Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Rapport final et Recommandations

Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la Santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur du rapport:
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Contribution au traitement des données du registre du Ministère de la Santé:
Laurianne KREMER, *master en sciences de la santé publique, master en sciences en épidémiologie*
Dr Athénaïs LAIR, *médecin de santé publique, master en épidémiologie*

Contribution au traitement des données de la CNS :
Christophe SHINN, *IGSS, Chargé de la conception et de l'analyse du Data Warehouse*
Isabelle DEBOURGES, *IGSS, Informaticienne études data*
Carlo HALLER, *IGSS, Inspecteur études data*
Laurence WEBER, *IGSS, 1er Inspecteur de la Sécurité Sociale*

Sommaire

Parties	Page
Partie 1 : Introduction de l'étude et les registres professionnels	4
Partie 2 : Bases de détermination des besoins en professionnels de la santé	58
Partie 3 : Gouvernance des besoins en professionnels de la santé	99
Partie 4 : Facteurs contributeurs de pénurie en professionnels de la santé et critères d'attractivité du Luxembourg	135
Partie 5 : Indicateurs d'un état de pénurie en professionnels de la santé au Luxembourg	177
Partie 6 : Démographie médicale au Luxembourg selon l'annuaire téléphonique Editus 2018	217
Partie 7 : Démographie médicale au Luxembourg selon le registre professionnel et autres professions médicales	236
Partie 8 : Démographie médicale au Luxembourg selon les données de la CNS croisées avec le registre	293
Partie 9 : Professions de santé réglementées au Luxembourg	374
Partie 10 : Autres professions à réglementer intervenant dans les prises en charge	535
Partie 11 : Focus sur la formation des professions de santé	564
Partie 12 : Focus sur des établissements spécialisés	594
Partie 13 : Focus sur le secteur de l'assurance dépendance et sur le secteur social	622
Partie 14 : Focus sur les étudiants en médecine	659
Partie 15 : Conclusion	670
Partie 16 : Documents consultés et annexe	676

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 1
Introduction de l'étude
Les registres professionnels

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la Santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Remerciements

Nous adressons nos remerciements à tous les interlocuteurs rencontrés dans le cadre de l'étude sur les professions de santé et les professions médicales au Luxembourg ou y ayant contribué en fournissant des informations, en produisant les données utiles, en exprimant leurs besoins, leurs inquiétudes et leurs attentes, en valorisant les points forts du système de santé et des professionnels qui le composent sans omettre les points critiques.

Chacun a montré de l'intérêt pour ce sujet, une grande disponibilité et implication pour envisager l'avenir, ainsi qu'une capacité d'ouverture pour discuter de nouvelles pistes de réflexion.

Liste des institutions, organismes ou associations ayant accepté de participer à l'état des lieux des professions de santé et des professions médicales, soit par questionnaire soit par des rencontres :

- Caisse Nationale de Santé (CNS)
- Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS)
- Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
- Confédération des Prestataires d'Aides et de Soins (COPAS)
- Fédération des Acteurs Sociaux (FEDAS)
- Office National de l'Enfance (ONE)
- Université du Luxembourg (UNI)
- Lycée Technique pour Professions de Santé (LTPS)
- Centre de Documentation et d'Information sur l'Enseignement Supérieur (CEDIES)
- Ministère de l'Education Nationale, Service de la Formation Professionnelle
- Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)
- Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)
- Centre Hospitalier du Nord (CHdN)
- Hôpitaux Robert Schuman (HRS)
- Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)
- Centre François Baclesse (CFB)
- Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI)
- Rehazenter
- Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS)
- Centre de Réhabilitation de Colpach
- Haus Omega
- Domaine Thermal de Mondorf
- Laboratoire National de Santé (LNS)
- Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM)
- L'Institut National du Cancer (INC)
- Collège Médical (CM)
- Collège des Vétérinaires (CV)
- Association des Médecins et des Médecins Dentistes (AMMD)
- Cercle des Médecins Généralistes (CMG)
- Cercle des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs Luxembourgeois (CMARL)
- Société Luxembourgeoise d'Alcoologie et d'Addictologie (SLAA)
- Société Luxembourgeoise de Chirurgie et de Chirurgie Thoracique (SLCCT)
- Société Luxembourgeoise de Gynécologie Obstétrique (SLGO)
- Société Luxembourgeoise de Médecine Nucléaire (SLMN)
- Société Luxembourgeoise de Médecine du Sport (SLMS)
- Société Luxembourgeoise de Médecine d'Urgence (SLMU)

- Société Luxembourgeoise d'Ophtalmologie (SLO)
- Société Luxembourgeoise de Radiologie (SLRa)
- Société Luxembourgeoise de Rhumatologie (SLRh)
- Société Luxembourgeoise de Pédiatrie (SLP)
- Société Luxembourgeoise de Psychiatrie, Pédopsychiatrie et Psychothérapie (SLPPP)
- Association Luxembourgeoise des Etudiants en Médecine (ALEM)
- Conseil Supérieur des Professions de Santé (CSPS)
- Association Luxembourgeoise des Aides Soignants (ALAS)
- Association Luxembourgeoise des ATM de Radiologie (ALAR)
- Association Luxembourgeoise des Art-Thérapeutes Diplômés (ALAtD)
- Association Luxembourgeoise des ATM de Chirurgie (ALATM-C)
- Association Luxembourgeoise des Ergothérapeutes Diplômés (ALED)
- Association Luxembourgeoise des Infirmiers en Anesthésie-Réanimation (ALIAR)
- Association Luxembourgeoise des Infirmières en Pédiatrie (ALIP)
- Association Luxembourgeoise des Infirmières en Psychiatrie (ALIPS)
- Association Luxembourgeoise des Kinésithérapeutes (ALK)
- Association Luxembourgeoise des Sages-Femmes (ALSF)
- Association Nationale des Diététiciens Luxembourgeois (ANDL)
- Association Luxembourgeoise des Orthophonistes (ALO)
- Association Luxembourgeoise des Orthoptistes Diplômés (ALOD)
- Association Luxembourgeoise des ATM de Laboratoire (ALATM-Labo)
- Association Luxembourgeoise des Enseignants des Professions de Santé (ALEPS)
- Association Luxembourgeoise des Pédagogues Curatifs (ALPC)
- Association Luxembourgeoise des Psychomotriciens Diplômés (ALPD)
- Association Nationale des Assistants Sociaux et Infirmiers Gradués (ANASIG)
- Association Nationale des Infirmiers Luxembourgeois (ANIL)
- Association Nationale des Laborantins Diplômés (ANLD)
- Gesellschaft fir Musiktherapie zu Lëtzebuerg (GML)
- Groupement des Infirmiers en Hygiène Hospitalière (GIHH)
- Société Luxembourgeoise des Psychologues (SLP)
- Comité National des Parents d'Elèves du LTPS (CNPE)
- Patiente Vertriedung
- Association Wäertvollt Liewen
- Association Luxembourgeoise des Intolérants au Gluten Asbl (ALIG)
- Association Luxembourgeoise des Malades Rénaux et Transplantés
- Association Nationale des Victimes de la Route
- Fondation Cancer
- Le représentant des patients dans le Plan National Cancer
- Een Häerz fir Kriibskrank Kanner
- Association Multiple Sclérose Lëtzebuerg
- Association Luxembourgeoise du Diabète
- Maison du Diabète
- Lëtzebuergesch Angscht Stéierungen Hëllef a Selbsthëllef Asbl (LASH)
- Le Jardin d'Alysea
- CIPA Op der Waassertrap
- CIPA Junglinster
- CIPA Gréngewald
- Claire Asbl
- Résidence Belle Vallée
- Résidence les Ardennes
- Résidence Montplaisir de Mondorf
- Elysis

- Les parcs du 3ème âge
- Les Hospices Civils de la ville de Luxembourg
- Maison de soins Op Lamp
- Résidence An de Wisen
- Résidence Riedgen
- Zitha Senior Consdorf
- Zitha Senior Saint-Jean Luxembourg
- Zitha Senior Pétange
- Zitha Senior Contern
- Servior
- Homes pour personnes âgées Asbl
- Liewen Dobaussen
- Centre Oppen Dir
- D' Ligue
- Maredoc
- Alive plus
- Association Luxembourg Alzheimer
- Fondation Autisme Luxembourg
- Fondation Pescatore
- Yolande Asbl
- Tricentenaire
- Ligue HMC
- APEHM
- ATP Kehlen
- Lëtzebuerger Blannevereengung
- Zitha Mobil
- Päiperléck
- Doheem versuergt HELP
- Stëftung Hëllef Doheem
- Fondation Kraizbierg
- Centre Pontalize
- Solidarité Jeunes Asbl
- Hörgeschädigtenberatung SmH
- Tutelle an Curatelle Service
- ADAPTH
- Les auberges de jeunesse
- Vangeli Hesperange
- Coopérations Société Coopérative
- Coopérations Wiltz
- Kannerhaus Wooltz Asbl

Les personnes suivantes ont été rencontrées et consultées au cours de l'étude :

Organisme	Personne rencontrée	Fonction
Ministère de la Santé	Laurent MERTZ	Premier Conseiller du gouvernement, chef de cabinet adjoint
	Paul LINCKELS	Employé Professions de Santé-Médecins
	Linda WANDERSCHEID-SCHOLTES	Inspecteur Professions de santé
	Martine BECKER	Employée Professions de santé-Pharmacien
	Noémie MAROCHI-FEYDER	Juriste Professions de santé
	Paule FLIES	Juriste Professions de santé
Direction de la Santé	Dr Françoise BERTHET	Directeur Adjoint de la Direction de la santé
	Dr Anne VERGISON	Médecin, Division de la Médecine Curative
	Michèle WOLTER	Licenciée en Sciences Hospitalières
	Dr Florence ROMANO	Médecin
	Guy THEISEN	Responsable Service Inform et Stats
	Christian PAUWELS	Informaticien Service Inform et Stats
MESR	Léon DIEDERICH	Premier conseiller de gouvernement
	Pierre MISTERI	Conseiller
MEN- Service Form Prof	Tom MULLER	Directeur adjoint
	Marc SINNER	Employé
FHL	Paul JUNCK	Président
	Marc HASTERT	Secrétaire général
	Sylvain VITALI	Conseiller Soins et Qualité
	Patty GEISEN	Conseiller juridique
COPAS	Marc FISCHBACH	Président
	Netty KLEIN	COPAS-Secrétaire générale
	Martine REGENWETTER	COPAS-Chargée de missions
	Martine EWERARD	COPAS
	Laura MUCK	COPAS-Coordinatrice Psy extra-hosp
	Anne-Sophie OTT	COPAS-Juriste
	Yves SCHLOEDER	COPAS-Responsable financier
	Roland ANDRE	Liewen Dobaussen
	Régine ARNOLD	Hôpital Intercommunal de Steinfort
	Sandrine BEM	ATP Asbl
	Pierrette BIVER	Stëftung Hëllef Doheem
	Edmée CATHREIN	APEMH Directrice
	Eric CEUSTERS	Réseau-Psy
	Sandro COLLARINI	Zitha Senior
	Christine DAHM	OMEGA 90
	Samira DEMDOUM	Ligue Luxemb. d'Hygiène Mentale
	Massimo D'ETTORE	Réseau psy
	Alain DICHTER	Servior
	Dr Carine FEDERSPIEL	Zitha Senior
	Nicole FISCH	Op der Schock

	Catherine GAPENNE	Doheem versuegt
	Michèle HALSDORF	Maison de Soins Erpeldange
	Dr Sophie HEDO	Ligue Luxemb. d'Hygiène Mentale
	Isabelle HEIN	Päiperléck
	Patricia HELBACH	Hospices civils Luxembourg
	Benoît HOLZEM	Stëftung Hellef Doheem
	Gerasela LAPTES	Association Luxembourg Alzheimer
	Anne MAAS	Maison de soins op Lamp
	Tania MADUREIRA	CHNP
	Romain MAUER	OPIS-COVIVA
	Nadine MEDINGER	Tricentenaire
	Laurent MERSCH	Yolande Asbl
	Jürgen NELLINGER	Croix-Rouge
	Laurent ORIGER	Zitha Senior
	Carole THEISEN	Fondation Autisme Luxembourg
	Patrick VANDENBOSCH	Fondation Pescatore
	Raoul VINANDY	Servior
	Nathalie WAGNER	Fondation Elisabeth-Yolande
	Maggy ZIPFEL	Elisabeth-Claire
	Olivier PERRIN	Aide-soignant
	Andrey CORNELLES	Aide-soignante
	France HAHN	Aide-soignante
	Cheryl RIES	Aide-soignante
	Jennifer LE VALLANT	Aide-soignante
	Marjorie BUJON	Infirmière
	Sarah PINTUS	Infirmière
	Aude GABURRO	Infirmière
	Claudine WEYER	Infirmière
	Claudia HEINEN	Infirmière
	Karine GUJISAITE	Infirmière
CHL	Dr Romain NATI	Directeur général
	Dr Martine GOERGEN	Directeur Médical
	Monique BIRKEL	Directeur des soins
	Jean-Paul FREICHEL	Directeur Administratif et Financier
	Dr Axel URHAUSEN	Médecin expert Médecine du Sport
	Claudio CERQUEIRA	Chef d'unité
	Jean-Paul DA SILVA	Chef d'unité
	Patrick FELTGEN	Chef d'unité
	Thierry FLEISCHHAUER	Chef d'unité
	Frank GILS	Chef d'unité
	Bob KIRFEL	Chef d'unité
	Nathalie RAVIGNAT	Chef d'unité
	Catherine PIGNON	Chef d'unité
	Christopher BONNIER	Chef d'unité
	Marie-Paule SIDON	Chef d'unité
	Jean-Jacques REPPLINGER	Chef d'unité
	Laurent NOEL	PACS Manager
	Mokhtar CHIBANE	ATM de radiologie
	Audrey BACK	ATM de radiologie
	Evelyne MOLON	ATM de radiologie
	Virginie ERCOLANI	ATM de radiologie
	Patrick KASTLER	ATM de radiologie
	Natacha LUTRINGER	ATM de radiologie
	Tom MAURY	ATM de radiologie
	Anna-Maria DIAS RODRIGUES	ATM de laboratoire
	Tammy LEGER	ATM de laboratoire

	Pia GORZA	ATM de laboratoire
	Ildiko PORCSIN	ATM de laboratoire
	Angélique POIANI	ATM de laboratoire
	Marie CONTE	Laborantine
	Christiane GLODEN	Laborantine
	Stéphanie DELLI ZOTTI	Laborantine
	Myriam WEINACHT	Laborantine
	Sandrine COLLING	Laborantine
	Gisèle NUNES	ATM de chirurgie
	Marc JODER	ATM de chirurgie
	Laurent DUPIRE	ATM de chirurgie
	Annette RASSEL	ATM de chirurgie
	François SALENTINY	ATM de chirurgie
	Christian MAJERUS	ATM de chirurgie
	Jos BIEVER	ATM de chirurgie
	Carine SCHILT	Infirmière spécialisée pédiatrique
	Claire GRIES-DAUL	Infirmière spécialisée pédiatrique
	Melinda DUARTE	Infirmière spécialisée pédiatrique
	Barbara TASCH	Infirmière spécialisée pédiatrique
	Valérie GEENINCKX	Infirmière spécialisée pédiatrique
	Olivier MONNET	Infirmier spécialisé en anesth-réa
	Charlotte HOFFMANN	Infirmier spécialisé en anesth-réa
	Géraldine LORIN	Infirmier spécialisé en anesth-réa
	Pauline GROSIO	Infirmier spécialisé en anesth-réa
	Corine PLETEN	Infirmière spécialisée en psychiatrie
	Catia ARADA-DAMOTA	Infirmière spécialisée en psychiatrie
	Catarina MARQUES	Infirmière spécialisée en psychiatrie
	Evelyne RAYNAUD	Infirmière spécialisée en psychiatrie
	Sarah KNOBE	Infirmière spécialisée en psychiatrie
	Elena LACITIGNOLA	Infirmière
	Valérie CLARINVAL	Infirmière
	Sandrine SILVA	Infirmière
	Cindy ZAFFALON	Infirmière
	Caroline FERNANDES	Infirmière
	Véra SIEBENALLER	Infirmière
	Nicolas WEITZ	Infirmier
	Isabelle MEUNIER	Infirmière
	Magali LUETTE	Infirmière
	Florence WILMART	Infirmière
	Hugo GONZALVES LOPES	Infirmier
	Léa PALLIANI	Infirmière
	Audrey LARMET	Infirmière
	Anne DAMATO	Aide-soignante
	Sonia DE JESUS	Aide-soignante
	Nelia DOS SANTOS	Aide-soignante
	Monique DREWS	Aide-soignante
	Sandy SCHNEIDER	Aide-soignante
	Sébastien GILLET	Aide-soignant
	Nadine BARTHEL	Sage-femme
	Stéphanie MENNEL	Sage-femme
	Nathalie CLAEYS	Sage-femme
	Melina MULTON	Sage-femme
	Lara MANTISI	Sage-femme
	Joan JAQUET	Sage-femme
	Anne DAHM	Sage-femme

CHEM	Dr Hansjörg REIMER	Directeur général
	Dr Claude BIRGEN	Directeur médical
	Serge HAAG	Directeur des soins
	Marc SCHWARTZ	Responsable
	Catherine WURTZ	Responsable
	Astrid BLONDIN	Responsable
	Lucie MOUTON	Responsable
	Muriel URBANC	Responsable
	Linda BERTOLINO	Responsable
	Virginie REUGE	Responsable
	Katia PIERNERA	Responsable
	Nathalie NOVATO	Responsable
	Pascal DI FABIO	Responsable
	Lorchen NIMAL	Responsable
	Sylvie CAETANO	ATM de Radiologie
	Christophe SCHÜTZ	ATM de Radiologie
	Christian WEYER	ATM de Radiologie
	Claire PIERMANTIER	ATM de Radiologie
	Daniel TOULMONT	ATM de Radiologie
	Tom LUDOVICY	ATM de Radiologie
	Dimitri HAYE	ATM de Radiologie
	Linda GRAAS	ATM de laboratoire
	Simone WAGNER	ATM de laboratoire
	Angela JIULLI	ATM de laboratoire
	Géraldine SALVADORI	ATM de laboratoire
	Peggy THEIS	ATM de laboratoire
	Marie-France LAFFUT	Laborantine
	Séverine ZANELLI	Laborantine
	Sébastien ANIZET	Laborantin
	Anthony DEWAELE	Laborantin
	René PRIME	ATM de chirurgie
	Nathalie DELAVELLE	ATM de chirurgie
	Bianka MAAS	ATM de chirurgie
	Benoit GEHIN	ATM de chirurgie
	Delia RINALDIS	ATM de chirurgie
	Dan WEBER	Infirmier spécialisé en anesth. réa
	Anne HOFFMANN	Infirmière spécialisée en anesth. réa
	Pascal AKIL	Infirmier spécialisé en anesth. réa
	Benn DECKER	Infirmier spécialisé en anesth. réa
	Michael DEWES	Infirmier spécialisé en anesth. réa
	Fred RODES	Infirmier spécialisé en anesth. réa
	Marc FRIEDEN	Infirmier spécialisé en anesth. réa
	Susana AZENHA	Infirmière spécialisée en pédiatrie
	Géraldine VISSER	Infirmière spécialisée en pédiatrie
	Linda BERTOLINO	Infirmière spécialisée en pédiatrie
	Rita ROSA	Infirmière spécialisée en psychiatrie
	Sandra CARVALHO	Infirmière spécialisée en psychiatrie
	Mariella GRUBER	Infirmière spécialisée en psychiatrie
	Stéphane BOUBEL	Infirmier spécialisé en psychiatrie
	Francisca RIBEIRO	Infirmière spécialisée en psychiatrie
	Eric EVRARD	Infirmier
	Joëlle FENDRE	Infirmière
	Deborah DELLE	Infirmière
	Sandra ALVES	Infirmière

	Cilly SORAGNA	Infirmière
	Nathalie FANTINI	Infirmière
	Monique MANCINI	Infirmière
	Nouza AZMAMI	Infirmière
	Véronique WEBER	Infirmière
	Jessica ADAM	Infirmière
	Cathy ANDERLINI	Infirmière
	Florence SPAUS	Infirmière
	Laure WEILAND	Infirmière
	Valérie GAGNEUX	Infirmière
	Nicole SCHWEICH	Aide-soignante
	Rosana CICCONE	Aide-soignante
	Sandra RAPAGNANI	Aide-soignante
	Sylvie CRESTANI	Sage-femme
	Lynn PLETGEN	Sage-femme
	Sheila SCHMIT	Sage-femme
	Nicole SCHULLER	Sage-femme
	Elisabeth CREMASCHI	Coordinateur Ressources Humaines
CHdN	Pr Hans-Joachim SCHUBERT	Directeur général
	Dr Marcel BAULER	Directeur médical
	Dr Paul WIRTGEN	Directeur médical
	René HAAGEN	Directeur des soins
	Patrick AGNES	Directeur des soins adjoint
	Francis SCHROEDER	Cadre intermédiaire
	Christiane JACKMUTH	Responsable Urgences-Policliniques
	Claude SCHOLTES	Responsable Radiologie
	Patrick RAMOS	Responsable Bloc opératoire
	Gilles MARTIN	Responsable Réanimation
	Uneisa JUSUFOVIC	Responsable Unité d'hospitalisation
	Norbert TREINEN	Responsable Unité de rééducation
	Véronique SCHWARTZ	Responsable Maternité
	Nathalie PETRY	Responsable Unité d'hospitalisation
	Gaby HELLES	Responsable Unité d'hospitalisation
	Jeff WILTGEN	Responsable Unités de psychiatrie
	Marylène BULAS DIAS	ATM de radiologie
	Géraldine DIDIER	ATM de radiologie
	Laurent DEGRAND	ATM de radiologie
	Laurence SCHUMMER	ATM de radiologie
	Luc DELTGEN	ATM de radiologie
	Véronique KARIER	Infirmière
	Mike ZENNER	Infirmier
	Serge KNOCH	Infirmier
	Luc GOERENS	Aide-soignant
	Jeanne JORISSEN	Aide-soignante
	Carole MARNACH	Aide-soignante
	Nathalie RIPPINGER	Aide-soignante
	Berta MASCOTE	Aide-soignante
	Sabine MEYER	Infirmière pédiatrique
	Steffi WINANDY	Infirmière pédiatrique
	Jessica ZEYEN	Infirmière pédiatrique
	Lynn MAJERUS	Infirmière pédiatrique
	Nelson MARTINS FRAGA	Infirmier anesthésiste
	Brigitte DA SILVA FIGUEIREDO	Infirmière anesthésiste
	Danielle DELFEL	Infirmière psychiatrique
	Carine MARTINS DA COSTA	Infirmière psychiatrique
	Lis SCHAUS	Infirmière psychiatrique

	Aurélie PLANCHARD	Sage-femme
	Mariette BROSIUS	Sage-femme
	Nathalie BRUCK	Sage-femme
	Meggane KREUTZ	Sage-femme
	Joël KAYSER	ATM de chirurgie
	Sandra DIRCKES	ATM de chirurgie
	Sandra POLFER	ATM de laboratoire
	Irène GILS	ATM de laboratoire
	Sylvaine VANDAMME	Laborantine
	Françoise FREDERIC	Laborantine
	Luc MASSARD	Infirmier hygiéniste
HRS	Dr Claude SCHUMMER	Directeur Général
	Dr Gregor BAERTZ	Directeur médical
	Dr Claude BRAUN	Directeur médical
	Christian KIRWEL	Directeur des soins
	Karine ROLLOT	Directrice des ressources humaines
	Delphine SCAZEC	Responsable soins
	Nicolette TIRABASSO	Responsable soins
	Monika NOWAK	Responsable soins
	Pol WIO	Responsable soins
	Camille SANTURBANO	Responsable soins
	Alexandra MASSING	Responsable soins
	Wölfgang REIFUNBERG	Responsable soins
	Cristina BAPTISTA	Responsable soins
	Christel ZACCHEDDU	Responsable soins
	Charlotte MATHIEU	Responsable soins
	Lalia SEKKIL	Responsable soins
	Alina ENITA	Responsable soins
	Gilbert THEISEN	ATM de Laboratoire
	David FERNANDES	ATM de Laboratoire
	Christine PREVOST	Laborantine
	William CASSAN	ATM de Radiologie
	Julien HENRY	ATM de Radiologie
	Anne NOESEN	ATM de Radiologie
	Agathe XELOT	ATM de Radiologie
	Anne POTIER	Infirmière
	Ana MARQUES DE SOUSA	Infirmière
	Florence KINTZINGER	Infirmière
	Céline COLIN	Infirmière
	Roxane SCHOEFFTER	Infirmière
	Sally BONEM	Infirmière
	Céline MERTZ	Infirmière
	Christine VOLCKAERT	Infirmière
	Stéphanie TALVASSON	Infirmière
	Eric MARTIN	Infirmier
	Gerhart BREIT	Infirmier
	Diane DARQUENNE	Infirmière
	Franka MINOIA	Infirmière
	Laura DI SANTOLO	Infirmière psychiatrique
	Armin KORZ	Infirmier psychiatrique
	Jill FLICK	Infirmière psychiatrique
	Bernhard CANDELS	Infirmier anesthésiste
	Quentin OLIER	Infirmier anesthésiste
	Damien DI PENTIMA	Infirmier anesthésiste
	Barbara ROSSO	Infirmière anesthésiste
	Michel LEMMER	Infirmier anesthésiste

	Nathalie MULLER	Infirmière pédiatrique
	Sylvie BAUM- THINNES	Infirmière pédiatrique
	Julie KHOLL	Infirmière pédiatrique
	Alisson VILLA	Infirmière pédiatrique
	Flore HOUCHARD	Infirmière pédiatrique
	Joelline SIDON	Infirmière pédiatrique
	Julie GODART	Sage-femme
	Virginie BOLILAVRI	Sage-femme
	Aline BOUILLON	Sage-femme
	Martine METZ	Sage-femme
	Marc LIST	Aide-soignant
	Généreuse NIBAKURE	Aide-soignante
	Valérie STELET	Aide-soignante
	Rita REMACLE	Aide-soignante
CFB	Dr Michel UNTEREINER	Directeur Général
	Stéphane JOSEPH	Radiophysicien
	Cyrielle BOURRIER	Dosimétriste
	Frédéric DOMAREZKI	Responsable des soins
	Nathalie COSTALONGA	Chargée des ressources humaines
Rehazenter	Dr Anja DEKANT	Directrice générale et médicale
	Dr Thierry DEBUGNE	Coordinateur médical
	Dr Jean-Paul SCHMIZ	Médecin spécialisé en MPR
	Patrick SCHWARTZ	Directeur des soins
	Antoine GAMBINOT	Responsable d'unité
	Djima BIRROU	Responsable d'unité
	Nathalie THOLLEY	Responsable d'unité
	Caroline WALCZAK	Responsable Ergothérapie
	Laurent BEER	Responsable Ergothérapie
	Jérôme KAPS	Responsable Kinésithérapie
	Patrick JUNCKER	Responsable Kinésithérapie
	Christoph MULLERS	Responsable Hydrothérapie- Gymn.
	Delphine GIRARDIN	Ergothérapeute
	Fabrice RACZKA	Ergothérapeute
	Sandra TERRES	Ergothérapeute
	Evangelia AGNESKIS	Ergothérapeute
	Vanessa GOMES	Kinésithérapeute
	Philippe MAISONNAT	Kinésithérapeute
	Joël DA NATIVIDADE	Kinésithérapeute
	Anne MINDEN	Kinésithérapeute
	Vincent ARNOULD	Kinésithérapeute
	Hicham CHABABE	Kinésithérapeute
	Sophie ANTOINE	Orthoptiste
	Aline BENKER	Orthophoniste
	Yasmine FINCK	Assistante sociale
	Mireille SARRAZIN	Psychomotricienne
	Christiane BALTES	Art-thérapeute
	Anne-Marie SCHULLER	Neuropsychologue
	Vicky GODART	Infirmière
	Julie MASCIANTONIO	Infirmière
	Catherine GRUSS	Infirmière
	Coralie RIVET	Infirmière
	Sylvie FOUCRET	Infirmière
	Estelle REIBEL	Infirmière
	Pascal CORDIER	Infirmier

	Isabelle SCHOLTES	Aide-soignante
	Catherine BACH	Aide-soignante
	Aurélie CASTAGNET	Aide-soignante
	Olivier VALTRINY	Aide-soignant
	Thierry VREKEN	Aide-soignant
	Georges COLMAN	Aide-soignant
	Thomas HENKELS	Directeur Administratif et Financier
INCCI	Dr Arnaud CHARPENTIER	Directeur général, Chirurgien card.
	Dr Anne RISCH	Directrice médicale, Med anest.-réa
	Dr Bruno PEREIRA	Président du Conseil médical
	Dr Klaus KALLENBACH	Médecin spécialiste chirurgie card.
	Dr Philippe DEGRELLE	Médecin spécialiste en cardiologie
	Dr Martin KLEEN	Médecin spécialiste anesthésie-réa
	Dr François PHILIPP	Médecin spécialiste en cardiologie
	Daniel GERARD	Directeur des soins
	Graça SIMOES	Chef du Bloc opératoire
	Katja RÜCK	Responsable des perfusionnistes
	Marie KOMOROWSKI	Chef d'unité Cardiologie Intervent.
	Armin BIERBRAUER	Chef du service Anesthésie-Réanim.
	Patricia ROUSIER	Chef d'unités d'hospitalisation
	Delfine BREYER	Perfusionniste
	José LOPES	Infirmier anesthésiste
	Dominique RAUM	Infirmier anesthésiste
	Axel RENSON	Infirmier anesthésiste échographiste
	Bénédicte DUPONT	Infirmière anesth. étudiante échogr.
	Cindy PAQUET	ATM de chirurgie
	Wendy ALIC	ATM de chirurgie
	Grace KAMERUSIRE	ATM de chirurgie
	Sonia VERRACCHIA	ATM de chirurgie
	Magalie LEDY	Infirmière en CAI
	Céline SCHALK	Infirmière en CAI
	Aurélie TIDU	Infirmière en hospitalisation
	Stéfanie STRUPP	Infirmière en hospitalisation
	Sandrine GIACOMETTI	Aide-soignante en CAI
	Ana TEIXEIRA	Aide-soignante en CAI
	Nassera OUMOHAND	ATM de radiologie
	Paul ALBREQ	ATM de radiologie
	Joe MARX	ATM de radiologie HOT-OP
	Joséphine ZOCCOLO	Directeur Administratif et Financier
CHNP	Frank GANSEN	Directeur général FF
	Dr Mark RITZEN	Directeur médical
	Dr Uwe ENGEL	Médecin spécialiste en psychiatrie
	Dr Hans- Gerd GUMPRECHT	Médecin spécialiste en psychiatrie
	Dr Myriam VERHAEGHEN	Médecin généraliste
	Jean FEITH	Directeur Accueil et Hébergement
	Vincent NEYSEN	Directeur des soins
	Claudine NOË	Cadre intermédiaire nursing
	Angélique SURINGS	Responsable pool infirmier
	Katalin WAGNER	Psychomotricienne
	Rachel EBERSOHL	Educatrice
	Cindia LAMBERT	Assistante sociale
	Yasmine SCHROEDER	Neuropsychologue
	Gregory BILL	Infirmier spécialisé en psychiatrie
	Anne WEISGERBER	Infirmière spécialisée en psychiatrie

	Naémie POLFER	Infirmière spécialisée en psychiatrie
	Joao MENDES GIL	Infirmier
	Carine GLAUDE	Infirmière
	Carlos FERREIRA	Infirmière
Centre Colpach	Jean-Philippe SCHMIT	Directeur général
	Xavier DEMOISY	Direction des soins
	Dr Luis SA	Médecin spécialiste en MPR
	Arnaud ROUSSEL	Kinésithérapeute
	Jean-Michel VITIELLO	Kinésithérapeute
	Virginie STOZ	Ergothérapeute
	Sandrine THOMAS	Orthophoniste
	Jessie JODRIS	Psychologue
	Laurie MATHAY	Infirmière sociale
	Martine JONAS	Diététicienne
	Isabelle PLIER	Diététicienne
	Stéphane MATHIEU	Infirmier, référent informatique
	Aurélie MERTENS	Responsable d'unité
	Sophie RENSON	Infirmière
	Cassandra PISU	Infirmière
	Sandrine JAKIRCEVIC	Aide-soignante
	Hélène YAO	Aide-soignante
HIS	Luc GINDT	Directeur général
	Dr Fabienne VALET	Directeur Département Rééducation
	Claudia ROMOSAN	Directeur Département Services
	Régine ARNOLD	Directeur Département CPA
	Christine LAMBRE	Responsable Unité Rééducation
	Stéphane JEAN	Responsable Soins Maisons Soins
	Jean-Paul CHENNAUX	Responsable plateau technique
	Laurent GREVISSE	Responsable adjoint Kinésithérapie
	Marie FRANCOIS	Kinésithérapeute
	Séverine DEBRAS	Kinésithérapeute
	Sarah ANDRICH	Neuropsychologue
	Alexandra LECOMTE	Orthophoniste
	Christiane MEYRATH	Diététicienne
	Sabrine LIBOTTE	Ergothérapeute Rééducation
	Murielle ZEGHERS	Ergothérapeute Rééducation
	Sophie MARSON	Ergothérapeute Maison de Soins
	Jessica MEISCH	Infirmière hygiéniste
	Nathalie SAINTMARD	Infirmière responsable adjointe MS
	Andrée GEORGES	Infirmière
	Patrice JACQUET	Aide-soignant
	Murielle GUERMANN	Aide-soignante
Domaine Thermal	Pierre PLUMER	Directeur
	Carlo DIEDERICH	Directeur des prestations
	Frank THIRIAT	Responsable des ressources hum.
	Dr Annette PIROTTE	Médecin rééducateur
	Dr Marc JACQUE	Médecin spéc. Médecine Interne
	Dr Véronique CLEMENT	Médecin spécialiste Rhumatologie
	Lis MULLER	Diététicienne
	Françoise KINSOEN	Diététicienne
	Martine RISCH	Psychothérapeute
	Fabienne SCHROEDER	Responsable Kinésithérapie
	Edward KOHLL	Infirmier masseur

