coût-efficacité d'interventions diagnostiques et thérapeutiques spécifiques sur la base de données scientifiques ; une nouvelle Commission de nomenclature, constituée en 2011 pour fixer les tarifs nationaux des prestations de soins (cf. Sections 2.7.3 et 3.3.4) ; le Conseil scientifique du domaine de la santé ainsi que le Registre national du cancer, marquant de nouvelles avancées pour le système de santé luxembourgeois (Mémorial A79, 2013 ; Spruit & Hohmann, 2014).

Enfin, les stratégies de maîtrise des coûts ont constitué un volet central de la réforme de 2010, avec l'introduction du TPS (cf. Section 3.4.1). Les dépenses hospitalières ont été limitées par l'instauration de l'enveloppe budgétaire globale pour les dépenses du secteur hospitalier, l'introduction de la substitution par des génériques, le gel temporaire de l'augmentation des tarifs des professionnels de la santé, ainsi que par la hausse des taux de la participation au coût et des taux de cotisation (de 5,4 % à 5,6 % du revenu brut). Le financement public de l'assurance maladie obligatoire a également augmenté pour atteindre 40 % ; et un plan comptable uniforme a été mis en place pour l'activité hospitalière prise en charge par la CNS. L'ensemble de ces mesures a contribué à rééquilibrer le budget de l'assurance maladie obligatoire (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017), marquant une première étape vers la maîtrise des coûts (cf. Sections 3.7.1, 4.1.1 et 7.6) (Leist, 2021).

REFORCEMENT DES DROITS DES PATIENTS

En 2014, l'adoption de la loi relative aux droits et obligations du patient (Mémorial A140, 2014) et de celle portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (Mémorial A115, 2014), ont marqué une étape majeure dans l'autonomisation des patients au Luxembourg. Ces lois visent à favoriser des relations plus cohérentes et transparentes entre patients et professionnels de la santé. Elles introduisent l'obligation, pour les professionnels de la santé de fournir aux patients des informations précises sur leur état de santé, leur diagnostic et les soins proposés, notamment à travers un plan clair des examens et des options thérapeutiques à prévoir, pour permettre aux patients de prendre des décisions éclairées sur les options qui s'offrent à eux, y compris en matière de soins transfrontaliers (cf. Section 2.8.4). Cette législation a également instauré le Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé, opérationnel depuis 2015, qui renforce la communication, facilite la résolution des litiges et plus largement améliore l'expérience vécue par le patient au sein du système de santé (cf. Section 2.8.1). Une évaluation de la loi sur les droits des patients est prévue pour 2024 (Le gouvernement luxembourgeois, 2024b).

VIABILITÉ FINANCIÈRE ET QUALITÉ DES SOINS DE LONGUE DURÉE

À l'origine, la réforme de l'assurance dépendance de 2017 visait à freiner la hausse des dépenses (Mémorial A778, 2017). Toutefois, en raison de la situation financière favorable du régime d'assurance dépendance, cette réforme s'est concentrée davantage sur l'amélioration de la qualité des soins, l'élargissement et la personnalisation de l'éventail des prestations, l'investissement dans les services de prévention et la mise en place de normes de qualité claires (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Les quatre principaux amendements de cette réforme portaient sur les points suivants (Le gouvernement luxembourgeois, 2018) :

- la procédure et les outils d'évaluation et de détermination de la dépendance, avec une révision régulière des critères d'éligibilité et une simplification des démarches ;
- l'évaluation de la pertinence de certaines prestations dans le cadre de l'assurance dépendance (finalité, efficacité et volume) ;
- la définition d'un cadre normatif pour le financement des prestations ;
- les normes et les critères, assortis de contrôles adaptés et transparents.

En 2024, une nouvelle loi relative à la qualité des services pour personnes âgées est entrée en vigueur ; visant à mieux organiser l'action des organismes gestionnaires dans les domaines du vieillissement actif, du maintien à domicile et du long séjour en structure d'hébergement pour personnes âgées (Mémorial A562, 2023). Elle met également l'accent sur la qualité et la transparence des services et des prestations. La loi prévoit notamment la création d'un registre public des structures d'hébergement pour personnes âgées, visant à garantir la transparence et l'accessibilité de l'information, en publiant pour chaque structure la liste des prestations et services, leurs coûts, et les modèles types de contrat d'hébergement.

PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

La réforme de 2010 a introduit pour la première fois les notions de transparence dans les activités hospitalières et de centralisation de l'offre de soins hospitaliers ; toutefois la loi hospitalière de 2018 a constitué une étape déterminante dans l'application de ces notions aux soins hospitaliers

(Mémorial A222, 2018). Le principal objectif de cette loi était de planifier et d'adapter l'offre hospitalière de soins en tenant compte de la croissance démographique, des progrès médicaux et de l'état de santé de la population (cf. Section 4.1.1). Ces adaptations ont introduit, une nouvelle classification des établissements hospitaliers, une amélioration du fonctionnement des services hospitaliers, une simplification des procédures d'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier ; ainsi que des dispositions concernant l'exploitation de laboratoires hospitaliers. L'objectif général de la réforme était de renforcer la coopération entre les divers prestataires de soins du secteur hospitalier (tant hospitaliers qu'extrahospitaliers) et de rapprocher les environnements hospitaliers du domaine de la recherche, afin d'améliorer la qualité des soins aux patients (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Des réseaux de compétences ont été créés pour favoriser la coopération et la coordination entre les prestataires de soins hospitaliers et extrahospitaliers disposant de compétences complémentaires pour la prise en charge de certaines pathologies (cf. Section 5.3). Par ailleurs, la loi hospitalière de 2018 visait à poursuivre la substitution des hospitalisations stationnaires par un recours accru à la chirurgie ambulatoire et à mettre en place les conditions favorisant une transparence et une responsabilisation accrues. La loi prévoyait également l'ajout de lits d'hospitalisation de longue durée (cf. Section 4.1.1) et de rééducation gériatrique.

En 2023, la loi hospitalière de 2018 a été modifiée, en mettant l'accent sur le développement de la prise en charge ambulatoire. Ces amendements visaient à augmenter le nombre de sites de services à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux (antennes de service), améliorant ainsi l'accessibilité géographique aux soins ambulatoires hospitaliers. Ces évolutions s'inscrivent dans la continuité des efforts de réduction des délais d'attente, en mettant particulièrement l'accent sur un accès élargi aux prestations d'imagerie médicale (cf. Sections 3.7.1, 4.1.2, 5.4 et 7.2) (CNS, 2023f ; Mémorial A478, 2023).

■ 6.2 Perspectives d'avenir

La coalition gouvernementale actuelle, réunissant le Parti populaire chrétien-social et le Parti démocratique (2023–2028), met fortement l'accent sur la prévention, la digitalisation, la qualité et l'accès aux soins, ainsi que sur la main-d'œuvre du secteur de la santé. Les développements futurs incluent la poursuite des travaux engagés sous la précédente législature (Le gouvernement luxembourgeois, 2023c).

DIGITALISATION DES SOINS DE SANTÉ

Afin de remédier à l'absence d'une stratégie nationale globale en matière de digitalisation (cf. Section 2.6) et d'assurer l'interopérabilité des systèmes d'information des prestataires de soins de santé, ainsi que la conformité avec le futur règlement européen sur l'Espace européen des données de santé et la stratégie européenne pour une économie fondée sur les données, une stratégie nationale globale est en cours d'élaboration. La standardisation des formats de données et l'interopérabilité des solutions techniques constitueront des priorités, posant ainsi les bases d'un écosystème réglementé, dans lequel les patients et les professionnels de la santé pourront échanger de manière sécurisée, tant dans le secteur hospitalier que dans le secteur extrahospitalier. Les parcours de soins intégrés des patients seront facilités, offrant une approche holistique de la prise en charge par des équipes pluridisciplinaires, ce qui est un enjeu particulièrement crucial pour les patients atteints de pathologies graves ou chroniques (Le gouvernement luxembourgeois, 2023a, 2023c).

AGENCE NATIONALE DES MÉDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTÉ

En 2024, le Luxembourg demeure le seul pays de l'UE à ne pas disposer de sa propre agence nationale des médicaments et des produits de santé. Pour y remédier, le gouvernement a déposé un projet de loi en 2020, pour créer l'Agence luxembourgeoise des médicaments et produits de santé (ALMPS). L'ALMPS sera chargée de réguler et de surveiller les médicaments et les produits de santé, en garantissant qu'ils respectent les normes de sécurité et d'efficacité afin de protéger la santé de la population luxembourgeoise (CHD, 2020a).

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Plusieurs actions ont été entreprises pour renforcer l'attractivité des métiers dans le secteur de la santé, améliorer le recrutement et la fidélisation des professionnels de santé. La formation des professions de santé au Luxembourg fait l'objet d'une réorganisation depuis 2021 pour offrir un parcours progressif et cohérent, menant à plusieurs niveaux de qualification (cf. Sections 4.2.5 et 5.3). Des cadres spécifiques pour l'élaboration de textes réglementaires révisant les attributions professionnelles des professionnels de la santé sont en cours d'élaboration afin de leur offrir davantage d'autonomie. Un registre digital des professionnels de la santé est également en cours de développement (Le gouvernement luxembourgeois, 2021).

En outre, un cadre juridique autorisant la formation de sociétés de médecins est en cours d'élaboration ; cela permettra aux médecins et à d'autres professionnels de la santé d'exercer sous forme sociétaire. Ce cadre juridique leur donnera l'opportunité de mutualiser leurs ressources humaines et financières et encouragera la collaboration pluridisciplinaire. Il vise à garantir que les cabinets médicaux soient exclusivement constitués de personnel médical qualifié, garantissant de ce fait un haut niveau de qualité des soins et de professionnalisme dans le secteur de la santé (Le gouvernement luxembourgeois, 2023a, 2023c).

PRÉVENTION

Le gouvernement prévoit d'élaborer une stratégie nationale globale de prévention, comprenant un recensement des plans nationaux de prévention et d'action existants, le renforcement du rôle des médecins généralistes ainsi que du modèle de médecin référent, et l'adoption d'incitants pour encourager la prévention et la détection précoce par dépistage. Parmi les mesures clés figurent la mise en place de bilans de santé réguliers par les médecins généralistes ou référents à partir de l'âge de 30 ans, la mise à disposition gratuite d'autotests pour diverses affections (telles que les infections sexuellement transmissibles) et le renforcement de la médecine scolaire pour garantir des efforts de prévention et de dépistage précoce et cohérents (Le gouvernement luxembourgeois, 2023a, 2023c).

HOSPITALISATION À DOMICILE

Un cadre légal et tarifaire de l'hospitalisation à domicile est en cours d'élaboration, avec une attention particulière portée sur des domaines tels que l'oncologie, les grossesses à risque et le suivi postopératoire. Garantir l'accessibilité financière des soins à domicile constitue une priorité dans ce contexte. La coordination des soins sera assurée par des médecins hospitaliers, garants de la continuité et de la qualité des traitements. De plus, les équipes de soins intervenant au domicile des patients bénéficieront d'un soutien logistique pour faciliter leurs interventions et améliorer les services de soins prestés (Le gouvernement luxembourgeois, 2023a, 2023c).

Évaluation du système de santé

■ RÉSUMÉ

- La fusion de deux ministères pour former le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale en 2023 visait à relever certains défis liés à la gouvernance du système de santé. Les principaux objectifs étaient d'accroître la transparence et la responsabilisation dans la prise de décisions en matière de santé, de produire des lois cohérentes en matière de santé publique, de favoriser la coordination des compétences entre les entités et d'intégrer systématiquement les considérations de santé dans la législation. Néanmoins, des problèmes de transparence persistent pour les patients, notamment concernant le coût des traitements et le choix des prestataires de soins de santé : les patients restent souvent mal informés sur les tarifs et les indicateurs de qualité des prestataires.
- En 2021, 91,8 % de la population résidente du Luxembourg était couverte par l'assurance maladie obligatoire, garantissant un niveau élevé d'accessibilité aux soins de santé par le biais de la couverture universelle, et d'un vaste panier de soins et de prestations. Pourtant, certaines personnes rencontrent encore des obstacles dans l'accès aux soins, en particulier celles qui ne possèdent pas d'adresse permanente ou qui rencontrent des difficultés financières. Des initiatives telles que le projet de couverture universelle des soins de santé (CUSS) visent à

améliorer l'accès pour les groupes vulnérables tandis que les réformes en cours ciblent les délais d'attente et la disponibilité des soins de santé, afin de répondre aux besoins médicaux non satisfaits.

- Le Luxembourg ne possède pas de cadre national de gouvernance de la qualité. La responsabilité de la qualité des soins incombe aux prestataires. Le projet de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé demeure un outil essentiel pour l'évaluation et la comparaison de la qualité des soins aux niveaux national et international.
- Le Luxembourg affiche de bons résultats en matière de santé avec une espérance de vie de 83,0 ans en 2022 – un chiffre supérieur à la moyenne de l'UE. La mortalité toutes causes confondues a diminué de 5,5 % par rapport à sa moyenne de 2015–2019 et les taux de mortalité infantile sont comparables à ceux des pays voisins. Toutefois, des déterminants importants de la santé, tels qu'une consommation élevée d'alcool, le tabagisme et une alimentation déséquilibrée, restent un défi, les facteurs de risque comportementaux étant responsables d'environ un décès sur trois. Il est nécessaire d'intensifier les interventions de santé publique pour remédier à ces problèmes.
- Le Luxembourg présente l'un des taux de mortalité évitable par traitement les plus bas d'Europe, mais aussi les dépenses de santé par habitant les plus élevées, ce qui laisse entrevoir un potentiel d'amélioration en matière d'efficience. L'efficacité des interventions de santé publique ciblant les facteurs liés au mode de vie reste inférieure à ce qui est attendu pour produire un réel impact. Le recours excessif aux examens diagnostiques et les volumes élevés de tomodensitométrie (scanners CT) et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) mettent en évidence des domaines de surconsommation qui induisent des inefficacités. Toutefois, des améliorations ont été constatées en matière de promotion des interventions de chirurgie ambulatoire et de mesures d'efficacité technique dans les hôpitaux.

■ 7.1 Gouvernance du système de santé

RESPONSABILITÉ ET TRANSPARENCE

Au Luxembourg, le processus décisionnel en matière d'élaboration des politiques de santé est fragmenté, ce qui induit un manque de transparence dans la prise de décision et, donc, de redevabilité. L'absence d'approche globale et cohérente de la santé apparaît de manière évidente à la lumière de certains facteurs clés. Tout d'abord, il manque une loi générale de santé publique définissant les rôles, les missions et les responsabilités des acteurs, accompagnée d'un cadre budgétaire complet (cf. Sections 2.4, 4.2.1 et 5.1). En conséquence, la fragmentation organisationnelle prévaut, divers organes assumant des responsabilités disparates sans organe central de coordination (tel qu'un comité interministériel) pour harmoniser les actions sur les plans thématique et financier. Cette fragmentation engendre un défaut d'alignement et de coordination dans les politiques de santé. De plus, en dépit de l'implication de nombreux ministères dans les dossiers liés à la santé (cf. Section 2.5), le principe consistant à faire figurer « la santé dans toutes les politiques » (« health in all policies ») n'est pas systématiquement appliqué ; des lois ayant un impact sur la santé (dans les domaines de l'emploi, de l'environnement, des transports et de l'éducation) sont souvent adoptées sans la contribution des instances officielles de santé, donc sans évaluation d'impact ni mécanismes de redevabilité. L'absence d'un plan national de santé institutionnel assorti d'objectifs clairs aggrave ce problème, car il en résulte de multiples plans nationaux, manquant souvent de coordination et d'évaluation. Conscient de ces enjeux, le gouvernement élu en 2023 a pris des mesures proactives en fusionnant les ministères de la Santé et de la Sécurité sociale pour remédier à la fragmentation des politiques et de la gouvernance. En outre, l'ensemble des plans d'action feront désormais l'objet d'un processus d'évaluation visant à identifier les incohérences et les chevauchements, dans le but d'améliorer l'efficience et d'optimiser les résultats.

En matière d'intégrité, les groupes de pression et les conflits d'intérêt ne sont pas considérés comme des questions importantes en raison de l'absence d'industrie puissante dans le domaine des soins de santé au Luxembourg. Aucun fait de corruption n'a été révélé dans le secteur des soins ces dernières années. Conformément au Code de déontologie, les membres du

gouvernement – et dans une certaine mesure, les hauts fonctionnaires – doivent déclarer dans un registre public leurs réunions avec des représentants ou des tiers, les cadeaux reçus, les activités rémunérées et les participations financières personnelles qu'ils pourraient avoir dans le capital d'une entreprise. Les députés quant à eux doivent respecter le Code de conduite des députés luxembourgeois en matière d'intérêts financiers, dont le respect est contrôlé par le Comité consultatif sur la conduite des députés (CHD, 2020c).

Par ailleurs, la CNS œuvre activement à la détection des abus et des fraudes dans le système de santé. En 2022, des fraudes portant sur 11 millions d'euros de fausses factures et de fausses demandes de remboursement, par des prestataires aussi bien que des usagers, ont été détectées et arrêtées, et 1,4 millions d'euros ont été recouvrés. La stratégie de lutte contre les abus et la fraude repose notamment sur la prévention, au moyen de l'envoi de circulaires et de lettres d'avertissement individuelles, qui peuvent contribuer au changement des comportements et encourager le respect des bonnes pratiques. L'intelligence artificielle, l'exploration de données et les analyses prédictives font partie intégrante du processus de détection (CNS, 2023a).