	Frank HIERONIMY	Responsable santé
	Sandra MATHIEU	Kinésithérapeute
	Benoit WAGNER	Kinésithérapeute
	Marianne GROSNICKEL	Agent thermal
	Clothilde DU PLESSIS	Agent thermal
	Anne GREFFRATH-Dos SANTOS	Agent thermal
	Ludivine PISCHEDDA	Agent thermal
LNS	Friedrich MÜHLSCHLEGEL	Directeur
	Thomas LENTZ	Directeur administratif et financier
	Dr Andreas SCHUFF	Chef département médecine légale
	Dr Sc. Dr Phar. Patricia BORDE	Chef département biologie médicale
	Dr Barbara KLINK	Chef département génétique
	Dr Michel MITTELBRONN	Chef département pathologie
	Dr An VAN NIEUWENHUYSE	Chef département protection santé
	Dr Phar Dominique BOURGEOIS	Responsable d'unité
	Dr Sc Elizabet PETKOVSKI	Responsable de service
	PhD Joël MOSSONG	Chef de département microbiologie
	Dr Claude SCHUMMER	Responsable technique
	Dr Martine SCHAUL	Médecin spéc. médecine légale
	Dr Sc Michel YEGLES	Responsable de service
	Dr Sc Daniel STIEBER	Responsable de plateforme
	Caroline GRANDJEAN	ATM de laboratoire
	Fabienne DUCHAMP	ATM de laboratoire
	Lydie URBE	ATM de laboratoire
	Sarada SCHOLER	ATM de laboratoire
	Debora ATAIDE SANTOS	ATM de laboratoire
	Frédéric GRANDJEAN	Laborantin
	Justine GOFINET	Laborantine
	Michèle SCHANK	Laborantine
	Valéry LEDUC	Laborantin
	Elisabeth GARGANESE	Laborantine
	Vanessa ETTARI	Laborantine
	Isabelle ORTH	Laborantine
	Jessica TAPP	Laborantine
	Yolanda FERNANDES	Laborantine
	Samuel STOUVENAKER	Laborantin
	Vincent AUGENDRE	Laborantin
	Annie SIENG	Laborantine
	Ben FLIES	Ingénieur biologiste
	Nicolas FRANCK	Coordinateur secrétariat
	Fanny BONNEMBERGER	Technicienne de laboratoire
	Sébastien DELREE	Recruteur ressources humaines
	Alessandra LANFRANCONI	Responsable ressources humaines
INC	Dr Guy BERCHEM	Président
	Dr Nikolaï GONCHARENKO	Coordinateur
CNS	José BALANZATEGUI	Premier Conseiller de Direction
	Dr Pierre HERTZ	Médecin
IGSS	Laurence WEBER	1er Inspecteur de la Sécurité Sociale
	Isabelle DEBOURGES	Informaticienne Etudes Data
	Christophe SHINN	Informaticien- Etudes Data
	Carlo HALLER	Inspecteur- Etudes Data

FEDAS	Michel COLIN	Secrétaire Général
	Yves OESTREICHER	Directeur
ONE	Pascale AREND	Coordinatrice générale
	Margot HEIRENDT	Coordinatrice adjointe
ALEM	Frédéric SCHWARZ	Président
	Chris SPEICHER	Vice-Président
	Yannick HOFFMANN	Responsable sponsoring
Université du Luxembourg	Pr Serge HAAN	Vice doyen Faculté des Sciences, Technologies et Communication
	Pr Paul HEUSCHLING	Directeur d'études de la formation spécifique en médecine générale
LTPS	Maly GOEDERT	Directrice
	Muriel de SMET	Directrice adjointe
	Carlo GUDENBURG	Directeur adjoint
	Robert KANZ	Attaché à la Direction
	Michèle MEISENBOURG	Présidente des programmes
	Roland MULLER	Coordinateur Formation BTS SG
Collège Médical	Dr Pit BUCHLER	Président
	Dr Roger HEFTRICH	Secrétaire
AMMD	Dr Alain SCHMIT	Président
	Dr Guillaume STEICHEN	Secrétaire général
	Dr Marc PEIFFER	Secrétaire général adjoint
CMG	Dr Frank KIRSCH	Président
	Dr Stéphanie OBERTIN	Secrétaire
	Dr Danièle KUTTEN-SCHMITZ	Membre
CSPS	Romain POOS	Président
	Brigitte SCHMITZ	Vice-Présidente
	Oliver KOCH	Secrétaire général
Collège Vétérinaire	Dr Josiane GASPARD	Présidente
	Dr Susi SCHOLTES	Membre
	Dr Liz JUNIO	Membre
FLLAM	Dr Jean-Luc DOURSON	Directeur Bionext
	Dr Udo MARGRAFF	CEO Laboratoires Réunis
CGDIS	Paul SCHROEDER	Directeur général
	Steve MACK	Directeur Institut de Formation
ANDL	Claudine MERTENS	Présidente
	Nathalie WEBER	Secrétaire
	Céline GENSON	Membre
	Lis MULLER	Membre
	Sylvie PAQUET	Membre
	Anne ZIMMER	Membre

ALO	Georgy MEDERNACH	Présidente
	Sylvie HERBRINK	Secrétaire
	Jean-Marc HILD	Membre
ALATM-Labo	Caroline GRANDJEAN	Présidente
	Tammy LEGER	Vice-Présidente
	Sven SIMON	Secrétaire
ANASIG	Nathalie KOEDINGER	Présidente
	Patrick FELTGEN	Président section Infirmiers Gradués
	Marc MEYERS	Vice-Président
	Silvia FERNANDES	Secrétaire
	Jean-Michel CAMPANELLA	Membre
	Marianne HOFFMANN	Membre
	Fabrice MOUSEL	Membre
	Catia SANTI	Membre
ALATM-C	Laurent HOFFMANN	Vice-Président
	Raoul KRIES	Membre
ANIL	Marie-France LIEFTGEN	Vice-Présidente
	Anne-Marie HANFF	Secrétaire générale
	Tina KOCH	Membre
	Nicole WEIS	Membre
ALSF	Nadine BARTHEL	Présidente
	Yolande KLEIN	Vice-Présidente
	Anne DAHM	Secrétaire
	Anna-Cristina ALBORINO	Membre
	Mariette BROSIUS	Membre
	Delphine CARLI	Membre
	Danielle HAAG	Membre
	Änny HOFFMANN	Membre
	Karin KOLBUSCH	Membre
	Michèle PHILIPPE	Membre
	Nicole WEBER	Membre
	Martine WELTER	Membre
ANLD	Fabienne BRAUN-SASSEL	Présidente
	Frédéric GRANDJEAN	Secrétaire
	Fabienne MACK	Membre
	Jessica TAPP	Membre
ALIAR	Jeff SCHEER	Président
	Elisabeth SCHMIT	Membre
	Mireille SPELTZ	Membre
	Katharina WOLF	Membre
ALPD	Catherine BARTHELS	Membre
	Michèle SPRIET	Membre
ALAS	Adèle LANG-FIORUCCI	Présidente d'honneur
	Danielle KOOB	Présidente
	Mandy BREMER	Vice-Présidente

	Diane SEYLER-SERVAIS	Secrétaire
	Nelia DOS SANTOS	Membre
	Sonia MARQUES	Membre
ALIPS	Nathalie NEU	Vice-Présidente
	Debora ABATE	Membre
ALED	Léa SCHAEFFER	Présidente
	Marina BEUS	Membre
	Nadia KUHN	Membre
	Conny MANGEN	Membre
	Elisabeth WALLERS	Membre
ALEPS	Gilles EVRARD	Président
	Anouk BAUM	Vice-Présidente
	Karin NEY	Secrétaire
	Claudine SEYLER	Secrétaire
	Claudine DURY	Membre
ALAR	Claude SCHOLTES	Président
	Claude ROEDER	Vice-Président
	Renate RINNERHOFER	Membre
ALK	Patrick OBERTIN	Président
	Jean FREILINGER	Membre
ALPC	Karine FEIT	Trésorière
	Carine FLENGHI	Membre
	Marie-Paule MAX	Membre
ALIP	Melinda DUARTE	Vice-Présidente
	Lynn MAJERUS	Secrétaire
	Nathalie LUX	Membre
Comité des Parents LTPS	Jeanne BOTH	Secrétaire
	Manou LENTZ	Membre
	Pascal BLEI	Membre
ALAtD	Maria D'ELIA	Vice- Présidente
	Christiane BALTES	Trésorière
GML	Cathy SCHMARTZ	Présidente
	Isabelle TOUSSAINT	Trésorière
	Marianne WILTGEN	Membre
Groupe Infirmiers Hyg.	Françoise SCHMIT	Infirmier Hygiéniste
	Xavier DEMOISY	Infirmier Hygiéniste
Service d'Orthoptie	Béatrice BOGDAN	Chef de service
ALOD	Catherine LEVY	Présidente
SL de Psychologie	Marc STEIN	Président

Sommaire

Chapitre	Page
Remerciements	3
Sommaire	19
Glossaire	20
Définitions	23
1.1. Contexte	24
1.2. Motivation de l'étude	26
1.3. Objectifs de l'étude	27
1.4. Périmètre de l'étude	28
1.5. Méthodologie de l'étude	29
1.5.1. Méthodologie de l'étude qualitative	29
1.5.2. Méthodologie de l'étude quantitative pour les professions médicales	32
1.5.3. Méthodologie de l'étude quantitative pour les professions de santé	35
1.6. Cadre légal et réglementaire des registres professionnels	36
1.7. Processus de collecte initiale des données incluses dans les registres	40
1.8. Mise à jour des données collectées dans les registres professionnels	41
1.9. Base de données des registres des professions de santé et digitalisation	43
1.10. Exploitation des données des registres professionnels	44
1.11. Registre des prestataires de service	45
1.12. Médecins en formation et en voie de spécialisation	46
1.13. Exhaustivité des registres professionnels	48
1.14. Attentes du Service de gestion des registres professionnels	50
Résumé Partie 1 Les registres professionnels	51

Glossaire

Acronyme	Définition
AD	Assurance Dépendance
ALAR	Association Luxembourgeoise des ATM de Radiologie
ALAS	Association Luxembourgeoise des Aides Soignants
ALAtD	Association Luxembourgeoise des Art-thérapeutes Diplômés
ALATM-Labo	Association Luxembourgeoise des ATM de Laboratoire
ALATM-C	Association Luxembourgeoise des ATM de Chirurgie
ALED	Association Luxembourgeoise des Ergothérapeutes
ALEM	Association Luxembourgeoise des Etudiants en Médecine
ALEPS	Association Luxembourgeoise des Enseignants des Professions de Santé
ALIAR	Association Luxembourgeoise des Infirmiers en Anesthésie-Réanimation
ALIG	Association Luxembourgeoise des Intolérants au Gluten
ALIP	Association Luxembourgeoise des Infirmières Pédiatriques
ALIPS	Association Luxembourgeoise des Infirmières Psychiatriques
ALK	Association Luxembourgeoise des Kinésithérapeutes
ALO	Association Luxembourgeoise des Orthophonistes
ALOD	Association Luxembourgeoise des Orthoptistes Diplômés
ALPC	Association Luxembourgeoise des Pédagogues Curatifs
ALPD	Association Luxembourgeoise des Psychomotriciens Diplômés
ALSF	Association Luxembourgeoise des Sages-Femmes
AM	Assurance Maladie
AMMD	Association des Médecins et des Médecins Dentistes
ANASIG	Association Nationale des Assistants Sociaux et Infirmiers Gradués
ANDL	Association Nationale des Diététiciens Luxembourgeois
ANIL	Association Nationale des Infirmiers Luxembourgeois
ANLD	Association Nationale des Laborantins Diplômés
AS	Aide-Soignant
ATM	Assistant Technique Médical
ATM-C	Assistant Technique Médical de Chirurgie
ATM-Labo	Assistant Technique Médical de Laboratoire
ATM- Rx	Assistant Technique Médical de Radiologie
ATP	Atelier de Travail Protégé
CAI	Cardiologie Interventionnelle
CCT	Convention Collective de Travail
CEDIES	Centre de Documentation et d'Information sur l'Enseignement Supérieur
CFB	Centre François Baclesse
CFL	Chemins de Fer Luxembourgeois
CGDIS	Corps Grand Ducal d'Incendie et de Secours
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre Hospitalier Neuro Psychiatrique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIPA	Centre Intégré pour Personnes Agées
CM	Collège Médical
CMARL	Cercle des Médecins en Anesthésie-Réanimation Luxembourgeois
CMG	Cercle des Médecins Généralistes
CNPD	Commission Nationale de Protection des Données
CNPE	Comité National des Parents d'Elèves du LTPS
CNS	Caisse Nationale de Santé
COPAS	Confédération des Prestataires d'Aides et de Soins
CPA	Centre pour Personnes Agées
CPIN	Comité de Prévention des Infections Nosocomiales
CSPS	Conseil Supérieur des Professions de Santé

CSS	Centre Semi-Stationnaire
DAP	Diplôme d'Aptitude Professionnelle
DDS	Direction de la Santé
DMC	Data Manager Cancer
DRG	Diagnosis Related Group
DU	Diplôme Universitaire
ECIS	European Cancer Information System
ECMO	Extra Corporeal Membrane Oxygenation
ESC	Etablissement à Séjour Continu
ESI	Etablissement à Séjour Intermittent
ETP	Equivalent Temps Plein
FEDAS	Fédération des Acteurs du secteur Social
FF	Faisant fonction
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
FLLAM	Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales
GIHH	Groupement des Infirmiers en Hygiène Hospitalière
GIMB	Gesond Iessen Méi bewegen
GML	Gesellschaft fir Musiktherapie zu Lëtzebuerg
GNGPIN	Groupe National de Guidance pour la Prévention des Infections Nosocomiales
HIS	Hôpital Intercommunal de Steinfort
HRS	Hôpitaux Robert Schuman
IAR	Infirmier en Anesthésie et Réanimation
IGSS	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
INCCI	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle
INF	Infirmier- Infirmière
IPED	Infirmière Pédiatrique
IPSY	Infirmière psychiatrique
LNS	Laboratoire National de Santé
LTPS	Lycée Technique pour Profession de Santé
MEN	Ministère de l'Education Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
MG	Médecin Généraliste
MIFA	Ministère de la Famille
MINSAN	Ministère de la Santé
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
MS	Médecin Spécialiste
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office National de l'Enfance
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PANHEL	Plan d'Action National de lutte contre les Hépatites au Luxembourg
PEC	Prise en Charge
PNLT	Plan National de Lutte contre le Tabagisme
PRN	Projet Recherche Nursing
RAS	Réseau d'Aides et de Soins
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RDV	Rendez-Vous
RGD	Règlement Grand-Ducal
RNC	Registre National du Cancer
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SDR	Salle de Réveil
SF	Sage-Femme
SLAA	Société Luxembourgeoise d'Alcoologie et d'Addictologie
SLCCT	Société Luxembourgeoise de Chirurgie et Chirurgie Thoracique
SLGO	Société Luxembourgeoise de Gynécologie et Obstétrique
SLMN	Société Luxembourgeoise de Médecine Nucléaire
SLMS	Société Luxembourgeoise de Médecine du Sport
SLMU	Société Luxembourgeoise de Médecine d'Urgence

SLO	Société Luxembourgeoise d'Ophtalmologie
SLP	Société Luxembourgeoise de Pédiatrie
SLPPP	Société Luxembourgeoise de Psychiatrie, Pédopsychiatrie et Psychothérapie
SLRa	Société Luxembourgeoise de Radiologie
SLRh	Société Luxembourgeoise de Rhumatologie
STATEC	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
UE	Union Européenne
UNI	Université du Luxembourg
UO	Unité d'œuvre
UPI	Unité de Prévention des Infections
USD	United States Dollar

Définitions

Professions médicales : comprend les médecins généralistes et les médecins spécialistes, les pharmaciens et les psychothérapeutes.

Professions de santé : comprend les professions réglementées par la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, c'est à dire les infirmiers, infirmiers spécialisés, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistants techniques médicaux, assistants sociaux, aides-soignants, sages-femmes,…

Autres professions : comprend des professionnels intervenant dans la prise en charge directe des patients mais n'étant pas inscrits dans la liste des professions de santé, ayant le plus souvent suivi un cursus de formation de type universitaire à l'étranger : psychologue, thérapeute à médiation artistique, expert en physique médicale, perfusionniste, macroscopiste,

Autres métiers : comprend des professionnels intervenant comme assistant le plus souvent dans la prise en charge directe des patients ou curistes ou des animaux ou dans la prise en charge indirecte des patients, ayant suivi une formation ne nécessitant pas le Bac ou ayant bénéficié d'un encadrement sur le terrain: agent thermal, assistant dentaire, assistant de pharmacie, assistant vétérinaire, agent de stérilisation, agent de brancardage, ambulancier.

Professionnels de la santé : ensemble des professions médicales, des professions de santé réglementées, des autres professions intervenant dans la prise en charge directe des patients, des autres métiers intervenant dans la prise en charge directe ou indirecte.

1. 1 Contexte

Les professions médicales et les professions de santé exercent un rôle central dans le bon fonctionnement d'un système de santé tant hospitalier qu'extrahospitalier. Elles interviennent au niveau de la promotion de la santé, de la prévention, du diagnostic, de la prise en charge thérapeutique, des soins palliatifs et d'accompagnement à la mort.
Elles dispensent des soins de santé aux individus, aux familles et aux communautés, dans le respect des recommandations de qualité et de sécurité, en prenant en considération les acquis de la science.

Au Luxembourg, elles s'adressent à des citoyens habitant sur le territoire national dont 40 % environ sont des résidents d'origine étrangère, ainsi qu'aux personnes en provenance des régions transfrontalières s'adressant au système de santé luxembourgeois parce qu'elles sont bénéficiaires de l'Assurance Maladie au Luxembourg ou parce qu'elles choisissent de se faire soigner au Luxembourg.

Elles exercent leur mission principalement dans les établissements hospitaliers, les établissements hospitaliers spécialisés, les réseaux de soins à domicile, les cabinets libéraux, les centres de diagnostic, les centres de prévention, les établissements d'hébergement continu, les centres d'accueil de jour, les services de médecine du travail ou de médecine scolaire, ainsi que dans les structures sociales d'accueil et d'éducation, les services d'emploi et les ateliers protégés …

Elles s'adressent à tous les âges de la vie : en période anténatale, au bébé, à l'enfant, à l'adolescent, à l'adulte, au senior, à la personne en fin de vie.
Elles assistent les personnes malades à recouvrir la santé tant que possible, ainsi que les personnes présentant une dépendance temporaire ou définitive en raison de déficiences engendrant un handicap.
Elles interviennent auprès des populations d'origine luxembourgeoise, auprès des personnes émigrées de longue date sur le territoire ou aux personnes nouvellement migrantes. Cette multi culturalité, qui constitue une richesse, représente aussi au quotidien des défis pour la pratique des professionnels de la santé.

Elles ont à faire face aux enjeux de santé publique et aux enjeux sociaux des pays développés, à savoir :

- le vieillissement de la population,
- la recrudescence des maladies non transmissibles telles que le cancer, le diabète, les cardiopathies, en lien avec les modes de vie malsains,
- les troubles de la santé mentale et les addictions,
- la diffusion des maladies infectieuses ou virales,
- les violences et les traumatismes,
- les changements sociétaux avec notamment la multi culturalité, la famille fracturée, l'exclusion ou l'isolement social, ainsi que la pauvreté dans certains cas.

Les caractéristiques de la population résidant au Luxembourg, le vieillissement démographique et l'augmentation du fardeau des maladies chroniques dans les années à venir, ainsi que la volonté politique d'augmenter dans un avenir proche la population résidant sur le territoire, impliquent une augmentation de la demande en soins et, par conséquent, un besoin accru de professionnels de la santé qualifiés pour répondre à ces besoins.

La question de la pénurie actuelle et future des ressources en professionnels de la santé médicales et autres professions de santé préoccupe depuis plusieurs années les acteurs de la santé, tant au niveau national qu'international. Le nombre de nouveaux diplômés chaque année ne comble pas les départs naturels en pension, dans certaines disciplines. Les institutions signalent des difficultés de recrutement de médecins et de certaines professions de santé avec un allongement du délai de recrutement et de la distance pour rechercher des candidats potentiels. Ce phénomène risque d'être renforcé par les besoins émergents.

Le pays offre partiellement des formations pour les professionnels de santé. Pour la formation des médecins, actuellement, l'Université du Luxembourg (UNI) organise la première année d'études médicales dans le cadre d'un bachelor des sciences de la vie et médecine. Les étudiants partent dès la 2ème année dans des universités à l'étranger pour y suivre leur cursus. Un accord de coopération universitaire entre la France et le Luxembourg, des accords avec 3 universités allemandes et un accord entre le gouvernement du Grand Duché de Luxembourg et la Communauté Française de Belgique permettent d'offrir 52 places aux étudiants ayant démarré leurs études de médecine à l'UNI. Ces étudiants peuvent revenir au Luxembourg soit pour des stages de spécialisation, soit dans le cadre de la formation spécifique médecine générale qui se déroule sur 3 ans et accueille à l'UNI les porteurs du grade de master en médecine ayant réalisé au moins 300 crédits.
Pour les autres professions de santé, sont offertes au sein du Lycée Technique pour Professions de Santé les formations d'aide-soignant, d'assistant de pharmacie, d'infirmier en soins généraux, d'infirmier spécialisé en pédiatrie, d'infirmier spécialisé en psychiatrie, d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation, d'assistant technique médical (ATM) de chirurgie, d'ATM de radiologie, et de sage-femme.
Dans le cadre d'une école privée accréditée, la LUNEX University, une formation de kinésithérapeute en 5 ans après le baccalauréat est organisée en langue anglaise depuis 2017 sur le territoire luxembourgeois.
L'UNI organise un bachelor en sciences sociales et éducatives qui permet l'exercice de la profession d'assistante sociale.
Par contre, pour les autres professions de santé telles que diététicien, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédagogue curatif, laborantin, ostéopathe, podologue, les jeunes doivent réaliser leurs études à l'étranger.
La formation d'ATM de laboratoire n'est plus réalisée au Luxembourg depuis 2012.

D'autre part, certaines professions de santé sont régies par la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation des professions de santé. Depuis cette date, les soins et les parcours cliniques ont évolué sans pour autant que des modifications aient été apportées aux attributions professionnelles. De ce fait, des demandes régulières d'adaptation des attributions professionnelles sont adressées à l'autorité publique lors de l'exécution de plans nationaux de santé (ex : Plan National Cancer) ou lors d'études spécifiques (ex : Etude sur les services d'urgence).

Enfin, l'accord de coalition 2018-2023 donne de nouvelles orientations d'organisation du système de santé pour les cinq prochaines années. Entre autres, l'approche multidisciplinaire entre toutes les professions de santé au service d'un patient partenaire, tout au long du parcours de soins hospitalier et extrahospitalier, y est renforcée. Le développement de la télémédecine est prévu, ce qui pourrait induire à moyen terme une meilleure rationalisation des ressources professionnelles et un meilleur accès aux soins sur l'ensemble du territoire.
Les nouveaux réseaux de compétences issus de la loi du 8 mars 2018 sur les établissements hospitaliers et la planification hospitalière se mettront en œuvre

formalisant les initiatives déjà amorcées d'approche multidisciplinaire et de soins intégrés. La mutualisation entre les institutions hospitalières sera promue, ce qui tendra à économiser des ressources à moyen terme. Le virage ambulatoire sera renforcé générant de nouvelles organisations des parcours de soins et la création de structures de soins d'aval. Les soins primaires seront renforcés. Il est prévu dans l'accord de coalition de créer de nouveaux profils professionnels tels que l'infirmier en gériatrie, en médecine d'urgence et en oncologie. La fonction de médecin-chercheur sera précisée.

D'autre part, l'accord de coalition prévoit un recensement de la couverture actuelle et des besoins futurs en médecins et en professionnels de la santé afin de faire reposer le système de santé luxembourgeois sur un réseau solide.

1.2. Motivation de l'étude

L'évolution de la santé de la population, l'évolution de la médecine tant au niveau diagnostic que thérapeutique, l'évolution technologique ainsi que l'évolution démographique obligent à réfléchir sur le système de santé à mettre en place pour les prochaines années afin qu'il réponde aux besoins de santé ou aux besoins d'assistance de la population, aux acquis de la science, aux exigences de qualité et soit efficient.
Or, selon le modèle d'organisation du système de santé choisi, les besoins quantitatifs et qualitatifs en professionnels de la santé peuvent varier.
C'est pourquoi un état des lieux est nécessaire afin de pouvoir envisager des propositions d'évolution.

Pour ce faire, plusieurs éléments devraient être investigués :

- les données épidémiologiques permettant de statuer sur l'état de santé de la population à prendre en charge,
- l'organisation du système de santé actuel et sa capacité à répondre aux besoins dans des délais raisonnables par comparaison aux autres pays européens,
- les nouvelles formes de prise en charge clinique déjà opérationnelles ou à venir,
- les technologies déjà implémentées ou à venir,
- les ressources quantitatives en professionnels de la santé disponibles, tant médicales que soignantes,
- les compétences disponibles des professionnels de la santé et les compétences attendues selon les secteurs d'activité,
- le système de formation et sa capacité à fournir des professionnels de la santé en nombre suffisant possédant les compétences attendues sur le terrain en fonction du secteur d'activité,
- le besoin d'adaptation des professions de santé en termes d'actualisation des attributions professionnelles, d'articulation entre les différentes professions de la santé et de création de nouveaux métiers de la santé,
- le système de gouvernance actuel des besoins en professionnels de la santé.

1.3. Objectifs de l'étude

L'étude a pour objectifs de :

- dresser un état des lieux quantitatif et qualitatif des professionnels de la santé au Luxembourg,
- émettre des propositions si nécessaire.

Elle vise à répondre aux questions suivantes, si cela est possible :

- Combien de médecins généralistes, de médecins spécialistes et d'autres professions de santé exercent auprès des usagers du système de santé, de l'Assurance Dépendance, du secteur de l'action sociale au Luxembourg ?
- Quelle est l'évolution quantitative de ces professions depuis 10 ans ?
- Comment se situe le Luxembourg en terme de ressources médicales et de ressources en professions de santé par rapport à d'autres pays européens, tels que la Belgique, la France, l'Allemagne et la Suisse ?
- Existe-t-il ou non une pénurie de professionnels de la santé :
    - sur quel critère la mesurer ?
    - dans quelles disciplines ?
    - une aggravation de la situation est-elle possible dans l'avenir ?
- Les pratiques professionnelles sur le terrain ont-elles évolué vers de nouvelles formes de prise en charge et d'exercice du rôle professionnel ?
- Les législations sur les attributions professionnelles nécessitent-elles d'être actualisées ?
- Les compétences actuelles des professionnels de la santé sont-elles adaptées :
    - aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques et aux besoins des personnes âgées ou handicapées qui ont besoin d'assistance,
    - aux réseaux de compétences prévus par la loi ?
    - à l'évolution en cours et à venir de la digitalisation, de la télémédecine, de la robotisation ?
- Entre les divers secteurs qui emploient des professionnels de santé, existe-t-il des différences de besoins en compétences pour mener à bien leur mission et réaliser leur projet d'établissement et les projets de prise en charge ?
- Est-il opportun de faire évoluer les profils de compétences professionnelles actuels ou d'envisager la création de nouvelles qualifications professionnelles ?
- Est-il opportun de revoir les formations organisées au Luxembourg de ces professionnels de la santé, en termes de contenu, de durée, de niveau d'entrée, et de niveau de diplôme obtenu ?
- Comment les organes représentatifs des professionnels de santé, à savoir le Conseil Supérieur des Professions de Santé, le Collège médical pour les professions médicales, le Collège des vétérinaires, les associations professionnelles envisagent-ils le devenir de ces professions ? Faut-il réformer le mode de fonctionnement de ces organes ?
- Les ressources en professionnels de la santé disponibles actuellement seront-elles suffisantes pour mener à bien l'accord de coalition 2018-2023 ?

1.4. Périmètre de l'étude

L'étude porte sur les professionnels de la santé, à savoir :

- les médecins généralistes,
- les médecins spécialistes,
- les professions de santé réglementées par la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

L'étude ne porte pas sur les trois professions de santé créées ultérieurement, en raison du manque de recul, à savoir :

- les podologues créés par la loi du 14 juillet 2010,
- les psychothérapeutes par la loi du 14 juillet 2015,
- les ostéopathes créés par la loi du 21 août 2018.

Elle ne porte pas non plus sur les pharmaciens, les médecins dentistes, les médecins vétérinaires.
Toutefois, quelques données ont été collectées sur les médecins dentistes dans l'étude quantitative sur base des données de la CNS croisées avec celles du registre professionnel.

L'étude porte sur tous les secteurs d'exercice des professionnels de la santé à savoir :

- le secteur de l'assurance maladie,
- le secteur de l'assurance dépendance,
- le secteur d'action sociale.

L'étude considère tous les modes d'exercice professionnel auprès des usagers du système de santé:

- exercice salarié,
- exercice indépendant et mixte.

L'étude s'intéresse aux différents lieux d'exercice :

- hospitalier,
- extrahospitalier,
- cabinets libéraux,
- centres de prévention,
- centres de diagnostic privés ou publics,
- réseaux d'aides et de soins,
- établissements à séjour continu,
- établissements à séjour intermittent,
- centres semi-stationnaires et foyers,
- crèches et maisons relais,
- foyers d'accueil,
- ateliers protégés,
- centres d'information, de conseil, de guidance,
- centres socio-éducatifs,
- services de médecine scolaire,
- services de médecine du travail,
- institutions de formation,
- …

1.5. Méthodologie de l'étude

L'étude a été scindée en 2 parties :

- état des lieux qualitatif sur l'exercice des professionnels de la santé,
- état des lieux quantitatif sur les ressources en professionnels de la santé.

Le rapport présente les résultats de l'état des lieux sous les dimensions qualitative et quantitative en différentes parties.

1.5.1 Méthodologie de l'étude qualitative

L'état des lieux qualitatif sur l'exercice des professionnels de la santé repose sur plusieurs méthodes pour l'explorer sous divers angles, afin de pouvoir reconstituer la situation à partir de points convergents et de mettre en exergue les divergences.

L'étude qualitative a été menée par :

- des entretiens collectifs semi-directifs, sur base d'une grille d'entretien envoyée préalablement aux acteurs rencontrés,
- des ateliers pour explorer des problématiques plus précises dans chacun des secteurs (FHL, COPAS),
- un questionnaire distribué aux institutions de la COPAS et de la FEDAS en raison du nombre très important d'acteurs concernés, qui ne pouvaient pas être directement rencontrés sur site dans le délai imparti pour l'étude,
- un questionnaire distribué aux associations de patients,
- un questionnaire distribué aux sociétés médicales luxembourgeoises,
- une enquête téléphonique en client mystère,
- la consultation des lois et règlements au Luxembourg et à l'étranger,
- la consultation d'enquêtes européennes ou internationales,
- la recherche de bibliographies sur le sujet.

Les entretiens collectifs ont été organisés comme suit, dans chaque établissement relevant de la loi sur les établissements hospitaliers (CHL, CHEM, CHdN, HRS, CHNP, INCCI, CFB, Colpach, Rehazenter, HIS, Domaine Thermal):

- direction générale,
- direction médicale et/ou conseil médical,
- direction des soins,
- échantillon de cadres soignants,
- échantillon d'infirmiers (INF),
- échantillon d'infirmiers spécialisés en pédiatrie (IPED),
- échantillon d'infirmiers spécialisés en psychiatrie (IPSY),
- échantillon d'infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation (IAR),
- échantillon d'assistant techniques médicaux en chirurgie (ATM-C),
- échantillon d'assistants techniques médicaux en radiologie (ATM-Rx),
- échantillon d'assistants techniques médicaux de laboratoire (ATM-Labo),
- échantillon de laborantins,
- échantillon de sages-femmes (SF),
- échantillon d'aides-soignants (AS),
- pour certains hôpitaux : échantillon de professionnels de la santé et autres professionnels composant l'équipe multidisciplinaire (psychologue, diététicien, ergothérapeute, orthophoniste, assistant social, kinésithérapeute, thérapeute à médiation artistique, psychomotricien, thérapeute en activité physique adaptée…).

Les laboratoires ont participé à l'enquête par des entretiens :

- le Laboratoire National de Santé (LNS) avec les entretiens suivants:
  - comité de direction,
  - échantillon d'ATM-Labo,
  - échantillon de laborantins,
  - échantillon des autres professions participant aux analyses,
  - échantillon de médecins, biologistes, pharmaciens.
- les laboratoires privés représentés par la Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM),
- les laboratoires hospitaliers avec les entretiens suivants :
  - échantillon de laborantins,
  - échantillon d'ATM-Labo.