Pour les usagers, naviguer dans le système de santé luxembourgeois peut s'avérer difficile, notamment pour ceux qui ne sont pas familiers avec ses particularités. Les informations sur le système sont dispersées entre diverses sources, ce qui complique leur accès et leur compréhension. L'obtention d'informations pertinentes peut même s'avérer décourageante pour les usagers rencontrant des difficultés au sein du système (ObSanté, 2023). Bien qu'il existe des lieux d'informations tels que le Médiateur et la « Maison des patients », qui offrent une aide à cet égard (cf. Section 2.8.1), ces lieux restent assez peu connus du grand public. À cela s'ajoute le fait que la plupart des informations sont fournies principalement en français, une langue non parlée dans la vie quotidienne par 30,2 % de la population (STATEC, 2023a). Conscients de ces lacunes systémiques, de multiples acteurs ont pris diverses mesures pour y remédier, mais une approche cohérente et centralisée fait défaut. Par exemple, l'ancien ministère de la Santé et la Direction de la santé ont mis en place des lignes d'assistance téléphonique pour accompagner les usagers pendant et après la pandémie de COVID-19. Parallèlement, la CNS tente de rationaliser la communication avec les usagers du système de santé et de maintenir activement sa présence sur les réseaux sociaux.

Des problèmes de transparence persistent également en matière de coûts des traitements. Même si cela n'influence pas nécessairement leurs comportements, les patients ignorent généralement les frais de laboratoire, de pharmacie ou d'hospitalisation car ces dépenses sont couvertes par le système du tiers-payant et qu'ils ne reçoivent jamais de facture ni d'informations sur les frais encourus. Même lorsque les frais de traitement ne sont pas couverts par le tiers-payant, les patients ne découvrent le montant à payer que lorsqu'ils reçoivent la facture (cf. Sections 3.4 et 7.2). Il n'existe pas non plus d'indicateurs de qualité ou d'expérience du patient qui pourraient aider les usagers à choisir un prestataire de soins. Les données sur les mesures de résultats et d'expériences rapportées par les patients (indicateurs PROMs et PREMs en anglais) ne sont pas collectées actuellement ou ne sont pas accessibles aux patients (cf. Section 7.4) ; il en va de même des données sur les événements indésirables.

PARTICIPATION ET IMPLICATION DE LA POPULATION

Au niveau du système

A quelques exceptions près, l'usager est peu représenté dans le système de santé (cf. Section 2.2) ; aucune loi ne garantit le droit à la représentation ou à la consultation de l'usager. En général, les usagers ne siègent pas aux conseils d'administration des établissements de santé ou dans les comités consultatifs.

Une évolution est toutefois observée, des représentants des patients ayant participé à l'élaboration de plans d'action nationaux, tels que le Plan national cancer, le Plan national maladies rares ou le Plan national santé mentale. De plus, pour mieux comprendre le point de vue et les expériences des patients, des initiatives participatives incluent également des représentants et/ou des associations de patients (cf. Sections 3.7.1 et 5.12). La consultation des usagers, même si elle n'est pas obligatoire, est de plus en plus observée dans les processus décisionnels. En outre, l'accord de coalition gouvernemental 2023–2028 prévoit la participation d'un représentant des patients au conseil d'administration de chaque hôpital. Enfin, le Cercle des associations de patients (CAPAT), une fédération des associations de patients, a été créé en 2022 pour favoriser la participation des patients aux organes consultatifs publics (CAPAT, 2023).

Au niveau clinique

La prise de décision partagée et la participation des patients sont des éléments clés de la loi de 2014 relative aux droits et obligations du patient. La plupart des personnes interrogées (85 %) dans le cadre de l'Enquête européenne par interview sur la santé se déclarent satisfaites de leur implication dans le processus de prise de décision (cf. Encadré 5.2). Mais il n'existe pas d'autre enquête nationale permettant d'en savoir plus sur l'implication des patients dans les décisions concernant leur traitement. Les associations de patients affirment que les patients ne reçoivent pas un soutien approprié pendant leur traitement, soulignant le manque d'informations facilement accessibles pour les guider. Ce manque de ressources limite la capacité des patients à s'impliquer davantage dans les décisions relatives à leur traitement (ObSanté, 2023).

La réglementation sur le contenu des dossiers de patients demeure ambiguë. Bien que la loi de 2014 accorde aux patients un droit d'accès aux données et aux dossiers concernant leur santé, l'accès aux dossiers médicaux reste difficile (Mémorial A140, 2014). L'absence de procédures ou de formulaires standardisés de demande d'accès pour les patients ou les professionnels de la santé accentue cette difficulté. Le manque de système unifié de dossier patient, chaque médecin gérant un fichier distinct, complique encore la situation. Enfin, le dossier de soins partagé, qui offre une solution potentielle, doit encore être pleinement adopté (cf. Section 4.1.3).

CAPACITÉ

La capacité à assurer une gouvernance fondée sur des données probantes se développe, notamment avec la création de l'Observatoire national de la santé en 2022. Cette institution vise à renforcer la compréhension de la performance du système de santé, pour permettre aux décideurs politiques d'identifier les problèmes et d'évaluer plus efficacement l'impact de leurs actions. En outre, l'élaboration d'un cadre d'analyse pour l'évaluation de la performance du système de santé, initié en juin 2024, vise à renforcer la planification stratégique, l'élaboration des politiques et le suivi du système de santé luxembourgeois et de ses réformes (cf. Encadré 2.1).

Malgré ces avancées, il est encore difficile d'évaluer la capacité d'élaboration de politiques dans le système de santé luxembourgeois. Les politiques de santé de ces dernières années découlent davantage de réactions

aux jugements de tribunaux ou à l'opposition du Conseil d'État que d'une vision prospective. En outre, la mise en œuvre des politiques ne fait pas l'objet d'un suivi systématique, et leur évaluation est rarement entreprise. Les incitants financiers visant à modifier les comportements des patients ou des professionnels de la santé font défaut, et les plans d'action souffrent souvent d'une budgétisation insuffisante car les ressources nécessaires n'ont pas été adéquatement calculées.

■ 7.2 Accessibilité

COUVERTURE DE LA POPULATION

En 2021, 91,8 % de la population résidente était couverte par l'assurance maladie obligatoire (ObSanté, 2024). Le personnel des organisations internationales et les membres de leur famille sont pris en charge par d'autres régimes, de même que les résidents travaillant dans des pays voisins. L'accessibilité des soins de santé est globalement élevée et la population assurée bénéficie d'une couverture universelle et d'un vaste panier de soins et de prestations (OECD, 2024c).

Malgré cette bonne couverture générale, certaines personnes rencontrent encore des difficultés d'accès, notamment en raison de l'absence d'adresse officielle permanente. Disposer d'une adresse officielle est en effet crucial pour accéder aux droits. Bien que la législation luxembourgeoise permette d'ouvrir un compte en banque à tout résident, y compris ceux sans domicile fixe, les personnes n'ayant pas d'adresse officielle ou d'emploi déclaré peuvent rencontrer des difficultés à accéder à ce service. Cela peut avoir pour conséquence d'entraver leur capacité à adhérer sur base volontaire à l'assurance maladie obligatoire (cf. Section 3.3.1).

Les difficultés financières constituent un autre obstacle majeur à l'accès aux soins. En 2021, environ 85,5 % des bénéficiaires de Médecins du monde (organisation offrant des services médicaux et psychosociaux à toute personne ayant des difficultés à accéder aux soins de santé au Luxembourg) déclaraient que les problèmes financiers représentaient une entrave importante à l'accès aux soins (Médecins du Monde Luxembourg, 2021) ; les difficultés financières sont aussi plus marquées dans le quintile le plus pauvre de la population (cf. Encadré 3.1 et section 7.3). Répondant à cette situation, le projet de couverture universelle des soins de santé (CUSS) vise

à offrir aux personnes vulnérables un accès normal à l'assurance maladie (cf. Section 3.3.1). L'accord de coalition 2023–2028 prévoit la création d'une base légale pour la couverture universelle des soins de santé, qui prendra la suite du statut expérimental actuel ; cela permettra également d'allouer les ressources humaines et financières nécessaires pour étendre l'accès à un plus grand nombre de personnes dans le besoin (CHD, 2023b). Ces obstacles à l'accès aux soins contribuent à la part plus élevée des besoins médicaux non satisfaits dans le quintile des revenus les plus bas au Luxembourg (cf. Besoins de soins non satisfaits ci-après).

DISPONIBILITÉ DES SERVICES

Selon les données du sondage mondial Gallup sur la satisfaction des citoyens à l'égard des services de santé et autres services publics, la population du Luxembourg est satisfaite de la disponibilité de soins de santé de qualité à proximité. Alors que le niveau de satisfaction s'élevait en moyenne à 67 % en 2022 parmi les pays de l'OCDE, le Luxembourg arrivait en troisième position (86 %), après la Suisse (94 %) et la Belgique (90 %). Avec 4,0 lits d'hôpitaux pour 1000 habitants en 2022, le Luxembourg possède un taux de lits plus élevé que le Danemark (2,5) et les Pays-Bas (2,5 également), mais se situe en-dessous de la moyenne de l'UE, qui est de 5,2 lits pour 1000 habitants (Eurostat, 2024a). Le taux d'occupation des lits est stable, autour de 70 %, ce qui correspond à la moyenne de l'OCDE (OECD, 2023) (cf. Section 4.1.1).

En raison de la faible taille de la population du Luxembourg, les médecins et les hôpitaux ne disposent pas toujours d'un volume de patients suffisant pour répondre aux standards requis pour certaines prestations médicales. C'est pourquoi certains traitements spécialisés ne sont disponibles que sur un seul site national, ou seulement à l'étranger, et les patients nécessitant des soins hautement spécialisés non proposés au Luxembourg sont fréquemment orientés vers des pays voisins. Une autorisation préalable est requise pour les soins qui nécessitent un équipement médical spécialisé, une infrastructure ou un traitement hospitalier stationnaire d'au moins une nuit. La CNS peut refuser cette autorisation si le traitement nécessaire peut être réalisé au Luxembourg dans un délai médicalement justifié (cf. Section 2.8.4). Les temps d'attente constituent un obstacle à l'accès aux soins ; au Luxembourg, ils sont

considérés comme une priorité de niveau moyen à élevé, selon une étude de l'OCDE de 2020 (OECD, 2020). Ce rapport précisait que les temps d'attente étaient problématiques dans divers domaines des soins de santé, notamment les soins spécialisés, les tests diagnostiques, les services d'urgence, les soins primaires et les traitements contre le cancer. Les temps d'attente dans les services d'urgence sont souvent sujets à des débats publics.

Des efforts ont été déployés pour réduire les temps d'attente, avec l'extension et la promotion des services de soins primaires en dehors des heures ouvrables, notamment dans les maisons médicales de garde, les services de garde de nuit des structures d'hébergement pour personnes âgées et les maisons médicales de garde pédiatriques (cf. Section 5.5). En outre, la réforme des prestations diagnostiques du Laboratoire national de santé a contribué à réduire l'externalisation, à renforcer la coordination et à concentrer les services dans les hôpitaux luxembourgeois. Le gouvernement a également fixé des objectifs pour les délais d'attente en matière de prise en charge oncologique, visant à ce qu'au moins 95 % des patients reçoivent un diagnostic dans les cinq jours (ouvrables), ainsi que des cibles spécifiques selon le type de cancer (OECD, 2020). Pourtant, le délai moyen de réponse du Laboratoire national de santé, qui détient le monopole des analyses anatomo-pathologiques (cf. Section 5.1) pour tout type d'échantillon, a augmenté, passant de 8,7 jours en novembre 2022 à 13,8 jours en novembre 2023, avec deux pics à 17,8 et 18 jours en mars et en juillet 2023, respectivement. Ces retards étaient dus à des pannes fréquentes des équipements, à la nécessité d'adapter la digitalisation et l'organisation des flux de travail aux besoins, à une hausse des jours de congé en raison de la convention collective de 2023 et à une absence de baisse des demandes d'examens durant l'été 2023, contrairement aux étés précédent (CHD, 2024d).

Par ailleurs, un règlement est entré en vigueur en 2019 afin de réduire le temps d'attente dans les services d'urgence. Ce règlement impose un triage des patients et établit des filières de prise en charge spécifiques. En 2017, le gouvernement a également fixé à trois heures au maximum le temps d'attente dans les services d'urgence (ministère de la Santé et ministère de la Sécurité Sociale, 2017). À la suite d'un débat public sur les délais d'attente en matière d'imagerie médicale, notamment les IRM, une autre initiative gouvernementale a visé à réduire les délais d'attente pour l'imagerie médicale, en décentralisant les services d'ordinaire localisés dans les hôpitaux. Cette initiative a permis aux quatre centres hospitaliers de fournir

des prestations sur des sites ambulatoires (antennes de service), soit avec leur propre personnel médical, soit en partenariat avec des médecins indépendants (cf. Sections 4.1.2 et 6.1).

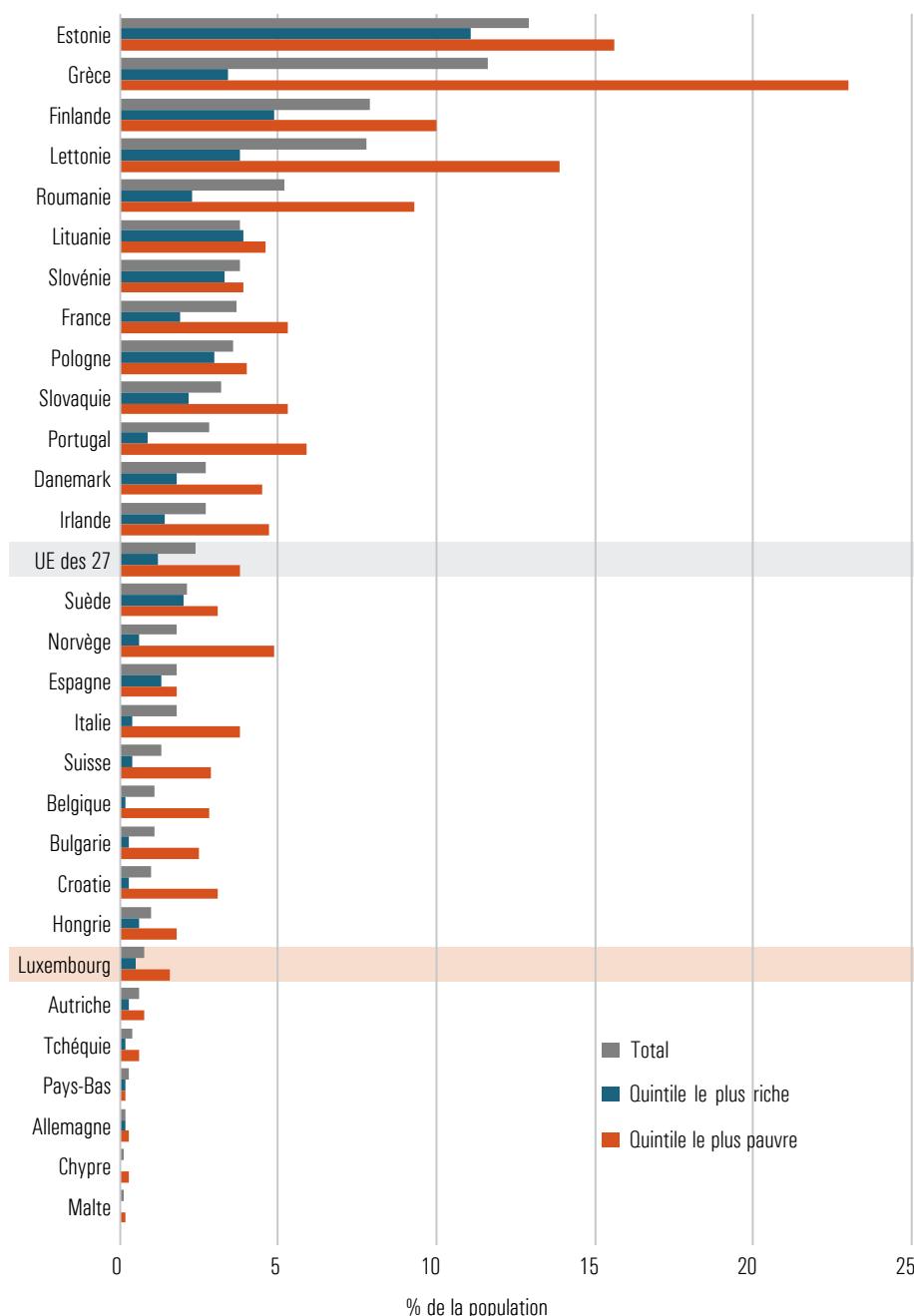
Enfin, un programme pilote d'extension des horaires d'ouverture est en cours pour réduire les délais d'attente pour des examens diagnostiques, incluant l'IRM et la mammographie. De plus, les délais d'attente aux examens d'IRM sont à présent collectés par tous les hôpitaux selon une méthodologie harmonisée (Le gouvernement luxembourgeois, 2023d, 2023e). Néanmoins, les délais d'attente ne sont pas seulement liés à la disponibilité (géographique) des scanners CT et des IRM, mais également à leur usage excessif, comme expliqué à la section 7.6.

À l'avenir, la prestation de services dépendra de la disponibilité des professionnels de santé. On observe des fluctuations notables dans les effectifs du personnel médical et infirmier, compliquées par l'importante dépendance à l'égard des professionnels de la santé étrangers. Une proportion croissante d'employés des hôpitaux est frontalière (44,9 % en 2019 et 48 % en 2023) ce qui souligne le défi majeur que représente la rétention du personnel dans son emploi (IGSS, 2024b) (cf. Section 4.2.3). L'absence actuelle de registre digital empêche de quantifier les effectifs de professionnels de la santé (cf Sections 4.2.2 et 6.2), et complique l'évaluation de l'adéquation des ressources humaines en santé. Un rapport de 2019 consacré à la disponibilité de la main d'œuvre a révélé une pénurie imminente : d'ici à 2034, entre 59 % et 69 % des médecins devraient partir à la retraite (Lair-Hillion, 2019). En réaction, le gouvernement a initié une campagne publique pour renforcer l'attractivité des professions de la santé et a introduit des programmes de formation spécialisée en médecine générale, en oncologie et en neurologie ainsi que quatre *bachelors* en soins infirmiers à l'Université du Luxembourg – d'autres *bachelors* étant en cours de développement (cf. Sections 4.2.4 et 6.2).