Des entretiens ont eu lieu aussi avec les acteurs suivants :

- Direction de la Santé et le service des professions médicales et des professions de santé,
- Conseil d'administration de la COPAS,
- Plateforme Long séjour-Personnes Agées de la COPAS,
- Plateforme Réseaux de Soins à domicile et foyers de jour de la COPAS,
- Plateforme de la Psychiatrie extrahospitalière de la COPAS,
- Conseil d'administration de la FHL,
- Plateforme des directions des soins de la FHL,
- Direction de la FEDAS,
- Direction de l'ONE,
- Université du Luxembourg (UNI),
- Comité directeur du Lycée Technique pour Professions de Santé (LTPS),
- Collège médical (CM),
- Collège des vétérinaires (CV),
- Conseil Supérieur des Professions de Santé (CSPS),
- Caisse Nationale de Santé (CNS),
- Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS),
- Ministère de l'Education Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, Service de la Formation Professionnelle.

Les associations professionnelles suivantes ont été rencontrées :

- l'Association des Médecins et des Médecins Dentistes (AMMD),
- le Cercle des Médecins Généralistes (CMG),
- l'Association Luxembourgeoise des Etudiants en Médecine (ALEM),
- l'Association des ATM de Radiologie (ALAR),
- l'Association Luxembourgeoise des Aides-Soignants (ALAS),
- l'Association Luxembourgeoise des Arts-Thérapeutes Diplômés (ALAtD),
- l'Association Luxembourgeoise des ATM de Chirurgie (ALATM-C),
- l'Association Luxembourgeoise des ATM de Laboratoire (ALATM-Labo),
- l'Association Luxembourgeoise des Ergothérapeutes Diplômés (ALED),
- l'Association Luxembourgeoise des Enseignants des Professions de Santé (ALEPS),
- l'Association Luxembourgeoise des Infirmiers en Anesthésie-Réanimation (ALIAR),
- l'Association Luxembourgeoise des Infirmiers Pédiatriques (ALIP),
- l'Association Luxembourgeoise des Infirmiers Psychiatriques (ALIPS),
- l'Association Luxembourgeoise des Kinésithérapeutes (ALK),
- l'Association Luxembourgeoise des Orthophonistes (ALO),
- l'Association Luxembourgeoise des Orthoptistes Diplômés (ALOD),

- l'Association Luxembourgeoise des Pédagogues Curatifs (ALPC),
- l'Association Luxembourgeoise des Psychomotriciens Diplômés (ALPD),
- l'Association Luxembourgeoise des Sages-Femmes (ALSF),
- l'Association Nationale des Assistants Sociaux et des Infirmiers Gradués (ANASIG),
- l'Association Nationale des Diététiciens Luxembourgeois (ANDL),
- l'Association Nationale des Infirmiers Luxembourgeois (ANIL),
- l'Association Nationale des Laborantins Diplômés (ANLD),
- le Groupement des Infirmiers en Hygiène Hospitalière (GIHH),
- la Société Luxembourgeoise de Psychologie (SLPs.)

Au total**, 647 personnes** ont été interviewées pour cette étude.

Les associations de patients ont été enquêtées par questionnaire. Celles qui ont répondu sont les suivantes :

- l'Association des patients Wäertvollt Liewen,
- l'Association Luxembourgeoise des Intolérants au Gluten (ALIG),
- l'Association Luxembourgeoise des Malades Rénaux et Transplantés,
- l'Association Nationale des Victimes de la Route,
- la Fondation Cancer,
- Een Häerz fir Kriibskrank Kanner,
- L'Association Multiple Sclérose Lëtzebuerg,
- La Maison du Diabète,
- L'Association Luxembourgeoise du Diabète,
- Lëtzebuergesch Angscht Stéierungen Hëllef,
- la représentation des patients au sein du Plan National Cancer.

Les Sociétés médicales luxembourgeoises suivantes ont participé à l'enquête par questionnaire :

- le Cercle Luxembourgeois des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs (CLMAR),
- la Société Luxembourgeoise d'Alcoologie et d'Addictologie (SLAA),
- la Société Luxembourgeoise de Chirurgie et Chirurgie Thoracique (SLCCT),
- la Société Luxembourgeoise de Gynécologie Obstétrique (SLGO),
- la Société Luxembourgeoise de Médecine Nucléaire (SLMN),
- la Société Luxembourgeoise de Médecine du Sport (SLMS)
- la Société Luxembourgeoise de Médecine d'Urgence (SLMU),
- la Société Luxembourgeoise d'Ophtalmologie (SLO),
- la Société Luxembourgeoise de Radiologie (SLRa),
- la Société Luxembourgeoise de Rhumatologie (SLRh),
- la Société Luxembourgeoise de Pédiatrie (SLP),
- la Société Luxembourgeoise de Psychiatrie, Pédopsychiatrie et Psychothérapie (SLPPP).

En sus, les acteurs suivants ont été consultés :

- le Comité National des Parents d'Elèves du LTPS.

Les recherches de documents ont été centrées pour ce qui concerne la comparaison avec l'étranger, sur la législation professionnelle dans les pays frontaliers (France, Belgique, Allemagne) d'où proviennent un grand nombre de professionnels recrutés au Luxembourg, ainsi que dans des pays qui servent souvent de référence dans le domaine des systèmes de santé : le Québec, la Suisse, les Pays-Bas.

Les recherches bibliographiques sur la pénurie des professionnels de la santé ont porté sur les travaux ou recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'Union Européenne (UE), de l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé, de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE).
Les publications nationales de l'IGSS, de l'ALEM ou de l'AMMD, ainsi que celles produites dans le cadre de travaux transfrontaliers ont aussi été consultées.

1.5.2 Méthodologie de l'étude quantitative pour les professions médicales

L'analyse quantitative des données relatives aux professions médicales a été réalisée à partir de données provenant :

- du registre professionnel des médecins tenu par le Ministère de la Santé,
- des informations fournies par les établissements hospitaliers,
- des demandes d'autorisation d'exploitation des services hospitaliers reçues par la Direction de la Santé,
- de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale sur base des données de la CNS,
- de l'annuaire téléphonique du Luxembourg,
- du CEDIES,
- du STATEC et de divers organismes internationaux.

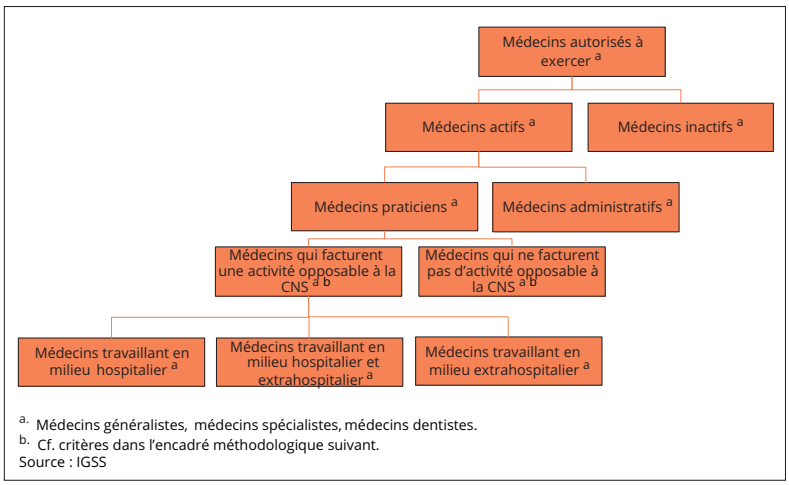
Les données utilisées sont celles des années 2007 à 2017 de la CNS pour l'ensemble des médecins, des données 2019 du registre professionnel et des données au 1er janvier 2019 pour les médecins hospitaliers.

Pour les données en provenance de la CNS, selon les catégories de médecins définies dans le rapport 2017 de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (Fig.1.1), seuls les médecins praticiens facturant une activité opposable à la CNS ont été considérés dans l'étude.
Les médecins « prestataires », c'est-à-dire venant de l'étranger pour réaliser des prestations de temps en temps, n'ont pas été considérés.
Les médecins en voie de formation spécialisée (MEVS) ont fait l'objet d'une analyse séparée même s'ils concourent à la prise en charge des patients.
Ont été exclus des analyses :

- les médecins administratifs,
- les médecins du travail lorsqu'ils n'avaient présenté aucun mémoire d'honoraires à la CNS dans l'année,
- les médecins ayant un montant d'honoraires inférieur à 18.000 euros par année. Ce seuil arbitraire a été choisi car il correspondrait à une très faible activité de moins de 1,5 consultation à 45 € en moyenne par jour, en considérant 22 jours de travail par mois pour un médecin travaillant à plein temps.

Les analyses issues des données de la CNS ne comprennent pas les médecins travaillant au sein des institutions européennes.
Ils ne comprennent pas non plus les médecins qui travaillent dans les centres de prévention, assurent des consultations mais qui ne facturent pas à la CNS.

Dans les données du registre professionnel, les médecins vétérinaires, les pharmaciens, les médecins dentistes et les psychothérapeutes n'ont pas fait l'objet d'analyses car ils ne faisaient pas partie du périmètre de l'étude défini par les commanditaires.



Source : Rapport Général sur la Sécurité Sociale au grand-Duché de Luxembourg 2017
Fig.1.1 : Catégories de médecins au Luxembourg

Les variables utilisées pour l'analyse des données relatives aux médecins étaient :

- le sexe,
- l'âge en année,
- la nationalité utilisée lors de l'autorisation d'exercer,
- la spécialité médicale autorisée utilisée lors de la remise des mémoires d'honoraires à la CNS, ainsi que la spécialité médicale autorisée contenue dans le registre professionnel,
- le pays de diplôme,
- le pays de résidence,
- le statut libéral seul, libéral en association, salarié médical, salarié autre, mixte (libéral seul et salarié médical, libéral en association et salarié médical, libéral seul et salarié autre, libéral en association et salarié autre),
- le volume annuel global des coefficients de nomenclature facturés à la CNS comprenant les consultations, les visites, les actes techniques,
- la participation à la garde hospitalière pour le médecin hospitalier,
- l'astreinte à domicile pour le médecin hospitalier,
- la présence du cabinet médical à proximité immédiate de l'établissement ou dans l'établissement hospitalier,
- le canton du lieu d'exercice professionnel.

L'analyse a été réalisée par spécialité médicale, en raison de différences importantes sur certaines variables telles que le volume annuel des coefficients ou l'astreinte.

Il n'a pas été possible de trouver au sein des bases de données détenues dans le registre professionnel ou à la CNS, une variable permettant de connaître le nombre d'heures hebdomadaires consacrées par le médecin à l'exercice de sa profession auprès de la population, permettant de classer les médecins travaillant à temps complet et ceux travaillant à temps partiel, à l'exception des médecins salariés pour lesquels l'affiliation fournit cette information.
Pour les médecins en exercice libéral, le calcul des heures consacrées à l'exercice professionnel est complexe puisqu'il comprend :

- les heures de consultations et d'examens en cabinet médical,
- les heures de pratique des actes techniques (ex : bloc opératoire, endoscopie, explorations fonctionnelles,…),
- les heures de visite médicale en service hospitalier, aux urgences,
- les heures de visite médicale à domicile pour le médecin généraliste,

- les heures de réunions de concertation pluridisciplinaire,
- les heures de participation aux réunions de gestion dans les établissements hospitaliers,
- les heures de formation continue,
- les heures de déplacement entre les sites lorsque l'activité est répartie sur divers sites hospitaliers,
- les heures de gestion administrative de l'activité professionnelle (facturation, établissements des rapports, des certificats, réponses aux courriels des patients,…).

Pour estimer au mieux un indicateur de l'activité médicale et de son évolution à travers le temps, selon l'âge et le sexe du médecin, selon la spécialité médicale, selon le canton d'exercice professionnel, la variable « volume annuel de coefficients facturés à la CNS par le médecin » a été utilisée par spécialité médicale. Ce choix a permis d'éliminer l'impact de l'indexation des honoraires médicaux lors des études longitudinales. Ce choix permet d'intégrer toutes les modifications apportées à la nomenclature des actes médicaux pendant la période étudiée.
Les locations d'appareils n'ont pas été retenues dans ce volume d'activité.
La distribution de l'activité totale annuelle exprimée en coefficients de chaque médecin a été présentée en box plots.
Les cas extrêmes d'activité ont été éliminés pour la présentation graphique.
Lorsque le nombre de médecins par spécialité médicale était très petit dans la classe d'âge ou selon le sexe, le volume d'activité n'a pas été représenté dans les graphiques afin de ne pas permettre l'identification du professionnel concerné.
Lorsque plusieurs médecins travaillaient en association sous le même code de facturation à la CNS, il n'a pas été possible d'attribuer à chaque médecin sa part contributive à l'association. C'est pourquoi, le volume annuel des coefficients de l'association a été divisé par le nombre de médecins appartenant à l'association. Ce calcul ne reflète probablement pas la situation individuelle de chaque médecin appartenant à l'association. Cependant, il reflète correctement la disponibilité moyenne de l'association de médecins auprès de la population.
Si le médecin exerçait plusieurs spécialités médicales et donc facturait sous plusieurs codes de prestataires à la CNS, il lui a été attribué le volume de coefficients pour chacune de ses spécialités. Afin de ne pas compter deux fois ce médecin, le volume total de ses coefficients a été ensuite attribué à sa spécialité principale. Cette méthode surestime légèrement l'activité de ce médecin dans sa spécialité principale et sous estime ce médecin dans sa spécialité secondaire.

Le volume total de coefficients pris en considération correspond à la prise en charge de la population de référence considérée dans l'étude à savoir les résidents protégés par la CNS et les assurés CNS frontaliers. Aucune donnée relative aux consommations de soins des personnes relevant des institutions européennes n'étant accessible dans le cadre de cette étude, le volume des coefficients est sous-estimé lors des analyses.
Lorsque les analyses ont été réalisées par canton, les données de population publiées par le STATEC ont été utilisées. Le nombre d'habitants comprend les résidents protégés par la CNS, par d'autres types d'assurances privées, ainsi que par la sécurité sociale des institutions européennes. Ce choix sous-estime les ratios produits puisque le numérateur (volume total des coefficients) ne comprend pas les coefficients facturés pour les patients des institutions européennes, alors que le dénominateur comprend les résidents relevant de la sécurité sociale des institutions européennes[1]. En contre partie,

[1] Le STATEC ne fournit pas le nombre de résidents relevant d'un régime de sécurité sociale autre que la CNS, notamment le nombre d'assurés à la sécurité sociale des institutions européennes.

la réelle population recourant aux professionnels de la santé du canton est sous-estimée, car les assurés frontaliers venant se faire soigner dans le canton ne sont pas considérés. Les personnes étrangères prises en charge exceptionnellement au Luxembourg (ex : touristes) n'ont pas été inclus dans la population faisant l'objet des analyses.

Constat :
Il n'existe pas de données concernant le temps consacré à l'exercice professionnel des médecins libéraux.
Il n'est pas possible d'identifier l'activité individuelle d'un médecin appartenant à une association de médecins lorsque la facturation utilise le code de l'association.

Recommandations :
- pour améliorer les analyses de l'activité médicale dans l'avenir, il serait utile que les mémoires d'honoraires des médecins appartenant à une association de médecins contiennent à la fois le code individuel du médecin et le code de l'association,
- il faudrait aussi que la sortie d'un médecin d'une association de médecins soit enregistrée dans le fichier CNS,
- l'utilisation du système de santé en soins primaires, en soins hospitaliers et en soins extrahospitaliers par les résidents relevant de la sécurité sociale des institutions européennes devrait faire l'objet d'une collecte de données annuelles afin de pouvoir procéder à des analyses sans biais de sous estimation.

1.5.3 Méthodologie de l'étude quantitative pour les professions de santé

L'analyse quantitative des données relatives aux professions de santé a été réalisée à partir des données provenant :
- du registre professionnel des professions de santé tenu par le Ministère de la Santé,
- des informations fournies par les établissements hospitaliers,
- de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale sur base des données de la CNS,
- des demandes d'exploitation des services hospitaliers remis par les établissements hospitaliers au ministère de la santé,
- de publications du STATEC ou d'organismes internationaux.

Les variables utilisées pour l'analyse des données ont été les suivantes :
- âge en année,
- sexe,
- nationalité,
- pays de diplôme,
- pays de résidence,
- statut : libéral, salarié, mixte,
- si salarié : type d'employeur,
- taux d'occupation.

Les données portent sur les années 2007 à 2017 pour les données de la CNS, sur 2018 pour les données hospitalières, de 2007 à 2018 pour les données de l'assurance dépendance et de 2019 pour les données du registre professionnel.

1.6. Cadre légal et réglementaire des registres professionnels

Le cadre légal et réglementaire du secteur de la santé prévoit au Luxembourg deux registres professionnels :

- le registre des professions de médecin, médecin-dentiste, médecin vétérinaire, pharmacien et psychothérapeutes,
- le registre de certaines professions de santé.

Le registre des professions de médecin, médecin dentiste, médecin vétérinaire, pharmacien et psychothérapeute est régi par *la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin dentiste, de médecin vétérinaire, pharmacien et psychothérapeute*.
L'article 1er impose une autorisation d'exercer délivrée par le Ministre de la santé sur avis du Collège médical, ainsi qu'une obligation d'inscription dans le registre professionnel.
La loi précise dans son article 33 l'obligation pour le médecin d'être inscrit au registre professionnel et confère au Collège médical la responsabilité de gérer ce registre. Ce dernier à l'obligation de communiquer aux administrations concernées toutes les inscriptions et modifications au registre des professions médicales.
L'alinéa 1 de l'article 33 précise les données à fournir par les personnes et à inclure dans le registre des professions médicales : nom, prénom, date de naissance, lieu d'établissement, nationalité, date d'autorisation d'exercer, date de l'établissement effectif, titre professionnel autorisé à porter, décision de suspension, d'interdiction temporaire ou d'interdiction à vie d'exercice professionnel.
Le médecin a l'obligation de signaler un changement de lieu d'établissement, de nationalité ou de patronyme, ainsi qu'une interruption d'exercice de la profession de plus de 6 mois et une cessation d'activité.
Le Collège médical est aussi tenu de tenir un registre ordinal, ainsi qu'un registre pour les médecins remplaçants ou les médecins prestant des services, comportant les nom, prénom, date de naissance, nationalité, l'adresse de prestation, la date du titre autorisant à exercer, la durée probable de la prestation ou du remplacement.
Enfin, le Collège médical établi la liste des médecins en exercice comportant le nom, le prénom, la date de naissance, le lieu et la date de leur établissement et le titre professionnel sous lequel ils exercent la profession.

Le registre de certaines professions de santé est régi par *la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé et par le Règlement grand-ducal du 25 novembre 1993 autorisant 1.la création et l'exploitation d'une banque de données des personnes exerçant certaines professions de santé, 2.l'utilisation du numéro d'identité des personnes physiques et morales*.
Le règlement ministériel précise dans son article 1er que toute personne autorisée à exercer au Luxembourg doit se faire inscrire au registre professionnel établi au Ministère de la santé.
L'article 3 du règlement précise les données à fournir par les personnes et à inclure dans le registre de certaines professions de santé : nom, prénom, sexe, date de naissance, numéro d'identification national des personnes physiques et morales, adresse professionnelle, nationalité, profession autorisée à exercer, date de délivrance du diplôme, date de délivrance de l'autorisation d'exercer, le pays de délivrance du diplôme, les titres de formation.
Le professionnel ou son employeur a l'obligation de signaler un changement dans son occupation, son statut ou son adresse professionnelle.

Comparaison des données à collecter dans les registres professionnels prévus par la loi

Le tableau ci-après présente une comparaison des données à collecter dans les registres professionnels tel que prévu par la législation, ainsi que les données réellement collectées dans les registres.

Donnée	Registre Médecins -Loi	Registre Médecins-Réel	Registre Prof.Santé. Loi	Registre Prof.Santé-Réel
Nom jeune fille	X	X	X	X
Nom épouse/époux				X
Prénom	X	X	X	X
Sexe		X	X	X
Date de naissance	X	X	X	X
Pays de naissance		X		X
Matricule		X	X	X
Adresse privée				X
Pays de résidence				X
Nationalité	X	X	X	X
Profession exercée		X	X	
Titre professionnel	X	X		X
Date obtention diplôme			X	X
Pays délivrance diplôme		X	X	X
Date reconnaissance dipl.[2]		X		
Date autorisation exercer	X	X	X	X
Numéro d'autorisation		X		X
Titres de formation	X	X	X	X
Adresse professionnelle	X	X	X	X
Téléphone professionnel		X		
Date établissement effectif	X	X		
Code CNS		X		X
Nom de Hôpital agrément		X		
Tél Prof Hôpital agrément		X		
Nom de l'employeur		X		X
Date d'engagement		X		X
Date d'arrêt		X		X
Taux occupation hrs/sem				X
Statut				X
Mode d'activité				X
Sanctions disciplinaires	X	X	X	
Adresse email		X		

Tab.1.1 : Données prévues par la loi et données collectées pour les registres professionnels médicaux et autres professions de santé, en 2019

Le statut correspond à : employé d'Etat, employé communal, employé privé, fonctionnaire d'Etat, fonctionnaire communal, fonctionnaire de l'Union Européenne, salarié, profession libérale.
Le mode d'activité correspond à : professionnel de santé professionnellement actif qui pratique au patient, professionnel de santé professionnellement actif occupé dans la recherche, professionnel de santé professionnellement actif au niveau d'une administration.

[2] Cette donnée n'est collectée que s'il s'agit d'un diplôme non reconnu automatiquement

Constat :
Les registres professionnels des professions médicales et de certaines professions de santé sont institués auprès du Ministère de la santé.
Le Collège médical (CM) est tenu de tenir un registre ordinal, ce qui n'est pas attendu du Conseil Supérieur de certaines Professions de Santé (CSPS), traduisant une différence de rôle et de responsabilités entre ces deux organes, dans les lois actuelles.
D'autre part, il n'y a pas de complète similitude dans la loi entre les données à fournir pour les médecins et les données à fournir pour certaines professions de santé. Pour exemple, il n'est pas demandé, dans la loi, aux médecins de fournir la date d'obtention du diplôme professionnel, ni le pays de délivrance du diplôme. Or ces informations sont importantes pour étudier les migrations professionnelles d'autant que le Luxembourg n'est pas, à ce jour, autonome dans la formation universitaire des médecins spécialistes notamment.
Il peut être constaté que la collecte des données réelles au sein des registres a dû être élargie par rapport aux données prévues par la loi. Cependant les textes légaux n'ont pas été adaptés. Les données ajoutées permettent soit de communiquer avec la personne, soit de mieux décrire la fonction occupée, soit de vérifier que la personne travaille dans la profession pour laquelle elle possède une autorisation d'exercer.
Le registre professionnel des médecins contient une adresse e-mail, ce qui n'est pas le cas pour celui des autres professions de santé. Pourtant cela permettrait un contact électronique avec le professionnel notamment pour les mises à jour annuelles du registre, ainsi que pour lui rappeler avec régularité qu'un changement dans son exercice professionnel doit être signalé.
Le registre actuel des médecins ne peut enregistrer qu'un seul code CNS, soit un code individuel, soit un code de groupe lors d'une association de médecins. Or certains médecins ont plusieurs codes CNS car ils exercent dans plusieurs lieux ou dans plusieurs structures. Lorsque plusieurs médecins appartiennent à la même association, ils ont tous un même code CNS de facturation, à savoir celui du groupe, ce qui ne permet plus de distinguer leur activité propre.
Le registre professionnel des médecins ne permet pas de connaître le taux d'occupation du médecin dans la spécialité primaire qu'il exerce, ni le nombre d'heures en moyenne par semaine dans les spécialités connexes s'il en possède. Or cette information est très importante en raison de la féminisation de la profession, les femmes exerçant parfois à mi-temps lorsqu'elles ont une charge de famille. Ceci induit un biais dans les statistiques réalisées notamment sur l'indicateur du nombre de médecins pour 1.000 habitants.
De même, un médecin pensionné qui n'a pas signalé au Ministère de la santé son nouveau statut et fait encore quelques ordonnances, continue à être inscrit dans le registre professionnel comme médecin professionnellement actif. Il est de ce fait considéré dans les statistiques comme un médecin travaillant à temps plein alors qu'il n'exerce plus en réalité que de manière occasionnelle auprès de la population.

Recommandations :

- Harmoniser la collecte des données dans le cadre des registres professionnels pour l'ensemble des professionnels de la santé : médecins et autres professions de santé.
- Actualiser les textes légaux sur les registres aux données réellement collectées dans le but légitime de pouvoir communiquer avec le professionnel pour actualiser les données le concernant et pouvoir établir des indicateurs pertinents sur les ressources professionnelles disponibles, ainsi que sur les migrations.
- Dans le cadre d'une éventuelle révision des lois actuelles sur les professions de santé, il serait opportun de réfléchir à l'intérêt d'une loi cadre applicable à tous les professionnels de la santé (médecins et professions de santé).

- Il serait aussi opportun d'harmoniser le rôle des organes représentatifs (Collège médical et Conseil Supérieur de certaines Professions de Santé) notamment concernant leur rôle et leurs responsabilités par rapport aux professionnels de la santé qu'ils représentent. Le modèle des ordres professionnels tel qu'ils existent à l'étranger pourrait servir de référence. En effet, compte tenu des objectifs de la politique de santé qui vise la multidisciplinarité et la multi-professionnalité, il apparaît essentiel que chacune des professions de la santé (médicales et soignantes) soient considérées de manière similaire pour leur contribution à la santé de la population.
- Certaines informations telles que la disponibilité hebdomadaire[3] du médecin dans une ou des spécialités médicales devraient être recensées pour obtenir des indicateurs plus objectifs sur les ressources médicales disponibles au Luxembourg.
- De même pour les professions de santé exerçant en libéral, la disponibilité hebdomadaire devrait être recensée systématiquement.
- L'enregistrement d'un code CNS individuel en sus d'un code CNS d'association à chaque médecin exerçant dans un groupe de médecins permettrait de mieux identifier la contribution individuelle de chaque médecin au système de santé.

[3] Il s'agit de connaître la disponibilité régulière pour assurer les consultations, visites, actes techniques, en termes de journées ou de demi-journées

1.7 Processus de collecte initiale des données incluses dans les registres

La collecte des données concernant les professionnels de la santé pour insertion dans les registres professionnels (médecins et autres professions de santé) démarre lors de la demande d'autorisation d'exercer que chaque professionnel est obligé de demander au Ministre de la santé pour être en mesure d'exercer au Luxembourg.
Certaines données sont collectées à partir des documents à fournir lors de la demande, tels que les diplômes, la carte d'identité ou le passeport, le permis de séjour,…
Ces données sont complétées grâce au formulaire d'inscription dans le registre que le professionnel doit remplir et renvoyer au Ministère de la santé.

Pour les médecins, le processus de collecte des données est différent puisque le Collège médical donne un avis sur la demande d'autorisation d'exercer, notamment sur la spécialité médicale que le médecin pourra exercer. Lors de la réception d'une demande d'autorisation d'exercer, le Ministère de la santé fait parvenir la demande au Collège médical qui instruit le dossier et rend un avis par écrit au Ministre de la santé. Le Ministre peut alors donner l'autorisation d'exercer au médecin dont il transmet une copie au Collège médical. L'autorisation d'exercer sera ensuite introduite dans le registre professionnel.

Une copie de l'arrêté ministériel statuant sur l'autorisation d'exercer est transmise à la Caisse Nationale de Santé (CNS). Si le médecin en fait la demande, la CNS lui attribuera un ou plusieurs codes CNS individuels ou un code de groupe. Seul un code pourra être intégré dans le registre professionnel des médecins.

Si le médecin demande une autorisation d'exercer dans deux ou plusieurs spécialités médicales inscrites dans la liste des spécialités médicales au Luxembourg, chacune des autorisations sera introduite dans le registre. Cependant, le médecin devra choisir une spécialité primaire. Le Ministère ne comptabilisera ce médecin dans les statistiques qu'il fournit aux organismes nationaux ou internationaux[4] que dans cette spécialité primaire, même s'il exerce à temps partiel dans une autre discipline.
Il n'a pas été possible de déterminer dans le cadre de cette étude, sur quels critères objectifs se faisait l'attribution de la spécialité primaire dans le registre.

[4] Les destinataires des statistiques peuvent être le STATEC, EUROSTAT, OECD, OMS…

1.8 Mise à jour des données collectées dans les registres professionnels

Le processus de mise à jour varie selon les professionnels de la santé considérés.

Pour le registre des médecins : Il n'y a pas de processus de mise à jour. La loi donne la responsabilité au médecin de signaler au Ministère de la santé tout changement dans sa situation professionnelle. Etant donné que l'autorisation d'exercer en tant que médecin est donnée à vie actuellement au Luxembourg, à l'exception des décisions disciplinaires ou du tribunal, le Ministère de la santé ne dispose pas de processus de mise à jour régulière pour les médecins libéraux. Aucun rappel n'est envoyé au médecin en cours de carrière pour lui rappeler de mettre à jour ses données. Seul un changement d'adresse professionnelle signalé par le médecin à la CNS est ensuite transmis par la CNS au registre professionnel des médecins tenu par le Ministère de la santé. Les médecins pensionnés ne sont pas systématiquement signalés au Ministère de la santé.
Un médecin luxembourgeois ayant eu une autorisation d'exercer et n'exerçant plus sur le territoire luxembourgeois est maintenu dans le registre professionnel s'il n'a pas signalé son départ au Ministère de la santé.
Un médecin ayant demandé une autorisation d'exercer, mais n'ayant jamais réellement démarré une activité professionnelle reste dans le registre professionnel et est comptabilisé dans les statistiques. Si néanmoins dans les deux années après l'obtention de son autorisation d'exercer, il n'a facturé aucune prestation à la CNS, son autorisation d'exercer devient caduque. Dans ce cas, il ne sera plus comptabilisé dans les statistiques.
Seules des informations informelles obtenues auprès de personnes de contact dans divers organismes (CNS, Collège médical, employeurs,…) peuvent éventuellement permettre de corriger et mettre à jour des informations dans le registre des médecins.
De ce fait, les informations contenues dans le registre professionnel des médecins ne sont pas conformes en temps réel. Le Ministère de la santé est toujours en retard sur la réalité des ressources médicales disponibles sur le territoire.

Pour le registre de certaines professions de santé : Selon la loi, le professionnel doit signaler un changement dans son exercice professionnel. Si tel est le cas, la mise à jour est faite par le service de gestion des registres professionnels du Ministère de la santé.
En sus, il existe un processus de mise à jour annuelle auprès des personnes exerçant en libéral, ainsi qu'auprès des employeurs pour toutes les professions de santé salariées. Cependant, l'envoi d'un formulaire aux employeurs ne se fait que si ce dernier a été signalé comme employeur dans le registre.
La mise à jour porte essentiellement sur l'adresse privée et le pays de résidence, ainsi que sur l'occupation professionnelle (employeur, taux d'occupation, statut, mode d'activité, adresse professionnelle).
Pour l'adresse privée, si celle-ci se situe au Luxembourg, la mise à jour se fait automatiquement via le fichier national sur base du numéro d'identification national (matricule).
Lors de l'envoi du formulaire de mise à jour, il est mis en annexe un extrait du registre, ce qui permet à l'employeur ou au professionnel en libéral de repartir de la base de données de l'année précédente. Il leur est demandé de vérifier les données pour chaque professionnel signalé dans l'extrait, d'y ajouter les personnes manquantes et de signaler les personnes dont le contrat est terminé.
Le processus de mise à jour n'est pas digitalisé. Il se fait par formulaire papier ce qui induit des coûts d'envoi postal, des coûts de papier et des coûts d'heures de mise à jour pour le service du Ministère de la santé affecté à la gestion des registres professionnels.
Il est envisagé de digitaliser cette mise à jour en permettant au professionnel et aux employeurs de modifier certaines données du registre.

Constat :
L'absence de processus de mise à jour systématique du registre professionnel des médecins ainsi que l'absence d'informations sur la disponibilité hebdomadaire des médecins dans leur discipline induisent une probable surestimation du nombre de médecins exerçant au Luxembourg, ce qui diminue la confiance dans les résultats des indicateurs relatifs par exemple au nombre de médecins pour 1.000 habitants. Il est difficile d'identifier la marge d'erreur au sein du registre professionnel des médecins, à savoir le nombre de médecins inscrits dans le registre professionnel et n'exerçant plus auprès des patients ou n'exerçant qu'occasionnellement.
Pour les autres professions de santé, le processus de mise à jour annuelle permet de mieux maîtriser les résultats statistiques. Cependant, certains employeurs au Luxembourg peuvent salarier des professions de santé sans jamais avoir été répertoriés comme employeurs dans la base de données du registre, par exemple en cas d'emploi d'un professionnel possédant déjà une autorisation d'exercer, si celui-ci ne signale pas son nouvel emploi au Ministère de la santé.
L'absence de digitalisation du processus de mise à jour est consommateur de ressources pour le service de gestion des registres professionnels au sein du Ministère de la santé, ainsi que pour les employeurs.

Recommandations :

- La limitation de la durée d'exercer pourrait être considérée comme pouvant offrir une opportunité de mise à jour des données relatives aux médecins dans le registre professionnel. Cependant, mettre en place une autorisation d'exercer à durée limitée pourrait avoir un effet négatif sur l'attractivité du Luxembourg et pourrait impacter le recrutement de médecins au Luxembourg, en imposant une contrainte inexistante dans les pays limitrophes. **C'est pourquoi cette mesure n'est pas recommandée.**
- Si l'autorisation d'exercer n'est pas limitée dans le temps, il faudrait mettre en place un système de mise à jour annuelle obligatoire des données des médecins intégrés au registre professionnel afin que le Ministère dispose de données approchant la réalité.
- La digitalisation du processus de mise à jour des données au sein des registres professionnels doit être une priorité afin d'utiliser les ressources du Service de gestion des registres professionnels du Ministère de la santé et les ressources des employeurs à d'autres missions plus valorisantes et offrant une meilleure plus value.
- La collecte de la disponibilité hebdomadaire habituelle du médecin dans sa discipline constitue une information clé à requérir pour apprécier la disponibilité des ressources médicales pour répondre aux besoins de santé de la population.
- Il serait judicieux de définir clairement les critères objectifs permettant d'attribuer une spécialité primaire au médecin disposant de plusieurs autorisations d'exercer.

1.9 Bases de données des registres des professionnels de la santé et digitalisation

Les données collectées dans le cadre des registres professionnels des médecins et de certaines professions de santé sont digitalisées en interne. Le système de digitalisation ne permet pas un accès externe pour les médecins et les professions de santé, afin de modifier certaines données dans le registre professionnel.
Les données sont intégrées dans une base de données ORACLE disposée physiquement au sein du Ministère de la santé.
Cette base de données est gérée par le Service Informatique et Statistiques de la Direction de la santé. Elle est alimentée par le Service des Professions de Santé du Ministère de la santé qui assure la gestion courante des deux registres professionnels.
Certains autres acteurs de la Direction de la santé peuvent consulter cette base de données à des fins de vérification pour donner certaines autorisations, telle que la Division de la Radioprotection[5], sans avoir de droits de modification des données saisies par le service des registres professionnels.

Le Service de gestion des registres et la Direction de la santé sont totalement dépendants des ressources disponibles dans le Service Informatique et Statistiques pour recevoir une extraction des données des deux registres professionnels, leur permettant de réaliser des statistiques pour leurs besoins propres, pour des demandes internationales ou dans le cadre de cette étude. En effet, la base de données des registres était gérée par une seule personne du Service Informatique et Statistiques qui est partie en pension au 31 décembre 2018, sans qu'un relais interne ait pu être réalisé permettant de répondre aux besoins. De ce fait, l'extraction des données nécessaires à la présente étude n'a pas pu être réalisée[6] dans les délais impartis et a engendré l'obligation d'intervertir les phases de l'étude.

Recommandations :

- Il est nécessaire de lever la dépendance de la Direction de la santé et du Ministère de la santé vis à vis du Service Informatique et Statistiques pour l'exploitation des données des registres professionnels.
- La Direction de la santé doit disposer de ressources capables de comprendre et maîtriser le schéma relationnel de la base de données afin de pouvoir réaliser des extractions de données conformes aux demandes, dès que besoin. La Direction de la santé doit aussi pouvoir se positionner sur la nécessité ou non de modifier cette base de données pour pouvoir répondre aisément aux demandes d'extraction de données.
- Etant donné que des statistiques sont régulièrement à produire pour les organes internationaux, il faudrait développer un outil permettant la production de rapports standardisés pouvant être automatisés, ayant aussi la capacité de répondre à des requêtes ponctuelles.

[5] Dans le cadre de l'autorisation des médecins dentistes et des médecins de médecine nucléaire pour l'utilisation des rayons pour le radiodiagnostic

[6] Il était prévu initialement de traiter les données des registres professionnels sur 10 années

1.10 Exploitation des données des registres professionnels

Les données des registres professionnels sont utilisées pour répondre aux demandes externes nationales ou internationales relatives aux ressources disponibles, telles que :

- Organisation Mondiale de la Santé,
- EUROSTAT,
- OECD,
- STATEC,
- questions parlementaires,
- questions de journalistes,
- Association des Etudiants en Médecine,
- Association des Médecins et des Médecins Dentistes.

Les registres professionnels sont utilisés aussi par la Direction de la santé pour :

- l'attribution de la carte de légitimation professionnelle,
- la vérification de l'autorisation d'exercer lors d'enquêtes administratives ou lors de plaintes,
- la réalisation de statistiques spécifiques sur les professionnels de la santé médicaux et soignants,
- l'attribution des carnets de substitution pour les médecins,
- les autorisations dans le cadre de la radioprotection pour les médecins dentistes et les médecins de médecine nucléaire.

Les données sont aussi en partie utilisées pour constituer l'annuaire e-Santé des professions médicales, ainsi que pour la création de l'annuaire des médecins chez Editus.
Les données des deux registres professionnels sont trop peu utilisées par la Direction de la santé ou le Ministère de la santé dans le cadre du développement de stratégies en matière de santé publique ou de politiques de santé.
Or, ces registres peuvent permettre de disposer d'informations très importantes, telles que le nombre de médecins autorisés à exercer par discipline, la pyramide des âges des médecins, l'évolution de la représentation par sexe, l'évolution des recrutements par pays d'origine,…qui sont des données utiles pour orienter par exemple la mise en place de plans de santé publique, la politique de recrutement ainsi que la politique de formation des professionnels de la santé.
Cette étude devrait contribuer aux réflexions stratégiques du Ministère de la santé et de la Direction de la santé.

Recommandations :

- Appuyer chaque décision en matière de politique de santé sur les données des registres professionnels afin de s'assurer de la faisabilité des plans ou réformes avec les ressources disponibles ou afin d'associer des stratégies durables de recrutement ou de formation des professionnels de la santé pour contribuer à la réussite de la politique de santé et des plans nationaux.
- Pour cela, garantir l'exactitude en temps réel des données contenues dans les registres professionnels.

1.11 Registre des prestataires de service

La loi du 29 avril 1983 prévoit aussi un registre des médecins prestataires de service. Cette activité correspond le plus souvent à des médecins professeurs établis à l'étranger qui prestent au Luxembourg des actes médicaux ou de consultation dans les établissements hospitaliers à raison d'une fois par mois ou par trimestre,…
Ces médecins doivent demander une autorisation d'exercer au Ministre de la santé en attestant de leur établissement à l'étranger. L'avis du Collège médical n'est pas requis pour ces cas.
L'autorisation du Ministre de la santé est donnée pour une durée de 12 mois, qui doit ensuite être renouvelée annuellement. Cette autorisation est transmise à la CNS et au Collège médical.
Ces médecins ne sont pas inclus dans les statistiques fournies aux organismes internationaux.

Constat :
Le Luxembourg a besoin pour répondre aux besoins de santé de sa population de recourir à des compétences médicales spécialisées dans certains domaines. Il existe un recensement de ces professionnels médecins dans le registre des prestataires mais le type de compétences recherchées n'y est pas identifiable.

Recommandation :
- Identifier, grâce à ce registre des prestataires, les types de compétences médicales spécialisées que le Luxembourg va chercher à l'étranger, et utiliser ces informations lors des réflexions sur les stratégies à développer pour les professions médicales.

1.12 Médecins en formation et en voie de spécialisation

Le Ministère de la santé ainsi que la Direction de la santé n'ont pas d'informations systématiques sur les étudiants résidant au Luxembourg qui poursuivent des études de médecine au Luxembourg ou à l'étranger : nombre, pays de réalisation des études, choix de spécialité. Aucun contact systématique n'est établi entre le Ministère de la santé et ces étudiants.

Le CEDIES (Centre de Documentation et d'Information sur l'Enseignement Supérieur) dispose d'informations si et seulement si l'étudiant a fait une demande d'aide financière. Ces informations portent notamment sur le niveau des études atteint, le pays de réalisation des études. Cependant, lorsque l'étudiant devient interne pour réaliser sa spécialisation, il ne bénéficie plus d'aide financière et l'information sur la spécialisation n'est pas accessible au CEDIES.

L'Association Luxembourgeoise des Etudiants en Médecine (ALEM) dispose d'informations sur les étudiants en médecine, leur spécialisation et le pays de réalisation des études, sous condition qu'ils soient membres de l'association. Elle a publié en 1993, 2000, 2005 et 2011, un dossier complet sur les étudiants en médecine ainsi que sur la démographie médicale au Luxembourg. Cette initiative est remarquable pour la qualité du travail réalisé avec peu de moyens, ainsi que par le fait qu'une association supplée aux déficiences de l'autorité publique dont c'est normalement la mission.

Les médecins en voie de spécialisation souhaitant réaliser un stage au Luxembourg doivent être autorisés à exercer par le Ministre de la santé. Ils peuvent demander un code de prestataire à la CNS lorsqu'ils sont en dernière année de stage.
Ils sont répertoriés dans le registre professionnel des médecins, mais il n'existe pas une visibilité suffisante sur leur activité réelle.
Les médecins en voie de spécialisation réalisant l'ensemble de leurs stages à l'étranger ne sont pas répertoriés dans le registre professionnel et ne sont pas connus du Ministère de la santé ou de la Direction de la santé.

Les institutions hospitalières qui accueillent en stage quelques étudiants en médecine ou des médecins en voie de spécialisation ont une très faible visibilité sur le potentiel de recrutement que constituent les futurs médecins qui seront disponibles sur le marché du travail.

Il est prévu de développer en 2020 à l'Université du Luxembourg, un bachelor en médecine, ainsi que d'ouvrir deux spécialisations en neurologie et en oncologie, en partenariat avec des universités étrangères. Dans le cadre de la Medical School, le nouveau système de financement des salaires des médecins en voie de spécialisation avec une contribution possible du Ministère de la santé pourrait constituer une opportunité pour obtenir des informations plus précises à leur sujet.

Constat :
Le Ministère de la santé, la Direction de la santé et les institutions hospitalières ont une très faible visibilité sur les étudiants en médecine et sur les médecins en voie de spécialisation, en termes de nombre, de pays de réalisation de leurs études, des spécialisations choisies. Aucun contact direct n'existe entre les étudiants en Médecine et le Ministère de la santé à l'exception des médecins en voie de spécialisation qui réalisent un stage au Luxembourg.
Seule l'ALEM dispose d'informations partielles sur les étudiants en médecine et les médecins en voie de spécialisation.

Recommandations :

- Initier des rapprochements entre les étudiants en médecine et le Ministère de la santé dès le démarrage des études.
- Prévoir des connexions entre le CEDIES et la Direction de la santé pour disposer de certaines informations sur les étudiants en médecine.
- Prévoir des connexions avec l'ALEM pour générer des informations sur les étudiants en médecine et sur les médecins en voie de spécialisation au Luxembourg et à l'étranger.
- Prévoir des connexions avec l'Université du Luxembourg pour générer des contacts avec les étudiants en médecine présents au sein de la 1ère année de médecine puis dans l'avenir du Bachelor.

1.13 Exhaustivité et contrôle qualité des registres professionnels

La question de l'exhaustivité des registres professionnels se pose dès lors que ces données sont utilisées pour formuler une politique de santé en adéquation avec les ressources disponibles en professionnels de la santé.

Registre professionnel des médecins
Les médecins ayant eu une autorisation d'exercer en médecine générale ou dans une des spécialités médicales reconnues par la loi au Luxembourg sont dans le registre professionnel des médecins.
Ils peuvent être classés comme :

- médecin exerçant auprès de patients,
- médecin exerçant dans une administration,
- médecin exerçant dans un laboratoire,
- médecin exerçant au contrôle médical.

Sont aussi inclus :

- les médecins des communautés européennes même s'ils n'assurent que du contrôle médical ou de la médecine du travail,
- les médecins du travail, quelque soit leur diplôme ou leur type d'autorisation d'exercer[7],
- les médecins vacataires en médecine scolaire car ils sont généralement médecins généralistes ou pédiatres, mais il n'est pas possible de distinguer dans le registre leur activité spécifique en médecine scolaire,
- les médecins prestataires de service n'exerçant que de manière occasionnelle au Luxembourg,
- les médecins en voie de spécialisation en médecine générale ou dans une autre spécialité médicale,
- les médecins qui pratiquent des actes sans demander un code prestataire à la CNS, comme par exemple des médecins qui font des actes d'esthétique non remboursés par la sécurité sociale,
- les médecins ayant eu une autorisation d'exercer et n'ayant jamais exercé,
- les médecins ayant eu une autorisation d'exercer, ayant exercé puis ayant quitté le pays,
- les médecins ayant eu une autorisation d'exercer et l'ayant perdue définitivement ou temporairement.

Cependant lors de l'extraction de données pour des statistiques, des tris sont réalisés afin de ne comptabiliser que les médecins relevant de l'indicateur à calculer.

Pour le registre de certaines professions de santé, il est possible que certains professionnels aient obtenu une autorisation d'exercer, aient travaillé chez un employeur, puis aient changé, sans informer le ministère de ce changement, pour travailler chez un employeur non répertorié dans la base de données du Ministère de la santé. Dans ce cas, cet employeur ne recevra pas de lettre annuelle du Ministre de la santé pour mettre à jour les données et le professionnel engagé ne sera plus comptabilisé dans les professionnels.
Il n'existe pas de procédure systématique invitant toutes les entreprises ou organismes dont le siège est à Luxembourg à procéder à la déclaration d'engagement de professionnels de santé.

[7] Un médecin du travail peut être docteur en médecine et avoir fait une spécialisation de médecine du travail. Il peut aussi être médecin généraliste ou médecin spécialiste et avoir suivi une formation spéciale à l'UNI en médecine du travail

Contrôle qualité des registres professionnels

Il n'existe pas de véritable contrôle qualité des registres professionnels au sein du service qui en assure la gestion.
Lors de la saisie, l'outil ne dispose pas de contrôles de saisie.
Il n'y a pas d'audit interne systématique permettant de contrôler la saisie réalisée.
Il existe seulement des contrôles de plausibilité lors de la sortie de statistiques pour les organes internationaux, avec une vérification des résultats obtenus par rapport aux résultats des années antérieures.

Constat :

L'exhaustivité du registre des professions de santé ne peut être considérée comme complète et l'estimation de l'intervalle de confiance ne peut être établie avec certitude. Cependant, la probabilité de ne pas répertorier une organisation qui embauche du personnel pour la prise en charge de patients est faible. Il est plus probable que certains organismes réalisant de la prévention ou de la promotion de la santé puissent être oubliés car leur corps de métier n'est pas la santé, comme par exemple une banque qui dispose d'infirmiers pour mener des actions de prévention auprès de son personnel.
Le système de contrôle qualité des registres professionnels est de niveau faible.

Recommandations :

- Introduire au niveau législatif une obligation pour toute entreprise ou organisme, quelque soit son objet, de déclarer aux registres professionnels les médecins et les professions de santé avec lequel un contrat d'agrément, un contrat de prestation ou un contrat de travail est passé.
- Lorsque la digitalisation du registre des professions pourra permettre une accessibilité externe pour introduire des données, mettre en place tous les ans un rappel par voie électronique à tous les organismes et entreprises répertoriés au Luxembourg, de déclarer leurs médecins et leurs autres professions de santé en exercice au 31 décembre de l'année précédente.
- Mettre en place un système de contrôle qualité de la base de données des registres professionnels et de la saisie des données.

1.14. Attentes du Service de gestion des registres professionnels

Dans le cadre de la possible révision des lois qui régissent les registres professionnels et dans le cadre de la gestion courante, plusieurs attentes sont exprimées par le Service de gestion des registres au sein du Ministère de la santé et de la Direction de la santé, à savoir :

- collecter les données de disponibilité des médecins et des professionnels de santé libéraux et salariés afin d'avoir une véritable évaluation des ressources disponibles,
- collecter les données sur toutes les activités d'un médecin et pour chacune la disponibilité habituelle du médecin afin d'avoir une complète appréciation des ressources spécifiques médicales,
- constituer une base de données des étudiants en médecine et des médecins en voie de spécialisation, qui résident au Luxembourg, quelque soit leur lieu de réalisation des études ou des stages (national et international),
- digitaliser les registres professionnels avec un accès externe permettant les mises à jour par les professionnels et par les organismes, entreprises, institutions,…
- améliorer l'indépendance du Service de gestion des registres professionnels pour traiter les données,
- améliorer l'exactitude des données des registres en temps réel.

Résumé Partie 1 : Les registres professionnels

Données contenues au sein des registres professionnels

Les registres professionnels des professions médicales et de certaines professions de santé sont institués par la loi auprès du Ministère de la santé.
Le Collège médical (CM) est chargé de tenir un registre ordinal, ce qui n'est pas attendu du Conseil Supérieur de certaines Professions de Santé (CSPS), traduisant une différence de rôle et de responsabilités entre ces deux organes, dans les lois actuelles.
D'autre part, il n'y a pas de complète similitude dans la loi entre les données à fournir pour les médecins et les données à fournir pour certaines professions de santé. Pour exemple, il n'est pas demandé, dans la loi, aux médecins de fournir la date d'obtention du diplôme professionnel, ni le pays de délivrance du diplôme. Or, ces informations sont importantes pour étudier les migrations professionnelles d'autant que le Luxembourg n'est pas, à ce jour, autonome dans la formation universitaire des médecins spécialistes notamment.
Il peut être constaté que la collecte des données réelles au sein des registres a dû être élargie par rapport aux données prévues par la loi. Cependant les textes légaux n'ont pas été adaptés. Les données ajoutées permettent soit de communiquer avec la personne, soit de mieux décrire la fonction occupée, soit de vérifier que la personne travaille dans la profession pour laquelle elle possède une autorisation d'exercer.
Le registre professionnel des médecins contient une adresse e-mail, ce qui n'est pas le cas pour celui des autres professions de santé. Pourtant cela permettrait un contact électronique avec le professionnel notamment pour les mises à jour annuelles du registre, ainsi que pour lui rappeler avec régularité qu'un changement dans son exercice professionnel doit être signalé.
Le registre actuel des médecins ne peut enregistrer qu'un seul code CNS, soit un code individuel, soit un code de groupe lors d'une association de médecins. Or, certains médecins ont plusieurs codes CNS car ils exercent dans plusieurs lieux ou dans plusieurs structures. Lorsque plusieurs médecins appartiennent à la même association, ils ont tous, en plus de leur code individuel, le même code CNS d'association sous lequel ils peuvent facturer, ce qui ne permet plus de distinguer leur activité propre au sein de l'association.
Le registre professionnel des médecins ne permet pas de connaître le taux d'occupation du médecin en nombre d'heures en moyenne par semaine dans la spécialité primaire qu'il exerce, ni la répartition de ses activités s'il dispose de plusieurs autorisations d'exercer. Or cette information est très importante en raison de la féminisation de la profession, les femmes exerçant parfois à mi-temps lorsqu'elles ont une charge de famille. Ceci induit un biais dans les statistiques réalisées notamment sur l'indicateur du nombre de médecins pour 1.000 habitants.
De même, un médecin pensionné qui n'a pas signalé au Ministère de la santé son nouveau statut et travaille encore occasionnellement, continue à être inscrit dans le registre professionnel comme médecin professionnellement actif. Il est de ce fait considéré dans les statistiques comme un médecin travaillant à temps plein alors qu'il n'exerce plus en réalité de manière continue auprès de la population.

Processus de mise à jour des données

L'absence de processus de mise à jour systématique du registre professionnel des médecins ainsi que l'absence d'informations sur la disponibilité hebdomadaire des médecins dans leur discipline induisent une surestimation du nombre de médecins exerçant au Luxembourg, ce qui diminue la confiance dans les résultats des indicateurs relatifs au nombre de médecins pour 1.000 habitants ou pour 1.000 assurés. Il est difficile d'identifier la marge d'erreur au sein du registre professionnel des médecins, à savoir le nombre de médecins inscrits dans le registre professionnel et n'exerçant plus auprès des patients ou n'exerçant qu'exceptionnellement.

Pour les autres professions de santé, le processus de mise à jour annuelle permet de mieux maîtriser les résultats statistiques. Cependant, certains employeurs au Luxembourg peuvent salarier des professionnels de santé sans jamais avoir été répertoriés comme employeurs dans la base de données du registre, par exemple en cas d'emploi d'un professionnel possédant déjà une autorisation d'exercer, si celui-ci ne signale pas son nouvel emploi au Ministère de la santé.
L'absence de digitalisation du processus de mise à jour est consommateur de ressources pour le service de gestion des registres professionnels au sein du Ministère de la santé, ainsi que pour les employeurs.

Digitalisation et exploitation de la base de données des registres professionnels

Les données collectées dans le cadre des registres professionnels des médecins et de certaines professions de santé sont digitalisées en interne. Le système de digitalisation ne permet pas un accès externe pour les médecins et les professions de santé, afin de modifier certaines données dans le registre professionnel.
Le Service de gestion des registres et la Direction de la Santé sont totalement dépendants des ressources disponibles dans le Service Informatique et Statistiques pour recevoir une extraction des données des deux registres professionnels, leur permettant de réaliser des statistiques pour leurs besoins propres, pour des demandes internationales ou dans le cadre de cette étude.
Les données des deux registres professionnels sont trop peu utilisées par la Direction de la santé ou le Ministère de la santé dans le cadre du développement de stratégies en matière de santé publique ou de politiques de santé.
Or, ces registres permettraient de disposer d'informations très importantes, telles que le nombre de médecins autorisés à exercer par discipline, la pyramide des âges des médecins, l'évolution de la représentation par sexe, l'évolution des recrutements par pays d'origine,…qui sont des données utiles pour orienter, par exemple, la mise en place de plans de santé publique, la politique de recrutement ainsi que la politique de formation des professionnels de la santé.

Compétences des prestataires externes

Le Luxembourg a besoin pour répondre aux besoins de santé de sa population de recourir à des compétences médicales spécialisées dans certains domaines. Il existe un recensement de ces professionnels médecins dans le registre des prestataires mais le type de compétences recherchées n'y est pas identifiable.

Etudiants en médecine

Le Ministère de la santé, la Direction de la santé et les institutions hospitalières ont une très faible visibilité sur les étudiants en médecine et sur les médecins en voie de spécialisation, en termes de nombre, de pays de réalisation de leurs études, des spécialisations choisies. Aucun contact direct n'existe entre les étudiants en Médecine et le Ministère de la santé à l'exception des médecins en voie de spécialisation qui réalisent un stage au Luxembourg.
Seule l'ALEM dispose d'informations partielles sur les étudiants en médecine et les médecins en voie de spécialisation.

Exhaustivité et contrôle qualité des registres professionnels

L'exhaustivité du registre des professions de santé ne peut être considérée comme complète et l'estimation de l'intervalle de confiance ne peut être établie avec certitude. Cependant, la probabilité de ne pas répertorier une organisation qui embauche du personnel pour la prise en charge de patients est faible. Il est plus probable que certains organismes réalisant de la prévention ou de la promotion de la santé puissent être oubliés car leur corps de métier n'est pas la santé, comme par exemple une banque qui dispose d'infirmiers pour mener des actions de prévention auprès de son personnel.

Le système de contrôle qualité des registres professionnels est de niveau faible.

Recommandations :

- Harmoniser la collecte des données dans le cadre des registres professionnels pour l'ensemble des professionnels de la santé : médecins et autres professions de santé.
- Actualiser les textes légaux sur les registres aux données réellement collectées dans le but légitime de pouvoir communiquer avec le professionnel pour la mise à jour des données le concernant et pouvoir établir des indicateurs pertinents sur les ressources professionnelles disponibles, ainsi que sur les migrations.
- Dans le cadre d'une éventuelle révision des lois actuelles sur les professions de santé, il serait opportun de réfléchir à l'intérêt d'une loi cadre applicable à tous les professionnels de la santé (médecins et professions de santé).
- Il serait aussi opportun d'harmoniser le rôle des organes représentatifs (Collège médical et Conseil Supérieur de certaines Professions de Santé) notamment concernant leur rôle et leurs responsabilités par rapport aux professionnels de la santé qu'ils représentent. Le modèle des ordres professionnels tel qu'ils existent à l'étranger pourrait servir de référence. En effet, compte tenu des objectifs de la politique de santé qui vise la multidisciplinarité et la multi-professionnalité, il apparaît essentiel que chacune des professions de la santé (médicales et soignantes) soit considérée de manière similaire pour sa contribution à la santé de la population.
- Certaines informations telles que la disponibilité hebdomadaire[8] du médecin dans une ou des spécialités médicales devraient être recensées pour obtenir des indicateurs plus objectifs sur les ressources médicales disponibles au Luxembourg.
- De même, pour les professions de santé exerçant en libéral, la disponibilité hebdomadaire devrait être recensée systématiquement.
- Lors de la facturation, l'utilisation du code CNS individuel en sus du code CNS d'association pour chaque médecin exerçant dans un groupe de médecins permettrait de mieux identifier la contribution individuelle de chaque médecin au système de santé.
- La limitation de la durée d'exercer pourrait être considérée comme pouvant offrir une opportunité de mise à jour des données relatives aux médecins dans le registre professionnel. Cependant, mettre en place une autorisation d'exercer à durée limitée pourrait avoir un effet négatif sur l'attractivité du Luxembourg et pourrait impacter le recrutement de médecins au Luxembourg, en imposant une contrainte inexistante dans les pays limitrophes. **C'est pourquoi cette mesure n'est pas recommandée.**
- Si l'autorisation d'exercer n'est pas limitée dans le temps, il faudrait mettre en place un système de mise à jour annuelle obligatoire des données des médecins intégrés au registre professionnel afin que le Ministère dispose de données approchant la réalité.
- La digitalisation du processus de mise à jour des données au sein des registres professionnels doit être une priorité afin d'utiliser les ressources du Service de gestion des registres professionnels du Ministère de la santé et les ressources des employeurs à d'autres missions plus valorisantes et offrant une meilleure plus value.

[8] Il s'agit de connaître la disponibilité régulière pour assurer les consultations, visites, actes techniques, en termes de journées ou de demi-journées

- La collecte de la disponibilité hebdomadaire habituelle du médecin dans sa discipline constitue une information clé à requérir pour apprécier la disponibilité des ressources médicales pour répondre aux besoins de santé de la population.
- Il est nécessaire de lever la dépendance de la Direction de la santé et du Ministère de la santé vis à vis du Service Informatique et Statistiques pour l'exploitation des données des registres professionnels.
- La Direction de la santé doit disposer de ressources capables de comprendre et maîtriser le schéma relationnel de la base de données afin de pouvoir réaliser des extractions de données conformes aux demandes, dès que besoin. La Direction de la santé doit aussi pouvoir se positionner sur la nécessité ou non de modifier cette base de données pour pouvoir répondre aisément aux demandes d'extraction de données.
- Etant donné que des statistiques sont régulièrement à produire pour les organes internationaux, il faudrait développer un outil permettant la production de rapports standardisés pouvant être automatisés, ayant aussi la capacité de répondre à des requêtes ponctuelles.
- Appuyer chaque décision en matière de politique de santé sur les données des registres professionnels afin de s'assurer de la faisabilité des plans ou réformes avec les ressources disponibles ou afin d'associer des stratégies durables de recrutement ou de formation des professionnels de la santé pour contribuer à la réussite de la politique de santé et des plans nationaux.
- Pour cela, garantir l'exactitude en temps réel des données contenues dans les registres professionnels.
- Identifier, grâce à ce registre des prestataires, les types de compétences médicales spécialisées que le Luxembourg va chercher à l'étranger, et utiliser ces informations lors des réflexions sur les stratégies à développer pour les professions médicales.
- Initier des rapprochements entre les étudiants en médecine et le Ministère de la santé dès le démarrage des études.
- Prévoir des connexions entre le CEDIES et la Direction de la santé pour disposer de certaines informations sur les étudiants en médecine.
- Prévoir des connexions avec l'ALEM pour générer des informations sur les étudiants en médecine et sur les médecins en voie de spécialisation au Luxembourg et à l'étranger.
- Prévoir des connexions avec l'Université du Luxembourg pour générer des contacts avec les étudiants en médecine présents au sein de la 1ère année de médecine puis dans l'avenir au sein du Bachelor.
- Introduire au niveau législatif une obligation pour toute entreprise ou organisme, quelque soit son objet, de déclarer aux registres professionnels les médecins et les professions de santé avec lesquels un contrat d'agrément, un contrat de prestation ou un contrat de travail est passé.
- Lorsque la digitalisation du registre des professions pourra permettre une accessibilité externe pour introduire des données, mettre en place tous les ans un rappel par voie électronique à tous les organismes et entreprises répertoriés au Luxembourg, de déclarer leurs médecins et leurs autres professions de santé en exercice au 31 décembre de l'année précédente.
- Mettre en place un système de contrôle qualité de la base de données des registres professionnels et de la saisie des données.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 2
Bases de détermination des besoins en professionnels de santé

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Contributeur :
Laurianne KREMER, *master en sciences de la santé publique, master en sciences en épidémiologie*

Sommaire

Partie 2 : Bases de détermination des besoins en professionnels de santé	**Page**
Glossaire	4
2.1 Principes généraux de détermination des besoins en professionnels de la santé	5
2.2 Disponibilité au Luxembourg d'informations nécessaires à la détermination des besoins en professionnels de la santé	7
2.2.1 Accord de coalition gouvernementale 2018-2023	7
2.2.2 Document stratégique de politique de santé	11
2.2.3 Données épidémiologiques	16
2.3 Impact du cadre législatif ou conventionnel sur les besoins en ressources professionnelles	19
2.3.1 Généralités	19
2.3.2 Impact de la législation luxembourgeoise sur les besoins en ressources professionnelles dans le secteur hospitalier ou extrahospitalier	20
2.3.3 Impact des normes conventionnelles sur les besoins en ressources	28
2.3.4 Impact de la législation et la convention cadre sur les besoins en ressources professionnelles dans le secteur de l'assurance dépendance	33
Résumé de la Partie 2 : Bases de détermination des besoins en professionnels de santé	39

Glossaire

Acronyme	Définition
AD	Assurance Dépendance
ASFT	Action Socio Familiale et Thérapeutique
ATM	Assistant Technique Médical
CCT	Convention Collective de Travail
CFB	Centre François Baclesse
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre Hospitalier Neuro Psychiatrique
CIPA	Centre Intégré pour Personnes Agées
CNS	Caisse Nationale de Santé
COPAS	Confédération
CSS	Centre Semi Stationnaire
DMC	Data Manager Cancer
ESJM	Entrée et Sortie le Jour Même
ESC	Etablissement à Séjour Continu
ESI	Etablissement à séjour Intermittent
ETP	Equivalent Temps Plein
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
HIS	Hôpital Intercommunal de Steinfort
HRS	Hôpitaux Robert Schuman
INCCI	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle
PEC	Prise en Charge
RAS	Réseau de Soins à Domicile
UO	Unité d'Oeuvre

2.1 Principes généraux de détermination des besoins en professionnels de la santé

La politique de santé d'un pays détermine, normalement sur base des données épidémiologiques et donc des besoins de santé de la population, de l'évolution prévue de la démographie, de la pyramide des âges de la population, des avancées scientifiques et technologiques, des prévisions économiques et des budgets disponibles qui peuvent en découler:

- le modèle d'organisation du système de soins de santé à mettre en œuvre,
- les objectifs de santé publique à atteindre, ainsi que leur déclinaison dans les différentes politiques publiques afin que la santé soit au centre des préoccupations,
- les indicateurs qui serviront à l'évaluation des résultats de la politique mise en place,
- les offres de services à déployer sur le territoire pour prendre en charge les personnes malades, comprenant les structures et les équipements,
- les types de prestations pouvant être offertes et leur mode de financement,
- les exigences qualité attendues lors de la prise en charge,
- la promotion de la santé à faire auprès de la population pour maintenir des comportements sains permettant de conserver le plus longtemps possible un haut niveau de santé des citoyens,
- les stratégies de prévention à développer dans le cadre de programmes de prévention,
- les stratégies de dépistage à mettre en œuvre dans le cadre de programmes de dépistage destinés à des populations cibles,
- le type de qualifications professionnelles nécessaires et leurs attributions,
- les normes minimales de ressources, comprenant les normes quantitatives et qualitatives en ressources professionnelles permettant de faire fonctionner le système de santé,
- les moyens techniques utiles à la performance du système de santé ainsi qu'à la sécurité et à la continuité des prises en charge, tels que le dossier de santé du citoyen, la structuration, la standardisation et la digitalisation des données de santé.

De ces choix, se déclinent alors dans le cadre de la gouvernance des ressources professionnelles nécessaires au système de soins de santé :

- les types de professions médicales et des professions de santé à recruter dans le système de soins de santé,
- les types de compétences nécessaires chez les professionnels de santé,
- les formations de professionnels à organiser sur le territoire, avec la détermination des contenus, du niveau d'entrée et de la sélection, de la durée des études, de l'organisation des apprentissages, des modes d'évaluation en cours de formation, du niveau de diplôme,
- les éventuelles coopérations pour l'organisation de formation avec d'autres pays,
- le besoin en compétences chez les enseignants et les formateurs,
- le besoin quantitatif en enseignants,
- l'infrastructure nécessaire en locaux et outils pédagogiques.

L'évolution des pathologies au cours du temps, avec le développement des maladies chroniques, des maladies infectieuses, des maladies de santé mentale, impose d'ajuster de manière régulière la politique de santé et toutes ces composantes. Pour cela, un suivi

épidémiologique, réalisé par un organisme indépendant, en termes de prévalence et d'incidence des maladies, ainsi qu'un suivi des indicateurs de mortalité, en association avec les statistiques de consommation des prestations, apportent de l'information utile pour réviser régulièrement la politique de santé.

D'autre part, les avancées permanentes de la science médicale et des autres disciplines connexes, ainsi que l'évolution des outils diagnostiques et thérapeutiques engendrent une adaptation régulière des pratiques professionnelles de prise en charge de la population de malades, dont il faut tenir compte dans le système de santé.

L'évolution sociétale intervient aussi dans la politique de santé, notamment l'image des professions de santé auprès de la population, leur positionnement au niveau académique, leur place au sein de l'échelle des salaires. Ces facteurs vont inciter ou non les jeunes à s'orienter vers les professions médicales ou vers les professions de santé.