BESOINS MÉDICAUX NON SATISFAITS

Au Luxembourg, les besoins non satisfaits en matière de soins médicaux et dentaires figurent parmi les plus faibles en Europe. Seule 0,8 % de la population déclarait en 2023 des besoins de soins médicaux non satisfaits, pour des raisons de coûts, de distance ou de délais d'attente (cf. Figure 7.1). Ce résultat est nettement inférieur à la moyenne de l'UE, qui s'élevait à

FIG. 7.1 Besoins non satisfaits d'examens médicaux pour des motifs de coût, de temps d'attente ou de distance, par quintile de revenus dans l'UE et l'EEE en 2023



Note : UE27 : les 27 États membres de l'UE après le 1er février 2020.

Source : Eurostat (2024).

2,4 %, ce qui souligne les obstacles relativement faibles à l'accès aux services de santé sur le territoire. En 2023, 1,2 % de la population déclarait des besoins non satisfaits en soins dentaires ; mais dans le quintile de revenus le plus bas, ce pourcentage s'élevait à 3,0 % tandis que dans le quintile le plus haut, il n'était que de 0,5 %. Cette part est en tous cas inférieure à celle de la plupart des pays européens, où les besoins de soins dentaires non satisfaits s'élevait en moyenne à 3,4 % (Eurostat, 2024a).

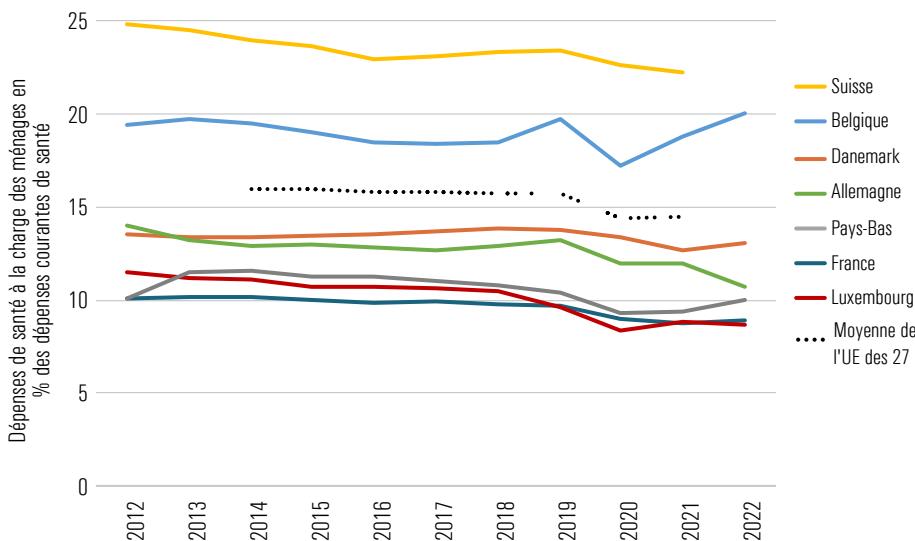
Un manque de transparence sur les coûts et les honoraires peut limiter l'accès aux soins. Comme décrit à la section 7.1, les patients ignorent souvent le coût des traitements – y compris le montant de l'avance de frais et la participation aux coûts – jusqu'à la fin de la consultation ou du traitement. Cette incertitude provient du fait que, les patients ne savent pas quelles prestations médicales le médecin va leur facturer. En outre, les montants des honoraires pour convenience personnelle, que les patients doivent régler eux-mêmes, ne sont pas strictement réglementés, car les statuts de la CNS stipulent que leur montant doit être déterminé « avec tact et mesure » sans mentionner de montant maximal, ni de critères de fixation (cf. Section 3.4). Le patient devrait être informé à l'avance par son médecin, et son consentement est requis pour la facturation de ce supplément d'honoraires, mais en réalité, ce n'est pas toujours le cas. La CNS ne rembourse qu'à hauteur du tarif officiel, à condition que le montant total de la facture ait été réglé, honoraires pour convenience personnelle inclus. Les patients sont responsables du règlement des dépassements d'honoraires (Zahlen, 2019).

■ 7.3 Protection financière

Au cours de la dernière décennie, le Luxembourg a conservé une proportion assez faible et stable de dépenses à la charge des ménages en proportion des dépenses courantes de santé, oscillant autour de 8,7 % en 2022, ce qui est inférieur à la moyenne de l'UE (14,5 %) et à de nombreux pays voisins (cf. Figure 7.2).

Le Luxembourg utilise plusieurs mécanismes de protection des individus contre les dépenses de santé catastrophiques ou la sous-utilisation des services essentiels. Parmi ceux-ci figurent le TPS, qui consiste en un plafond annuel fixé sur les frais officiels à la charge des patients, ainsi que des exonérations de la participation aux coûts pour certains groupes, tels que les mineurs et les femmes enceintes pour les prestations relatives à la

FIG. 7.2 Dépenses de santé à la charge des ménages en proportion des dépenses courantes de santé au Luxembourg et dans certains pays de 2012 à 2022



Notes : rupture de série temporelle pour la France en 2013, le Luxembourg en 2019 et la Suisse en 2021, et les valeurs de l'UE des 27 en 2020 et 2021 sont provisoires ; UE des 27 : 27 États membres de l'UE après le 1er février 2020.

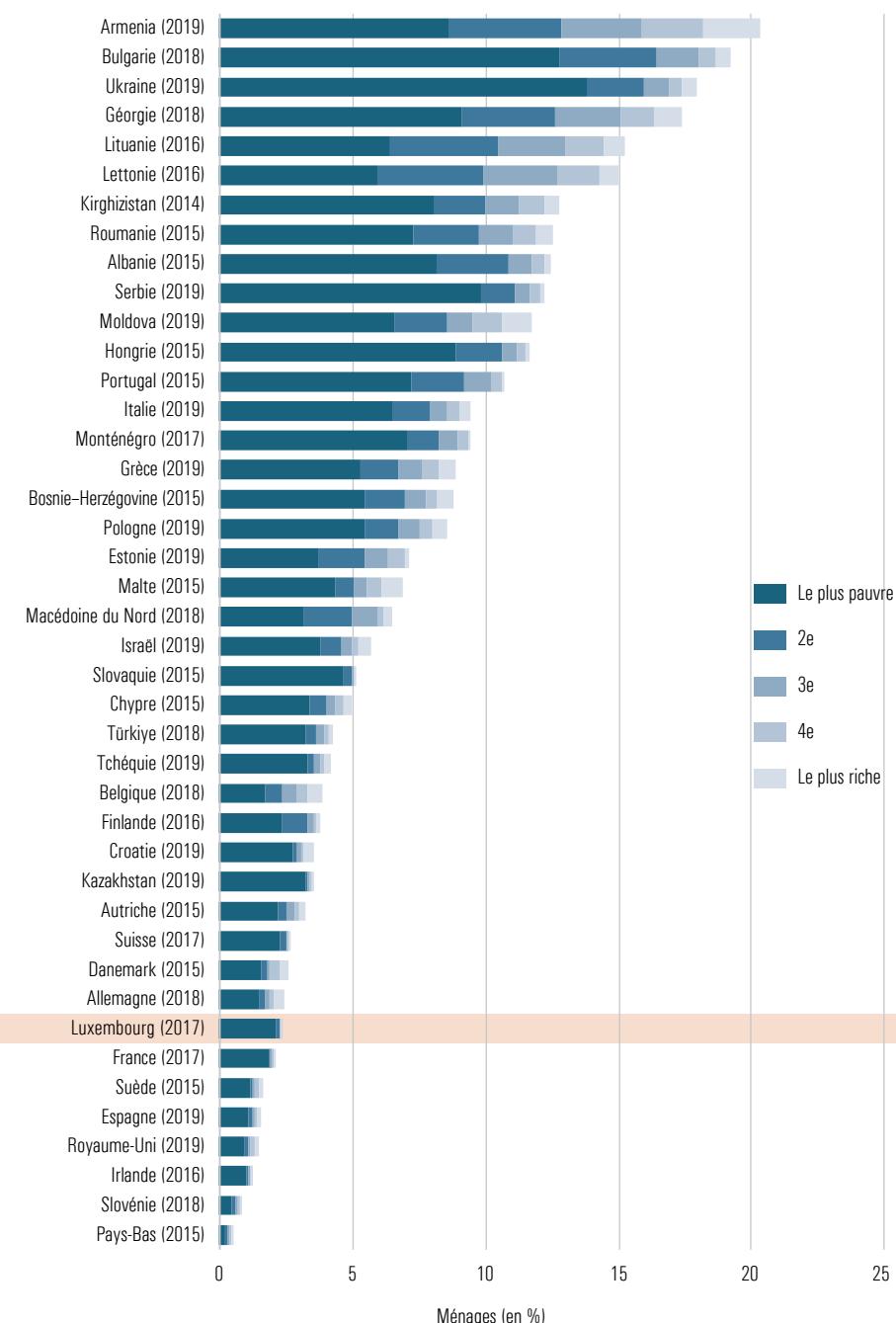
Source : Eurostat (2024)

grossesse. En outre, le projet de CUSS étend la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire aux populations les plus vulnérables (cf. Section 3.3.1).

Des données récentes, datant de l'année précédant la pandémie de COVID-19, soulignent la position du Luxembourg en tant que pays dans lequel les cas de dépenses de santé catastrophiques sont peu fréquent, avec 2,3 % des ménages déclarant de telles dépenses (cf. Figure 7.3). Il convient de noter que la quasi-totalité des cas (2,1 %) étaient concentrés dans les ménages rencontrant des difficultés financières (OECD, 2021). Cependant, l'accessibilité financière reste un défi, notamment en raison de la participation aux coûts, des dépassements d'honoraires et de l'avance des frais pour les consultations de médecins en secteur extrahospitalier ou à l'hôpital, et pour les prestations dentaires et paramédicales.

La participation aux coûts des prestations telles que les prothèses dentaires de base, les prothèses auditives et les aides visuelles requiert

FIG. 7.3 Part des ménages ayant effectué des dépenses de santé catastrophiques par quintile de consommation (dernière année avant la pandémie de COVID-19)



Source : WHO Regional Office for Europe (2023).

souvent une assurance maladie complémentaire privée, ce qui pose des défis aux ménages à faibles revenus en raison des coûts élevés ou d'une couverture incomplète. Les données EHIS révèlent que, bien que les médicaments prescrits soient actuellement couverts par le tiers-payant, 6 % des personnes interrogées ont signalé des besoins non satisfaits en raison du coût élevé de ces médicaments (Moran et al., 2021). Les produits médicaux constituent une autre source de difficultés financières, représentant environ 60 % des dépenses à la charge des ménages confrontés à des dépenses de santé catastrophiques en 2017 (WHO Regional Office for Europe, 2023).

Les personnes dont les besoins en soins de santé sont importants sont exemptées de la coassurance si leur participation personnelle excède 2,5 % du revenu soumis à cotisation. Cependant, ce droit n'est pas appliqué automatiquement et les informations sur les conditions d'éligibilité ne sont pas facilement accessibles. En 2021, 1900 des 6000 demandes de remboursement complémentaire soumises étaient légitimes et ont ouvert le droit à une exonération pour un montant moyen de 503 euros. La CNS n'est pas en mesure de déterminer le nombre de personnes ayant droit à ces remboursements complémentaires. L'accord de coalition 2023–2028 prévoit la création d'un guichet de services sociaux afin de rationaliser les procédures administratives pour les bénéficiaires en vertu du principe « once only » (une seule fois). Il s'agit de simplifier les procédures et d'automatiser les processus pour faciliter l'accès aux prestations sociales (Le gouvernement luxembourgeois, 2023c ; CHD, 2024e).

Comme l'Andorre, la Belgique et la France, le Luxembourg autorise le remboursement *a posteriori* aux patients ayant recours à des soins de santé couverts par un financement public. En réponse à la pression de l'opinion publique, un modèle optionnel de tiers-payant (le PID) pour les prestations médicales est en cours de déploiement (Sterba, 2018). Cette initiative vise à améliorer l'accessibilité aux soins de santé et à renforcer la protection financière (cf. Section 3.4.1). Bien qu'un système de tiers-payant social existe pour les ménages à faibles revenus, il n'existe pas de procédure nationale déterminant l'éligibilité à ce dispositif et, de ce fait, chaque office social prend des décisions au cas par cas. L'office social de la commune couvre toute participation aux coûts officiels que le patient ne peut prendre en charge. Les honoraires pour convenance personnelle restent toutefois supportés par le bénéficiaire, et les traitements dentaires nécessitent un accord préalable. L'inconvénient de ce dispositif est que certains praticiens refusent de soigner les bénéficiaires du tiers-payant social.

■ 7.4 Qualité des soins de santé

Le Luxembourg ne dispose pas d'un programme national d'assurance qualité des soins de santé. La garantie de la qualité, ainsi que son suivi, relèvent de la responsabilité des prestataires.

SOINS HOSPITALIERS

La FHL et la CNS sont chargées de la documentation de la qualité et de la performance des soins hospitaliers et participent activement à l'élaboration d'un programme d'amélioration de la qualité. Ces travaux sont axés sur une sélection d'indicateurs de qualité, le processus d'accréditation et la documentation hospitalière. À ce jour, il existe un processus d'accréditation des hôpitaux (soit *Accreditation Canada*, soit *Joint Commission International Accreditation*), qui implique de collecter des données pour un ensemble d'indicateurs de qualité (cf. Sections 2.7.2 et Encadré 2.3). Toutefois, les informations sur le programme de qualité ne sont pas accessibles au public. Il existe en outre des données médico-administratives, qu'il conviendra à l'avenir d'exploiter, en particulier celles qui concernent les résultats en matière de qualité des soins.

Le Luxembourg a intégré les indicateurs nationaux sur la satisfaction des patients et leur perception du système de soins de santé dans l'Enquête européenne par interview sur la santé (cf. Section 5.2 et Encadré 5.2) mais il n'y a pas de suivi régulier d'indicateurs rapportés par les patients, à l'exception des hôpitaux aigus, où des indicateurs relatifs à l'expérience rapportée par les patients (*PREMs*) sont collectés sur base individuelle. L'évaluation des *PREMs* est cependant compliquée par l'absence d'approche standardisée entre les hôpitaux. Chaque établissement conduit sa propre enquête auprès de ses patients et gère les plaintes de façon indépendante, ce qui donne une image fragmentée, sans données comparables accessibles au public. Des efforts sont déployés pour développer les *PREMs* et les mesures des résultats rapportés par les patients (*PROMs*), mais leur mise en œuvre reste limitée à ce jour.

Outre ces initiatives, le projet de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé (*Health Care Quality Indicators Project*) demeure un outil essentiel pour évaluer et comparer la qualité des soins aux niveaux national

et international. Des indicateurs clés sont utilisés pour évaluer les résultats de santé ou les améliorations de l'état de santé pouvant être attribuées aux soins, tels que les hospitalisations évitables, la prescription médicamenteuse en soins primaires et le taux de mortalité à 30 jours dans les hôpitaux de soins aigus.

Les données sur les taux de survie à certains cancers ne sont pas accessibles au public, bien qu'un registre national du cancer existe, ce qui souligne encore la nécessité de disposer d'un meilleur système d'assurance qualité des soins de santé au Luxembourg (cf. Section 6.1).

Des efforts sont réalisés pour établir des lignes directrices cliniques nationales, adaptées au contexte du pays, et le Conseil scientifique du domaine de la santé émet des recommandations de bonnes pratiques médicales (cf. Sections 2.2, 5.1 et 5.2). Cependant, des défis persistent car il n'existe actuellement pas de stratégie concrète de mise en œuvre de ces lignes directrices, ni de plan d'évaluation systématique. En conséquence, la responsabilité de l'adoption de ces recommandations repose sur la volonté des prestataires de santé. Et, bien que certaines lignes directrices médicales puissent concerter d'autres professionnels de santé (tels que les sages-femmes pour la santé maternelle, les diététiciens et les podologues pour les soins aux personnes diabétiques), la cible de ces recommandations de bonnes pratiques ne s'étend pas à d'autres professions de santé.

L'intégration des soins entre les différents prestataires et secteurs de soins n'est pas optimale, notamment pour les patients souffrant de maladies chroniques, sans plan directeur de prise en charge des comorbidités ou de coordination des soins. Des initiatives telles que les réseaux de compétences pour des pathologies particulières sont, pour certaines, en cours de déploiement, englobant des prestataires de soins primaires et spécialisés, depuis le cabinet individuel jusqu'aux établissements hospitaliers (cf. Section 5.3). Les mesures prises pour améliorer la coordination et les soins centrés sur le patient – telles que le modèle du médecin référent et le dossier de soins partagé – ont donné des résultats mitigés en raison du manque d'incitation des patients à les appliquer, de stratégies de mise en œuvre et de cadres d'évaluation.

En outre, la prévention et l'éducation à la santé, y compris la littératie en santé, ne sont pas suffisamment considérés comme prioritaires. Les réformes récentes, telles que la loi hospitalière de 2018 et la création du

Comité de gestion interhospitalière, visent à encadrer certaines questions de qualité, mais l'accent mis sur la qualité reste encore à un stade débutant.

La promulgation de la loi de 2019 sur la radioprotection constitue un exemple d'initiative réussie, les établissements devant conduire des audits cliniques afin d'évaluer le respect des bonnes pratiques. Même si ces audits ont mené à des améliorations, une importante marge de progression existe, ce qui souligne le cheminement continu vers l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (cf. Section 7.6).

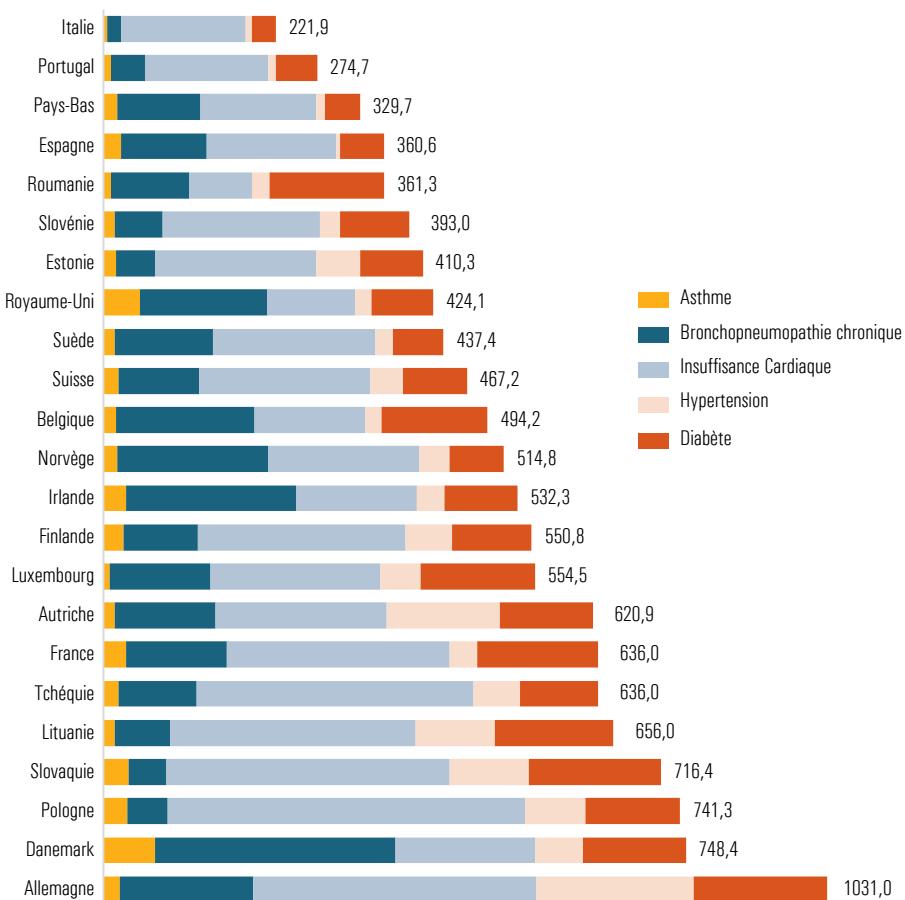
SOINS PRIMAIRES

Le Luxembourg ne possède aucune réglementation-cadre pour les soins primaires et seules quelques rares données existent sur la qualité des soins primaires (cf. Section 5.3). Sans soutien adéquat au niveau gouvernemental pour les soins primaires, le Luxembourg applique un modèle hospitalocentrique ; de ce fait, le projet de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé (*Health Care Quality Indicators Project*) demeure un outil essentiel pour le suivi des hospitalisations évitables pour asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), insuffisance cardiaque congestive, hypertension et diabète, ces affections pouvant toutes être suivies efficacement dans des structures de soins primaires et extrahospitalières (cf. Figure 7.4). Il s'agit d'une mesure utilisée à l'échelle internationale pour évaluer la qualité des soins primaires.

En 2021, les taux d'hospitalisations évitables pour 100 000 habitants, standardisés en fonction de l'âge et du sexe, étaient les plus élevés pour l'insuffisance cardiaque et l'hypertension, les affections pulmonaires et le diabète au Luxembourg (cf. Figure 7.4). Entre 2018 et 2021, ce taux avait diminué pour l'asthme et la BPCO, avait légèrement augmenté pour le diabète, et était resté stable pour l'hypertension et l'insuffisance cardiaque congestive. Parmi les pays sélectionnés, le Luxembourg occupait le 8e rang pour le nombre total d'hospitalisations évitables (cf. Figure 7.4) (OECD, 2024b).

Le nombre relativement élevé d'hospitalisations évitables pour asthme, BPCO, diabète et insuffisance cardiaque congestive au Luxembourg peut être attribué en partie à la prévalence de ces maladies (cf. Section 1.4). Toutefois, il pourrait également s'expliquer par l'insuffisance de la coordination, de la continuité et de la collaboration entre les secteurs des

FIG. 7.4 Taux d'hospitalisations évitables pour asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, hypertension et diabète au Luxembourg et dans certains pays en 2021 (pour 100 000 habitants)



Source : OECD (2024b).

soins primaires et hospitaliers (cf. Sections 5.3 et 5.4).

En 2021, la prescription d'antibiotiques au Luxembourg était supérieure à la moyenne de l'OCDE : 14,6 doses définies journalières pour 1000 habitants, contre 13,1 en moyenne dans les pays de l'OCDE. De plus, la polymédication chez les personnes âgées et la forte consommation de somnifères sont également courantes au Luxembourg (cf. Section 5.6). En général, les prescriptions ne font pas l'objet d'un suivi systématique tout au long du parcours de soins du patient. Il est fréquent que les patients entrent à l'hôpital avec un schéma thérapeutique donné, reçoivent d'autres

médicaments pendant leur séjour et repartent avec une prescription médicamenteuse encore différente. L'absence de parcours de soins défini pour le patient et la sous-utilisation des dossiers de soins partagés posent des difficultés pour les patients souffrant d'une (voire plusieurs) maladie(s) chronique(s). Pour améliorer les pratiques de prescription, le Luxembourg doit investir dans un système de suivi des prescriptions centralisé et systématique, consolidant l'ensemble de celles-ci.

■ 7.5 Résultats du système de santé

Le Luxembourg obtient de bons résultats sur les indicateurs relatifs à l'état de santé de sa population (espérance de vie, mortalité globale, par exemple), mais, en matière de déterminants de la santé, certains comportements, tels que la consommation d'alcool, le tabagisme et l'alimentation déséquilibrée, sont très répandus. La section 1.4 donne une description plus détaillée de l'état de santé de la population du Luxembourg.

En 2022, l'espérance de vie à la naissance au Luxembourg s'élevait à 83,0 ans, l'une des plus élevées parmi les 27 pays de l'UE, et supérieure de 2,4 ans à la moyenne de l'UE (80,6 ans). En 2020, l'espérance de vie a diminué de 6 mois (réflétant l'impact des taux de mortalité plus élevés au cours de la première année de la pandémie de COVID-19), mais elle a retrouvé le niveau antérieur de 2019, soit 82,7 ans dès l'année suivante (Eurostat, 2024a).

En ce qui concerne la mortalité toutes causes confondues ajustée, le Luxembourg a enregistré en 2022 un nombre de décès inférieur de 5,5 % à la moyenne 2015–2019, ce qui le place au premier rang des pays de l'OCDE pour cet indicateur (OECD, 2023). En 2021, la mortalité infantile au Luxembourg s'élevait à 3,1 décès avant l'âge d'un an pour 1000 naissances vivantes – un taux comparable à celui de la Belgique (2,9), de l'Allemagne (3,0) et de la Suisse (3,1) (OECD, 2024b).

Au cours de la dernière décennie, le Luxembourg a réduit la mortalité évitable, grâce à une baisse conjointe de la mortalité évitable par traitement (c'est-à-dire des décès qui peuvent être évités par un traitement efficace en temps opportun) et de la mortalité évitable par prévention (décès qui peuvent être évités par des mesures préventives de santé publique). Entre 2011 et 2020, le taux de mortalité évitable par traitement, standardisé selon l'âge, a diminué de 22,7 décès pour 100 000 habitants pour atteindre

60,3 décès pour 100 000 habitants en 2022. Le Luxembourg est également le pays de l'UE qui affiche le taux de mortalité évitable par prévention, standardisé selon l'âge, le plus bas. En 2020, 133,7 décès pour 100 000 habitants auraient pu être évités par des interventions de santé publique efficaces ; ce taux est inférieur à la moyenne des 27 pays de l'UE en 2020, qui s'établissait à 180,0 décès pour 100 000 habitants (cf. Figure 7.5).

En 2020, les principales causes de mortalité évitable par traitement étaient les cardiopathies ischémiques (19 %), le cancer colorectal (16 %) et le cancer du sein (14 %). Quant à la mortalité évitable par la prévention, ses principales causes étaient le cancer du poumon (17 %), la maladie à COVID-19 (16 %) et les décès imputables à l'alcool (12 %) (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

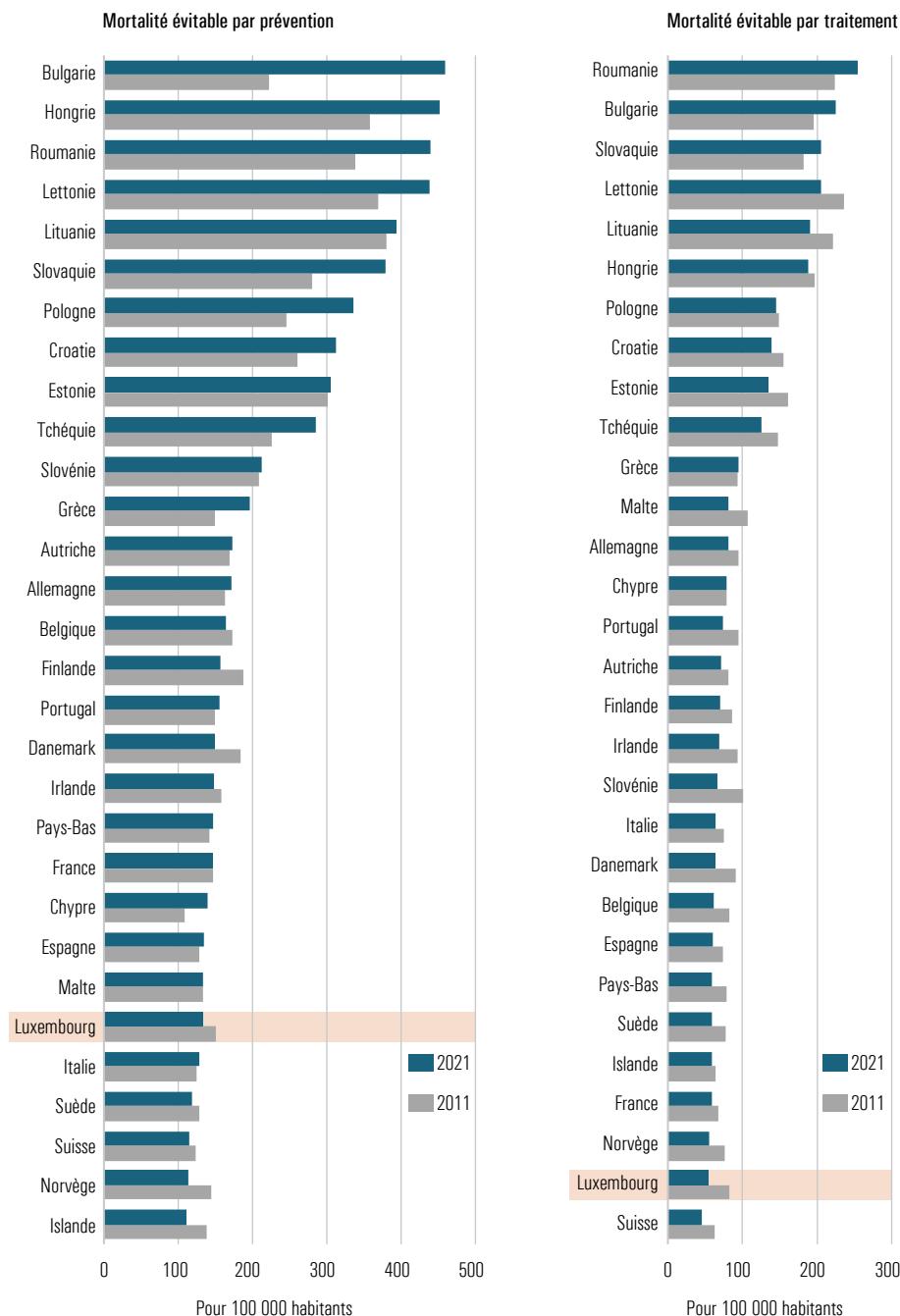
Les facteurs de risque comportementaux contribuent de manière significative à la mortalité au Luxembourg : ils sont responsables d'un décès sur trois environ (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

La population luxembourgeoise présente l'une des plus fortes consommations d'alcool de l'UE. En 2019, 43,1 % déclaraient consommer de l'alcool chaque semaine et 10,5 % avouaient connaître un épisode d'alcoolisation excessive (*binge drinking*) de manière hebdomadaire (OECD, 2023)¹². Les données issues de l'enquête annuelle de la Fondation Cancer du Luxembourg sur le tabagisme montrent qu'en 2022, près d'un adulte sur cinq déclarait fumer quotidiennement, ce qui suggérait une hausse récente, en particulier chez les jeunes et les jeunes adultes (Fondation Cancer, 2023 ; OECD, 2024b). Le surpoids et l'obésité constituent d'autres préoccupations majeures de santé publique : en 2019, 31 % de la population s'était déclarée en surpoids, et 16,1 % obèse (Eurostat, 2024). Depuis 2006, le surpoids et l'obésité ont régulièrement augmenté chez les enfants âgés de 11 à 18 ans, et même atteint un pic de 21 % en 2022 (HBSC Luxembourg Study, 2023).

En 2021, le nombre d'années de vie en bonne santé à la naissance était au Luxembourg inférieur à celui de la moyenne de l'UE pour les femmes (61,6 ans au Luxembourg contre 64,2 ans en moyenne dans l'UE) comme pour les hommes (62,3 ans contre 63,1 ans) (Eurostat, 2024a).

¹² L'épisode d'alcoolisation excessive ou « *binge drinking* » fait référence à un épisode de consommation élevée d'alcool, défini par l'ingestion de 60 g ou plus d'éthanol pur (ce qui au Luxembourg, correspond à au moins cinq boissons alcoolisées) au cours d'une même occasion.

FIG. 7.5 Mortalité évitable par prévention et par traitement au Luxembourg et dans certains pays en 2011 et 2021 (ou à la dernière date disponible, taux de mortalité standardisé selon l'âge, toutes personnes confondues, pour 100 000 habitants)



Source : Eurostat (2024).

Les efforts actuels de santé publique au Luxembourg devraient être renforcés pour modifier davantage les comportements à risque pour la santé, tels que le tabagisme et la consommation d'alcool, l'alimentation déséquilibrée et le faible niveau d'activité physique, de façon à améliorer le niveau de santé général de la population.

ÉQUITÉ

Au Luxembourg, les résultats en santé révèlent d'évidentes disparités socio-économiques. En 2019, 81,1 % des personnes ayant atteint le niveau d'éducation le plus élevé (enseignement supérieur ou plus) considéraient que leur santé était « bonne » à « très bonne », alors que ce taux n'était que de 61,5 % chez celles ayant le niveau d'éducation le plus faible (Eurostat, 2024a). Des disparités similaires en matière de santé étaient constatées chez les enfants âgés de 11 à 18 ans, en fonction du niveau d'aisance perçu de leur famille. En 2022, 43 % des enfants estimant leur famille « aisée »¹³ déclaraient que leur santé était excellente, contre 19 % seulement des enfants estimant leur famille « peu aisée » (HBSC Luxembourg Study, 2023). La répartition de l'obésité dans la population constitue un autre exemple d'inégalité. En 2019, la prévalence de l'obésité s'élevait à 9,9 % chez les personnes possédant le plus haut niveau d'éducation, et à 24,5 % chez celles dont le niveau d'éducation était le plus bas, ce qui représentait une différence notable de 14,6 points de pourcentage (Eurostat, 2024a). De façon similaire, le taux de surpoids/obésité chez les enfants de 11 à 18 ans s'élevait à 19 % chez ceux qui s'estimaient de famille « aisée », mais de 31 % chez ceux qui estimaient leur famille « peu aisée », soit 12 points de pourcentage de plus (HBSC Luxembourg Study, 2023).

L'équité ne figure pas en bonne place dans des plans d'action de santé spécifiques, bien que la mission de l'Observatoire national de la santé consiste notamment à étudier les inégalités dans ses activités, et que le Plan national santé de 2023 mette l'accent sur l'équité en matière de santé et de bien-être et sur l'universalité de l'accès aux soins, quel que soit le milieu socio-économique. En outre, il n'y a pas de collecte systématique de données

¹³ Dans l'enquête HBSC, le niveau d'aisance perçu de la famille est évalué à l'aide d'une échelle à cinq degrés : les degrés 1 et 2 regroupés correspondent à une famille « peu aisée » le degré 3 à une famille « moyennement aisée » et les degrés 4 et 5 à une famille « aisée ».

sur l'équité socio-économique, en dehors des informations recueillies dans le cadre d'enquêtes. L'Observatoire de l'égalité entre les genres du ministère de l'Égalité des genres et de la Diversité, diffuse un panorama d'indicateurs ventilés selon le sexe, dans des domaines tels que l'emploi, la violence domestique et la santé (MEGA, 2024).