Les exigences en matière de qualité et de sécurité, d'accréditation qui s'imposent au milieu de la santé depuis plus de 20 ans complexifient les processus au sein du système de santé et augmentent les charges de documentation, tout en améliorant la prévention des risques pour les usagers.

La place du travail, de la vie familiale, des loisirs, dans la vie s'est modifiée au cours des dernières décennies. Le fonctionnement 24h sur 24, 365 jours par an du système de soins de santé pour assurer un service public est considéré comme une contrainte forte qui n'est pas valorisée à sa juste valeur.
La féminisation des professions médicales et des professions de santé engendre une demande accrue de travail à temps partiel. Le recours au congé parental est courant chez les pères au 21ème siècle. Même les professionnels en exercice libéral n'acceptent plus d'être disponibles 24h sur 24, 365 jours par an, comme leurs prédécesseurs l'étaient dans les années 1980.

Enfin, les stratégies de développement du pays en terme de natalité et d'accroissement du nombre de résidents influencent directement les besoins en ressources dans le secteur de la santé.

L'immigration de populations induit une nécessaire adaptation du système de santé aux origines culturelles, telles que l'adaptation linguistique, l'adaptation aux rites et coutumes, ainsi que l'intégration des représentations de la maladie, de la vie et de la mort selon la culture pour mieux atteindre ces populations lors de campagnes de prévention ou de dépistage, ainsi que pour augmenter leur compliance aux traitements.

Constat :
Une politique de santé doit être en perpétuel mouvement pour s'ajuster au mieux et de manière régulière aux besoins de santé de la population et à l'évolution de la société.
D'une politique de santé se déclinent les besoins en professionnels de la santé en termes de professions et de nombre.
De ce fait, un système de gouvernance dont la mission est de veiller à la bonne adéquation des ressources par rapport aux besoins, doit être opérationnel. Les évaluations doivent être régulières et leurs conclusions doivent servir de guide pour les réajustements. De nombreux pays européens disposent d'une telle gouvernance se traduisant concrètement par une loi cadre de santé publique ainsi qu'une direction ou division chargée des professionnels de la santé (professions médicales et professions de santé) au sein de l'autorité publique chargée de la santé.

2.2 Disponibilité au Luxembourg d'informations nécessaires à la détermination des besoins en professionnels de la santé

2.2.1 Accord de coalition gouvernementale 2018-2023

L'accord de coalition gouvernementale 2018-2023 donne un cadre concernant les engagements politiques dans le domaine de la santé, dans le domaine de la famille et du social, ainsi que dans le domaine de l'enseignement supérieur et de la recherche, qui impacteront lors de leur mise en œuvre les ressources en professionnels de la santé, soit en raison de la création de structures nouvelles, soit en raison de changements dans le domaine de la formation initiale et de la formation continue.
Tous ces engagements demanderont une réorganisation du système actuel et donc une révision de l'organisation des ressources professionnelles actuellement disponibles afin d'optimiser leur utilisation dans le système de soins de santé. Mais, pour certaines actions prévues dans cet accord de coalition, un accroissement de ressources professionnelles est inéluctable tant au niveau quantitatif que qualitatif par une acquisition de compétences nouvelles.
Cependant, l'accord de coalition ne fait pas d'estimation du nombre de professionnels à prévoir, ni des coûts y afférents.

Dans le **domaine de la prévention et du dépistage,** les actions suivantes ayant un impact sont relevées :

Actions	Impact certain
Mise en place d'un plan national maladies cardio-neuro-vasculaires	Besoin d'infirmières de santé communautaire avec des compétences en éducation à la santé Besoin de diététiciens libéraux Temps d'évaluation pour les médecins généralistes Création de centres de santé de proximité multidisciplinaire Implantation de télémédecine pour le suivi
Stroke Units et Stroke unit niveau 2 certifiée ESO	Normes renforcées d'infirmiers, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, d'orthophonistes en milieu hospitalier et en centre de rééducation Besoin d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, de kinésithérapeutes avec une expertise en neurologie, en libéral pour le suivi
Plan d'action contre le mésusage de l'Alcool	Renforcement des structures de traitement des addictions en hospitalier et en extrahospitalier Besoin d'infirmiers psychiatriques formés aux techniques motivationnelles, au repérage précoce et aux interventions brèves Besoin de médecins psychiatres Besoin de psychologues et de psychothérapeutes Besoin de médecins généralistes formés à l'addictologie
Plan national de santé mentale	Réorganisation de la psychiatrie extrahospitalière Besoin en médecins psychiatres, psychothérapeutes, psychologues, infirmiers psychiatriques
Education sexuelle et affective	Besoin de sages-femmes, d'infirmières de santé communautaire (au travail, à l'école, en centre de santé) ayant une expertise en éducation à la santé et à la communication
Médecin référent acteur primordial de la prévention et du dépistage	Augmentation du temps de médecin référent Besoin d'infirmiers de santé communautaire

Tab.2.1 : Actions dans le domaine de la prévention et du dépistage prévues dans l'accord de coalition gouvernementale 2018-2023 au Luxembourg

Au niveau de **la prise en charge des patients et du secteur hospitalier**, les actions suivantes ayant un impact sont identifiées:

Actions	Impact certain
Cannabis à usage médical	Formation obligatoire des médecins généralistes pour la prescription de cannabis thérapeutique
Au LNS, le centre national de génétique humaine et le département d'anatomopathologie	Besoin en médecins généticiens, en infirmiers conseils avec une pratique avancée en génétique, de scientifiques experts en génétique,… Besoin en médecins anatomopathologistes et en macroscopistes
Pratique de la langue luxembourgeoise	Formation linguistique de près de 60 % des professions de santé
Virage ambulatoire	Développement de structures extrahospitalières adaptées Renforcement des compétences des professions de santé des soins à domicile Besoin d'infirmières de santé communautaire, de sages-femmes, d'infirmières pédiatriques, d'aides soignants, de diététiciens,… Besoin de médecins généralistes pour le suivi Besoin d'adaptation du financement des professionnels de la santé
Lutte contre les douleurs chroniques	Besoin en médecins spécialisés en algologie Besoin d'infirmiers avec une pratique avancée en gestion de la douleur Besoin de psychologues

Tab.2.2 : Actions dans le domaine de la prise en charge des patients et du secteur hospitalier prévues dans l'accord de coalition gouvernementale 2018-2023 au Luxembourg

Pour **le secteur extrahospitalier**, les actions suivantes ayant un impact sont listées :

Actions	Impact certain
Renforcement des soins primaires avec des cabinets de groupe et des cabinets multidisciplinaires	Augmentation du nombre de médecins généralistes Besoins en professions de santé : infirmiers de santé communautaire, diététicien, orthophonistes,... Besoins en psychologues
Médecin généraliste pierre angulaire dans le parcours des malades chroniques	Besoin de temps d'évaluation et de suivi pour les médecins généralistes Financement de ce temps médical
Médecine environnementale avec création d'une offre ambulatoire et d'un service stationnaire national de médecine environnementale	Formation des médecins Besoin de médecins experts en médecine environnementale Besoin d'infirmiers et de sages-femmes avec une pratique avancée en médecine environnementale
Ouverture de nouveaux lieux de consommation dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie et des addictions	Besoin d'infirmiers psychiatriques, de psychologues, d'éducateurs

Tab.2.3 : Actions dans le secteur extrahospitalier prévues dans l'accord de coalition gouvernementale 2018-2023 au Luxembourg

Dans le **domaine de la famille et du social,** les actions suivantes ayant un impact sur les ressources professionnelles sont retrouvées :

Actions	Impact certain
Plan gérontologique mesures ciblées pour les personnes ayant besoin d'un accompagnement	Besoin potentiel d'aides-soignants et d'aides socio-familiales Eventuellement besoin de médecins gériatres
Plan national soins palliatifs et fin de vie, avec la prise en charge des enfants	Besoin de temps de médecins généralistes avec expertise en soins palliatifs et gestion de la douleur Besoin d'infirmiers de pratique avancée en soins palliatifs et gestion de la douleur Besoin d'infirmiers pédiatriques avec une expertise en soins palliatifs et gestion de la douleur Besoin de psychologues
Création de structures d'hébergement longue durée pour des personnes atteintes de démence	Besoin de médecins gériatres Besoin d'infirmiers avec une pratique avancée en gérontologie et troubles cognitifs Besoin d'aides-soignants avec une expertise en gérontologie et troubles cognitifs
Création de maisons de soins pour des personnes sans abris vieillissantes avec addictions, multimorbidité,…	Besoin de médecins gériatres Besoin de médecins psychiatres, de psychologues, d'infirmiers psychiatriques avec expertise dans les addictions, aides-soignants, assistants socio-familiaux

Tab.2.4 : Actions dans le domaine de la famille et du social prévues dans l'accord de coalition gouvernementale 2018-2023 au Luxembourg

Au niveau de **l'intégration numérique dans le domaine de la santé**, les actions suivantes ayant un impact sont relevées :

Actions	Impact certain
Plateforme e-Santé avec des applications digitalisées à destination des médecins avec dématérialisation de démarches administratives	Potentiel gain de temps **si et seulement si** les applications sont conviviales, ergonomiques, et si elles apportent une plus value au médecin qui les utilise (ce qui n'est pas encore le cas actuellement). Sinon augmentation du besoin en temps médecin ou en assistant médecin
Télémédecine **Télépathologie** **Téléexpertise**	Diminution possible des contraintes de la garde pour certains médecins spécialistes Meilleure rationalisation des ressources en médecins anatomopathologistes Besoin d'infirmiers ayant une expertise complémentaire de type pratique avancée Besoin de techniciens macroscopistes pour la télépathologie

Tab.2.5 : Actions dans le domaine de l'intégration numérique dans le secteur de la santé prévues dans l'accord de coalition gouvernementale 2018-2023 au Luxembourg

Dans le **domaine de l'enseignement supérieur et de la recherche**, les actions suivantes ayant un impact sur les ressources professionnelles sont décrites :

Actions	Impact possible
Création d'un 1er cycle d'études médicales	Plus d'inscription de jeunes dans les études médicales
Formation de spécialisation en oncologie et en neurologie	Plus grande potentialité de recrutement dans ces deux disciplines
Développement de la formation continue tout au long de la vie	Augmentation de la participation des professionnels de la santé
Création d'un programme de recherche clinique dans les hôpitaux et la profession de médecin chercheur	Besoin en infirmière de pratique avancée en recherche Besoin d'heures disponibles de médecins chercheurs

Tab.2.6 : Actions dans le domaine de l'enseignement supérieur et de la recherche prévues dans l'accord de coalition gouvernementale 2018-2023 au Luxembourg

Constat :

L'accord de coalition gouvernementale prévoit de nombreuses actions dans le secteur de la santé hospitalier et extrahospitalier, dans le domaine de la famille et du social, qui auront un impact certain sur les ressources professionnelles actuelles soit parce qu'elles repositionnent leur rôle, soit parce qu'elles exigent des compétences complémentaires.

Certaines génèreront des recrutements de professionnels de la santé tant chez les médecins que chez les professions de santé, en raison de la création de nouvelles structures. Or l'impact de ces mesures n'est pas défini dans ce document.

Pour ne pas accroître les difficultés de recrutement, il sera donc très important de réfléchir à une rationalisation la plus optimale possible des ressources existantes afin de ne recruter que ce qui est véritablement nécessaire pour les nouvelles activités. Cette approche permettra de maîtriser au mieux les coûts de ces actions.

La prévision de création de nouvelles formations spécialisées pour les infirmiers est à revoir en regard de l'ensemble des besoins de pratique avancée dans l'ensemble des secteurs d'activité et pour l'ensemble des professions de santé. Ce sujet sera abordé ultérieurement dans le rapport, au sein de la partie 9 consacrée aux professions de santé.

Un certain nombre de compétences utiles à la réalisation des actions prévues dans cet accord de coalition gouvernementale pourra être acquis par la formation continue mais aussi par la formation diplômante des médecins et des professions de santé. Toutefois, cela nécessitera de prendre des mesures dans ce domaine pour l'organiser efficacement, pour la financer et pour la favoriser.

Les cabinets de groupe ou les cabinets multidisciplinaires prévus dans cet accord devraient être configurés en tenant compte des conclusions de ce rapport. Il est en effet essentiel de réfléchir à des modèles d'organisation orientés sur la multi-professionnalité et l'interdisciplinarité composés à la fois de professions médicales et de professions de santé pour mieux répondre aux besoins de la population, gagner en proximité, gagner en efficience, décharger les services d'urgence et les hôpitaux, et mieux répondre au virage ambulatoire.

2.2.2 Document stratégique de politique de santé

Pour les besoins de l'étude et notamment pour déterminer les besoins en professionnels de la santé, il a été demandé au Ministère de la santé le document stratégique décrivant le système de soins de santé actuel et la vision pour les 5 à 10 ans à venir, précisant le modèle d'organisation prévu, les objectifs à atteindre et les critères d'évaluation. **Ce document n'existe pas au Luxembourg.**

A défaut d'avoir ce document d'organisation globale du système de soins de santé, il a été choisi de se reporter sur divers documents existants à la date de l'étude, qui donnent, de manière ciblée, certains objectifs et parfois des indicateurs d'évaluation:

- l'accord de coalition gouvernementale,
- la loi sur les établissements hospitaliers de 2018,
- l'ensemble des lois et règlements de l'assurance dépendance en application,
- la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique 2018-2025,
- le plan national cancer 2014-2018 (le 2ème plan n'étant pas encore disponible à la date du présent rapport),
- le plan national de lutte contre le tabagisme 2016-2020,
- le plan d'action de lutte contre le mésusage de l'alcool (en attente d'officialisation),
- le plan national maladies rares 2018-2022,
- le plan national de prévention du suicide 2015-2019,
- le plan d'action drogues 2015-2019,
- le plan d'action démences,
- le plan national maladies cardio-neuro-vasculaires (en préparation),
- le 1er plan d'action national de lutte contre les hépatites au Luxembourg (PANHEL) 2018-2022,
- le plan d'action national VIH 2018-2022,
- le plan d'action national antibiotiques 2018-2022,
- le plan d'action national pour la santé affective et sexuelle 2019,
- le plan d'action de mise en place des recommandations de prescriptions en imagerie médicale,
- le programme national e-santé.

A cela, ont été ajoutées les recommandations faites par l'autorité publique ou le Conseil Scientifique dans le Domaine de la Santé (CSDS), telles que:

- la vaccination,
- les programmes de dépistage à la naissance,
- le programme de dépistage du cancer du sein,
- le référentiel pour le dépistage du cancer du sein en fonction du risque,
- le référentiel en oncologie sénologique,
- le programme de dépistage du cancer colorectal,
- le référentiel pour le parcours des patients avec un cancer colorectal,
- le référentiel en oncologie digestive,
- les recommandations pour le dépistage du cancer de la peau,
- le référentiel pour le parcours des patients pour le cancer du poumon,
- le référentiel pour le cancer de la prostate,
- les indications de la césarienne programmée à terme au Luxembourg (version longue 2014),
- le plan de la recommandation sur la prise en charge du diabète de type 1 au Luxembourg (2019),
- la délivrance de l'information aux patients sur leur état de santé,
- la prise en charge de l'AVC aigu,

- la prise en charge d'une surcharge pondérale ou d'une obésité de l'adulte par le médecin généraliste (2013),
- la prise en charge des insomnies primaires en médecine générale,
- la prise en charge de l'hypertension artérielle (2016),
- les modalités de prise en charge des dyslipidémies (2018).

Constat :
En dehors de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, il n'existe pas au Luxembourg de **loi cadre en matière de santé publique** permettant:

- de donner une **vision globale du système de soins** à mettre en œuvre pour les 15 ans à venir, comprenant les soins primaires, les soins hospitaliers et les soins extrahospitaliers, pour répondre aux besoins de santé de la population,
- de définir les filières de prise en charge les plus efficientes et offrant la meilleure qualité aux patients et les moindres risques,
- d'articuler de manière cohérente le rôle des différents acteurs entre les soins primaires et les soins hospitaliers et extrahospitaliers dans un modèle de soins intégrés,
- d'adapter un système de financement des soins de santé et donc un financement des professionnels de la santé cohérent avec les objectifs à atteindre.

De ce fait, l'appréciation des besoins en professionnels de la santé pour le futur est très difficile. Car selon le modèle choisi, les ressources en professionnels de la santé nécessaires pour mettre en place le concept choisi peuvent varier. Certains modèles peuvent être plus consommateurs de ressources ou plus consommateurs de certains types de ressources que d'autres.

Il existe un **grand nombre de plans nationaux**, dont il faut louer la qualité et le bien-fondé pour la promotion de la santé, la prévention, la détection, le dépistage et parfois le traitement et le suivi. Cependant, il faut noter que ces plans ne précisent que très partiellement :

- les structures devant assumer les objectifs à atteindre,
- les professionnels de la santé à impliquer,
- les ressources actuelles disponibles pouvant être mobilisées,
- le calcul des ressources professionnelles supplémentaires nécessaires,
- le mode de financement des prestations à dispenser.

Ces plans se juxtaposent sans que, à la date du présent rapport, des liens soient établis entre eux. Aucune mutualisation des ressources professionnelles n'existe actuellement pour assurer leur déploiement et leur pérennité.
Or ces plans devraient, s'ils sont appliqués, être consommateurs de temps professionnel. Les axes, mesures et actions sont pertinents mais risquent d'être inopérants si les ressources professionnelles nécessaires à leur déploiement ne sont pas incluses, tant en termes de qualifications professionnelles indispensables pour la mise en œuvre sur le terrain, de compétences à développer chez les professionnels ou de financement des professionnels de la santé pour mener à bien la promotion de la santé ou la prévention qui sont attendues.
La question de l'organisation de la promotion de la santé et de la prévention primaire n'est pas discutée dans une vision nationale et globale, alors que les facteurs de risque contre lesquels il faut lutter sont souvent communs aux enjeux de santé publique du pays que sont les maladies cardio-neuro-vasculaires, les cancers, le diabète, les pathologies rénales...

D'autre part dans un contexte de rareté de compétences médicales, il faut se poser la question des professions à mobiliser pour la promotion de la santé, la prévention et le dépistage, afin que les médecins interviennent là où leurs compétences diagnostiques et thérapeutiques seront les plus utiles. De nombreux pays ont modélisé leur système de soins santé en ce sens[1].

Pour exemples, ces plans prévoient des mesures qui impliqueront immanquablement des professionnels de la santé :

- Le plan national *« Gesond iessen, Méi bewegen »* (GIMB) 2018-2025[2] dont les objectifs pertinents sont de promouvoir une alimentation saine et une activité physique pour l'ensemble de la population dans le but de lutter contre l'obésité et la sédentarité, précise dans son axe 2 et sa mesure 2 des actions visant à renforcer les compétences des professionnels, sans toutefois préciser quels sont les professionnels concernés par ce plan, dans quel cadre leurs compétences devront être exercées, selon quelles modalités de financement. L'axe 3, dans sa mesure 2 prévoit que les professionnels appliquent les recommandations nationales, sans que les conditions soient définies.

- Le programme national de *« Promotion de la Santé Affective et Sexuelle » (PAN-SAS) 2019*[3] : dans l'axe 1 sur la bonne gouvernance, l'action 1.2 prévoit d'intensifier la collaboration avec les acteurs professionnels du terrain, sans préciser quels professionnels seront concernés, ni l'ampleur du temps qui sera à y consacrer. Dans l'axe 2 sur l'information, la sensibilisation et l'éducation, l'action 2.1. prévoit la promotion de la santé affective et sexuelle au sein des établissements médico-sociaux. Il est donc probable que les auteurs de ce plan considèrent que des professionnels de la santé tels que les infirmiers de médecine scolaire, les médecins scolaires, les infirmiers d'hygiène sociale auront un rôle à exercer. Cependant, le PAN-SAS ne cite pas les professionnels concernés et ne précise pas le volume de ressources à déployer pour cette mission. Par contre, ce plan intègre dans son axe 3 des actions pour améliorer les compétences entre autres des professionnels de la santé lors de la formation initiale et des formations continues, mais il ne précise pas les professions concernées.

- Le *Plan d'Action National VIH 2018-2022*[4] : il prévoit de renforcer le rôle des professionnels de la santé notamment des médecins dans la prévention auprès de plusieurs publics cibles et de mieux les former. Il est prévu d'augmenter l'accessibilité à l'offre de dépistage par l'ouverture de nouveaux centres. Ce qui induit des besoins en ressources professionnelles qui cependant ne sont pas citées et pas quantifiées. L'implication des médecins gynécologues, urologues, dermatologues est attendue. Le suivi psycho-médico-social spécialisé et rapproché nécessitera des ressources. L'inclusion prévue des médecins libéraux dans la détection des sujets à risque, l'information, le dépistage, l'annonce du résultat et l'encadrement qui en découle, dans les traitements de substitution, imposera de la formation dont les modalités ne sont pas arrêtées, ainsi que du temps médical. Il s'agit d'un plan ambitieux et important pour la santé des

[1] France, Belgique, Suisse, Canada, Grande-Bretagne, Pays-Bas

[2] http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-cadre-national-gimb-2018-2025/plan-cadre-national-gimb-2018-2025.pdf

[3] http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-action-national-promotion-sante-affective-sexuelle-2019/plan-action-national-promotion-sante-affective-sexuelle.pdf

[4] http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-action-national-sida-2018-2022/plan-action-national-sida-2018-2022.pdf

individus et la santé publique, mais toutes ces attentes n'ont pas été consolidées afin d'identifier l'impact sur les ressources professionnelles disponibles actuellement et calculer les ressources à développer.

- Le « *Plan d'Action National de Lutte contre les Hépatites 2018-2022*[5] » : ce plan prévoit de renforcer l'information de la population générale et des populations à risque sur les hépatites et les moyens de protection et de traitement. Il vise une augmentation de la couverture vaccinale contre les hépatites A et B. Il demande aux médecins de proposer systématiquement le dépistage dès l'identification d'un facteur de risque, ainsi que chez les femmes enceintes ou projetant de procréer, lors d'un bilan préopératoire, chez les migrants. Il propose d'augmenter l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostiques. Il prévoit les consultations d'annonce avec information, ainsi que l'éducation thérapeutique du patient. Il prévoit la prise en charge et l'accompagnement des patients atteints d'une maladie du foie. Pour cela, il propose une formation des professionnels de la santé notamment pour les médecins suivant des usagers de drogue. Ce plan induit que les médecins généralistes, les médecins spécialistes en psychiatrie, les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, les sages-femmes, les médecins du travail, et tous les infirmiers intervenant auprès des populations concernées prennent du temps pour l'information, le dépistage, l'annonce, l'éducation au traitement, le suivi. Toutefois, aucune quantification de l'impact du plan sur les ressources en professionnels de la santé n'est proposée.

- Le *Plan National de Lutte contre le Tabagisme 2016-2020 (PNLT)*[6] prévoit dans son axe 2 relatif à la promotion de la santé et à la prévention du tabagisme, dans la mesure 2.2 et son action 2.2.4 d'impliquer davantage les médecins et les professions de santé dans les actions d'information et de sensibilisation. Il demande la mise en œuvre de programmes de sevrage tabagique dans les établissements scolaires, sur les lieux de travail, dans les établissements hospitaliers, ce qui impliquera les médecins et infirmiers de la médecine scolaire, les médecins et infirmiers de la médecine du travail, ainsi que les médecins et infirmiers des services d'addictologie en milieu hospitalier. Ce plan propose dans son action 3.2.2 d'impliquer mieux les médecins généralistes pour pratiquer l'évaluation tabagique et de leur attribuer un acte dans la nomenclature des médecins.

- Le Plan « *Démences* [7] » demande qu'un diagnostic précoce des troubles démentiels soit réalisé et prévoit l'implication des médecins généralistes pour cela, ainsi que de la formation continue pour les professionnels de la santé du secteur hospitalier et des institutions d'hébergement. Il préconise une prise en charge précoce pour le maintien des compétences chez les personnes présentant des troubles démentiels. Cependant, la quantification des ressources nécessaires est absente. Ce plan insiste sur l'importance des services de gériatrie et des équipes mobiles spécialisées en gériatrie, toutefois leur opérationnalisation est très difficile en raison des difficultés de recrutement des médecins spécialisés en gériatrie. Cette complexité du recrutement n'est pas évoquée dans ce plan.

---

5 http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-action-national-hepatites-2018-2022/plan-action-hepatites-2018-2022.pdf

6 http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-national-tabac-2016-2020/plan-national-tabac-2016.pdf

7 http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-national-maladies-dementielles/plan-national-maladies-dementielles.pdf

- Le 1er « *Plan National Cancer 2014-2018*[8] » prévoyait un axe 8 consacré aux ressources humaines nécessaires notamment les infirmières cliniciennes en oncologie, l'adaptation des dotations en data manager cancer (DMC), l'adaptation des ressources pour les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), les dotations pour la prise en charge de la douleur, pour les soins palliatifs chez l'enfant, pour la mise en oeuvre de la télépathologie en anatomopathologie, pour les consultations de génétique, pour la réhabilitation post-oncologique.,.. Ces dotations ont été estimées pour les introduire dans les normes (ex : DMC) ou les négociations budgétaires des institutions avec la CNS.

En conclusion, le bien fondé de ces plans n'est pas à contester en terme de santé publique.
Tous ces plans montrent que l'autorité sanitaire attend des professionnels de la santé de participer à la promotion de la santé et à la prévention en développant de nouvelles prestations d'information, de sensibilisation, d'éducation, de détection, de dépistage, de traitement et de suivi.
Elle attend aussi des organismes de formation de développer les compétences des professionnels de la santé en matière d'éducation à la santé ou de prise en charge.
Elle crée plusieurs organes de concertation dans lesquels elle demande l'implication des professionnels de la santé.
Mais l'autorité sanitaire n'a pas déterminé les ressources professionnelles nécessaires pour faire fonctionner les plans qu'elle annonce et souhaite voir développer. Elle cite parfois certains types de professionnels de la santé concernés par ces plans, mais elle ne quantifie pas le temps nécessaire à y consacrer.
L'absence de prévision du financement des professionnels de la santé pour mener ces missions met en difficulté l'opérationnalisation de ces plans.
De plus, l'autorité publique n'ayant pas défini clairement dans une loi cadre de santé publique, le modèle d'organisation du système de soins de santé attendu pour les 15 ans à venir, il est difficile d'imaginer l'implémentation de ces plans, leur interconnexion et donc la mutualisation possible des ressources disponibles ou à mettre en place. Pourtant, chaque modèle d'organisation impacte différemment les besoins en professionnels.

De ce fait, la gouvernance des ressources professionnelles pour répondre à ces plans est complexe et ne peut pas être orientée pour répondre à un modèle d'organisation prédéterminé.

[8] http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-national-cancer-lux-2014-2018/plan-national-cancer-lux-2014-2018.pdf

2.2.3 Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques fournissent des informations sur l'état de santé de la population. Elles permettent d'établir des priorités d'action dans la politique de santé, de renforcer la détection et la prévention, d'adapter les offres de prestations, de renforcer si besoin les structures de santé (hôpitaux, équipements, centres de diagnostic, centres d'éducation…). Elles fournissent de l'information qui devrait permettre de déterminer les ressources en professionnels de la santé à mettre en œuvre.

Constat :
En ce qui concerne les données épidémiologiques, l'absence actuellement d'un institut responsable de centraliser l'ensemble des données disponibles ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble de la santé mesurée de la population résidant au Luxembourg en termes de prévalence et d'incidence des maladies.
Toutefois, il existe un certain nombre de données.
Ces données disponibles sont utilisées par l'autorité publique dans le cadre de l'élaboration des plans nationaux ainsi que pour la détermination des établissements hospitaliers, des services hospitaliers et des services nationaux ou des équipements.
Dans de rares cas, elles sont utilisées pour déterminer le nombre de professionnels nécessaire.
Pour exemple, dans le cadre du Plan National Cancer 2014-2018, les données épidémiologiques en termes de nombre annuel de nouveaux cas de patients pris en charge pour cancer ont servi à déterminer par hôpital, le nombre de Data Manager Cancer ainsi que le nombre de Case Manager. De même, ces données ont servi à la détermination du nombre de lits de réhabilitation post-oncologique à mettre en œuvre à Colpach.
A la date du présent rapport, il n'existe pas de document au niveau du Ministère de la santé ou de la Direction de la santé estimant, en se basant sur des données épidémiologiques, le nombre de médecins par spécialité ou le nombre de professions de santé spécialisées ou non, à atteindre au niveau national pour prendre en charge les besoins de santé de la population.

Les données suivantes sont disponibles à la Direction de la santé, au sein du service épidémiologie et statistique :

- les indicateurs de mortalité jusqu'en 2016 selon le sexe, l'âge, la cause[9],
- le nombre de suicides par année,
- les indicateurs relatifs aux accidents et traumatismes[10], selon l'âge, le sexe, les types de traumatismes,
- les indicateurs relatifs à la santé périnatale 2014-2015-2016 avec le nombre de naissances, la mortalité fœtale, la mortalité néonatale et infantile, la mortalité maternelle, les caractéristiques socio-démographiques des mères, les habitudes de vie des mères, le traitement de fertilité, le suivi prénatal, les modes d'accouchement, l'état de santé des enfants à la naissance, la prise en charge à la naissance et notamment le transfert vers les soins intensifs néonataux[11],

---

[9] Statistiques des causes de décès pour l'année 2016. S. Lehners, J.C. Schmit, N. de Rekeneire, D. Pivot, G. Weber, S. Leite, C. Bors, J. Pütz. Direction de la Santé, Service Epidémiologie et Statistique, juin 2018

[10] RETRACE ; Traumatismes au Luxembourg. Analyse de la situation des données du système de surveillance hospitalier RETRACE de 2014 et du registre des causes de décès. D. Bejko, N de Rekeneire, J. Pastore, S. Majerus, S. Leite, S.Lehners, S. Couffignal. LIH et Direction de la Santé. 2017

[11] Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg : Rapport sur les naissances 2014-2015-2016 et leur évolution depuis 2001. A. Lecomte, A. Billy, J. Barre, S. Couffignal, N. de Rekeneire, G. Weber. LIH et Direction de la Santé. 2018

- les indicateurs EuroNeoNet[8] relatifs aux bébés grands prématurés 2014-2015-2016,
- les indicateurs de santé et de bien être de l'enquête EHIS 2014 (European Health Interview Survey) basés sur une auto-déclaration d'un échantillon de 4004 hommes et femmes âgés de 15 ans et plus, résidant au Luxembourg en dehors d'une institution[12], avec une comparaison possible aux autres pays européens, portant sur la consommation de tabac, la consommation d'alcool, l'usage de drogues illicites, l'exercice d'une activité physique, l'obésité, la nutrition,
- les résultats de l'enquête sur la consommation de tabac au Luxembourg réalisée chaque année par la Fondation Cancer (dernière année 2017)[13],
- les indicateurs sur l'état du phénomène des drogues et des toxicomanies au Luxembourg en 2017[14],
- le nombre annuel d'infections par le VIH, d'hépatites C (HCV), d'hépatites B (HBV), de syphillis, de Neisseria Gonorrhea[15],
- le nombre annuel de maladies à déclaration obligatoire au Luxembourg telles que la rougeole, la rubéole, la tuberculose, les oreillons, la rage, la dengue[16],…
- les résultats d'enquête de couverture vaccinale[17],
- les données de la carte sanitaire 2017 notamment les motifs de recours à l'hospitalisation[18], les transferts à l'étranger[19], les durées moyennes de séjour,
- les données sur le diabète de l'enfant accessibles par le biais du registre tenu par la Clinique Pédiatrique du CHL,
- les données mesurées des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires de la première étude ORISCAV,
- les résultats relatifs à la prise en charge des cancers du poumon au Luxembourg en 2013-2014[20], issus du Registre National du Cancer (RNC). Il n'y a pas de données disponibles à la date du présent rapport concernant la prévalence et l'incidence de tous les cancers au Luxembourg, en provenance du RNC. Seules des données estimées par l'ECIS (European Cancer Information System)[21] sont disponibles, à savoir une incidence des cancers hors mélanome de la peau, estimée à 2.946 nouveaux cas par an.

En conclusion, il existe certaines données épidémiologiques mesurées au Luxembourg. Nombre de données sont auto-déclarées par la population ou estimées par des organismes internationaux.

---

12 Fact Sheet European Health Interview Survey 2014 : Etat de santé et de bien être. LIH et Direction de la Santé. 2017. http://sante.public.lu/fr/publications/e/ehis-fact-sheet-etat-de-sante-et-bien-etre/ehis-fact-sheet-etat-de-sante-et-bien-etre-fr.pdf

13 https://maviesanstabac.lu/les-chiffres-au-luxembourg/

14 N. Berndt, R Seixas, A. Origer. National Drug Report 2018 : L'état du phénomène des drogues et des toxicomanies au Luxembourg. Direction de la Santé et Point Focal OEDT

15 http://sante.public.lu/fr/publications/c/comite-surveillance-sida-2017/comite-surveillance-sida-2017-rapport.pdf

16 http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2019/02/15/a104/jo

17 http://sante.public.lu/fr/publications/e/enquete-couverture-vaccinale-lux-2012/enquete-couverture-vaccinale-lux-2012.pdf

18 https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2018/06/20180604/cartesanitaire2017.pdf

19 https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2018/06/20180604/cartesanitaire2017.pdf

20 Couffignal S., jacobs J., Saleh S., Untereiner M. Prise en charge des cancers du poumon au Luxembourg en 2013-2014 : résultats issus du Registre National du Cancer- Rapport scientifique. LIH ; décembre 2018. 80 p.