■ 7.6 Efficience du système de santé

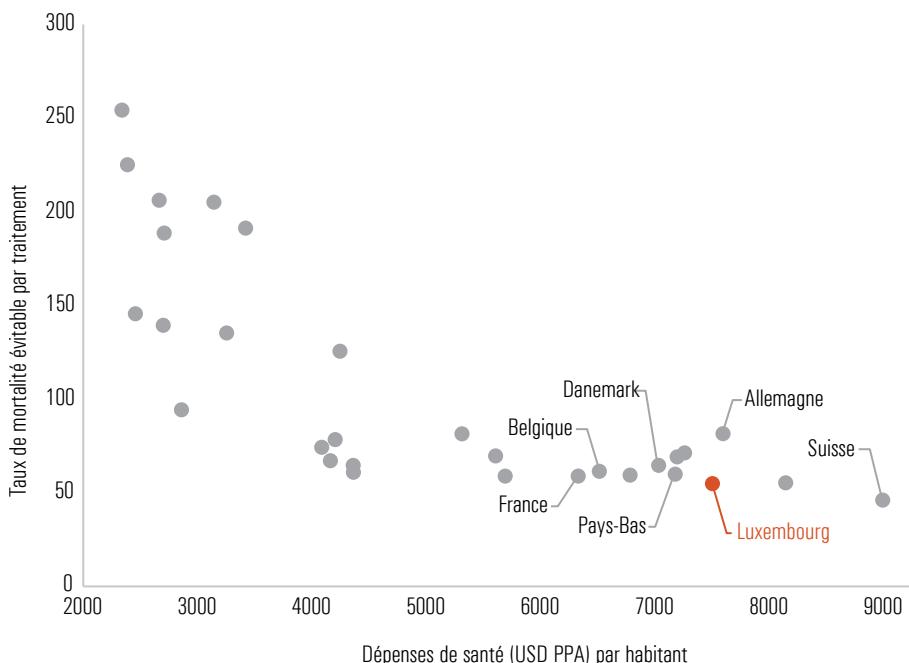
L'efficience d'un système de santé implique de porter les résultats attendus au meilleur niveau possible tout en assurant une allocation optimale des ressources (Cylus, Papanicolas & Smith, 2016). Un graphique comparant les dépenses de santé courantes et le taux de mortalité évitable par traitement permet d'obtenir une illustration simple de la performance du système de santé en termes de coûts des intrants et des résultats. À ce niveau très macro, le Luxembourg présente l'un des taux de mortalité évitable par traitement pour 100 000 habitants les plus bas d'Europe (cf. Section 7.5) mais il présente aussi l'un des niveaux de dépenses de santé par habitant les plus élevés. Des pays dont le taux de mortalité évitable par traitement est comparable (tels que les Pays-Bas, la France et la Belgique) (cf. Figure 7.6) conservent des niveaux bien inférieurs de dépenses de santé par habitant. Ceci suggère qu'une marge d'amélioration existe, considérant cet indicateur d'efficience de base.

EFFICIENCE DE LA RÉPARTITION DES RESSOURCES (EFFICIENCE ALLOCATIVE)

Il n'existe pas de mécanisme de priorisation pour l'allocation budgétaire et l'utilisation de données probantes sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité est également limitée (cf. Sections 2.7.2, 2.7.3 et 3.3.3). L'allocation des ressources ajustée au risque n'est pas utilisée. Cela peut s'expliquer par le fait que le régime d'assurance maladie obligatoire se trouve dans une situation financière positive depuis plusieurs années, rendant facultative la fixation de priorités pour les dépenses de santé. De ce fait, la prévention et la promotion de la santé sont sous-développées, et un recours excessif à certains types de soins a été observé.

Il existe en particulier une apparente tendance à recourir de manière excessive aux examens CT et IRM. Le Luxembourg figure en effet parmi

FIG. 7.6 Taux de mortalité évitable par traitement pour 100 000 habitants, comparé aux dépenses de santé par habitant en 2021



Notes : USD PPA : Parité de pouvoir d'achat en dollars : dollars US ajustés selon le pouvoir d'achat.

Source : Eurostat (2024) ; WHO (2024).

les pays de l'OCDE ayant effectué le plus grand nombre d'examens par CT et IRM en 2021, avec un nombre cumulé de 360 examens pour 1000 habitants, dépassé seulement par les États-Unis et la Corée, qui ont déclaré 362 examens pour 1000 habitants. Ce taux est très supérieur à la moyenne de l'OCDE, qui s'établissait à 249 examens pour 1000 habitants (OECD, 2023). Des mesures ont été mises en œuvre dans le cadre d'un plan national pour remédier à ce recours excessif aux examens diagnostiques incluant notamment des actions législatives, d'éducation et de formation, l'émission de lignes directrices et des audits. Les audits réalisés en 2016 et en 2023 ont montré une légère amélioration du taux d'examens justifiés par IRM, qui est passé de 78 % à 80 %, et une amélioration notable des examens justifiés par CT, qui sont passés de 61 % à 75 % (Bouëtté et al., 2019) (cf. Section 4.1.2).

Face au taux élevé de césariennes au Luxembourg – qui s'élevait en moyenne à 32 % entre 2014 et 2016 –, les professionnels de la santé ont mis en place des mesures visant à réduire ce taux, notamment la publication

d'une brochure d'information à l'attention des parents et la diffusion de lignes directrices nationales sur les césariennes programmées. Une évaluation réalisée en janvier 2020 a confirmé le succès de ces mesures : le taux de césariennes est passé sous la barre des 30 % pour la première fois depuis de nombreuses années ; toutefois, il convient encore d'améliorer le taux de césariennes chez les femmes multipares avec antécédent de césarienne (Weber et al., 2022).

Bien que la prévention soit élevée au rang des priorités du Plan national santé de 2023 et de l'accord de coalition 2023–2028, sa mise en œuvre demeure négligeable au Luxembourg. Il convient de noter qu'il n'existe pas de stratégie de prévention ou de promotion de la santé à l'échelle nationale. Malgré l'existence de certains programmes (tels que le dépistage du cancer du sein) et de certaines prestations médicales (telles que les examens dentaires pendant la grossesse et la petite enfance), la prévention ne fait pas partie de la gamme de prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire (CSS Art. 17) (cf. Section 3.7.1 et 5.1) Les prestataires de soins de santé ne sont donc pas incités à aborder avec leurs patients la question des comportements favorables à la santé, ni à les encourager à réaliser régulièrement des bilans de santé. Le système actuel échoue à promouvoir efficacement les modes de vie sains (cf. Section 7.5).

EFFICIENCE TECHNIQUE

Le système de financement des hôpitaux au Luxembourg n'incite pas à améliorer l'efficience, comme en témoignent la durée moyenne des séjours hospitaliers, qui est bien plus élevée que la moyenne de l'UE, et le faible taux d'occupation des lits. Le mécanisme de financement des hôpitaux repose sur une approche plus centrée sur les ressources que sur les résultats. En outre, le système de remboursement des prestations des médecins, qui sont majoritairement autonomes, fonctionne indépendamment du cadre de financement des hôpitaux, et les actes médicaux sont remboursés rétroactivement par l'assurance maladie obligatoire. Les hôpitaux disposent donc de peu de moyens pour orienter leurs activités (Rausch, 2021). Les médecins perçoivent la même rémunération, qu'ils traitent un patient en hospitalisation stationnaire, en hospitalisation de jour ou dans une structure extrahospitalière. Les médecins ont la possibilité de facturer des honoraires pour convenance personnelle (cf. Section 3.4). Il n'existe pas de système de

rémunération à la performance. Toutes les prestations, y compris en secteur hospitalier, sont rémunérées sur la base d'un paiement à l'acte (cf. Section 3.7). Néanmoins, le secteur hospitalier luxembourgeois a enregistré certains progrès en matière d'efficience technique au cours des dernières années, notamment de 2017 à 2021. Le taux d'hospitalisation de jour a augmenté significativement, passant de 41,6 % de toutes les admissions hospitalières en 2017 à 48,1 % en 2021. Bien que le taux de chirurgie de la cataracte soit à présent supérieur à la moyenne de l'OCDE de 93,8 %, le taux des amygdalectomies demeure inférieur à la moyenne de l'OCDE, qui s'élève à 40,0 % (OECD, 2023). La durée moyenne d'un séjour hospitalier est de 7,3 jours – un chiffre qui est resté stable entre 2012 et 2021. Cette stabilité peut s'expliquer par la prise en charge de plus en plus fréquente des séjours de courte durée en hospitalisation de jour, ces séjours étant alors exclus du calcul. En 2021, la durée moyenne de séjour en soins aigus s'établissait à 5,6 jours en France, à 6,3 jours en Belgique et à 7,4 jours en Allemagne (ObSanté, 2024). En 2023, la pénurie de lits de rééducation et de réhabilitation a conduit à en augmenter le nombre, dans le but de réduire le nombre des sorties de soins aigus retardées, ce qui devrait avoir un impact sur la durée moyenne de séjour à long terme.

Des discussions ont lieu depuis longtemps pour encourager les mutualisations dans le secteur hospitalier, telles que les technologies de l'information, les laboratoires et les achats groupés. La réforme des soins de santé de 2010 prévoyait la centralisation de certaines activités hospitalières. Bien que des efforts en ce sens aient été déployés par la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, une approche de coordination nationale n'a été initiée qu'en 2024, sous l'impulsion d'une recommandation formulée par l'OCDE dans le cadre de son évaluation des réponses du Luxembourg à la crise du COVID-19 (cf. Section 2.5 et Encadré 2.2). À l'avenir, une nouvelle entité – la Centrale nationale d'achat et de logistique – mutualisera les achats et le stockage pour le secteur des soins de santé (Le gouvernement luxembourgeois, 2023f).

Au Luxembourg, la part de marché des médicaments génériques sur le total des produits pharmaceutique est la plus faible des pays de l'OCDE ayant publié des informations à ce sujet en 2021, avec un volume de seulement 17,6 % (et une valeur de 5,1 %). A titre de comparaison, la part de marché en volume était de 83,4 % en Allemagne, 78,6 % aux Pays-Bas, 66,9 % au Danemark, 35,9 % en Belgique et 29,3 % en France. Comme indiqué dans la section 5.6, seuls deux groupes pharmacothérapeutiques

sont autorisés à la substitution (CSS Art. 22bis). La substitution des produits biosimilaires n'est pas autorisée au Luxembourg. À la différence d'autres pays, le Luxembourg n'a pas adopté de mesures d'incitation des médecins et des pharmaciens pour stimuler le marché des médicaments génériques (OECD, 2023). L'assurance maladie obligatoire finance un montant de remboursement fixe pour les deux groupes autorisés, ce qui permet aux patients de choisir entre le médicament original ou un générique, tout en lui laissant la responsabilité de payer la différence de prix. Mais, en pratique, l'information présentée au patient n'est pas toujours suffisante pour lui permettre de prendre une décision éclairée.

Le partage des tâches offre un potentiel important d'amélioration de l'efficacité et de l'accessibilité au sein du système de santé (WHO/PEPFAR/ UNAIDS, 2007). Cependant, le Luxembourg peine à adopter pleinement cette approche, en raison de la réglementation relative aux professionnels de la santé. Alors que les équipes pluridisciplinaires prévalent en milieu hospitalier, elles restent largement absentes des soins extrahospitaliers, ce qui limite le champ d'application du partage des tâches. Par ailleurs, les accords de financement actuels n'incitent pas à la formation d'équipes pluridisciplinaires en milieu extrahospitalier, ce qui entrave les progrès dans ce domaine. Un cadre juridique est en cours d'élaboration pour les cabinets médicaux, ce qui permettra aux médecins et aux professionnels de la santé de s'organiser sous forme sociétale (cf. Section 6.2).

Le Luxembourg continue de recourir à une variété de systèmes d'information manquant d'interopérabilité, ce qui entraîne, dans la plupart des cas, à l'enregistrement de données non standardisées. Bien que des versions électroniques des documents médicaux existent, elles sont essentiellement utilisées à des fins internes. De ce fait, l'échange des données médicales au Luxembourg repose encore majoritairement sur des documents traditionnels en papier, entraînant un manque d'efficience.

.

Conclusion

Le système de santé au Luxembourg fonctionne sur la base d'une assurance maladie obligatoire avec gestionnaire d'assurance unique, mais il est néanmoins confronté à des défis liés à la fragmentation des prises de décision et à la multiplicité des sources de financement. Des efforts sont déployés pour y remédier, notamment par la gestion conjointe de la santé et de la sécurité sociale. Pour renforcer la coordination et réduire la fragmentation, il est essentiel d'élaborer un plan de santé d'envergure générale, qui intègre les divers plans d'action existants, harmonise les mécanismes de financement et renforce l'intégration des politiques intersectorielles. La création d'un comité national de coordination de la santé pourrait également soutenir ces efforts. L'absence d'une loi-cadre de santé publique limite la coordination et la cohésion des politiques au sein du système de santé luxembourgeois. Une telle loi pourrait soutenir la transition des soins curatifs vers les soins préventifs, établir des structures de gouvernance claires et garantir un financement qui privilégie l'approche de la santé dans toutes les politiques (« *health in all policies* »). Cela permettrait de mettre en œuvre des stratégies plus étendues pour agir sur les déterminants commerciaux de la santé à l'échelle de la population, contribuant ainsi à réduire la morbidité et la mortalité évitables par la prévention. Le suivi de la performance du système de santé dans son ensemble est crucial pour élaborer des politiques efficaces, ce qui requiert d'intégrer des données issues de sources diverses et de désenclaver les

informations. Dans ce processus, il sera essentiel d'incorporer des données supplémentaires sur la qualité des soins de santé et d'utiliser le cadre de référence pour l'évaluation de la performance du système de santé qui est en cours d'élaboration. Enfin, l'intégration des soins et la mise en œuvre de parcours de soins intégrés, mettant l'accent sur des soins primaires renforcés, seront essentielles pour améliorer la coordination des soins et les résultats pour les patients.

La population assurée bénéficie d'un vaste panier de prestations de santé et déclare un niveau élevé de satisfaction à l'égard du système de santé : avec 86 % de personnes satisfaites, le Luxembourg se classait au 3e rang des pays de l'OCDE en 2022, derrière la Suisse et la Belgique. Bien que l'accès au système pour les non-assurés soit soutenu par des initiatives telles que le projet de couverture universelle des soins de santé (CUSS), l'inscription de ce projet dans la législation est fondamentale pour atteindre la couverture universelle et garantir des ressources appropriées, car toutes les personnes cibles ne sont pas couvertes actuellement. Si les besoins médicaux non satisfaits restent globalement faibles (0,8 % en 2023), ils sont trois fois plus élevés chez les personnes du quintile de revenus le plus bas par rapport à celles du quintile le plus élevé. Le manque de transparence concernant les coûts et les honoraires peut limiter l'accès aux soins, les patients ignorant fréquemment l'ampleur réelle du coût des traitements ou de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Les tarifs sont identiques pour tous les patients couverts par l'assurance maladie obligatoire, mais l'obligation de payer sur place peut aggraver les besoins non satisfaits et les dépenses de santé catastrophiques dans le groupe de revenus le plus bas. Le paiement immédiat direct (PID ou modèle de tiers-payant optionnel) progresse, mais son application n'est pas encore universelle. Les exemptions de la participation aux coûts sont en place mais ne sont pas toujours appliquées, ce qui est source d'obstacles administratifs. Il est essentiel de poursuivre les efforts de mesure des délais d'attente pour améliorer l'accès des patients aux soins et aux informations.

La réforme du système de santé de 2010 s'est révélée cruciale pour la stabilité financière et l'amélioration de la qualité du système de santé luxembourgeois. Toutefois, des gains d'efficience peuvent encore être obtenus par le renforcement de la prévention, par la progression de la digitalisation avec une stratégie cohérente et des systèmes interopérables, et par la promotion de l'usage des médicaments génériques avec des mesures d'incitation financière. Il est également essentiel de favoriser le partage des

tâches entre professionnels de la santé, notamment en continuant à soutenir la définition de leurs rôles et de leurs responsabilités. L'introduction de la psychothérapie dans les prestations prises en charge par l'assurance maladie obligatoire est une avancée importante et la désinstitutionnalisation des services de santé mentale doit demeurer une priorité. Enfin, considérer le remboursement des prestations sur base de données probantes et de leur rapport coûts-efficacité, avec un recours accru aux évaluations des technologies de santé, sera capitale pour l'amélioration de l'efficience du système et la fixation de ses priorités.

Annexes

■ 9.1 Références

- AEC (2018). Prestations. (<http://aec.gouvernement.lu/fr/l-assurance-dependance/prestations.html>, consulté le 26 juin 2024).
- ALSF (n.d.) Association Luxembourgeoise des Sages-Femmes. (<https://www.sages-femmes.lu/annuaire>, consulté le 26 juin 2024).
- APB (n.d.). Qui sommes-nous. (<https://www.apb.be/fr/corp/Retraits/Procedures/Firmes/Pages/default.aspx>, consulté le 28 août 2024).
- AXA (n.d.) Assurance santé Axa. (<https://axa.lu/fr/assurance-sante>, consulté le 25 juin 2024).
- Berthet F et al. (2015). *Health Systems in Transition, HiT in brief Luxembourg*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Bouëtté A et al. (2019). National audit on the appropriateness of CT and MRI examinations in Luxembourg. *Insights Imaging*, 10:54. (<https://doi.org/10.1186/s13244-019-0731-9>).
- CAPAT (2023). Note au formateur. (<https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/dossier/formation-gouvernement-2023/notes-au-formateur/capat.pdf>, consulté le 2 septembre 2024).
- Caruso G et al. (2023). *Spatial distribution of the population in Luxembourg: from the submunicipal level to the urban structure*. Luxembourg City, STATEC.
- CCSS (2023). Paramètres sociaux. (<http://ccss.public.lu/fr/parametres-sociaux.html>, consulté le 18 juin 2024).
- CCSS (2024). S'affilier volontairement à l'assurance maladie. (<https://ccss.public.lu/fr/particuliers/assures-volontaires/assurance-volontaire-maladie/affiliation-volontaire-assurance-maladie.html>, consulté le 24 juin 2024).

CGDIS (2024). Rapport d'activité 2023. 112.public. (<http://112.public.lu/fr/publications/rapports-activite/rapport-activite-2023.html>, consulté le 9 avril 2024).

CHD (2010). Projet de loi N°6196 portant réforme du système de soins de santé et modifiant : 1. le Code de la Sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

CHD (2020a). Projet de loi N°7523 portant création de l'établissement public « Agence luxembourgeoise des médicaments et produits de santé (ALMPS) », instituant une commission consultative de qualification et modifiant : 1° la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ; 2° la loi modifiée du 25 septembre 1953 ayant pour objet la réorganisation du contrôle des denrées alimentaires, boissons et produits usuels ; 3° la loi modifiée du 4 août 1975 concernant la fabrication et l'importation des médicaments ; 4° la loi modifiée du 25 novembre 1975 concernant la délivrance au public des médicaments ; 5° la loi du 15 mars 1979 portant réglementation de la transfusion sanguine ; 6° la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments ; 7° la loi du 18 décembre 1985 relative aux médicaments vétérinaires ; 8° la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux ; 9° la loi modifiée du 6 janvier 1995 relative à la distribution en gros des médicaments ; 10° la loi du 1er août 2007 relative aux tissus et cellules humains destinés à des applications humaines ; 11° la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

CHD (2020b). Projet de loi N°7650 portant introduction du recours collectif en droit de la consommation.

CHD (2020c). Code de conduite des députés luxembourgeois en matière d'intérêts financiers et de conflits d'intérêts. (<https://www.chd.lu/sites/default/files/2022-04/Code%20de%20conduite%20deputes%2020211214.pdf>, consulté le 25 juin 2024).

CHD (2022a). Question Parlementaire n°7028 – Mesures sociales pour aider les personnes physiques et les ménages.

CHD (2022b). Projet de loi N°8009 portant modification : 1° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ; 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ; 3° du Code de la sécurité sociale.

CHD (2022c). Question Parlementaire n°6574 – Pénurie de certains médicaments.

CHD (2023a). Question Parlementaire n°7746 – Tiers payant social.

CHD (2023b). Question Parlementaire n°51 – Suite du projet-pilote visant à mettre en place une couverture universelle des soins de santé (CUSS).

- CHD (2024a). Question Parlementaire n°316 – Temps de carence prévu dans le projet pilote CUSS (couverture universelle des soins de santé).
- CHD (2024b). Question Parlementaire n°617 – Paiement immédiat direct (PID).
- CHD (2024c). Question Parlementaire n°724 – Téléconsultations.
- CHD (2024d). Question Parlementaire n°183 – Délais d'attente pour les résultats du Laboratoire National de Santé.
- CHD (2024e). Question Parlementaire n°774 – Remboursements complémentaires par les caisses de maladie.
- CHL (n.d.a). PatientenHouse | CHL. (<https://www.chl.lu/fr/dossier/patientenhouse#les-associations>, consulté le 24 juin 2024).
- CHL (n.d.b). Omega 90 | CHL. (<https://www.chl.lu/fr/dossier/omega-90>, consulté le 26 juin 2024).
- Cloos J-M et al. (2015). Hypnotics and Triazolobenzodiazepines – Best Predictors of High-Dose Benzodiazepine Use: Results from the Luxembourg National Health Insurance Registry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84:273–283. (<https://doi.org/10.1159/000434755>).
- CMCM (n.d.). Présentation | CMCM. (<https://www.cmcm.lu/fr/sur-nous>, consulté le 20 février 2025).
- CNS (2013). Décompte annuel de l'assurance maladie-maternité – Exercice 2013. (<https://cns.public.lu/dam-assets/publications/decompte-annuel/decompte-am-2013.pdf>, consulté le 26 juin 2024).
- CNS (2020a). Tiers-payant social. (<https://cns.public.lu/fr/assure/remboursements/paiements/tiers-payant-social.html>, consulté le 20 février 2025).
- CNS (2020b). Convenances personnelles. (<https://cns.public.lu/fr/assure/remboursements/paiements/convenances-personnelles.html>, consulté le 20 février 2025).
- CNS (2020c). Convention entre la Caisse nationale de santé et le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois. (<https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/convention/cns-spl-convention.pdf>, consulté le 25 juin 2024).
- CNS (2022a). Rapport annuel 2021 (<https://cns.public.lu/dam-assets/publications/rapport-annuel/rapport-cns-2021-internet.pdf>, consulté le 24 juin 2024).
- CNS (2022b). Décompte de l'assurance maladie-maternité – Exercice 2021 (<https://cns.public.lu/dam-assets/publications/decompte-annuel/decompte-amm-2021.pdf>, consulté le 24 juin 2024).
- CNS (2023a). Rapport annuel 2022. (<http://cns.public.lu/fr/publications/rapport-annuel/rp-2022.html>, consulté le 24 juin 2024).
- CNS (2023b). Décompte de l'assurance maladie-maternité – Exercice 2022. (<https://cns.public.lu/dam-assets/publications/decompte-annuel/decompte-amm-2022-.pdf>, consulté le 24 juin 2024).

- CNS (2023c). Nomenclature des actes et services des médecins et tarifs applicables. (<https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/actes-generaux-techniques/medecins/mdecins-nomenclature-et-tarifs-25112023.pdf>, consulté le 24 juin 2024).
- CNS (2023d). Comptes annuels de l'assurance maladie-maternité – 2022 établis par la CNS au mois de mai 2023. (<https://cns.public.lu/dam-assets/publications/decompte-annuel/decompte-amm-2023.pdf>, consulté le 24 juin 2024).
- CNS (2023e). Version coordonnée au 01.09.2023 de la nomenclature des actes et services des prestataires de soins palliatifs et tarifs applicables. (<https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/actes-generaux-techniques/prestataires-soins-palliatifs/prestataires-soins-palliatifs-nomenclature-tarifs-01092023.pdf>, consulté le 26 juin 2024).
- CNS (2023f). Reminder regarding the reimbursement of cross-border healthcare services. (<http://cns.public.lu/en/actualites/2023/rappel-prise-en-charge-transfrontaliere.html>, consulté le 25 juin 2024).
- CNS (2024a). Version coordonnée au 01.06.2024 de la nomenclature des actes et services des médecins (<https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/actes-generaux-techniques/medecins/mdecins-nomenclature-et-tarifs-01062024.pdf>, consulté le 20 février 2025).
- CNS (2024b). Remboursement complémentaire. (<https://cns.public.lu/fr/assure/remboursements/paiements/remboursement-complementaire.html>, consulté le 20 février 2025).
- Code de la Santé – Legilux, (n.d.). (<https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/code/sante/20230806>, consulté le 14 août 2023).
- Collège médical (n.d.). Célébration 150 ans. (http://www.collegemedical.lu/uploads/Presentation/doc/1_1_C%C3%A9lebration%20150%C2%A0ans%C2%80Brochure%C2%80r%C3%A9dit%C3%A9e.pdf, consulté le 24 juin 2024).
- Conseil de la concurrence (2022). Enquête sectorielle médicaments et pharmacies. (<http://concurrence.public.lu/fr/avis-enquetes/enquetes/2022/rapport-enquete-medicaments-pharmacies.html>, consulté le 24 juin 2024).
- Conseil Scientifique (2023a). Mission Conseil Scientifique Domaine de la Santé. (<http://conseil-scientifique.public.lu/fr/conseil-scientifique/mission.html>, consulté le 6 octobre 2023).
- Conseil Scientifique (2023b). Imagerie médicale : Radioprotection des patients - Recommandation de bonne pratique médicale. (<https://conseil-scientifique.public.lu/fr/publications/imagerie-medicale/radioprotection-2022.html>, consulté le 10 juin 2023).
- Conseil Scientifique (2024). Conseil Scientifique Domaine de la Santé Recommandation. (<http://conseil-scientifique.public.lu/fr.html>, consulté le 26 juin 2024).

- Coroller GL et al. (2021). European Health Interview Survey (EHIS): Méthodologie de l'étude – 3^{ème} vague 2019 (Factsheet). (<https://researchportal.lih.lu/en/publications/european-health-interview-survey-ehis-m%C3%A9thodologie-de-l%C3%A9tude-3%C3%A8me>, consulté le 20 juin 2024).
- Cour des comptes (2021). Rapport spécial de la Cour des comptes sur le financement public des investissements hospitaliers. (<https://cour-des-comptes.public.lu/dam-assets/fr/rapports/rapports-speciaux/2019/RapportEtablissementsHospitaliers.pdf>, consulté le 10 juin 2024).
- CSS (2024). Code de la Sécurité sociale – Lois et règlements, Code de la Sécurité sociale. (https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/code/securite_sociale/20240101, consulté le 24 juin 2024).
- Cylus J, Papanicolas I, Smith P (eds) (2016). *Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management*, Health policy series. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Département de l'aménagement du territoire (2022). Couverture et utilisation du sol au Grand-Duché de Luxembourg (NR 1). Des cartes et des chiffres. Luxembourg, Ministère de l'Énergie et de l'Aménagement du territoire. (<https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/actualites/2022/10-octobre/21-carte-chiffres/publication-des-cartes-et-des-chiffres.pdf>, consulté le 24 juin 2024).
- DiSa (2023). Rapport du 2^{ème} audit national de la pertinence des demandes d'examens CT et IRM – Portail Santé – Luxembourg.
- DKV (n.d.). DKV Luxembourg. (<https://www.dkv.lu/fr/particuliers>, consulté le 20 février 2025).
- ECDC (2023). Antimicrobial consumption dashboard (ESAC-Net). (<https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/surveillance-and-disease-data/database>, consulté le 26 juin 2024).
- Empirica (2020). Mehrländervergleich Digitalisierungsstrategien ausgewählter EU-Staaten – Digital-Health-Index.
- e-Santé (2018). DISPODOC. (<https://www.esante.lu/portal/fr/faq-205-223.html>, consulté le 25 juin 2024).
- e-Santé (2020). Le DSP et sa campagne de sensibilisation. (<https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/actualites/2020/10-octobre/Presentation-du-DSP-et-de-sa-campagne-de-communication.pdf>, consulté le 11 juin 2024).
- e-Santé (2023). e-Santé – Rapport annuel 2022. (<https://www.esante.lu/portal/fr/l-agence-esante-presente-son-rapport-annuel-2022-et-ses-services-lors-d-une-conference-de-presse-5-69.html?args=PQFWPJEj1EvbJ8CG9w>

- MpUFQEBneKXzbGc3LHwoqfHUA^{g2zd48nZMsSjeKwXK4xlPoeMRgiyvrS3t2iTIpQMpmA}, consulté le 11 juin 2024).
- e-Santé (n.d.). FAQ_DSP. Agence ESanté Luxemb. (<https://www.esante.lu/portal/fr/faq-205-223.html>, consulté le 6 octobre 2023).
- European Commission (2022). Corruption-eurobarometer. (<https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2658>, consulté le 25 juin 2024).
- European Observatory on Health Care Systems (1999). *Health care systems in transition: Luxembourg, Health Care Systems in Transition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- European Parliament (2005). Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, OJ L.
- Eurostat (2021). Survey on the use of ICT in Europe. (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20220406-1>, consulté le 7août 2023).
- Eurostat (2023). Healthcare non-expenditure statistics manual and guidelines for completing the Joint questionnaire on non-monetary healthcare statistics. (<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/17120833/KS-GQ-23-001-EN-N.pdf/f7584d59-88c5-b263-f6e2-4670ed8e89a3?version=1.0&t=1688982804201>, consulté le 21 mars 2024).
- Eurostat (2024). Base de données. (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>, consulté le 20 février 2025).
- Fondation Cancer (2023). Les chiffres du tabagisme au Luxembourg. Ma Vie Tab. (<https://www.maviesanstabac.lu/statistiques>, consulté le 26 juin 2024).
- Foyer Assurances (n.d.). Médicis assurance santé | Foyer Assurances. (<https://www.foyer.lu/fr/sante/assurance>, consulté le 25 juin 2024).
- Global Burden of Disease Collaborative Network (2022). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Human Resources for Health 1990–2019. (<https://doi.org/10.6069/R6BY-8Y54>, consulté le 5 septembre 2024)
- Guichet.lu (2022). Congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie. (<http://guichet.public.lu/fr/citoyens/travail/conges-jours-feries/situation-personnelle/conge-accompagnement-fin-vie.html>, consulté le 26 juin 2024).
- HBSC Luxembourg Study (2023). Données correspondant aux constats de l'Étude sur la santé des enfants et des adolescents (Luxembourg) (https://hbsc.uni.lu/fr/?page_id=669, consulté le 20 février 2025).
- Health Directorate (2023). Statistiques des causes de décès en 2022. (<https://sante.public.lu/fr/publications/s/statistiques-causes-de-deces-2022.html>, consulté le 16 septembre 2024).
- Högberg LD et al. ESAC-Net Study Group (2021). Decrease in community antibiotic consumption during the COVID-19 pandemic, EU/EEA, 2020.

- Eurosurveillance* 26:2101020. (<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.46.2101020>).
- HRS (n.d.). Récupération améliorée après chirurgie. Hôp. Robert Schuman. (<https://www.hopitauxschuman.lu/fr/flyer-raac-recuperation-amelioree-apres-chirurgie/>, consulté le 26 juin 2024).
- IGSS (2019a). Luxembourg Microdata Platform on Labour and Social Protection. (<http://igss.gouvernement.lu/fr/microdata-platform.html>, consulté le 26 juin 2024).
- IGSS (2019b). Rapport sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité présenté en vue de la réunion du comité quadripartite en date du 13 novembre 2019 (Report / Study / Analysis). Luxembourg, Inspection générale de la sécurité sociale.
- IGSS (2022a). Rapport d'analyse prévisionnel de l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier. Luxembourg, Inspection générale de la sécurité sociale.
- IGSS (2022b). Rapport général 2022. Luxembourg, Inspection générale de la sécurité sociale.
- IGSS (2023a). Droit de la sécurité sociale 2023. Luxembourg, Inspection générale de la sécurité sociale.
- IGSS (2023b). Rapport sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité présenté en vue de la réunion du comité quadripartite en date du 8 novembre 2023 (Report / Study / Analysis). Luxembourg, Inspection générale de la sécurité sociale.
- IGSS (2023c). Cahier statistique no 15 – État des lieux des soins urgents au Luxembourg (Rapport / Etude / Analyse). Luxembourg, Inspection générale de la sécurité sociale.
- IGSS (2023d). Assurance dépendance – rapport d'analyse prévisionnel. Luxembourg, General Inspectorate of Social Security.
- IGSS (2024a). Emploi salarié par secteur d'activité, statut et caractéristiques individuelles. (<https://data.public.lu/fr/datasets/emploi-salarie-par-secteur-dactivite-statut-et-caracteristiques-individuelles>, consulté le 27 août 2024).
- IGSS (2024b). Rapport général sur la sécurité sociale 2023. Luxembourg, Inspection générale de la sécurité sociale.
- Klein C, Peltier F (2023). La démographie luxembourgeoise en chiffres – Édition 2023. Luxembourg, Statec.
- Kukutschka RMB (2021). Global Corruption Barometer: European Union 2021. (<https://www.transparency.org/en/publications/gcb-european-union-2021>, consulté le 5 juin 2023).
- Lair-Hillion M (2019). État des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg. Luxembourg City, ministère de la Santé.

- Leist A (2021). Luxembourg. In: Immergut EM et al. (eds), *Health Politics in Europe: A Handbook* (pp. 610–629). Oxford, Oxford University Press.
- Le gouvernement luxembourgeois (2006). Plan d'action eSanté du Luxembourg. (<http://sante.public.lu/fr/espace-professionnel/plans-nationaux/programme-esante.html>, consulté le 22 juin 2023).
- Le gouvernement luxembourgeois (2013). Traitements dentaires des enfants et jeunes : prise en charge à 100 % des tarifs CNS. Communiqué. (http://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2013/10-octobre/07-traitement-dentaire.html, consulté le 25 juin 2024).
- Le gouvernement luxembourgeois (2015). Ouverture de la Maison médicale pédiatrique centralisée au sein de la Kannerklinik. (http://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2015/07-juillet/24-maison-medicale.html, consulté le 26 juin 2024).
- Le gouvernement luxembourgeois (2017). Vers une amélioration des services d'urgence. (<http://m3s.gouvernement.lu/fr/actualites.html>, consulté le 26 juin 2024).
- Le gouvernement luxembourgeois (2018). Les principes de la réforme de l'assurance dépendance confirmés. (<http://gouvernement.lu/fr/actualites/agenda.html>, consulté le 25 juin 2024).
- Le gouvernement luxembourgeois (2021). Réforme de l'exercice et des formations de certaines catégories de professions de santé. (https://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2021/05-mai/03-lenert-meisch-cahen-reforme-professions-sante.html, consulté le 26 juin 2024).
- Le gouvernement luxembourgeois (2023a). Plan national de santé. (<https://www.gesondheetsdesch.lu/ressources>, consulté le 28 juin 2023).
- Le gouvernement luxembourgeois (2023b). Résumé des travaux du 21 avril 2023. (http://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2023/04-avril/21-conseil-gouvernement.html, consulté le 16 septembre 2024).
- Le gouvernement luxembourgeois (2023c). Accord de coalition 2023–2028. (https://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/articles/2023/11-novembre/20-accord-coalition-2023.html, consulté le 15 octobre 2024).
- Le gouvernement luxembourgeois (2023d). Ouvertures supplémentaires des IRM durant les weekends. (http://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2023/05-mai/17-irm-weekends.html, consulté le 26 juin 2024).
- Le gouvernement luxembourgeois (2023e). Octobre rose : lutter contre le cancer du sein, l'efficacité du dépistage précoce. (https://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2023/10-octobre/09-sante

octobre-rose.html#:~:text=De%201992%20%C3%A0%202022%2C%20le,40%20pr%C3%A9sentent%20des%20r%C3%A9sultats%20anormaux,consulté le 26 juin 2024).