21 https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-0$1-LU$2-All$4-1,2$3-All$6-0,14$5-2008,2008$7-7$CEstByCancer$X0_8-3$CEstRelativeCanc$X1_8-3$X1_9-AE28

Certaines de ces données sont utilisées pour baser l'organisation hospitalière ou les plans de prévention.
Il manque un certain nombre de données épidémiologiques dans certains types de pathologies (ex : diabète par type, asthme, BPCO, insuffisance rénale par degré de sévérité, ostéoporose, maladies auto-immunes, autres cancers que le cancer du sein et le cancer du poumon, hypertension artérielle mesurée, insuffisance cardiaque, troubles musculo-squelettiques, migraine,…), ce qui rend difficile l'estimation des ressources médicales et des professions de santé tout au long du parcours de soins du dépistage ou de la détection, au traitement et au suivi.
Quand les données sont disponibles, elles sont sous-utilisées pour quantifier les besoins en professionnels de santé (médecins et professions de santé) tant en qualification qu'en nombre.

2.3. Impact du cadre législatif ou conventionnel sur les besoins en ressources professionnelles

2.3.1 Généralités

Le besoin en ressources professionnelles peut être déterminé par la loi et notamment par des normes de dotation fixées par l'autorité publique dans le cadre législatif. Certains pays européens pratiquent ainsi, en fixant des **normes minimales**[22] pour les services des établissements hospitaliers ou les institutions pour personnes âgées. Il peut s'agir par exemple d'une norme relative aux sages-femmes dans les maternités selon le nombre de naissances par année, d'un nombre de médecins anesthésistes sur place dans les salles de bloc opératoire, d'infirmier par 24h dans les maisons de soins selon le nombre de résidents accueillis, du nombre d'infirmiers et de médecins formés aux soins palliatifs pour exploiter une unité de soins palliatifs… L'obtention d'une autorisation d'exploitation ou d'un agrément peut être conditionnée à des normes minimales pour les professions médicales ou pour les professions de santé. C'est le cas en Belgique, en France, en Suisse, au Canada.
Les **normes de fonctionnement**[23] sont fixées par contre avec les organismes de financement ou directement par les directions des institutions en fonction de leur enveloppe budgétaire négociée. C'est le cas en Suisse, en France, en Belgique, au Canada. L'enveloppe budgétaire est liée, en général, à l'activité de l'institution en raison du modèle de financement par DRG (Diagnosis Related Group) ou par une tarification à l'activité ou sur base d'une mesure de charge en soins. De ce fait, les dotations en ressources professionnelles ont un lien partiel ou complet avec l'activité en nombre et le type d'activité.
Ces normes ne s'appliquent que dans le champ institutionnel, quelque soit le domaine : hospitalier, extrahospitalier, lié à la dépendance.
Elles constituent pour les pays un outil de régulation des besoins en ressources professionnelles et doivent donc être considérées dans le cadre de cette étude.

L'exercice libéral des professions médicales et des professions de santé est, quant à lui, non régulé par des normes puisque dans les pays européens, la liberté d'installation est garantie.
Des incitatifs peuvent être mis en place par l'autorité publique notamment pour inciter des médecins à s'installer dans des déserts médicaux. C'est le cas par exemple en France, au Canada et dans certains cantons en Suisse.
Certains pays ont développé des numerus clausus de formation de médecins par spécialité, ce qui leur assure la mise sur le marché du travail chaque année de médecins dans chacune des disciplines. Ces quotas étaient initialement prévus pour limiter les offres de prestation dans certaines disciplines et limiter l'évolution des coûts de la santé. Ils permettaient aussi d'éviter l'absence de médecins formés dans des disciplines moins attrayantes. Toutefois, les quotas fixés par l'autorité publique se sont avérés inefficaces sur l'évolution des dépenses de santé mais surtout ils se sont avérés être trop bas par rapport aux besoins liés simplement au renouvellement des générations de médecins. Les quotas n'ayant pas toujours été ajustés au bon moment, en raison de la durée des études médicales, plusieurs pays européens (France, Belgique, Suisse) se trouvent aujourd'hui en insuffisance de médecins arrivant sur le marché de l'emploi dans plusieurs disciplines médicales. Ils doivent recruter à l'extérieur de leurs frontières.

---

[22] Une norme minimale donne les conditions requises en dessous desquelles une structure ne peut pas être autorisée par l'autorité sanitaire à accueillir des patients.

[23] Une norme de fonctionnement donne les conditions requises permettant de garantir aux patients la sécurité et la qualité selon les bonnes pratiques avec des moyens rationnalisés, tout en respectant une certaine qualité de vie professionnelle. Elle peut être basée sur des mesures de charge de travail.

L'installation libérale des professions médicales peut aussi être régulée par le système de conventionnement avec les organismes de financement des soins de santé. Pour exemple, en Suisse, les assureurs privés conventionnent les médecins et interviennent de ce fait sur le nombre de médecins spécialistes qui s'installeront dans le canton. Ils tiennent compte des délais d'attente considérés comme acceptables pour les patients qu'ils assurent. En France, le conventionnement secteur 1 ou secteur 2 ou le non conventionnement induisent des tarifs médicaux différents et de ce fait peut influencer l'installation de médecins dans certaines zones géographiques en fonction du revenu moyen de la population.

Il apparait donc important de cerner la situation au Luxembourg et d'identifier les outils en place qui influencent les besoins quantitatifs en professions médicales et en professions de santé.

17.2 Impact de la législation luxembourgeoise sur les besoins en ressources professionnelles dans le secteur hospitalier ou extrahospitalier

Au Luxembourg, en dehors de la loi du 26 mars 1992 portant sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, et des divers règlements sur les attributions professionnelles, il existe certaines normes dans le cadre législatif et réglementaire relatif au système de santé ou relatif à l'Assurance Dépendance (AD) qui impactent les besoins en ressources professionnelles ou en qualifications professionnelles.

Les textes les plus récents sont :

La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière[24] prévoit dans son article 3 que l'évaluation des besoins sanitaires nationaux engendre la définition des besoins nationaux en établissements hospitaliers, en réseaux de compétences, en services hospitaliers et en nombre de lits hospitaliers.
Par sa détermination :

- du nombre d'établissements (4) et de leur taille minimale et maximale (300 à 700 lits aigus),
- du nombre de sites possibles par établissement (2),
- du nombre de services de base obligatoires (19),
- du nombre de services hospitaliers spécifiques (7),
- du nombre de services nationaux (18),
- du nombre d'établissements spécialisés possibles (6),
- du nombre d'établissements d'accueil pour personnes en fin de vie (1),
- du nombre de centres de diagnostics spécifiques (2),

cette loi induit des besoins en ressources professionnelles.

La dispersion des structures hospitalières sur le territoire et l'absence de lien entre certaines structures, comme par exemple entre le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation, les services de rééducation gériatrique, ainsi que les services de réhabilitation de Colpach, induisent un besoin plus important en ressources médicales et en professions de santé. En effet, cette dispersion nuit à la rationalisation des ressources et à leur mutualisation.

[24] http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2018/03/08/a222/jo

Ces choix politiques, qui ont probablement pour objectif de conserver une proximité et de satisfaire la population, ont par contre comme effet collatéral un besoin accru en ressources professionnelles qu'il faut assumer, alors que le pays n'est que très partiellement autonome dans la formation des professionnels de la santé et extrêmement dépendant des ressources professionnelles des pays frontaliers.

L'annexe 2 de la loi donne une définition des services hospitaliers et précise pour certains services les liens avec certains domaines tels que la kinésithérapie, l'assistance psychologique, la diététique, l'ergothérapie, l'orthophonie, le traitement de la douleur, l'assistance sociale. Mais l'annexe 2 ne précise pas de normes en matière de ressources médicales à l'exception du service d'urologie où il est précisé qu'un médecin spécialiste en urologie doit aussi être habilité à réaliser de la lithotritie, du service d'hémodialyse pour lequel il est précisé que le médecin responsable doit être un médecin spécialiste en néphrologie. L'annexe 2 ne précise pas les qualifications en professions de santé. L'article 10 prévoit que des normes peuvent être précisées par règlement grand-ducal, ce qui n'est pas encore le cas à la date du présent rapport pour l'ensemble des services hospitaliers à l'exception des services hospitaliers d'urgence[25]. Ces normes pouvant être édictées par règlement grand ducal concernent entre autres les effectifs médicaux requis, les spécialités médicales concernées, les professionnels de santé et leur dotation.

L'annexe 3 établit la liste des équipements nécessitant une planification nationale, notamment lorsqu'ils requièrent du personnel hautement qualifié. Pour tout équipement ou appareil médical dépassant 250.000 €, la demande d'autorisation doit prévoir entre autres les charges en personnel ainsi que les coûts de formation du personnel.

Les articles 31 et 33 prévoient les fonctions médicales au sein de l'hôpital : directeur médical, médecin coordinateur et médecin hospitalier. Les obligations du médecin hospitalier notamment la participation à la garde, la codification des diagnostics principal et auxiliaires selon la classification ICD-10-CM et ICD-10-PCS, l'établissement du résumé clinique de sortie sont précisées dans les articles 31, 33, 37, 38.

Le **règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national pédiatrique** introduit des normes en ressources humaines au point 3 de l'annexe, notamment :

- un médecin chef de service
- un chef soignant,
- une garde médicale 24h/24, 7jrs/7,
- au minimum un médecin titulaire d'un diplôme spécifique en médecine générale 24h /24,
- un médecin ne peut pas prendre en charge sur 3 mois lissés plus de 48 patients par 24h,
- des infirmiers et des aides-soignants composent l'équipe,
- 6 fonctions sont à assurer par au minimum 1 infirmier,
- l'appel à tout moment à un médecin hospitalier,
- le compte-rendu écrit d'un examen d'imagerie par le médecin radiologue, dans les 30 minutes après l'examen,
- le compte-rendu validé d'examens de laboratoire par le biologiste au maximum 1 heure après l'arrivée de l'examen au laboratoire,

[25] http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2019/01/25/a53/jo

- la présence d'un infirmier d'accueil et d'orientation et les obligations de sa formation,
- pour les patients avec troubles psychiatriques, un entretien psychiatrique par un psychologue, un infirmier psychiatrique ou encore un psychiatre.

La loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile et création d'un Corps grand ducal d'incendie et de secours (CGDIS) qui prévoit :

- article 4 : qu'une des missions du CGDIS est notamment le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU),
- article 88 : concernant les ressources, un contrat de collaboration sera établi avec les établissements hospitaliers et un contrat type de prestation de service sera établi avec les médecins participant au SAMU.

La loi du 26 mars 2019 relative à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants et à la sécurité des sources de rayonnements ionisants contre les actes de malveillance qui prévoit dans les articles suivants:

- articles 18 et 93 un expert en physique médicale devant avoir une autorisation d'exercer du ministre, dont les missions et formation sont définies,
- article 17 un expert en radioprotection devant avoir une autorisation d'exercer du ministre,
- article 19 un médecin du travail chargé de la surveillance médicale des travailleurs exposés, devant avoir une formation en radioprotection,
- article 20 un service de dosimétrie qui doit avoir un expert en radioprotection,
- article 21 une personne chargée de la radioprotection,
- article 22 la formation continue à suivre par ces professionnels,
- articles 23 et 24, la formation en radioprotection que doivent avoir les médecins spécialistes en radiodiagnostic, les médecins dentistes, les médecins pratiquant la radiologie interventionnelle,
- article 25 les spécialités médicales à avoir en radiothérapie et en médecine nucléaire,
- article 26 la délégation de tâches du médecin spécialiste en radiodiagnostic vers l'ATM de radiologie,
- article 27 la formation continue à faire par le médecin demandeur et par le médecin réalisateur de l'acte d'imagerie,
- article 28 la formation à faire pour l'exercice de nouvelles pratiques,
- article 70 la surveillance médicale des travailleurs exposés avec un examen d'embauche et un examen périodique au moins une fois par an.

Peuvent encore être cités comme textes légaux qui engendrent des besoins particuliers en ressources professionnelles ou des formations spécifiques:

- **le règlement grand-ducal du 8 juillet 1976 concernant l'organisation médicale, pharmaceutique et paramédicale du Centre Hospitalier de Luxembourg** qui définit l'organisation médicale salariée,

- **la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide** qui prévoit pour le médecin des temps d'information, d'entretiens répétés, de consignation des entretiens, de consultation avec un autre médecin, de consultation de l'équipe soignante, d'entretien avec la personne de confiance du patient, de conseil avec un expert,

- **le règlement grand-ducal du 28 avril 2009 déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne en fin de vie** qui prévoit que chaque prestataire transcrive les fournitures, actes et services délivrés, ce qui demande du temps professionnel,

- **le règlement grand-ducal du 19 septembre 1991 fixant les conditions d'accès et d'utilisation de l'appareillage pour lithotritie extracorporelle par des usagers extérieurs au CHL** qui prévoit que les médecins aient suivi une formation spécifique en lithotritie extracorporelle,

- **le règlement grand-ducal du 18 mars 2000 fixant les conditions d'accès et d'utilisation de l'appareillage pour ostéodensitométrie au Luxembourg** qui prévoit que les médecins aient suivi une formation spécifique en ostéodensitométrie, qu'ils remplissent un questionnaire pour chaque patient, et que la préparation, l'installation et le geste technique soit fait par un ATM de radiologie en présence physique du médecin,

- **le règlement grand-ducal du 1er mars 2002 relatif à la pharmacie hospitalière et au dépôt hospitalier de médicaments** qui prévoit les conditions d'expérience professionnelle pour occuper la fonction de pharmacien gérant, la participation de médecins hospitaliers au comité médico-pharmaceutique, ainsi que la présence d'au moins 3h par jour ouvrable du pharmacien dans un dépôt hospitalier de médicaments,

- **le règlement grand-ducal du 12 juin 2004 fixant les normes pour un service d'imagerie médicale travaillant avec un tomographe à résonnance magnétique nucléaire** qui prévoit d'avoir au moins 4 médecins spécialistes en radio diagnostic ayant une compétence spécifique en IRM et au moins 2 ATM de radiologie avec une formation spécifique en IRM,

- **la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux** qui prévoit dans l'article 5 que des normes soient édictées par règlement grand ducal relatives entre autres aux effectifs minima du personnel médical et paramédical (non publié à ce jour), et qui parle de personnel médical et de soins qualifiés sans les définir,

- **la loi du 15 décembre 1978 relative à l'information sexuelle et à la prévention de l'avortement et à la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse modifiée par la loi du 17 décembre 2014 relative à l'interruption volontaire de grossesse** qui prévoit des médecins dans des centres régionaux de consultation et d'information familiale, des services psycho-sociaux et des informations données par le médecin lors de toute demande d'interruption volontaire de grossesse,

- **la loi du 17 juillet 1984 modifiée par la loi du 9 avril 2014 relative aux laboratoires d'analyses médicales** qui prévoit un responsable de laboratoire d'analyses de biologie médicale répondant à des conditions de diplômes, qui cite des professions de laborantin et d'ATM de laboratoire dont les attributions sont réglées par la loi et les règlements de ces deux professions, qui ne fixe aucune norme mais demande que le personnel soit qualifié et en nombre suffisant,

- **le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 déterminant les disciplines d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale et réglementant la formation spécialisée des responsables de laboratoire** qui définit pour seulement 4 disciplines de laboratoire les contenus de formation auxquels doit répondre le candidat à la fonction de responsable de laboratoire,

- **le règlement grand-ducal du 27 mai 2004 déterminant les critères minima à observer dans le cadre des activités globales d'un laboratoire d'analyses médicales** qui prévoit qu'à tout moment le personnel puisse se référer au responsable de laboratoire, que le responsable de laboratoire soit présent dans le laboratoire les jours ouvrables lors des phases diurnes maximales et être appelable en dehors (nuit, weekend), et que l'effectif du laboratoire soit calculé selon l'activité du laboratoire en volume d'analyses par an,

- **la loi du 15 mai 1984 introduisant des examens médicaux systématiques pour les enfants âgés entre 2 et 4 ans** qui prévoit 2 examens médicaux réalisés par des médecins spécialistes en pédiatrie ou en médecine interne ou en médecine générale et 2 examens dentaires réalisés par des médecins dentistes,

- **la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé** qui prévoit :
    - pour la femme enceinte au moins 5 et au maximum 9 examens médicaux à réaliser par un médecin gynécologue obstétricien ou un médecin spécialiste en médecine interne ou spécialiste en médecine générale, ainsi que 2 examens dentaires par un médecin dentiste,
    - un recours possible à une assistante sociale avec visite à domicile,
    - pour la femme 1 examen postnatal par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique,
    - des consultations complémentaires par la sage-femme,
    - pour l'enfant : 2 examens de périnatalité par exclusivement un médecin spécialiste en pédiatrie,
    - pour l'enfant : 4 examens médicaux jusqu'à 2 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie ou un médecin interniste ou un médecin généraliste,

- **la loi du 2 décembre 1987 modifiée par la loi du 18 mai 2010 portant réglementation de la médecine scolaire** qui prévoit des examens systématiques dans le parcours scolaire fondamental, secondaire et supérieur de l'enfant et du jeune, réalisés par des médecins généralistes ou des médecins pédiatres ainsi que des médecins dentistes, accompagnés par une équipe médico-socio-pédagogique, et dont le contenu des examens est décrit,

- **la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un code du travail** qui prévoit :
    - au titre 1er des salariés désignés s'occupant des activités de protection et de prévention des risques professionnels et la formation des salariés aux mesures de sécurité,
    - au titre 2 des services de santé au travail avec au moins 1 médecin plein temps répondant aux exigences de formation pour la médecine du travail, et un nombre de médecins du travail basé sur la norme 1 pour 5000 salariés, pour réaliser les examens d'embauche, les examens périodiques, les examens de reprise après arrêt de travail,…

- **le règlement grand-ducal du 31 janvier 1995 relatif à la formation du médecin du travail** qui décrit les contenus de formation pour être autorisé à exercer la fonction de médecin du travail,

- **le règlement grand-ducal du 2 avril 1996 modifié par le RGD du 6 février 2007 relatif au personnel, aux locaux et à l'équipement des services de santé au travail** qui prévoit 1 ou plusieurs médecins du travail, des infirmiers ou infirmiers psychiatriques ou assistants d'hygiène sociale, des ingénieurs sécurité, des ingénieurs hygiénistes, des ergonomes, des psychologues,

- **le règlement grand-ducal du 3 février 2009 relatif au contrôle médical des étrangers** qui prévoit que des examens de santé soient réalisés par des médecins délégués à cette mission,

- **la loi du 31 juillet 1991 modifiée déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien** qui précise les diplômes requis pour l'exercice de la profession,

- **la loi du 25 novembre 1982 modifiée par la loi du 25 juin 2015 relative aux organes destinés à la transplantation** qui prévoit qu'un RGD définit le personnel de santé intervenant dans la chaîne et les compétences, qualifications et formation dont ils doivent disposer,

- **le règlement grand-ducal du 2 février 1984 modifié par le RGD du 6 octobre 2009 relatif au service national de coordination pour le prélèvement d'organes** qui prévoit une équipe médicale disponible 24h/24, 365 jours/an, composée d'un médecin anesthésiste, d'un chirurgien ou d'un urologue formés au prélèvement d'organe, d'un médecin interniste compétent en immuno-allergologie,

- **le règlement grand-ducal du 3 décembre 2009 déterminant les procédures à suivre pour constater la mort en vue d'un prélèvement** qui prévoit que la mort soit constatée par deux médecins, qu'en cas de lésion cérébrale un des médecins soit médecin spécialiste en neurologie ou en neurochirurgie, et qu'en cas d'arrêt cardiaque un des médecins soit médecin spécialiste en anesthésie-réanimation ou en cardiologie-angiologie,

- **la loi du 1er août 2007 relative aux tissus et cellules humaines destinés à des applications humaines** qui prévoit que le responsable du centre soit un médecin ou une personne avec une expérience pratique de 2 ans au moins et que le personnel possède les qualifications nécessaires pour exécuter les tâches,

- **le règlement grand-ducal du 30 août 2007 concernant les exigences de traçabilité, la notification des réactions et incidents indésirables graves, ainsi que certaines exigences techniques relatives à la codification, à la transformation, à la conservation, au stockage et à la distribution des tissus et de cellules d'origine humaine** qui prévoit dan son annexe 1 sur les exigences visées à l'article 3 en matière d'autorisation pour les établissements que le personnel disponible soit en nombre suffisant et qualifié pour les tâches qu'il doit effectuer,

- **la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie modifiée** (texte coordonné au 24 décembre 2014) qui prévoit dans l'article 4 que le procureur d'état peu demandé des examens par des médecins habilités,

- **le règlement grand-ducal du 19 mars 1982 fixant les modalités de l'examen médical et de la prise de sang et/ou d'urine effectués en cas de présomption d'usage illicite d'un stupéfiant ou d'une substance toxique, soporifique ou psychotrope** qui prévoit un examen réalisé par un médecin habilité,

- **le règlement grand-ducal du 19 mars 1982 fixant les modalités de l'examen médical et de la prise de sang et/ou d'urine effectués en cas de présomption de trafic illicite d'un stupéfiant ou d'une substance toxique, soporifique ou psychotrope** qui prévoit que l'examen général soit fait par un médecin mais que l'examen radiologique soit fait par un médecin spécialiste en radiodiagnostic,

- **le règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution modifié (texte coordonné du 25 mars 2016)** qui prévoit des médecins autorisés à exercer agréés ayant participé à une séance d'information-formation et s'engageant à suivre une formation continue sur la toxicomanie, une dérogation possible si le médecin suit plus de 50 patients, ainsi qu'un suivi psychosocial possible pour le patient,

- **la loi du 15 mars 1979 portant réglementation de la transfusion sanguine** qui prévoit dans son article 6 que le prélèvement de sang ou de plasma se fasse par un médecin ou sous sa direction, et dans son article 7 que la direction du service de transfusion soit assurée par un médecin qualifié travaillant à temps plein,

- **le règlement grand-ducal du 25 janvier 2006 établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation, la distribution et la transfusion du sang humain et des composants sanguins** qui prévoit dans son article 8 que le centre dispose du personnel pour effectuer la collecte du sang dans plusieurs régions du pays, dans son article 9 que le médecin responsable soit médecin spécialiste en hématologie ou en hématologie biologique avec une expérience d'au moins 2 ans, et dans son article 10 que le personnel intervenant dans la collecte et le contrôle doit posséder les qualifications nécessaires pour pouvoir exécuter ces tâches et la formation adaptée,

- **la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente** qui prévoit que l'établissement hospitalier passe une convention avec les médecins pour organiser la garde.

Constat :
Quelques textes législatifs et réglementaires précisent les qualifications professionnelles requises pour leur application, notamment pour les médecins. Cela impose donc au pays de garantir le recrutement de médecins dans certaines disciplines s'il veut continuer à répondre aux objectifs de la loi. La stratégie de gouvernance des ressources médicales doit en tenir compte. En cas de pénurie dans ces disciplines médicales, cela imposerait au pays de revoir sa législation et de trouver d'autres modalités pour atteindre le même objectif.
Certains textes imposent désormais de nouvelles qualifications professionnelles telles que l'expert en radioprotection, l'expert en physique médicale qui nécessitent une autorisation d'exercer du ministre de la santé. Ces professions n'existent pas actuellement dans la liste des professions de santé.
Cependant, il faut noter que très rares sont les textes qui précisent une norme de dotation minimale.
Certains textes imposent des contraintes de présence médicale sur place.
Ils demandent aussi des conditions de formation des médecins ou des conditions de formation pour occuper certaines fonctions telles que responsable, pharmacien gérant, biologiste… Cependant, comme cela sera présenté plus tard dans ce rapport, ces conditions peuvent parfois être bloquantes pour le recrutement dans des domaines d'activité nouveaux non encore prévus par la loi (ex. laboratoires).
Plusieurs textes restent extrêmement vagues sur les professions de santé requises en utilisant la terminologie « le personnel ».
La loi sur les établissements hospitaliers dans son annexe 2 utilise des logiques différentes selon les services hospitaliers considérés, pour approcher la question des professionnels de santé concernés.
Il est en effet étonnant que la spécialité médicale pour le médecin responsable du service ne soit précisée dans l'annexe 2 que pour un seul service (l'hémodialyse) et non pour tous les services.
Pour certains services, il est fait référence à des liens vers la kinésithérapie alors que dans des services tels que les soins intensifs aucun lien de ce type n'est prévu, bien que les recommandations de bonne pratique montrent le bien fondé de cette discipline sur la durée moyenne de séjour, sur le devenir des patients en termes de mortalité et sur les coûts de la santé.
Pour les services de psychiatrie aiguë, de pédopsychiatrie, de psychiatrie juvénile, de réhabilitation psychiatrique, la notion de pluridisciplinarité est citée dans l'annexe 2 sans pour autant qu'elle soit précisée, ce qui laisse toute interprétation sur le sujet.
L'éducation thérapeutique n'est citée que pour certains services hospitaliers alors qu'elle devrait être accessible à tout patient qui le nécessite quelque soit le service, notamment lorsque des maladies chroniques y sont prises en charge.
La question des compétences pluridisciplinaires accessibles aux patients se pose pour plusieurs services : en ORL l'accès à la diététique, au soutien psychologique et à l'assistance sociale pour les patients atteints de cancer n'est pas prévu, en maladies infectieuses l'accès au soutien psychologique et à l'assistance sociale pour les patients atteints du HIV est absent, en pneumologie l'accès au soutien psychologique et à l'éducation à la santé pour les patients atteints d'asthme, de BPCO fait défaut, en gynécologie l'accès au soutien psychologique chez les femmes ayant subi par exemple une mammectomie n'est pas cité, …
La reconnaissance par l'autorité publique d'une qualification spécialisée nécessaire aux services hospitaliers se limite essentiellement aux médecins. Même pour des services spécialisés tels que les services de soins intensifs, de bloc opératoire, de néonatologie ou de pédiatrie, de psychiatrie, d'obstétrique, l'autorité sanitaire ne demande pas de professions de santé spécialisées (infirmier pédiatrique, infirmier psychiatrique, ATM de chirurgie, Infirmier d'anesthésie-réanimation, sage-femme), alors que l'Etat finance la formation de ces professionnels.

Ce choix de l'autorité sanitaire de ne pas demander dans les textes légaux ou réglementaires des qualifications en professions de santé spécialisées peut être considéré comme une non reconnaissance de l'expertise professionnelle de ces professions et de la plus-value qu'elles peuvent apporter aux patients ou aux populations cibles.

Sur base de cette analyse de la législation composant le Code de la Santé, il ressort que les qualifications professionnelles nécessaires au fonctionnement du système de soins de santé ne sont pas toujours spécifiées et de ce fait, il s'avère difficile de pouvoir estimer les besoins en ressources professionnelles.
Cette absence de précision sur les ressources professionnelles nécessaires dans les textes légaux évite bien entendu des adaptations régulières de la législation. Cette approche peut être considérée comme reconnaissant l'expertise des acteurs (institutions et CNS) pour déterminer les qualifications et les dotations nécessaires aux besoins de santé de la population, les responsabilisant pour avoir une adaptation souple et rapide aux nouveaux besoins.
Mais, cela peut aussi être analysé comme un manque d'engagement de l'autorité publique pour garantir aux citoyens l'accès à des compétences professionnelles spécifiques en fonction de leurs problèmes de santé.
Cette approche constitue, dans tous les cas, un réel handicap pour développer une stratégie dans la gouvernance des ressources professionnelles.
Enfin, l'absence de positionnement de l'autorité sanitaire sur ce sujet renvoie alors à d'autres acteurs la responsabilité de statuer et de définir :

- les normes de dotation entre la CNS et la FHL pour les professions de santé,
- le nombre de médecins à recruter, par les directions des institutions ou les groupes médicaux.

2.3.3 Impact des normes conventionnelles sur les besoins en ressources professionnelles dans le secteur hospitalier

L'absence de normes dans les textes légaux et réglementaires en matière de professions de santé pour le secteur hospitalier ouvre la porte à une négociation de normes entre la CNS et la FHL.
Cette négociation repose sur le Code de la sécurité sociale[26] qui prévoit dans l'article 74 la détermination d'une enveloppe budgétaire pour le secteur hospitalier fixée pour 2 années tenant compte de l'évolution démographique, de la morbidité, de la médecine basée sur des preuves scientifiques ainsi que sur l'évolution économique du pays.
Le budget est fixé par établissement hospitalier en tenant compte de l'activité prévisible sur deux exercices à venir. L'article 75 prévoit qu'une convention cadre soit signée entre la CNS et le groupement représentatif des établissements hospitaliers. L'article 76 précise le contenu de cette convention, notamment que des règles communes relatives à la détermination des dotations en personnel tenant compte de la structure et de l'activité des hôpitaux doivent être édictées.

A la date du présent rapport, la convention[27] signée le 21 décembre 2012 est en vigueur.
Elle prévoit, entre autres, dans le budget hospitalier les éléments suivants :

- l'intégration des actes et services prestés par des professions de santé en exercice libéral à l'exception des médecins et des médecins dentistes, pour des patients stationnaires ou ambulatoires,

---

26 http://www.mss.public.lu/publications/code_securite_sociale/CSS-2019.pdf

27 Convention entre la CNS et la FHL conclue en exécution de l'article 74 et suivants du code de la sécurité sociale. Circulaire FHL 001/2013 du 04/01/2013

- les indemnités de garde des médecins,
- le nombre d'ETP déterminé conformément aux normes établies par la commission des normes ou en l'absence de norme le nombre d'ETP fixé par négociation individuelle entre la CNS et la FHL,
- une méthodologie uniforme pour déterminer le nombre d'ETP tenant compte de la sécurité du patient et de la qualité des soins, reposant sur des temps requis pour le traitement diagnostique et thérapeutique du malade, et s'orientant sur la méthodologie PRN pour le stationnaire,
- l'attribution pour la formation continue de 0,5 % du budget pour frais de formation continue du personnel des professions de santé.

Les normes sont négociées pour une période de 2 ans. De ce fait, les partenaires ont une période de 2 années pour discuter de l'intégration d'une nouvelle norme ou pour réviser une norme existante.

Les normes relatives aux professions de santé dans le secteur hospitalier applicable à la date du présent rapport sont référencées dans le document intitulé « *Rapport de la Commission des Normes. Normes définitivement retenues par la FHL et la CNS. Années budgétaires 2019 et 2020. Circulaire CNO n° 003/2019 du 01/03/2019* ».
Ces normes tiennent compte de la Convention Collective de Travail (CCT) de la FHL en déterminant le nombre d'heures à travailler par année par ETP.

Le tableau ci-après précise les services hospitaliers pour lesquels des normes ont été négociées pour 2019 et 2020 :

Services	Normes
Cadre intermédiaire Hospitalisation	1 ETP pour 100 ETP professions de santé + agents de transport + auxiliaires de soins
Cadre intermédiaire Médico-Technique	1 ETP pour 80 ETP professions de santé + agents de stérilisation
Unités de soins normaux	**Dotation basée sur une méthodologie de mesure des charges en soins requis** des années 2015-2016-2017 validées, des prévisions du nombre de journées hospitalières et du nombre de patients pour 2019 et 2020 **Taux de dotation** : 82 % des heures de charge en soins **Ajout** de 1% pour le journal de bord **Enfants < 15 ans** : augmentation de 30 % de la charge en soins
Unités de soins intensifs	**Dotation basée sur une méthodologie de mesure des charges en soins requis** des années 2015-2016-2017 validées, des prévisions du nombre de journées hospitalières et du nombre de patients pour 2019 et 2020 **Taux de dotation** : 90 à100 % des heures de charge en soins **Ajout** de 1% pour le journal de bord **Enfants < 15 ans** : augmentation de 30 % de la charge en soins
Psychiatrie	**Psychiatrie fermée adulte** (12 lits) : 3 ETP M-AM-N **Psychiatrie juvénile placements** (12 lits) : 3 ETP M-AM-N **Psychiatrie juvénile** (23 lits) : 5 ETP/M, 4 ETP/AM, 3 ETP/N **Psychiatrie infantile** (8 lits) : 2 ETP / M- AM-N **Psychiatrie infantile** (15 lits) : 3 ETP / M-AM-N **Psychiatrie judiciaire adultes** (18 lits) : 3,5 ETP/ M-AM, 3 ETP/N **Psychiatrie judiciaire adultes** (15 lits) : 3ETP/ M-AM-N **Négociation individuelle de l'équipe multidisciplinaire**

Hôpital de jour Rééducation Gériatrique	**Dotation de 3,9 ETP** comprenant des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes
Equipe mobile Assessment Gériatrique	**Condition d'application :** avoir un médecin spécialiste en gériatrie **Dotation de 1,5 ETP** dont 1 ETP carrière CS9 et 0,5 ETP carrière CS7
Service d'urgence	**Service d'urgence adultes** : 60 minutes par patient non programmé et trié selon l'échelle de triage et de gravité choisie au niveau national **Service d'urgence national pédiatrique** : 70,2 minutes par patient non programmé et trié, 10 minutes par patient orienté vers la maison médicale pédiatrique **Sollicitation d'un service médico-technique par patient non programmé et trié** : 52,4 minutes par patient non programmé et trié
Bloc opératoire	**Dotation basée sur une méthodologie reprenant** les données réelles d'activité 2016 validées, l'activité prévisionnelle 2019-2020, la prévision des heures d'ouverture des blocs opératoires, le nombre de salles OP prévues, en intégrant les activités connexes réalisées par les infirmiers anesthésistes dans les différents sites de l'hôpital, en respectant une méthode de calcul et des forfaits selon le type d'anesthésie, et la présence d'une équipe disponible sur place les jours de garde. **Norme de dotation de base par salle** : Induction Anesthésie générale : durée avec 1 infirmier anesthésiste et 1 ATM de chirurgie multipliés par un coefficient de 1,33 Temps opératoire : durée avec 1 Infirmier anesthésiste et 2 ATM de chirurgie multipliés par un coefficient de 1,33 entre l'heure de début d'anesthésie recalculée et l'heure de sortie de salle OP, plus 0,5 ETP par salle Forfait d'entrée en salle OP Forfait de sortie de salle OP **Responsable de bloc opératoire** : 1 ETP pour 6.000 h de présence de patients dans le bloc opératoire
Salle de réveil (SDR)	**Dotation basée sur une méthodologie reprenant** les flux réels lissés de patients en 2016 en fonction de leur durée de présence en SDR **Norme** : de 1ETP pour 1 à 3 patients présents concomitants, 2 ETP pour 4 à 6 patients, 3 ETP pour 7 à 9 patients, 4 ETP pour 10 à 12 patients 1 ETP supplémentaire de 6h à 20h les jours ouvrables **Préparation de salle :** temps forfaitaire **Responsable de la salle de réveil :** 0,25 ETP entre 5.000 et 6.999 passages OP, 0,5 ETP si > à 7.000 passages OP **Supplément pédiatrique** : 25 % de temps en plus pour les durées des enfants < 15 ans présents en SDR
Salle d'accouchement	**Norme** : 1 ETP sage-femme pour 103 passages en salle d'accouchement + 6h de sage-femme /césarienne programmée + 2h de sage-femme par bébé supplémentaire
Endoscopie	**Dotation basée sur une méthodologie reprenant** les durées réelles pour chaque passage en 2016 avec un ajout de 20 % du temps pour préparation et réagencement de la salle **Norme** : 1 à 2 infirmiers pendant la durée de l'acte en fonction d'une liste d'actes, 0,2 ETP infirmier pour des tâches diverses

	Forfaits maximums pour l'entrée et la sortie de salle, pour l'hygiène et la désinfection **Responsable de l'endoscopie** : 1 ETP pour 6.000 h de présence de patients
Dialyse	**Dotation basée sur :** des temps forfaitaires par type de dialyse ou dans certains cas des temps réels prestés **Forfaits** temps pour les enseignements **Cadre de proximité** : 0,75 ETP si < 5.000 dialyses, 1 ETP si > 5.000 et < 10.000 dialyses, 1,5 ETP si > 10.000 dialyses
Chimiothérapie ambulatoire	**Dotation basée sur une méthodologie de mesure de charge en soins requis :** Norme de dotation: 100 % des soins requis Communication au sujet de la personne soignée: 7 minutes / passage Activités administratives, Entretien et Déplacements: 7,7 minutes / passage
Diététique	**Dotation de diététique clinique :** 4,5 ETP aux HRS, 3,5 ETP au CHEM et CHL, 2,5 ETP au CHdN, 1 ETP au CHNP, 0,50 ETP au Rehazenter, 0,25 ETP à HIS et CFB, 0,12 ETP à INCCI
Assistance sociale	**Dotation de base** : 2,25 ETP pour CHL et CHdN, 3,75 ETP au CHEM, 4,5 ETP aux HRS, 0,25 ETP à INCCI **Dotation en rééducation gériatrique** : 0,5 ETP pour 30 lits **Négociation individuelle** pour la psychiatrie et la périnatalité
Laboratoire	**Pas de norme**
Imagerie médicale	**Norme :** nombre de passages par jour par ETP
Kinésithérapie	**Norme :** nombre de passages par jour par ETP
Pharmacie hospitalière	**Dotation de base** : 1 ETP pharmacien pour 175 lits **Dotation préparation des chimiothérapies** : nombre UO chimios /an multiplié par 1,6 : si < 1.000 UO : 0,25 ETP, si = 1.000 et < 2.500 UO : 0,50 ETP, si = 2.500 et < 5.000 UO : 1 ETP, si = 5.000 et <7.500 UO : 1 ,5 ETP, si = 7.500 et <10.000 UO:2 ETP, si = ou > 10.000 UO : 2,5 ETP pharmacien **Distribution unitaire médicaments** : 40 % de la dotation de base en pharmacien en plus **Délivrances ambulatoires hospitalières** : si < ou = à 5.000 lignes /an : 0,5 ETP, si > 5.000 et < 10.000 lignes /an : 0,75 ETP, si > ou = 10.000 lignes /an : 1 ETP **Pharmacie clinique** : 1 ETP pharmacien par centre hospitalier et 0,5 ETP au CHNP **Falsified Medecines** : 25 secondes/boîte de médicaments scannée et vérifiée **Dotation de base Agents de pharmacie** : coefficient 3 de la dotation de base des pharmaciens pour hôpitaux aigus et coefficient 1,5 pour la rééducation et la réhabilitation **Dotation Agents de pharmacie pour la chimiothérapie** : 1 ETP pour 1 ETP pharmacien de la dotation chimio **Dotation Agents de pharmacie pour distribution unitaire médicaments** pour les hôpitaux aigus et spécialisés aigus: coefficient 2,5 en phase intermédiaire et 3,5 en phase finale pour les hôpitaux de proximité, rééducation, réhabilitation: coefficient 1,5 en phase intermédiaire et 2 en phase finale
Hygiène hospitalière	**Norme** : 1 ETP par tranche de 100 ETP dans l'hôpital
Transport patients	**Norme** : 1 ETP pour 36.000 UO hors laboratoire dont 1 Aide Soignant pour 5 agents

Data Manager Cancer	Norme par établissement hospitalier non déterminée à la date du présent rapport Carrière CA9
Case Manager Cancer	**Norme** : 1 ETP pour 80 nouveaux cas incidents complexes à gérer par an par hôpital **Nombre de cas complexes :** 20 % des cas incidents annuels
Médecins coordinateurs	**Norme par établissement hospitalier** Nombre d'heures / hôpital par année, payées 130 €/h
Documentation hospitalière	**Norme :** 1 ETP Médecin DIM au CHL, CHEM, HRS et 0,5 ETP au CHdN Séjours stationnaires : 1 ETP (médecin + codeurs) /4000 sorties codées Hôpital de jour et ESJM : 1 ETP / 6.000 séjours ou ESJM
Audit en hospitalisation	Nombre ETP Infirmiers /hôpital

Tab.2.7 : Liste des normes, hors secrétariat, pour les services hospitaliers, négociées pour 2019 et 2020 entre la FHL et la CNS

Constat :

Il faut noter que la majorité des normes de dotation en professions de santé pour le secteur hospitalier reposent sur une activité antérieure de l'année N-2, et sur des prévisions d'activité N+1 et N+2. Elles permettent donc de s'adapter aux variations temporelles d'activité d'un établissement en essayant d'être le plus proche possible de l'activité réelle.

Elles sont fondées sur des méthodologies de calcul mesurant soit des charges de travail (ex : en hospitalisation), soit des durées de présence du personnel auprès des patients (ex : en bloc opératoire, en salle de réveil), soit des types d'actes médicaux (ex : endoscopie), soit sur le nombre d'UO ou de passages dans une entité fonctionnelle (ex : kinésithérapie, imagerie médicale), sur le nombre d'ETP ou sur le nombre de lits à gérer. Elles permettent de ce fait de s'adapter aux variations d'activité entre les établissements.

Elles intègrent les plans d'hygiène ou les mesures de prévention des infections nosocomiales.

Elles tiennent compte des prises en charge (PEC) des enfants en ajoutant un facteur d'accroissement des charges.

Dans les secteurs à risque tels que la psychiatrie, des normes de sécurité ont été arrêtées.

Les normes ne considèrent pas toujours une fonction de cadre de santé responsable de l'organisation des soins prestés et de l'organisation du service.

Dans certaines normes, le type de professionnel de santé est précisé (ex au bloc opératoire les infirmiers anesthésistes et les ATM de chirurgie).

Mais dans plusieurs services, seule une norme en termes d'ETP est définie. Aucune référence à des professionnels spécialisés n'est faite en psychiatrie pour les infirmiers psychiatriques ou en néonatologie ou en pédiatrie pour les infirmières pédiatriques. Dans les soins intensifs, aucune norme ne précise la dotation en infirmier d'anesthésie réanimation. Dans les unités d'hospitalisation, aucune norme ne précise le rapport infirmier et aide-soignant. De ce fait, la liberté est laissée aux établissements hospitaliers de définir les qualifications requises.

Certains types de professionnels faisant partie intégrante de l'équipe multi-professionnelle en secteur hospitalier ne font l'objet d'aucune norme : psychologues, ergothérapeutes, orthophonie, psychomotricité, thérapeutes à médiation artistique. Seuls les kinésithérapeutes font l'objet d'une norme.

Ces normes introduisent des professionnels qui ne sont pas inscrits dans la liste des professions de santé mais sont nécessaires au bon fonctionnement de la PEC des patients car ils interviennent de manière indirecte, tels que les agents de pharmacie, les auxiliaires de soins, les agents de stérilisation, ou de manière directe tels les agents de transport.
Les normes intègrent les avantages prévus dans la CCT de la FHL, tels que la formation continue, les heures à travailler par semaine, les compensations de garde, d'astreinte, de travail de nuit, de weekend…
Bien que la possibilité de révision des normes existe, certaines normes sont anciennes et n'ont pas fait l'objet de révision depuis leur création en dehors du re-calcul des seuils en fonction des heures à travailler définies par année.

En conclusion, il est important de maintenir un système de détermination des normes fonctionnelles hospitalières entre la CNS et la FHL en raison de la quasi absence de normes concernant les professions de santé dans les textes légaux et réglementaires. Les méthodologies de détermination des dotations fonctionnelles sur base des mesures en soins requis ou des mesures de charge de travail donnent la garantie aux usagers du système de santé hospitalier que l'allocation des ressources est en grande partie basée sur leurs besoins.
Cependant, l'autorité publique devrait garantir aux citoyens, dans le cadre des textes réglementaires à publier pour les services hospitaliers, l'accès aux qualifications professionnelles spécialisées, ainsi qu'aux équipes multi-professionnelles.
L'actualisation de certaines normes fonctionnelles pour les adapter aux nouveaux besoins de prise en charge, le développement de normes fonctionnelles pour les équipes multi-professionnelles, est à faire.
La reconnaissance de la nécessité d'avoir par unité de production hospitalière (unités d'hospitalisation ou unité médico-technique) un cadre de santé responsable de l'organisation des soins prestés par les professions de santé et responsable de l'organisation générale du service serait à déployer sur l'ensemble des services dans toutes les normes fonctionnelles au prorata du nombre de patients à gérer ou du nombre de professionnels à gérer ou en fonction de la complexité des soins à prester.

17.4 Impact de la législation luxembourgeoise et de la convention cadre sur les besoins en ressources professionnelles dans le secteur de l'Assurance Dépendance

La loi du 19 juin 1998[28], modifiée par la loi du 23 décembre 2005[29] a reconnu la dépendance comme un nouveau risque et introduit une nouvelle assurance sociale intitulée « assurance dépendance (AD) ».
Une réforme est entrée en vigueur le 1er janvier 2018, suite à la publication de la loi du 29 août 2017.
Cette assurance prévoit la PEC intégralement ou partiellement d'une personne dépendante au niveau des actes essentiels de la vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de l'habillement, de la nutrition, de l'élimination, de la mobilité, dans le cadre d'un maintien à domicile ou d'un séjour en établissement d'aides et de soins. En cas de besoin, des aides techniques et des adaptations du logement peuvent être attribuées, ainsi que des activités d'appui à l'indépendance.
Les prestations apportées dans le cadre de l'AD doivent respecter les bonnes pratiques.

[28] Loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance

[29] Loi du 23 décembre 2005 modifiant différentes dispositions du code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance

Une évaluation multidisciplinaire détermine les besoins en aides et soins dans les actes essentiels de la vie de la personne demandant à bénéficier de l'AD, ses besoins en activités d'appui à l'indépendance, ses besoins en aides techniques. Les besoins d'accompagnement si la personne est en institution sont évalués. Les besoins de garde individuelle ou collective, d'assistance à l'entretien du ménage, de matériel d'incontinence sont évalués si la personne est à domicile.
Un niveau[30] de besoins en aides et soins pour les actes essentiels de la vie est alors attribué à la personne bénéficiaire de l'AD. A chaque niveau correspond une classe de minutes hebdomadaires d'aides et soins.
Les prestations doivent être fournies dans le respect des normes concernant la qualification et la dotation du personnel, et suivant des coefficients de qualification du personnel et d'encadrement du groupe fixés dans le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017.
Les normes fixent les qualifications minimales nécessaires pour exécuter chaque type d'activités : actes essentiels de la vie, activités d'appui à l'indépendance, accompagnement, garde, formation de l'aidant, assistance à l'entretien du ménage.
Les aides et soins peuvent être fournis par un aidant ou des prestataires.
Ces derniers doivent adhérer à la convention cadre signée entre la CNS et le ou les groupements représentatifs des prestataires d'aides et de soins (COPAS[31]). Ils doivent signer avec la CNS un contrat d'aides et de soins.
Quatre types de prestataires sont retenus : les réseaux d'aides et de soins (RAS) pour le maintien à domicile, les établissements à séjour continu (ESC), les établissements à séjour intermittent (ESI) et les centres semi-stationnaires (CSS).
Ces prestataires doivent en plus de leur contrat d'aides et de soins avec la CNS disposer d'un agrément délivré par le ministre compétent en application de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans le domaine social, familial et thérapeutique.
En dehors des prestations de l'AD, une personne dépendante peut aussi bénéficier de prestations relevant de l'Assurance Maladie, dispensées sur prescription médicale, par des professions de santé salariées ou libérales, dont le financement est garanti par l'application des nomenclatures spécifiques, telles que la nomenclature des actes infirmiers, la nomenclature des actes et des services des masseurs–kinésithérapeutes[32].
La prise en charge médicale des personnes bénéficiaires de l'AD en ESC, ESI, CSS ou à domicile, est garantie par des médecins généralistes ou spécialistes choisis par le bénéficiaire, pouvant avoir un agrément avec les institutions. Leurs prestations relèvent d'un financement par l'Assurance Maladie dans le cadre de la nomenclature des actes des médecins et médecins dentistes[33].

Le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017[34] fixe des qualifications minimales requises pour la dispensation de certains types d'aides et de soins. Le tableau ci-après résume les directives :

30 Il existe 15 niveaux d'aides et de soins

31 Convention cadre signée entre la CNS et la Fédération COPAS asbl ayant pour objet de définir dans le cadre de la législation relative à l'AD, les rapports entre la CNS et les prestataires d'aides et de soins

32 Version coordonnée au 01/01/2019 de la nomenclature des actes et services des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, rééducateurs en psychomotricité, sages-femmes, orthophonistes, laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, prestataires de soins palliatifs, diététiciens

33 Version coordonnée au 01/01/2019 des actes et services des médecins et médecins dentistes

34 Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant : 1 les normes concernant la dotation et la qualification du personnel; 2 les coefficients d'encadrement du groupe

Activités	Actes	Qualification minimale
Actes essentiels de la vie	Courants	Aide socio-familiale Aide socio-familiale en formation Aide-soignant Auxiliaire de vie
	Aide à la nutrition entérale	Infirmier
	Chez un bénéficiaire de soins palliatifs	Aide-soignant et infirmier
Appui à l'indépendance	Suivant l'objectif et le contenu des activités	Infirmier Infirmier gradué Infirmier psychiatrique Infirmier en anesthésie et réanimation Educateur diplômé Educateur gradué Pédagogue curatif Assistant social Ergothérapeute Masseur-Kinésithérapeute Rééducateur en psychomotricité Orthophoniste Psychologue clinicien
	Coefficient moyen annuel d'encadrement du groupe	1 professionnel cité ci-dessus pour 4 personnes dépendantes
Formation de l'aidant	Suivant l'objectif et le contenu des activités	Infirmier Infirmier gradué Infirmier psychiatrique Infirmier en anesthésie et réanimation Educateur diplômé Educateur gradué Pédagogue curatif Assistant social Ergothérapeute Masseur-Kinésithérapeute Rééducateur en psychomotricité Orthophoniste Psychologue clinicien
Garde individuelle ou en groupe		Infirmier Aide-soignant Auxiliaire de vie Aide socio-familiale Aide socio-familiale en formation
	Coefficient moyen annuel d'encadrement du groupe	1 professionnel cité ci-dessus pour 4 personnes dépendantes
Accompagnement		Aucune qualification requise
Entretien du ménage		Aucune qualification requise

Source : RGD du 13 décembre 2017

Tab.2.8 : Normes de qualifications professionnelles minimales selon le type d'activités d'aides et de soins dans le cadre de l'Assurance Dépendance au Luxembourg

Le règlement grand-ducal du 18 septembre 2018[35] fixe dans son annexe A les normes de dotation en personnel pour chaque type d'activité prise en charge par l'AD, selon le type de prestataire, par qualification.

Le tableau ci-après présente ces normes :

Actes essentiels de la vie				
Qualifications	**CSS**	**ESC**	**ESI**	**RAS**
Aides socio-familiales	44 %	20 %		40 %
Aides-soignants	36 %	60 %		40 %
Aides socio-familiales /Aides- soignants			50 %	
Infirmiers		20 %		20 %
Infirmiers/ Educateurs	20 %		50 %	
Activités d'appui à l'indépendance en groupe				
Qualifications	**CSS**	**ESC**	**ESI**	**RAS**
Infirmiers / Educateurs / Kinésithérapeutes / Ergothérapeutes / Rééducateurs en psychomotricité / Pédagogues curatifs / Orthophonistes	96 %	100 %	100 %	
Psychologues cliniciens	4 %			
Activités d'appui à l'indépendance individuelles				
Qualifications	**CSS**	**ESC**	**ESI**	**RAS**
Kinésithérapeutes / Ergothérapeutes / Rééducateurs en psychomotricité / Pédagogues curatifs / Orthophonistes		89 %	98 %	82 %
Psychologues cliniciens		11 %	2 %	18 %
Activités d'accompagnement				
Qualifications	**CSS**	**ESC**	**ESI**	**RAS**
Sans qualifications	Non applicable	40 %	34 %	Non applicable
Aides socio-familiales		9 %		
Aides-soignants		11 %		
Aides socio-familiales / Aides-soignants			8 %	
Infirmiers / Educateurs / Thérapeutes		39 %	58 %	
Psychologues cliniciens		1 %		
Activités de garde en groupe				
Qualifications	**CSS**	**ESC**	**ESI**	**RAS**
Aides socio-familiales	36 %	Non applicable		
Aides-soignants	34 %			
Infirmiers / Educateurs / Thérapeutes	30 %			
Activités de garde individuelles de jour et de nuit				
Qualifications	**CSS**	**ESC**	**ESI**	**RAS**
Aides socio-familiales	Non applicable			55 %
Aides-soignants				35 %
Infirmiers				10 %

[35] Règlement grand-ducal du 18 septembre 2018 déterminant : 1 les normes concernant la dotation et la qualification du personnel; 2 les coefficients d'encadrement du groupe

Activités de garde déplacement				
Qualifications	**CSS**	**ESC**	**ESI**	**RAS**
Sans qualifications	100 %	Non applicable		100 %
Activités de formation de l'aidant				
Qualifications	**CSS**	**ESC**	**ESI**	**RAS**
Kinésithérapeutes / Ergothérapeutes / Rééducateurs en psychomotricité / Pédagogues curatifs / Orthophonistes	Non applicable			82 %
Psychologues cliniciens				18 %
Activités d'assistance à l'entretien du ménage				
Qualifications	**CSS**	**ESC**	**ESI**	**RAS**
Sans qualifications	Non applicable			100 %
Organisation et Coordination des aides et soins + Activités Administratives + Déplacements du personnel + Temps de permanence				
Qualifications	CSS	ESC	ESI	RAS
Non précisé	Non applicable	4,13 % nombre d'heures aides et soins dispensés	8 % nombre d'heures aides et soins dispensés	8,5 % nombre d'heures aides et soins dispensés

Source : RGD du 18 septembre 2018, RGD du 13 décembre 2017

Tab. 2.9 : Normes de répartition des qualifications professionnelles pour les prestataires de l'Assurance Dépendance au Luxembourg selon le type de structure, par type d'activités d'aides et de soins

La convention cadre signée entre la CNS et la COPAS du 15 décembre 2017[36] apporte un élément complémentaire relatif aux normes en professionnels de santé :

- l'article 11 prévoit que la qualification requise pour exercer la fonction de coordinateur corresponde à une profession admise pour fournir les activités d'appui à l'indépendance.

D'autre part dans le cadre de l'agrément ASFT à obtenir, **les institutions pour personnes âgées** telles que les CIPA, les maisons de soins, les centres de récréation, orientation, validation et de réactivation, les logements encadrés pour personnes âgées, les centres psycho-gériatriques, les centres d'animation et de guidance pour personnes âgées, l'aide à domicile, les soins à domicile, doivent répondre à des normes en personnel décrites dans le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999 modifié le 10 décembre 2009 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées. Ces normes de personnel précisées au chapitre 4 sur le personnel prévoient :

- une fonction de chargé de direction qui peut être exercée par diverses professions de santé,
- des normes de personnel d'encadrement par type d'institution, selon la lourdeur de soins des bénéficiaires,
- des normes de personnel d'accueil et de soins par type d'institution selon le nombre de bénéficiaires pris en charge avec la qualification d'infirmier, infirmier gradué ou infirmier psychiatrique.

[36] Convention cadre entre la CNS et la Fédération COPAS du 15 décembre 2017 ayant pour objet de définir dans le cadre de la législation relative à l'assurance dépendance, les rapports entre la CNS et les prestataires d'aides er de soins

De même, dans le **secteur du Handicap,** le texte coordonné du 4 mars 2009 du règlement grand-ducal modifié du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique prévoit dans le chapitre 2 relatif au personnel, à l'article 10, les normes de dotation du personnel d'encadrement qui peut être une profession médicale, pédagogique, psychologique, sociale ou une profession de santé couvrant un pourcentage de 80 à 100 % des heures d'encadrement selon le type de structure, à déterminer en fonction du nombre de bénéficiaires et en fonction des besoins des bénéficiaires.

Enfin dans le **secteur de l'enfance**, le règlement grand-ducal du 14 novembre 2013 modifié le 21 août 2018 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services d'éducation et d'accueil pour enfants précise dans son article 7 les normes de personnel d'encadrement : 30 % des heures totales d'encadrement peuvent être assurées par un professionnel portant un titre de profession de santé.

En conclusion, à la différence avec le secteur hospitalier, dans le cadre de l'AD, la législation définit clairement les normes minimales applicables concernant les qualifications professionnelles minimales pour les aides et soins à apporter aux personnes dépendantes, et ce par type de prestataire.
De même pour toutes les structures ayant un agrément ASFT dans le secteur des personnes âgées, du handicap ou de l'enfance, des normes minimales sont édictées par règlement grand-ducal. Elles prévoient que les chargés de direction peuvent être une profession de santé et un pourcentage des personnels d'encadrement doivent être une profession de santé.
La législation définit donc des besoins minimaux en professionnels de la santé auxquels les prestataires doivent se conformer.
Ce modèle permet de garantir aux citoyens bénéficiant de l'AD ou ayant recours à une institution ayant un agrément ASFT, une équité minimale d'accès aux professionnels de santé.
En contrepartie, ce modèle induit plus de contraintes pour les prestataires dans la gestion des professions de santé.
Ce modèle permet de réaliser une détermination des besoins minimaux en professions de santé et de faire si nécessaire des prévisions.
Au 31 décembre 2017, selon les données publiées dans le rapport général sur la sécurité sociale au Luxembourg[37], 13.860 personnes bénéficiaient d'une prise en charge par l'AD.
Ces besoins devraient s'accroître en raison du vieillissement et de l'accroissement de la population protégée résidant au Luxembourg, qui nécessiteront soit l'ouverture de nouvelles institutions de type CSS, ESC, ESI, soit un accroissement des demandes de prestations par un RAS pour les personnes dépendantes en maintien à domicile.

[37] Rapport général sur la sécurité social .2018. Ministère de la sécurité sociale, page 85

Résumé Partie 2
Bases de la détermination des besoins en professionnels de santé

La détermination des besoins en professionnels de santé devrait s'appuyer sur un certain nombre d'éléments tels que des données démographiques, des données épidémiologiques mesurées, des données économiques, les objectifs de santé publique à atteindre et le modèle d'organisation du système de soins à mettre en oeuvre pour les 10 à 15 années à venir.
Au Luxembourg, il n'existe pas de loi de santé publique fixant le cadre, ni de document stratégique décrivant le système de soins dans son ensemble (structures hospitalières, extrahospitalières et soins primaires), leurs missions et les objectifs de santé publique à atteindre, permettant la détermination des besoins en professionnels de la santé. Les données épidémiologiques disponibles servent peu à la détermination des ressources professionnelles, mais sont considérées lorsqu'elles existent, pour l'attribution des services hospitaliers, du nombre de lits et places et des équipements. L'historique de consommation des soins, contenu dans la carte sanitaire, est utilisé par l'autorité publique pour établir l'organisation du système de santé.
Par contre, le pays dispose d'un accord de coalition gouvernementale qui fixe certaines pistes d'évolution du système de santé, ainsi que de nombreux plans d'action nationaux qui proposent des améliorations de la promotion de la santé, de la prévention ou de la prise en charge de problèmes de santé majeurs. Toutefois, ces outils ne définissent pas les professionnels de la santé qui seront concernés, le besoin en ressources qui sera généré par leur mise en œuvre, ni même le financement des activités à mener par les médecins et professions de santé, qui pour certaines n'existent pas dans les nomenclatures actuellement en vigueur. La mutualisation des professionnels de la santé pour la réalisation de ces plans nationaux n'est pas organisée à la date du présent rapport.
Dans l'ensemble des lois et règlements qui régissent le système sanitaire du pays, très peu de normes existent concernant les qualifications professionnelles requises tant pour les professions médicales que pour les professions de santé, pour prendre en charge les usagers. Par contre, pour le secteur de l'assurance dépendance, les lois et règlements précisent les qualifications et les ratios de dotation au sein des institutions d'hébergement et des réseaux de soins à domicile.
Pour le secteur hospitalier, les ressources en professions de santé reposent sur des normes conventionnelles négociées avec la CNS. Elles se basent sur une évaluation des soins requis ou sur une mesure des charges de travail. La qualification professionnelle requise n'est pas souvent déterminée et est laissée à l'appréciation de l'institution.
Au niveau des établissements d'hébergement (ESC, ESI, CSS) ou les réseaux de soins prenant en charge des bénéficiaires relevant de l'AD, les ressources professionnelles sont aussi déterminées sur base d'une évaluation des besoins en aides et soins des demandeurs de l'assurance dépendance mais la marge de manœuvre de l'institution pour composer les ressources professionnelles est moins grande.
Pour les structures de psychiatrie extrahospitalière, les dotations en ressources professionnelles sont dans certains cas conventionnées sans toujours reposer sur une évaluation de la prise en charge requise ou sur des normes de qualification.
Pour les institutions agréées dans le cadre de la loi ASFT, des normes minimales en professions de santé sont édictées par règlement grand-ducal.
Pour les médecins, la liberté d'installation sur le territoire luxembourgeois est de mise dès qu'ils disposent d'une autorisation d'exercer et d'un code prestataire à la CNS. Leur implantation relève de leur propre initiative ou de celle d'une direction d'établissement ou d'une association de médecins.

Il faut noter que le pays forme des professionnels de santé spécialisés (ex : infirmiers psychiatriques, ATM de chirurgie, infirmiers pédiatriques) sans introduire ces qualifications dans les règlements d'application notamment pour le secteur hospitalier. Ceci pourrait s'interpréter comme une absence de reconnaissance des compétences et de l'expertise de ces professionnels et une mise en cause de la plus value que ces professions peuvent apporter à la santé de la population.
Il faut aussi noter que les normes fonctionnelles ne prévoient que rarement une fonction de cadre de santé pour organiser les soins prestés et les services de santé.
Les besoins en professionnels de la santé aujourd'hui sont fortement dépendants du modèle d'organisation du système de santé choisi au Luxembourg, tel que :

- la dispersion des structures ou services hospitaliers sur l'ensemble du territoire afin de répondre à une demande de proximité, ce qui induit une difficulté à mutualiser les ressources professionnelles et de ce fait augmente le besoin de recrutement,
- l'absence d'un concept d'organisation de soins primaires multi-professionnels de proximité avec un maillage territorial suffisant,
- la prise de décisions concernant l'organisation des services de santé sans évaluation préalable des impacts sur les ressources professionnelles.

Tous les efforts pour concentrer les activités hospitalières de même type, pour disposer de structures assez grandes pour optimiser l'emploi des ressources professionnelles et des équipements, pour investir sur une véritable organisation de soins primaires multi-professionnels équitablement accessibles sur le territoire, pour organiser de manière efficiente les prises en charge extrahospitalières, constitueront dans l'avenir un moyen pour mieux maîtriser les besoins en ressources professionnelles nouvelles, alors que le pays n'est pas autonome pour répondre à son besoin en professionnels de la santé.

Recommandations Partie 2:

- Etablir en concertation avec les acteurs une vision globale à 10-15 ans du système de soins et de son organisation permettant de conclure sur les besoins en professionnels de la santé en termes qualitatifs (professions concernées, compétences) et quantitatifs. Y intégrer les actions prévues dans l'accord de coalition gouvernementale et dans les plans d'action nationaux en ayant le souci d'une mutualisation et d'une parfaite rationalisation des ressources actuelles et à prévoir.
- Oser une vision innovante de l'organisation du système de soins permettant de pallier à la rareté des ressources médicales et des professions de santé sur le marché luxembourgeois et européen.
- Inscrire cette vision dans une loi cadre de santé publique afin de donner une assise aux décisions organisationnelles et de financement des soins de santé.
- Préciser les structures de promotion de la santé, de prévention, de dépistage, de soins primaires, de soins hospitaliers, soins ambulatoires et leurs missions, afin de déterminer les professionnels de la santé y affectés et les compétences attendues.
- Revoir le concept de cabinets de groupe dans une vision de centres de santé multidisciplinaires et multi-professionnels répartis sur le territoire, avec des moyens logistiques appropriés et financés pour optimiser l'accès de la population à des ressources médicales qui sont rares, sans surcharger l'hôpital qui doit conserver sa mission de médecine à haute spécificité.
- Mutualiser et regrouper les activités d'éducation à la santé et de prévention primaire dans des centres de santé multi-professionnels, pour optimiser tant que possible les ressources disponibles ou additionnelles.
- Prévoir un financement cohérent des activités demandées aux professions médicales et aux professions de santé dans le cadre de cette vision et des plans.

- Mesurer préalablement l'impact sur les ressources professionnelles de toute décision d'organisation du système de santé dans un souci d'efficience.
- Centraliser au sein de l'observatoire de la santé à créer, l'ensemble des données épidémiologiques mesurées et accroître leur nombre.
- Intégrer les données épidémiologiques mesurées en termes de prévalence et d'incidence dans l'estimation des besoins en professions médicales et en professions de santé en considérant toutes les phases de la prévention à la détection, au traitement et au suivi, ainsi qu'en prenant en considération l'accroissement démographique prévu par le STATEC, le vieillissement de la population et le modèle d'organisation du système de soins de santé.
- Préciser dans les RGD pour les normes des services hospitaliers, à publier, la qualification médicale requise pour assumer la fonction de médecin responsable de service ou de réseau de compétences.
- Reconnaître la valeur ajoutée des professions de santé spécialisées en précisant dans les RGD pour les normes des services hospitaliers concernés, à publier, les types de professions requises pour la prise en charge des patients.
- Prévoir dans les RGD pour les normes des services hospitaliers, en fonction du type de service, l'accès aux compétences médicales pluridisciplinaires ainsi que les compétences multi-professionnelles telles que la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, l'orthoptie, le soutien psychologique, la diététique, l'assistance sociale, la psychomotricité, l'algologie, l'éducation thérapeutique, …sur base des recommandations de bonne pratique.
- Reconnaître la fonction de cadre de santé dans les normes fonctionnelles pour l'organisation des soins et des services de santé, dans un pays où l'exercice libéral de la médecine induit une gestion journalière des services de santé par les professions de santé.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 3
Gouvernance des besoins en professionnels de la santé

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Contributeur :
Laurianne KREMER, *master en sciences de la santé publique, master en sciences en épidémiologie*

Sommaire

Partie 3 : Gouvernance des besoins en professionnels de santé	**Page**
Glossaire	4
3.1 Généralités sur la gouvernance	5
3.2 Intervenants dans la gouvernance des professionnels de la santé au Luxembourg	8
3.3 Instances de gouvernance	12
3.4 Organes professionnels	14
3.4.1 Collège médical	14
3.4.2 Collège vétérinaire	16
3.4.3 Conseil Supérieur des Professions de Santé	18
3.4.4 Ordres professionnels à l'étranger	19
3.5 Sociétés médicales et associations professionnelles	25
3.5.1 Sociétés médicales	25
3.5.2 Associations professionnelles	26
3.6 Fédérations d'institutions	28
3.7 Plateforme de communication des offres et des demandes	30
Résumé de la Partie 3 Gouvernance des besoins en professionnels de santé	32

Glossaire

Acronyme	Définition
ADEM	Administration de l'Emploi
ATM	Assistant Technique Médical
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CEDIES	Centre d'Information sur l'Enseignement Supérieur
CM	Collège Médical
CNS	Caisse Nationale de Santé
COPAS	Confédération des Prestataires d'Aides et de Soins
CSDS	Conseil Scientifique dans le Domaine de la Santé
CSMI	Conseil Supérieur des Maladies Infectieuses
CSPS	Conseil Supérieur des Professions de Santé
CSS	Centre Semi Stationnaire
CV	Collège Vétérinaire
DAP	Diplôme d'Aptitude Professionnelle
DDS	Direction de la Santé
ESC	Etablissement à Séjour Continu
ESI	Etablissement à séjour Intermittent
ETP	Equivalent Temps Plein
FEDAS	Fédération des Acteurs du secteur Social
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
IGSS	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
LTPS	Lycée Technique pour Professions de Santé
MENEJ	Ministère de l'Education Nationale de l'Enfance et de la Jeunesse
MESR	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
MIFA	Ministères de la Famille
MINSAN	Ministère de la Santé
MSS	Ministère de la Sécurité Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RAS	Réseau de Soins à Domicile
RGD	Règlement Grand-Ducal

3.1 Généralités sur la gouvernance

L'autorité publique a la responsabilité d'assurer aux citoyens d'un pays la meilleure qualité et la meilleure sécurité des soins, ainsi que la meilleure adéquation possible entre l'offre et la demande en ressources professionnelles multidisciplinaires pour répondre aux besoins de santé selon les recommandations de promotion et de prévention de l'Organisation Mondiale de la Santé et selon les recommandations de bonne pratique des sociétés scientifiques pour le diagnostic, la thérapie et le suivi.