Le gouvernement luxembourgeois (2023f). Présentation du Health Information System Luxembourg et de la Centrale nationale d'achat et de logistique. (http://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2023/06-juin/09-lenert-hisl-cnal.html, consulté le 26 juin 2024).

Le gouvernement luxembourgeois (2024a). Le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale étend les tranches d'âges concernées par les programmes de dépistage organisé des cancers du sein et colorectal. (https://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2024/07-juillet/01-deprepz-depistage-cancer.html, consulté le 23 février 2025).

Le gouvernement luxembourgeois (2024b). Journée européenne des droits des patients: Les droits et obligations du patient au cœur de la réflexion commune des acteurs du système de santé ! Commune Acteurs Système Santé. (http://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2024/04-avril/18-journee-droits-patients.html, consulté le 25 juin 2024).

LIH (n.d.a). Faire de la médecine translationnelle une réalité : le LCTR-Fuerschungsklinik Létzebuerg ouvre ses portes. (<https://www.lih.lu/fr/article/faire-de-la-medecine-translationnelle-une-realite-le-lctr-fuerschungsklinik-letzebuerg-ouvre-ses-portes/>).

LIH (n.d.b). Centre de recherche clinique & translationnelle du Luxembourg (LCTR). (<https://www.lih.lu/fr/recherche-translationnelle/centre-operationnel-de-medecine-translationnelle-tmoh/centre-de-recherche-clinique-translationnelle-du-luxembourg-lctr>).

Luxembourg Income Study (2024). Gini coefficient (after tax). Our World Data. (<https://ourworldindata.org/explorers/inequality-lis>, consulté le 11 juillet 2024).

Luxinnovation (n.d.). Cartographie de l'écosystème de l'industrie au Luxembourg. (<https://luxinnovation.lu/fr-lu/resources/cartographie-ecosysteme-industrie-luxembourg>, consulté le 24 juin 2024).

Médecins du Monde Luxembourg (2021). Observatoire de l'accès à la santé. Luxembourg City, Médecins du Monde Luxembourg.

Mémorial A3 (1990). Loi du 16 janvier 1990 relative aux appareils médicaux.

Mémorial A20 (1992). Loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Mémorial A27 (1983). Loi du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués.

Mémorial A31 (1983). Loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Mémorial A43 (1973). Loi du 4 juillet 1973 concernant le régime de la pharmacie.

Mémorial A46 (2009). Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant : 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État ; 3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux ; 4. le Code du travail.

Mémorial A47 (2013). Arrêté ministériel du 1er mars 2013 approuvant le Code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège médical.

Mémorial A58 (2002). Loi du 31 mai 2002 relative au Collège vétérinaire.

Mémorial A60 (1991). Loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien.

Mémorial A79 (2013). Règlement grand-ducal du 18 avril 2013 déterminant les modalités et conditions de fonctionnement du registre national du cancer et modifiant le règlement grand-ducal du 20 juin 1963 rendant obligatoire la déclaration des causes de décès.

Mémorial A79 (1980). Loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la direction de la santé.

Mémorial A82 (1998). Loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Mémorial A84 (1999). Loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical.

Mémorial A103 (1992). Règlement grand-ducal du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments.

Mémorial A115 (2014). Loi du 1^{er} juillet 2014 portant 1) transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers; 2) modification du Code de la sécurité sociale; 3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire; 4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien; 5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé; 6) modification de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments; 7) modification de la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux.

Mémorial A128 (2012). Règlement grand-ducal du 25 juin 2012 déterminant les modalités de calcul de la base de remboursement des médicaments substituables.

Mémorial A136 (2015). Loi du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute.

Mémorial A139 (2011). Version consolidée applicable au 17/07/2023 : Règlement grand-ducal du 10 juillet 2011 fixant la liste des spécialités en médecine et médecine dentaire reconnues au Luxembourg.

Mémorial A140 (2014). Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant : – la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ; – la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel ; – le Code civil.

Mémorial A168 (2021). Loi du 2 mars 2021 portant création d'un Observatoire national de la santé.

Mémorial A219 (2011a). Règlement grand-ducal du 23 octobre 2011 concernant l'acidification des moûts de raisins et des vins provenant de la récolte 2011.

Mémorial A219 (2011b). Règlement grand-ducal du 24 octobre 2011 déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire

Mémorial A222 (2018). Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification: 1. du Code de la sécurité sociale; 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé; 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales; 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public "Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation"; 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public "Laboratoire national de santé"; 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient; 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.

Mémorial A226 (2011). Règlement grand-ducal du 26 octobre 2011 instituant un Conseil scientifique du domaine de la santé.

Mémorial A242 (2010). Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant : 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Mémorial A263 (2010). Loi du 10 décembre 2009 a) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, b) modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police et c) modifiant l'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988.

Mémorial A478 (2023). Loi du 29 juillet 2023 portant modification : 1° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière; 2° de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire; 3° du Code de la sécurité sociale.

Mémorial A530 (2019). Loi du 1^{er} août 2019 concernant les mutuelles et modifiant la loi modifiée du 19 décembre 2002 concernant le registre de commerce et des sociétés ainsi que la comptabilité et les comptes annuels des entreprises.

Mémorial A562 (2023). Loi du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées et portant modification de: 1^o la loi modifiée du 16 mai 1975 portant statut de la copropriété des immeubles bâtis; 2^o la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Mémorial A631 (2022). Règlement grand-ducal du 16 décembre 2022 modifiant le règlement grand-ducal du 8 février 2016 déterminant le champ et les modalités d'application du système bonus-malus de l'assurance accident.

Mémorial A678 (2018). Loi du 9 août 2018 modifiant le Code de la sécurité sociale.

Mémorial A705 (2018). Loi du 1^{er} août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique et modifiant: 1. la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire; 2. la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales; 3. la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux; 4. la loi modifiée du 8 juin 1999 relative au Collège médical; 5. la loi du 24 mai 2018 sur les conditions d'hygiène et de salubrité relatives à la pratique des techniques de tatouage par effraction cutanée, du perçage, du branding, cutting, ainsi que du bronzing UV.

Mémorial A778 (2017). Loi du 29 août 2017 portant modification 1. du Code de la sécurité sociale; 2. de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale; 3. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.

Mémorial A779 (2023). Règlement interne du Gouvernement.

Mémorial A909 (2019). Règlement grand-ducal du 6 décembre 2019 précisant les modalités et conditions de mise en place du dossier de soins partagé.

Ministère de la Famille (2023). Rapport d'activité 2022 (text).

Ministère de l'Agriculture (2020). L'agriculture luxembourgeoise en chiffres 2020. Luxembourg City, Ministère de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural.

Ministère de la Santé (2022). Rapport d'activité 2021 du ministère de la Santé (Rapport d'activités). Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé, Ministère de la Sécurité Sociale (2010). Gesondheet fir jiddereen Fir méi Qualitéit an Effizient Sonderausgabe. InSight SantéSécu.

- Ministère de la Santé, Ministère de la Sécurité Sociale (2017). Étude du fonctionnement des services d'urgence-Volet I. Luxembourg.
- Ministère de la Sécurité Sociale, Conseil scientifique du domaine de la santé (2021). Le Conseil scientifique du domaine de la santé lance une campagne de promotion et de sensibilisation vers le corps médical et soignant et vers les patients. Gouv. Luxemb. (http://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2021/11-novembre/10-cs-campagne-sensibilisation.html, consulté le 6 octobre 2023).
- Ministère de la Sécurité Sociale, Ministère de la Famille, Ministère de la Santé (n.d.). Guide des soins palliatifs. (<https://sante.public.lu/dam-assets/fr/publications/g/guide-soins-palliatifs-fr-de-pt/guide-soins-palliatifs-fr.pdf>, consulté le 26 juin 2024).
- Ministère de l'Égalité (2024). Observatoire de l'Égalité. (<https://observatoire-equalite.lu>, consulté le 26 juin 2024).
- Moran V et al. (2021). Investigating unmet need for healthcare using the European Health Interview Survey: a cross-sectional survey study of Luxembourg. *BMJ Open*, 11:e048860. (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048860>).
- ObSanté (2023). Atelier organisé par l'Observatoire national de la Santé avec les parties prenantes du système de santé sur le thème: "Évaluation du système de soins de santé – Gouvernance du Système de Santé". Strasse, ObSanté.
- ObSanté (2024). Carte sanitaire – Edition 2023 – Document principal. (<https://sante.public.lu/fr/publications/c/carte-sanitaire-2023-document-principal.html>, consulté le 25 juin 2024).
- OECD (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition. Organisation for Economic Co-operation and Development*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2020). *Waiting Times for Health Services: Next in Line, OECD Health Policy Studies*. Paris, OECD Publishing. (<https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>).
- OECD (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris, OECD Publishing. (<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>).
- OECD (2022). *Évaluation des réponses au COVID-19 du Luxembourg*. Tirer les enseignements de la crise pour accroître la résilience. Éditions OCDE, Paris.
- OECD (2023). *Panorama de la santé 2023*. Les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE, Paris, (<https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>).
- OECD (2024a). Explorateur des données de l'OCDE. (<https://data-explorer.oecd.org/?lc=fr&pg=0>, consulté le 23 février 2025).
- OECD (2024b). Statistiques de l'OCDE sur la santé (<https://www.oecd.org/fr/data/datasets/oecd-health-statistics.html>).
- OECD (2024c). *How do health system features influence health system performance? Preliminary results*. Paris, OECD Publishing.

- OECD/European Union (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing. (<https://doi.org/10.1787/82129230-en>).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Luxembourg : Profils de santé par pays 2017. Éditions OCDE, Paris. OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Luxembourg : Profils de santé par pays 2019 Éditions OCDE, Paris. OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023). Luxembourg : Profil de santé par pays 2023. Éditions OCDE, Paris. OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.
- OECD/Eurostat/WHO (2023). A System of Health Accounts – Metadata. (<https://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=37fdcaa2f-174a-426a-a71e-4b7ead151ec6>, consulté le 24 janvier 2024).
- OECD/UCLG (2016). *Regional policy profile Luxembourg*. Paris, OECD Publishing.
- ONA (2022). Tout savoir sur l'accueil des demandeurs et bénéficiaires de protection internationale (DPI/BPI) dans les communes. (<https://ona.gouvernement.lu/fr/coordination-et-cooperation/communes/tout-savoir-acceuil-DPI-BPI-communes.html>, consulté le 25 juin 2024).
- Pivot D, Leite S (2018). Enquête de couverture vaccinale 2018 au Grand-Duché de Luxembourg.
- Rausch K (2021). La Documentation Hospitalière analysée à l'aide de clustering (Report / Study / Analysis). Luxembourg, General Inspectorate of Social Security.
- Rössler W, Koch U (2005). Psychiatrie Luxembourg Planungsstudie 2005 Bestandenserhebung und Empfehlungen. ([https://sante.public.lu/dam-assets/fr/publications/r/rapport-rossler-psychiatrie-lux-planungsstudie-2005-bestandaufnahme.pdf](https://sante.public.lu/dam-assets/fr/publications/r/rapport-rossler-psychiatrie-lux-planungsstudie-2005-bestandaufnahme/rapport-rossler-psychiatrie-lux-planungsstudie-2005-bestandaufnahme.pdf), consulté le 26 juin 2024).
- Saleh S, Abad D, Weiss J (2023). Statistiques des causes de décès au Luxembourg pour l'année 2021. Direction de la santé, Luxembourg.
- Sante.lu (2014). Le médecin référent : un PLUS pour ma santé. (<http://sante.public.lu/fr/publications/m/medecin-referent-fr-de-pt-pt.html>, consulté le 26 juin 2024).
- Sante.lu (2022a). Réseaux de Compétences au Grand-Duché de Luxembourg. (<http://sante.public.lu/fr/espace-professionnel/exposes/reseaux-de-competences-luxembourg-2019.html>, consulté le 24 juin 2024).
- Sante.lu (2022b). Le Dossier de Soins Partagé (DSP). (<http://sante.public.lu/fr/publications/d/dossier-soins-partage-flyer.html>, consulté le 26 juin 2024).

- Sante.lu (2023a). Tests de dépistage. (<http://sante.public.lu/fr/espace-citoyen/dossiers-thematiques/p/petite-enfance/tests-depistage.html>, consulté le 26 juin 2024).
- Sante.lu (2023b). Plans nationaux. (<http://sante.public.lu/fr/espace-professionnel/plans-nationaux.html>, consulté le 26 juin 2024).
- Sante.lu (2024a). Radioprotection. (<http://sante.public.lu/fr/espace-professionnel/domaines/radioprotection.html>, consulté le 24 juin 2024).
- Sante.lu (2024b). Dispositifs médicaux. (<http://sante.public.lu/fr/espace-professionnel/domaines/pharmacies-et-medicaments/dispositifs-medicaux.html>, consulté le 28 août 2024).
- Sante.lu (2024c). Carte de vaccination : Certificat international de vaccination. (<http://sante.public.lu/fr/espace-citoyen/dossiers-thematiques/v/vaccination/carte-vaccination.html>, consulté le 26 juin 2024).
- Sante.lu (2024d). Surveillance des vaccinations. (<http://sante.public.lu/fr/espace-citoyen/dossiers-thematiques/v/vaccination/surveillance-vaccination.html>, consulté le 26 juin 2024).
- Schwebag M, Nys H (2024). Luxembourg. In: Nys H (ed.) *IEL Medical Law*. Amsterdam, Kluwer Law International BV; pp. 1–205.
- Service de Santé au Travail (n.d.) Accueil | STM. (<https://www.stm.lu/fr>, consulté le 25 juin 2024).
- Seuring T, Ducombe T, Berthet F (2024). *Eng gesond Zukunft: un rapport sur la santé des enfants au Luxembourg*. Luxembourg City, Observatoire national de la santé, Ministère de la santé, Luxembourg.
- SIP (2022). *À propos des langues au Luxembourg*. (https://sip.gouvernement.lu/en/publications/minist-etat/sip/brochure/a-propos/A_propos_Langues.html, consulté le 23 février 2025).
- Spruit G, Hohmann J (2014). *Analytical support on social protection reforms and their socio-economic impact country document. Update 2014. Pensions, health and long-term care: Luxembourg*. Brussels, European Commission.
- STATEC (2022a). Luxembourg : Rapport travail et cohésion sociale 2022. (https://migrant-integration.ec.europa.eu/library-document/luxembourg-rapport-travail-et-cohesion-sociale-2022_fr, consulté le 20 juin 2024).
- STATEC (2022b). La démographie luxembourgeoise en chiffres – Édition 2022. Institut national de la statistique et des études économiques.
- STATEC (2023a). La diversité linguistique. (<http://statistiques.public.lu/en/recensement/diversite-linguistique.html>, consulté le 23 février 2025).
- STATEC (2023b). Net recul des pratiques religieuses et montée des spiritualités alternatives au Luxembourg (No. 03), Regards. STATEC.
- STATEC (2023c). Le Luxembourg en chiffres. Édition 2023. (<https://statistiques.public.lu/dam-assets/catalogue-publications/luxembourg-en-chiffres/2023/luxembourg-en-chiffres-2023.pdf>, consulté le 15 octobre 2024).

- STATEC (2024). Panorama sur le monde du travail luxembourgeois à l'occasion du 1er mai (No. Regards 07/24). (<http://statistiques.public.lu/fr/publications/series/regards/2024/regards-07-24.html>, consulté le 27 août 2024).
- STATEC (n.d.a). LUSTAT Data Explorer – Population par canton et commune. ([https://lustat.statec.lu/vis?lc=fr&pg=0&df\[ds\]=ds-release&df\[id\]=DF_X021&df\[ag\]=LU1&df\[vs\]=1.1&pd=2024%2C&dq=A.&vw=tb](https://lustat.statec.lu/vis?lc=fr&pg=0&df[ds]=ds-release&df[id]=DF_X021&df[ag]=LU1&df[vs]=1.1&pd=2024%2C&dq=A.&vw=tb), consulté le 23 février 2025).
- STATEC (n.d.b). LUSTAT Data Explorer – Population par sexe et par nationalité au 1^{er} janvier (x 1 000). ([https://lustat.statec.lu/vis?fs\[0\]=Th%C3%A8mes%2C1%7CPopulation%20et%20emploi%23B%23%7CEtat%20de%20la%20population%23B1%23&fs\[1\]=Population%2C0%7CLuxembourg%23L02%23&pg=0&fc=Population&df\[ds\]=ds-release&df\[id\]=DF_B1101&df\[ag\]=LU1&df\[vs\]=1.0&pd=2013%2C2023&dq=A.L02](https://lustat.statec.lu/vis?fs[0]=Th%C3%A8mes%2C1%7CPopulation%20et%20emploi%23B%23%7CEtat%20de%20la%20population%23B1%23&fs[1]=Population%2C0%7CLuxembourg%23L02%23&pg=0&fc=Population&df[ds]=ds-release&df[id]=DF_B1101&df[ag]=LU1&df[vs]=1.0&pd=2013%2C2023&dq=A.L02), consulté le 26 août 2024).
- Statistiques.lu (2018). Concessions de pharmacies et pharmaciens. ([https://lustat.statec.lu/vis?fs\[0\]=Th%C3%A8mes%2C1%7CConditions%20sociales%23C%23%7CSant%C3%A9%23C3%23&pg=0&fc=Th%C3%A8mes&df\[ds\]=ds-release&df\[id\]=DF_C3109&df\[ag\]=LU1&df\[vs\]=1.0&pd=2015%2C2018&dq=A](https://lustat.statec.lu/vis?fs[0]=Th%C3%A8mes%2C1%7CConditions%20sociales%23C%23%7CSant%C3%A9%23C3%23&pg=0&fc=Th%C3%A8mes&df[ds]=ds-release&df[id]=DF_C3109&df[ag]=LU1&df[vs]=1.0&pd=2015%2C2018&dq=A), consulté le 25 juin 2024)
- Statistiques.lu (n.d.). LUSTAT. Vue d'ensemble du marché du travail (en 1 000 personnes) ([https://lustat.statec.lu/vis?pg=0&df\[ds\]=ds-release&df\[id\]=DF_B3100&df\[ag\]=LU1&df\[vs\]=1.0&pd=2015%2C2022&dq=A.&lc=fr](https://lustat.statec.lu/vis?pg=0&df[ds]=ds-release&df[id]=DF_B3100&df[ag]=LU1&df[vs]=1.0&pd=2015%2C2022&dq=A.&lc=fr), consulté le 23 février 2025).
- Sterba J (2018). Publique n° 922. Pour le tiers payant chez les médecins. (<https://www.petitions.lu/petition/922?cHash=4fca674952b191aa3b66b0ec5ea84ee0>, consulté le 26 juin 2024).
- UNÉDIC (2022). *L'indemnisation du chômage au Luxembourg*. Paris, UNÉDIC.
- Weber G et al. (2022). Surveillance de la Santé Périnatale 2017–2019 au Luxembourg. Luxembourg City, Direction de la Santé, Luxembourg Institute of Health (LIH).
- WHO (2021). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. Genève, Organisation mondiale de la santé 2022.
- WHO (2024). Global Health Expenditure Database. (<https://apps.who.int/nha/database>, consulté le 16 septembre 2024).
- WHO GIS Centre for Health (2024). *Map of Luxembourg and population distribution*. Geneva, World Health Organization.
- WHO/PEPFAR/UNAIDS (2007). Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Geneva, World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe (2023). *Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe: summary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Wolter M et al. (2015). Deuxième rapport relatif à l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie. Luxembourg, Ministère de la Santé, Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région, Ministère de la Sécurité Sociale.

World Bank Group (2024). Les données ouvertes de la Banque mondiale. (<https://donnees.banquemondiale.org/>, consulté le 23 février 2025).

Zahlen M (2019). Unklarheiten bei Abrechnungen: Das Tarif-Spiel der Ärzte. Reporter.lu. (<https://www.reporter.lu/unklarheiten-bei-abrechnungen-das-tarif-spiel-der-aerzte/>, consulté le 14 octobre 2024).

■ 9.2 Liens utiles

Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

<https://m3s.gouvernement.lu/fr.html>

Caisse nationale de santé

<https://cns.public.lu/fr/assure.html>

Portail d'information sur les services de santé et de soins au Luxembourg.

<https://santesecu.public.lu/fr.html>

Médiateur en santé

<https://mediateursante.public.lu/fr.html>

Observatoire national de la santé

<https://obs.gouvernement.lu/fr/obsante.html>

Inspection générale de la sécurité sociale

<https://igss.gouvernement.lu/fr/service.html>

Système d'information sur la protection sociale et la santé

<https://igss.gouvernement.lu/fr/statistiques.html>

■ 9.3 Méthodologie et production des HIT

Les rapports sur les systèmes de santé en transition (HIT) sont rédigés par des experts nationaux en collaboration avec les directeurs et le personnel de recherche de l'Observatoire. Ils sont basés sur un modèle, révisé périodiquement, qui fournit des lignes directrices détaillées, ainsi que des questions spécifiques, des définitions, des suggestions de sources de données, et des exemples nécessaires à la rédaction des rapports. Bien que le modèle propose un ensemble complet de questions, il est conçu pour être utilisé de manière flexible afin de permettre aux auteurs et aux éditeurs de l'adapter à leur contexte national particulier. La dernière version du modèle est disponible sur le site internet de l'Observatoire (en anglais) : <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-transition-template-for-authors>.

Les auteurs s'appuient sur de multiples sources de données pour la rédaction des HIT, allant des statistiques nationales et des documents de politique nationale et régionale jusqu'à la littérature scientifique. De plus, des sources de données internationales peuvent y être intégrées, comme celles de l'OCDE et de la Banque mondiale. La Base de données de l'OCDE sur la santé comprend plus de 1200 indicateurs pour les 34 pays membres de l'OCDE. Les données proviennent d'informations collectées par les instituts statistiques nationaux et les ministères de la Santé. La Banque mondiale fournit les Indicateurs du développement dans le monde, qui reposent également sur des sources officielles.

En plus des informations et des données fournies par les experts nationaux, l'Observatoire fournit des données quantitatives sous la forme d'un ensemble de chiffres comparatifs standardisés pour chaque pays, en s'appuyant sur la base de données européenne de la Santé pour tous. Cette base de données contient plus de 600 indicateurs définis par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe, dans le but de suivre la mise en œuvre de la politique « La santé dans toutes les politiques » (Health in All policies) en Europe. Elle est mise à jour deux fois par an à partir de diverses sources, s'appuyant principalement sur les chiffres officiels fournis par les gouvernements, ainsi que sur les statistiques sanitaires recueillies par les unités techniques du bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Les données standard issues de la base de données sur la Santé pour tous ont été officiellement validées par les États. À partir de l'édition de l'été 2007, la base de données sur la Santé pour tous a commencé à prendre en compte

l’élargissement de l’UE à 27 États membres.

Les auteurs des HIT sont encouragés à discuter en détail les données présentées dans le texte, y compris les chiffres standard préparés par le personnel de l’Observatoire, en particulier lorsqu’il existe des doutes concernant des divergences entre les données disponibles provenant de différentes sources. Un rapport type sur les systèmes de santé en transition se compose de neuf chapitres.

- *Introduction* : présente le contexte général du système de santé, y compris la géographie et les caractéristiques sociodémographiques, le contexte économique et politique, ainsi que l’état de santé de la population.
- *Organisation et gouvernance* : fournit un aperçu de la manière dont le système de santé du pays est organisé, gouverné, planifié et réglementé, ainsi que de son contexte historique ; décrit les principaux acteurs et leurs pouvoirs décisionnels ; et expose le degré d’autonomisation des patients en matière d’information, de choix, de droits, de voies de recours, de participation publique et de soins de santé transfrontaliers.
- *Financement* : présente des informations sur le niveau des dépenses et la répartition des dépenses de santé entre les différents domaines de services, les sources de revenus, les mécanismes de mise en commun et d’allocation des ressources, la population couvertes, les prestations incluses, le niveau de dépenses à la charge des ménages et autres paiements directs, l’assurance-maladie volontaire ainsi que les modalités de rémunération des prestataires de soins de santé.
- *Ressources physiques et humaines* : traite de la planification et de la répartition du capital et des investissements, des infrastructures et des équipements médicaux ; du contexte dans lequel les systèmes d’information opèrent ; ainsi que des ressources humaines du système de santé, notamment des informations sur les tendances des effectifs, sur la mobilité professionnelle, sur la formation et sur les parcours de carrière.
- *Prestation de services* : se concentre sur l’organisation et la prestation des services, ainsi que sur les parcours de soins des patients, en abordant la santé publique, les soins primaires, secondaires et tertiaires, les soins en hospitalisation de jour et ambulatoires, les soins urgents et d’urgence, les soins pharmaceutiques, les soins de rééducation et de réadaptation/moyen séjour, les soins de longue

durée, les services offerts aux aidants informels, les soins palliatifs, les soins de santé mentale, les soins dentaires, les médecines complémentaires et alternatives, ainsi que l'offre de soins de santé destinée à des populations spécifiques.

- *Principales réformes du secteur de la santé* : passe en revue les réformes, les politiques et les changements organisationnels, et donne un aperçu des évolutions futures.
- *Évaluation du système de santé* : propose une évaluation fondée sur les objectifs déclarés du système de santé, la protection financière et l'équité dans le financement ; l'expérience rapportée par les usagers et l'équité d'accès aux soins de santé ; les résultats en matière de santé, les résultats des services de santé et de la qualité des soins ; de l'efficience du système de santé, ainsi que de la transparence et de la responsabilité.
- *Conclusions* : identifie les principaux constats, met en évidence les enseignements tirés des évolutions du système de santé ; et résume les défis persistants ainsi que les perspectives d'avenir.
- *Annexes* : comprennent les références, les sites internet utiles et la législation.

La qualité des HIT est d'une grande importance, car ils éclairent l'élaboration des politiques et les méta-analyses. Ces rapports font l'objet de larges consultations tout au long du processus de rédaction et de révision, qui comporte plusieurs itérations. Ils sont ensuite soumis aux étapes suivantes :

- un processus rigoureux de relecture ;
- des efforts supplémentaires pour garantir la qualité lors de la finalisation du rapport, notamment en matière de relecture et de correction ;
- la diffusion des HIT (versions imprimées, publication électronique, traductions et lancements). L'éditeur accompagne les auteurs tout au long du processus de production et, en étroite concertation avec eux, veille à ce que toutes les étapes du processus soient menées aussi efficacement que possible.

Deux auteurs sont également membres de l'équipe du personnel de l'Observatoire, et sont chargés d'accompagner les autres auteurs tout au long du processus de rédaction et de production. Ils travaillent en étroite collaboration afin de garantir que toutes les étapes se déroulent efficacement et que les HIT répondent aux standards de la série, tout en soutenant à la fois la prise de décision nationale et les comparaisons entre pays.

■ 9.4 A propos des auteurs

Katharina Rausch (MA) est experte thématique à l'Observatoire national de la santé, où elle contribue à établir les fondements de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de santé. Forte d'une expérience en analyse des données de santé, elle vise à participer à l'évaluation des politiques de santé, de la performance des systèmes de santé et des résultats en termes de santé publique.

Catherine Goetzinger (PhD) est experte thématique à l'Observatoire nationale de la santé. Ses travaux portent sur l'analyse de la qualité des soins de santé, l'identification de nouveaux indicateurs nationaux de qualité et la supervision de leur mise en œuvre. Elle co-dirige également le développement d'une méthodologie nationale pour évaluer les ressources humaines en santé.

Anne-Charlotte Lorcy (MA) est coordinatrice générale de l'Observatoire national de la santé. Elle a contribué à la création de l'Observatoire national de la santé et possède plus de quinze ans d'expérience dans le secteur de la santé, notamment dans la réalisation d'analyses des services de santé.

Béatrice Durvy (PharmD, MSc) est chercheuse associée à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et à l'Université technique de Berlin (Allemagne). Béatrice apporte son soutien à divers projets de l'Observatoire, y compris la série « *State of Health in the EU* » [Etat de santé dans l'UE], la série « *Health Systems in Action insights* » [Enseignements sur les systèmes de santé en action] et les réponses rapides. Elle est également éditrice pour la France et la Norvège dans le cadre du réseau *Health Systems and Policy Monitor* de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Juliane Winkelmann (PhD) est experte technique à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, basée à Bruxelles. Elle est auteure et éditrice des HIT, de notes de politique et d'études de l'Observatoire et apporte son soutien aux séries « *State of Health in the EU* » et « *Health Systems in Action insights* ».

Michelle Falkenbach (PhD) est experte technique à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, basée à Bruxelles. Elle apporte son soutien au pôle analytique de l'Observatoire sur la gouvernance et contribue à la diffusion des connaissances par un ensemble d'outils tels que des rapports, des notes d'orientation et des webinaires.

Série Systèmes de santé en transition

Une série de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Les rapports de la série Systèmes de santé en transition (HIT) fournissent une description analytique de chaque système de santé ainsi que des initiatives de réforme en cours ou en développement. Ils visent à fournir des informations comparatives pertinentes pour soutenir les décideurs et les analystes dans le développement des systèmes de santé et des réformes dans les pays de la Région européenne de l'OMS et au-delà.

Les HIT constituent des documents de référence qui peuvent être utilisés pour :

- comprendre en détail les différentes approches de financement, d'organisation et de prestation des soins de santé ;
- décrire avec précision le processus, le contenu et la mise en œuvre des programmes de réforme de la santé ;
- mettre en évidence les défis communs et les domaines nécessitant une analyse plus approfondie ; et
- fournir un outil de diffusion d'informations sur les systèmes de santé et d'échange d'expériences sur les stratégies de réforme entre décideurs et analystes des pays de la Région européenne de l'OMS.

Comment obtenir un HIT

Tous les rapports de la série sont disponibles sous forme de fichiers PDF à l'adresse www.healthobservatory.eu. Vous pouvez également vous inscrire sur notre liste de diffusion pour recevoir des mises à jour mensuelles sur les activités de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, y compris les nouveaux rapports de cette série, les ouvrages de notre série copubliée avec Cambridge University Press, les notes d'orientation (Policy Briefs), les résumés d'orientation (Policy Summaries) et le journal Eurohealth.

Si vous souhaitez commander une copie papier d'un rapport de la série, veuillez nous contacter contact@obs.who.int

Les publications de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé sont disponibles à cette adresse :

www.healthobservatory.eu

Rapports HIT de pays de la série Systèmes de santé en transition

Albanie (1999, 2002 ^a ^g)	Irlande (2009)	Royaume-Uni (1999 ^g , 2015, 2022)
Allemagne (2000 ^e , 2004 ^e ^g , 2014 ^e , 2020)	Islande (2003, 2014)	Royaume-Uni (Angleterre) (2011)
Andorre (2004)	Israël (2003, 2009, 2015)	Royaume-Uni (Écosse) (2012)
Arménie (2001 ^g , 2006, 2013)	Italie (2001, 2009, 2014, 2022)	Royaume-Uni (Irlande du Nord) (2012)
Australie (2002, 2006)	Japon (2009)	Royaume-Uni (Pays de Galles) (2012)
Autriche (2001 ^e , 2006 ^e , 2013 ^e , 2018)	Kazakhstan (1999 ^g , 2007 ^g , 2012)	Serbie (2019)
Azerbaïdjan (2004 ^g , 2010 ^g)	Kirghizistan (2000 ^g , 2005 ^g , 2011 ^g , 2022)	Slovaquie (2000, 2004, 2011, 2016)
Bélarus (2008 ^g , 2013)	Lettonie (2001, 2008, 2012, 2019)	Slovénie (2002, 2009, 2016, 2021)
Belgique (2000, 2007, 2010, 2020)	Lituanie (2000, 2013)	Suède (2001, 2005, 2012, 2023)
Bosnie-Herzégovine (2002 ^g)	Luxembourg (1999, 2015)	Suisse (2000, 2015)
Bulgarie (1999, 2003 ^b , 2007 ^g , 2012, 2018)	Macédoine du Nord (2000, 2006, 2017)	Tadjikistan (2000, 2010 ^g , 2016)
Canada (2005, 2013 ^c , 2020)	Malte (1999, 2014, 2017)	Tchéquie (2000, 2005 ^g , 2009, 2015, 2023)
Croatie (1999, 2006, 2014, 2022)	Mexique (2007)	Türkiye (2002 ^g ⁱ , 2011 ⁱ)
Chypre (2004, 2012)	Mongolie (2007)	Turkménistan (2000)
Danemark (2001, 2007 ^g , 2012, 2024)	Nouvelle-Zélande (2001)	Ukraine (2004 ^g , 2010 ^g , 2015)
Espagne (2000 ^f , 2006, 2010, 2018, 2024)	Norvège (2000, 2006, 2013, 2020)	
Estonie (2000, 2004 ^j ⁱ , 2008, 2013, 2018, 2023)	Ouzbékistan (2001 ^g , 2007 ^g , 2014 ^g)	Tous les rapports sont disponibles en anglais.
États-Unis d'Amérique (2013, 2020)	Pays-Bas (2004 ^g , 2010, 2016)	Les lettres indiquent qu'ils sont aussi disponibles dans d'autres langues :
Fédération russe (2003 ^g , 2011 ^g)	Pologne (1999, 2005 ^k , 2011, 2019)	a albanais
Finlande (2002, 2008, 2019)	Portugal (1999, 2004, 2007, 2011, 2017)	b bulgare
France (2004 ^c ^g , 2010, 2015, 2023)	Région de la Vénétie (Italie) (2012)	j estonien
Géorgie (2002 ^d ^g , 2009, 2017)	République de Corée (2009)	c français
Grèce (2010, 2017)	République de Moldova (2002 ^g , 2008 ^g , 2012)	d géorgien
Hongrie (1999, 2004, 2011)	Roumanie (2000 ^f , 2008, 2016)	e allemand

Tous les rapports sont disponibles en anglais.

Les lettres indiquent qu'ils sont aussi disponibles dans d'autres langues :

- a albanais
- b bulgare
- j estonien
- c français
- d géorgien
- e allemand
- k polonais
- f roumain
- g russe
- h espagnol
- i turque



**The publications of the
European Observatory
on Health Systems
and Policies
are available at**

www.healthobservatory.eu





L'Observatoire est un partenariat hébergé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui comprend des organisations internationales (la Commission européenne); des gouvernements nationaux et régionaux (Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, Irlande, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse et la région de la Vénétie en Italie – avec Agenas) ; d'autres organisations sanitaires (l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de France, the Health Foundation) ; et des organisations universitaires (London School of Economics and Political Science [LSE] et London School of Hygiene & Tropical Medicine [LSHTM]). L'Observatoire a un secrétariat à Bruxelles et des centres à Londres (à LSE et à LSHTM) et à l'Université de technologie de Berlin.

Les rapports de la série Systèmes de santé en transition dressent des profils approfondis des systèmes et des politiques de santé. Ils sont élaborés selon une approche normalisée qui permet des comparaisons entre les pays. Ils fournissent des faits, des chiffres et des analyses et mettent en lumière les initiatives de réforme en cours.

ISSN 1817-6119 Vol. 26 No. 4, ISBN 9789289014663 (version imprimée)

ISSN 1817-6127 Vol. 26 No. 4, ISBN 9789289014656 (version Web)