L'OMS a publié deux documents très importants concernant les ressources humaines dans le domaine de la santé, sur lesquels le Luxembourg devrait prendre appui :

- **Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé[1],**
- **Ressources humaines pour la santé : Stratégie mondiale à l'horizon 2030**[2].

Ce code édicte un certain nombre de principes à prendre en considération par les pays membres dont :

- **principe 3.6** : « *Member States should strive to the extent possible, to create a sustainable health workforce and work towards establishing effective health workforce planning, education and training, and retention strategies that will reduce their need to recruit migrant health personnel* »,
- **principe 5.4** : « *As the health workforce is central to sustainable health systems, Member States should take effective measures to educate, retain and sustain a health workforce that is appropriate for the specific conditions of each country, including areas of greatest need, and is built upon an evidence-based health workforce plan. All Member States should strive to meet their health personnel needs with their own human resources for health, as far as possible* »,
- **principe 5.5 :** « *Member States should consider strengthening educational institutions to scale up the training of health personnel and developing innovative curricula to address current health needs.: « Member States should consider strengthening educational institutions to scale up the training of health personnel and developing innovative curricula to address current health needs* »,
- **principe 5.6** : « *Member States should consider adopting and implementing effective measures aimed at strengthening health systems, continuous monitoring of the health labour market, and coordination among all stakeholders in order to develop and retain a sustainable health workforce responsive to their population's health needs. Member States should adopt a multisectoral approach to addressing these issues in national health and development policies* »,

Dans la stratégie mondiale à l'horizon 2030, l'OMS recommande aux Etats membres dans sa mesure 58 : « *Assurer que tous les pays sont dotés d'un service ou d'un département en charge des ressources humaines de la santé qui est comptable de son action auprès des plus hautes instances du ministère de la santé (un directeur général ou un secrétaire permanent). Un tel service devrait être doté de la capacité et du financement, et être investi des responsabilités et du devoir de redevabilité, qui s'attachent à tout un ensemble standard de fonctions fondamentales touchant à la politique des ressources humaines de la santé, sa planification et sa gouvernance, la gestion des données pertinentes et la reddition de comptes».*

[1] https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1

[2] https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf

La gouvernance au niveau national des professionnels de la santé peut se définir par la capacité d'une nation à :

- obtenir la meilleure adéquation entre le besoin en soins de la population et l'offre de soins, en développant les ressources humaines pour la santé de manière constante, en évitant toute situation de pléthore qui peut induire une surconsommation de soins ou de pénurie qui peut engendrer une diminution de l'accès aux soins ou de sa qualité,
- identifier régulièrement les types de professionnels de la santé nécessaires pour assurer le bon fonctionnement du système de soins de santé et lui permettre de s'adapter aux évolutions de la science et des technologies,
- déterminer les compétences et expertises que doivent avoir ces professionnels pour répondre avec sécurité et qualité aux besoins de santé de la population, et légiférer sur le champ d'exercice et les activités réservées de chaque profession,
- établir les normes minimales de qualification,
- quantifier les besoins en professionnels de la santé et planifier la réponse à ces besoins,
- déterminer les stratégies de formation initiale et de formation continue pour mettre sur le marché de l'emploi chaque année des professionnels de la santé répondant aux savoirs et compétences attendus et en nombre suffisant pour compenser la perte annuelle naturelle liée aux départs en pension, ainsi que pour répondre aux croissances nécessaires de structures et d'offres de prestations liées à l'accroissement et au vieillissement de la population,
- inciter les jeunes à s'orienter vers les professions médicales ou les professions de santé et réaliser la promotion des professions médicales et des professions de santé,
- mettre en relation les établissements ou instances prestataires et les jeunes diplômés ou en voie de formation,
- déterminer des stratégies pour prévenir les pénuries ou si celles-ci sont constituées, pour y pallier tout en garantissant au citoyen, tant que possible, les mêmes critères de qualité et de sécurité, en mobilisant et en utilisant de manière efficace et responsable les ressources disponibles,
- améliorer les conditions de travail tout au cours de la vie professionnelle afin d'augmenter le taux de rétention des professionnels et les garder en bonne santé,
- veiller à disposer d'un système de reconnaissance du mérite et une structure de carrière pour les professionnels de la santé, afin de maintenir leur intérêt pour la santé le plus longtemps possible,
- soutenir le recrutement des professionnels et mettre en place si besoin des incitatifs à l'installation ainsi que des procédures simples,
- disposer d'un monitoring de la situation grâce à quelques indicateurs, permettant d'assurer un suivi de la mobilité des professionnels de la santé et de gérer les flux,
- mettre en œuvre un modèle d'organisation permettant la responsabilisation des professions,
- inciter les professionnels de la santé à pratiquer selon les recommandations de bonne pratique établies par les sociétés savantes et les conseils scientifiques.

Pour réaliser une gouvernance efficace, cela impose une concertation, une collaboration et une coordination entre plusieurs acteurs qui interviennent dans l'une ou l'autre de ces étapes. L'objectif dépasse donc la mission de chaque acteur.

Selon le pays et son modèle d'organisation administrative, cette gouvernance est assurée au niveau régional ou cantonal comme en Italie, en Espagne, en Allemagne, en Belgique ou en Suisse, mais peut aussi être organisée au niveau national comme en France.
Le leadership de cette gouvernance est le plus souvent assuré par le ministère de tutelle ou l'organisme étatique ayant la santé dans ses attributions.
Cependant, les ordres professionnels occupent dans plusieurs pays un rôle important dans cette gouvernance puisqu'ils peuvent porter la responsabilité de garantir la validation des compétences professionnelles tout au cours de la vie professionnelle, comme par exemple au Canada.

Il y a donc lieu d'analyser le modèle de gouvernance des ressources humaines de la santé au Luxembourg afin de mesurer son adéquation avec les éléments cités ci-dessus et avec les recommandations de l'OMS.

3.2 Intervenants dans la gouvernance des professionnels de la santé au Luxembourg

Au cours de l'étude, les acteurs suivants ont été recensés comme intervenants, à divers niveaux, dans la gouvernance des professionnels de la santé :

- le **Ministère de la santé (MINSAN)** qui :
  - propose les lois, règlements grand-ducaux relatifs au système de santé,
  - arrête la liste des spécialités médicales reconnues au Luxembourg,
  - arrête la liste des professions de santé reconnues au Luxembourg,
  - définit les attributions professionnelles des professions de santé,
  - définit les normes minimales de dotation dans certains secteurs du système de santé,
  - gère les registres professionnels,
  - donne les autorisations d'exercer des médecins,
  - donne les autorisations d'exercer des professions de santé inscrites dans la loi du 26 mars 1992,
  - attribue certains droits complémentaires dans l'exercice professionnel[3],
  - demande la réalisation d'un stage de réinsertion professionnelle après interruption de carrière,…

- la **Direction de la santé (DDS)** qui selon la loi du 24 novembre 2015 portant organisation de la Direction de la santé doit:
  - coordonner et promouvoir la formation continue pour les médecins, les médecins-dentistes et les pharmaciens,
  - étudier et promouvoir la qualité dans le domaine de la santé prestée par les professionnels de la santé notamment,
  - veiller à l'observation des mesures légales et réglementaires en matière de santé publique et notamment tout ce qui touche à l'exercice des professions réglementées en exerçant un rôle de police judiciaire dans les cas d'exercice illégal,
  - étudier, surveiller et évaluer l'état de santé de la population et exécuter des mesures de santé publique, nécessaires à la protection de la santé comme évaluer les besoins en professionnels de la santé et proposer les mesures nécessaires pour que la quantité et les compétences de professionnels de la santé soient en adéquation avec les besoins de santé de la population,

- le **Ministère de l'Education Nationale, de l'enfance et de la jeunesse (MENEJ)** qui avec le concours du LTPS et du service de la Formation Professionnelle:
  - définit les curriculums de formation de certaines professions de santé (nombre d'heures théoriques, nombre d'heures d'enseignement pratique, nombre de stages, durée des stages, horaires des stages, lieux de stage, langues de formation),
  - organise certaines formations de professions de santé au Luxembourg,
  - propose diverses voies de formation, telles que l'apprentissage pour adultes ou les formations en cours d'emploi,
  - détermine les conditions d'admission aux formations des professions de santé organisées sur le territoire,

[3] Exemple : droits d'utilisation d'appareils à rayonnements ionisants

- détermine le nombre de classes ouvertes chaque année et le nombre d'étudiants par classe,
- détermine le système d'évaluation des étudiants,
- définit les conditions requises pour être professeur au sein des formations pour les professions de santé,
- délivre les diplômes : DAP pour les aides soignants et les assistants de pharmacie, Baccalauréat pour la section infirmier,
- gère la commission chargée de l'homologation des diplômes non académiques,
- gère la commission de validation des acquis professionnels,
- détermine les conditions de promotion professionnelle,

- le **Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MESR)** qui avec le concours du LTPS, de l'Université du Luxembourg, du CEDIES:
  - définit les curriculums de formation des professions de santé spécialisées (nombre d'heures théoriques, nombre d'heures d'enseignement pratique, nombre de stages, durée des stages, horaires des stages, lieux de stages, langues de formation),
  - organise certaines formations spécialisées des professions de santé au Luxembourg,
  - détermine les conditions d'admission aux formations spécialisées des professions de santé,
  - détermine le nombre de classes ouvertes chaque année et le nombre d'étudiants par classe,
  - détermine le système d'évaluation des étudiants,
  - délivre les diplômes : BTS pour les infirmiers, les ATM de radiologie, les sages femmes, BTS spécialisé pour les infirmiers en pédiatrie, les infirmiers en psychiatrie, les infirmiers en anesthésie et réanimation, les ATM de chirurgie,
  - organise la reconnaissance des diplômes pour les formations de niveau académique,
  - gère la Medical School pour les étudiants en médecine de 1ère année à la date du présent rapport et leur stage de soins infirmiers,
  - gère la spécialisation des médecins généralistes,
  - gère les conventions avec les universités à l'étranger pour l'obtention de places réservées pour les étudiants en médecine dès la 2ème année,
  - gère l'attribution des aides financières pour les étudiants réalisant leur formation à l'étranger,
  - organise des formations continues ou des diplômes universitaires pour des professionnels de la santé,
  - organise la formation des tuteurs professionnels pour les étudiants infirmiers avec la FHL et le LTPS,

- le **Ministère de la Sécurité Sociale (MSS)** qui avec le concours de l'IGSS, de la CNS, de diverses commissions dont la commission des normes et la commission de nomenclature :
  - détermine les prestations contenues dans les nomenclatures des divers professionnels de la santé, ainsi que leurs tarifs qui influencent les revenus des professionnels,
  - négocie les normes de professions de santé pour le secteur hospitalier,
  - légifère sur le cadre normatif des professions de santé pour le secteur de l'assurance dépendance,

- le **Ministère de la Famille et de l'Intégration (MIFA)** qui :
    - agrée les organismes oeuvrant dans le domaine social, familial et thérapeutique, ce qui détermine ensuite leur possibilité de conventionnement avec la CNS et l'application des normes de dotation en personnel lorsque les bénéficiaires relèvent de l'assurance dépendance,
    - définit certaines normes pour la formation des professionnels en soins palliatifs pour les organismes agréés,

- le **Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire** qui :
    - détermine la législation du travail dont notamment le nombre d'heures légales de travail, les conditions spécifiques à respecter pour les élèves de moins de 18 ans, notamment lorsqu'ils sont en stage dans le milieu professionnel, l'écartement professionnel, le reclassement professionnel interne et externe, ce qui impacte l'enseignement clinique sur les terrains de stage ainsi que les besoins de remplacement de professionnels à court terme sous forme de CDD,
    - avec le concours de l'ADEM oriente les personnes vers l'apprentissage pour adultes dans la profession d'aide-soignant,

- le **Ministère de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural** qui intervient pour la profession de médecin vétérinaire en demandant des prestations de contrôle ou de vaccinations pour les animaux de rente, dont il fixe les tarifs,

- l'**Administration des bâtiments publics** qui attribue les locaux notamment pour le LTPS, ce qui détermine le nombre de classes possibles et donc le nombre d'étudiants potentiels,

- les **Fédérations (FHL et COPAS)** qui :
    - négocient avec les organisations syndicales les conventions collectives pour les secteurs hospitalier et de l'assurance dépendance,
    - participent aux commissions nationales curriculaires des professions de santé,
    - interpellent les pouvoirs publics sur les problèmes rencontrés en matière de ressources professionnelles et émettent des avis sur les lois ou règlements,

- les **organes professionnels (Collège médical, Collège vétérinaire, Conseil supérieur des professions de santé)** qui :
    - émettent un avis pour l'autorisation d'exercer des médecins,
    - examinent les problèmes disciplinaires,
    - remettent des avis au ministre de tutelle pour ce qui concerne l'exercice des professions ainsi que sur les textes légaux et réglementaires relatifs au système de santé,

- la **Chambre de commerce** qui organise la formation des tuteurs professionnels pour la formation des aides-soignants,

- les **associations professionnelles** et les **sociétés médicales** qui :
    - défendent l'évolution des professions,
    - proposent l'actualisation des attributions professionnelles,
    - négocient les nomenclatures professionnelles avec la CNS,

- organisent des formations continues pour les professionnels concernés,
- participent aux développements des professions au niveau européen,
- participent à certains groupes de travail relatifs aux pratiques professionnelles, aux recommandations de bonne pratique.

- Le **Conseil Scientifique dans le Domaine de la Santé (CSDS)** et le **Conseil Supérieur des Maladies Infectieuses (CSMI)** qui émettent des recommandations de bonne pratique pour l'exercice des professionnels de la santé.

Au total, pas moins de 22 acteurs différents peuvent par leurs décisions et travaux impacter les professionnels de la santé au Luxembourg tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Leurs décisions peuvent accroître les besoins en ressources professionnelles ou limiter la mise sur le marché de l'emploi de professionnels de la santé.
Il y a donc lieu de s'intéresser à la concertation entre ces acteurs afin d'objectiver le type de gouvernance existante.

3.3 Instances de gouvernance

Au niveau du Ministère de la santé, il existe le service ayant en charge les registres professionnels. Mais ce service ne gère que les autorisations d'exercer. Il ne réalise pas de monitoring de la situation en termes de professionnels de la santé avec des indicateurs, n'étudie pas l'adéquation des ressources par rapport aux besoins de santé de la population et ne développe pas de stratégies de formation ou de recrutement visant à répondre aux besoins en ressources professionnelles.

Au niveau de la Direction de la santé, la loi du 21 novembre 1980 modifiée par la loi du 24 novembre 2015 lui donne dans l'article 1er la mission de coordonner et promouvoir la formation continue des médecins, médecins dentistes, pharmaciens.
En dehors de cette mission, le législateur a attribué dans l'article 4 à la Division de la Médecine Curative et de la qualité en santé, la compétence pour traiter entre autres « *toutes les questions sur l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé…Elle est chargée de la coordination et de la promotion de la formation continue pour les médecins, les médecins dentistes et les pharmaciens (en collaboration avec la division des la pharmacie et des médicaments)* ».
Une personne de la division de la médecine curative, travaillant à mi-temps, licenciée en sciences de la santé publique, est chargée, entre autres, de gérer certains dossiers relatifs aux professions de santé tels que :

- veiller aux dispositions légales et réglementaires en matière de professions de santé,
- émettre des conseils et avis à destination du Ministre de la santé concernant l'exercice des professions de santé et son contrôle,
- participer aux travaux législatifs et réglementaires concernant les attributions et la formation continue des professions de santé,
- participer au contrôle de l'exercice illégal des professions de santé réglementées,
- superviser les mises à niveau et réintégration des professions de santé titulaires d'une autorisation d'exercer,
- aviser les demandes d'agrément de formation continue,
- assurer la veille comparative des professions de santé et de leurs attributions dans les pays limitrophes et au niveau européen,
- contribuer à l'élaboration de statistiques relatives aux professions de santé et aux professions médicales et à leur publication nationale et internationale,
- contribuer à l'élaboration de plans d'action et à la gestion de projets en matière de professions de santé,
- répondre aux questions des professions de santé, préparer les éléments de réponse aux questions parlementaires sur les professionnels de la santé,...

Son activité n'est pas centrée essentiellement sur les professions de santé.
Elle travaille sous la responsabilité du médecin chef de service de la Division de la médecine curative, qui consacre une partie de ses activités à la formation continue des médecins, médecins dentistes et pharmaciens.

Lors du transfert des formations des professions de santé du Ministère de la santé au Ministère de l'éducation nationale, la loi du 11 janvier 1995 dans son article 10 a prévu la création d'une **Commission de consultation permanente** ayant pour mission de conseiller le Ministre de l'éducation nationale et de la formation professionnelle et le Ministre de la santé au sujet de l'évolution de la demande et de la nature des soins par rapport à la formation, le statut, les attributions et les règles de l'exercice des

professions de santé. Le règlement grand-ducal du 14 mai 1996[4] a réglementé cette commission.
Six facteurs pouvant impacter la demande en professions de santé ont été identifiés dans ce RGD :

- les données sociologique et démographiques,
- les données épidémiologiques en matière de santé,
- les données éthiques ainsi que l'évolution de la philosophie des soins,
- les structures de dispensation de soins et leur fonctionnement,
- l'adéquation d'un programme de formation par rapport au niveau de formation dans lequel il s'inscrit ainsi que par rapport aux exigences du monde de la santé,
- les relations entre la formation initiale et la formation continue.

Cette commission doit être composée de représentants du Ministère de la santé, du Ministère de l'éducation nationale, du Ministère de la famille, du Conseil Supérieur de certaines Professions de Santé (3 membres), des employeurs du secteur de la santé (3 membres), du Lycée Technique pour Professions de Santé.
Cette commission a été inactive ces dernières années. A la date du présent rapport, il est prévu de réactiver cet organe.

Cette même loi du 11 janvier 1995 a prévu dans son article 12, **une Commission appelée à donner des avis en matière de reconnaissance des diplômes de certaines professions de santé obtenus à l'étranger** qui a été réglementée par le règlement grand-ducal du 15 mai 1995. Cette commission comprend un représentant du Conseil Supérieur de certaines Professions de santé.

En conclusion, il n'existe pas à proprement parler de division ou d'organe au sein de l'autorité publique et notamment au sein du Ministère de la santé ou de la Direction de la santé, chargée de la gouvernance des ressources en professions médicales et en professions de santé, quelque soit le territoire d'exercice au Luxembourg : champ hospitalier, champ extrahospitalier, assurance dépendance, secteur de l'action sociale.
Il n'existe pas de véritable plateforme de concertation entre tous les acteurs impliqués, permettant de discuter les problématiques relatives aux professionnels de la santé, de développer une politique et des stratégies pour mieux répondre aux besoins du système de santé et de l'action sociale, et à son évolution permanente.

[4] Règlement grand-ducal du 14 mai 1996 portant institution de la Commission permanente de consultation ayant pour objet de conseiller le Ministre de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle et le Ministre de la Santé en matière de formation, de statuts et de règes de l'exercice des professions de santé

3.4 Organes professionnels

Les professionnels de la santé sont représentés par les organes suivants :

- le Collège médical (CM) pour les médecins, médecins dentistes, pharmaciens, psychothérapeutes,
- le Collège vétérinaire (CV) pour les médecins vétérinaires,
- le Conseil supérieur de certaines professions de santé (CSPS) pour les professions de santé relevant de la loi du 26 mars 1992.

3.4.1 Collège médical

Le Ministère de tutelle du CM est le Ministère de la santé.

La loi du 8 juin 1999[5] modifiée par la loi du 14 juillet 2015[6] et par la loi du 1er août 2018[7] instaure un Collège médical pour représenter les professions de médecin, de médecin dentiste, de pharmacien et de psychothérapeute.
L'article 2 précise les missions qui sont de :

- veiller à la sauvegarde de l'honneur, de maintenir et de défendre les principes de dignité, de probité, de délicatesse et de compétence devant régir ces professions,
- veiller à l'observation des règles déontologiques s'appliquant à ces professions,
- d'étudier toutes les questions relatives à l'art de guérir et à la santé dont il est saisi par le Ministre de la santé ou dont il jugera utile de se saisir,
- d'émettre un avis sur tous les projets de loi et de règlement concernant ces professions ainsi que concernant les autres professions de santé ou encore relatifs au secteur hospitalier.

Le CM participe au conseil de discipline qui exerce le pouvoir de discipline sur :

- la violation des prescriptions légales, réglementaires ou déontologiques concernant l'exercice de ces professions,
- les fautes et négligences professionnelles graves,
- les faits contraires à l'honorabilité et à la dignité professionnelles.

Le président du CM instruit les affaires dont il est saisi ou dont il se saisit. Les assesseurs membres du conseil de discipline sont des professionnels mais ne possèdent pas obligatoirement de formation juridique appropriée à leur mission. Il en est de même lors de l'instruction. Les procédures disciplinaires demandent de suivre un processus administratif complexe, consommateur de temps. Le CM ne dispose pas de moyens d'investigation et ne peut formuler une sanction simple, tel un avertissement par exemple.

Le CM tient un registre ordinal à différencier du registre professionnel tenu par le Ministère de la santé. Il ne réalise pas de statistiques sur les professions qu'il représente en dehors du :

- nombre de professionnels inscrits au CM par profession,
- nombre de professionnels actifs et pensionnés,
- nombre de demandes d'autorisation d'exercer par an,
- nombre d'autorisations d'exercer accordées,
- nombre d'autorisations d'exercer refusées.

---

5 Loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical (Mémorial A-84)

6 Loi du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute (Mémorial A-136)

7 Loi du 1er août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique (Mémorial A-705)

Le CM ne dispose pas d'informations sur la disponibilité de ces professionnels auprès de la population.
Le CM intervient dans le processus d'autorisation d'exercer. Le professionnel demandeur adresse son dossier au Ministère de la santé qui assure une vérification sur la recevabilité du dossier. Il adresse ensuite le dossier au CM qui va l'examiner puis convoque le demandeur et vérifie lors de l'entretien l'honorabilité du demandeur, la formation, les diplômes obtenus, l'expérience professionnelle mentionnée, les compétences linguistiques. Sur ces bases, le CM émet un avis quant à l'autorisation d'exercer favorable ou défavorable, qu'il adresse au Ministère de la santé. En cas d'avis favorable, le Ministre de la santé va accorder au demandeur l'autorisation d'exercer. Le CM reçoit une copie de cette autorisation publiée au Mémorial. Les données relatives au professionnel sont alors insérées dans le registre ordinal. Si la personne n'exerce pas sa profession dans un délai de deux ans après la date d'autorisation d'exercer, cette dernière devient caduque.
Le CM constate que la liste des spécialités médicales reconnues au Luxembourg devrait être revue, afin que le Luxembourg reconnaisse les compétences des médecins dont le pays a besoin (ex : médecine légale, pharmacien clinicien, …). D'autre part, le CM estime qu'il est de la responsabilité d'un ordre professionnel de décider d'élargir les critères d'homologation de diplômes en vue de l'obtention d'une autorisation d'exercer notamment dans les périodes de pénurie. En effet, certains professionnels en provenance de pays non européens reçoivent un refus d'homologation de leur diplôme et de ce fait ne peuvent obtenir une autorisation d'exercer alors qu'ils ont les compétences appropriées pour répondre aux besoins du Luxembourg.

Pour réaliser ces missions, le CM dispose de ressources en très faible quantité : deux secrétaires pour un total de 1,75 ETP et 1 ETP de juriste. La loi prévoit que l'Etat met à disposition du CM un local et un agent à mi-temps pour le secrétariat administratif mais cette dotation a été augmentée en raison de la croissance des activités. Le CM ayant acheté un local, l'Etat contribue à hauteur d'un montant d'un loyer annuel pour une période limitée à 5 ans.
Toutes les autres dépenses de fonctionnement, à savoir frais administratifs, déplacements professionnels des membres, frais de représentation du CM par le bureau exécutif, frais liés aux relations internationales, charges diverses, frais de personnel, doivent être couvertes grâce à une cotisation obligatoire (article 13) à charge de toutes les personnes exerçant au Luxembourg dans les professions de médecin, médecin-dentiste, pharmacien, psychothérapeute. Depuis la publication de la loi relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, il est désormais possible pour le CM depuis 2016 de bénéficier de recettes ponctuelles complémentaires liées à la délivrance des titres de formation ou de fonction lorsqu'un professionnel de la santé veut faire usage de son titre, soit la valeur de 75 € à charge du professionnel.

Le CM a une réunion une fois par an avec le Ministère de la santé et quelques réunions ponctuelles en cours d'année. Il est attendu de la part du CM une collaboration plus effective et structurée avec le ministère de tutelle pour aborder l'ensemble des problèmes relatifs aux professions qu'il représente, développer des stratégies communes, mais aussi pour discuter plus en profondeur les prises de position sur les avant-projets de loi ou de règlement en raison des implications sur les ressources médicales (ex : l'évaluation gériatrique dans le règlement grand-ducal sur les services d'urgence, des situations d'exercice illégal de la médecine, des autorisations d'exercer données à des médecins interdits d'exercice dans un autre pays,…).
Le CM n'a pas de relations avec la FHL ou la COPAS alors que de nombreux médecins exercent leur activité dans ces fédérations.

Le CM avait antérieurement des relations avec la CNS pour étudier des comportements inopportuns en matière de facturation des prestations, nécessitant d'être régulés. Ces concertations n'ont plus lieu mais le CM souhaiterait qu'elles soient réactivées.
Le CM a des relations sur demande avec la Patientevertriedung ou avec le Médiateur de la santé.
Le CM est un organe connu des professions qu'il représente.

Constat :
Les missions actuelles du CM sont difficiles à exercer avec professionnalisme notamment dans le domaine disciplinaire ainsi que dans la remise des avis, en raison de l'insuffisance des compétences disponibles au sein de cet organe : absence de compétences de médecin en santé publique, ressources juridiques et en secrétariat administratif insuffisantes.
Le CM souhaite s'investir dans son rôle, est prêt à le revoir et à l'élargir pour se modéliser sur le rôle tenu par les ordres professionnels dans les autres pays européens, mais pour ce faire il a besoin que la loi sur le CM soit modifiée pour y inscrire de nouvelles missions et responsabilités, et que de réels moyens lui soient attribués.
Si le CM devait dans l'avenir être en charge de la formation continue médicale à savoir sa promotion, son contrôle, sa validation, des moyens nouveaux devraient lui être attribués afin de garantir que cette nouvelle mission soit réalisée avec sérieux et donne la garantie tant au professionnel qu'au citoyen que les connaissances et compétences des professions médicales sont véritablement actualisées.
Le CM attend que la révision de la loi introduise plus d'autonomie et de responsabilité du CM concernant l'évolution de l'exercice des professions qu'il représente, mais en professionnalisant son organisation.
Le CM souhaiterait être un partenaire actif dans une gouvernance nationale des ressources professionnelles. Il attend une concertation régulière et structurée avec l'ensemble des acteurs pour définir une vision et des stratégies adaptées. Un plan d'action devrait en découler.
L'évolution vers une professionnalisation du CM apparaît indispensable mais nécessite des moyens à mutualiser sans doute avec les autres organes professionnels.

3.4.2 Collège Vétérinaire

Le Collège vétérinaire a deux ministères de tutelles : le Ministère de la santé et pour certaines missions le Ministère de l'agriculture.

La loi du 31 mai 2002 instaure un Collège vétérinaire pour représenter les médecins vétérinaires. Ses missions sont définies à l'article 2 :

- veiller à la sauvegarde de l'honneur, de maintenir et de défendre les principes de dignité, de probité, de délicatesse et de compétence devant régir la profession,
- veiller à l'observation des règles déontologiques s'appliquant à cette profession,
- d'étudier toutes les questions relatives à la profession, à la santé animale et à l'hygiène des produits d'origine animale dont il est saisi par gouvernement ou dont il jugera utile de se saisir,
- d'émettre un avis sur tous les projets de loi et de règlement concernant la profession de médecin vétérinaire, la santé et le bien-être des animaux et l'hygiène des produits d'origine animale.

Le CV participe au conseil de discipline qui exerce le pouvoir de discipline sur :

- la violation des prescriptions légales, réglementaires ou déontologiques concernant l'exercice de la profession,
- les fautes et négligences professionnelles graves,
- les faits contraires à l'honorabilité et à la dignité professionnelles.

Le président du CV instruit les affaires dont il est saisi ou dont il se saisit.

Le CV tient un registre ordinal à différencier du registre professionnel tenu par le Ministère de la santé. Il ne réalise pas de statistiques sur les professions qu'il représente en dehors du :

- nombre de médecins vétérinaires inscrits au CV,
- nombre de médecins vétérinaires actifs et pensionnés,
- nombre de médecins vétérinaires en arrêt d'exercice mais non pensionnés,
- nombre de médecins vétérinaires fonctionnaires ou employés par des institutions étatiques,
- nombre de médecins vétérinaires par types d'animaux (petits animaux seulement, petits et grands animaux, grands animaux seulement, chevaux seulement, grands animaux et chevaux),
- nombre de demandes d'autorisation d'exercer par an,
- nombre d'autorisations d'exercer accordées,
- nombre d'autorisations d'exercer refusées.

Le CV ne dispose pas d'informations sur la disponibilité de ces professionnels pour l'exercice de leur profession.

Le CV intervient dans le processus d'autorisation d'exercer. Le professionnel demandeur adresse son dossier au Ministère de la santé qui assure une vérification sur la recevabilité du dossier. Il adresse ensuite le dossier au CV qui va l'examiner puis convoque le demandeur et vérifie lors de l'entretien l'honorabilité du demandeur, la formation, les diplômes obtenus, l'expérience professionnelle mentionnée, les compétences linguistiques. Sur ces bases, le CV émet un avis quant à l'autorisation d'exercer favorable ou défavorable, qu'il adresse au Ministère de la santé. En cas d'avis favorable, le Ministre de la santé va accorder au demandeur l'autorisation d'exercer. Le CV reçoit une copie de cette autorisation. La personne entre alors dans le registre ordinal. Si la personne n'exerce pas sa profession dans un délai de deux ans après la date d'autorisation d'exercer, cette dernière devient caduque.

Pour réaliser ces missions, le CV dispose de ressources en très faible quantité : une secrétaire administrative à temps partiel. Il faut noter que le CV ne dispose pas de compétences juridiques.
L'Etat met à disposition du CV un local et le secrétariat administratif à temps partiel. Toutes les autres dépenses de fonctionnement doivent être couvertes grâce à une cotisation à charge de toutes les personnes exerçant au Luxembourg dans la profession de médecin vétérinaire.
Ces conditions engendrent actuellement du bénévolat de la part des membres du CV, qui demandent à ce que ce travail soit désormais reconnu et valorisé.

Le CV est connu des médecins vétérinaires puisque chaque demandeur d'autorisation d'exercer bénéficie d'une rencontre individuelle.

Le CV demande une révision de la loi afin d'introduire les missions qu'il exerce actuellement telles que le conseil auprès des médecins vétérinaires, l'accompagnement des médecins vétérinaires nouvellement autorisés à exercer au Luxembourg, l'organisation de formations continues.

Il demande :

- plus de possibilités d'autorégulation de la profession de médecin vétérinaire directement par le CV. Il veut un renforcement de son pouvoir disciplinaire en disposant du droit de prononcer des peines mineures sans devoir entreprendre des procédures disciplinaires lourdes,
- le droit de réhabilitation par effacement de sanctions,
- la possibilité de mettre en place des mesures d'urgence lorsqu'il y a péril dans l'exercice professionnel.

Le CV a des réunions avec ses deux ministères de tutelle sur demande, mais il n'y a pas de concertation organisée et structurée permettant de débattre régulièrement au niveau national avec les acteurs impliqués, des problématiques relatives à l'exercice de la profession de médecin vétérinaire.

Constat :
Le CV dispose de peu de moyens pour assumer les missions actuelles inscrites dans la loi. Il demande une révision de la loi de 2002 afin d'y introduire des missions qu'il exerce à ce jour et de modéliser son rôle sur celui des autres ordres professionnels européens pour les médecins vétérinaires. Il souhaite une plus grande autorégulation de la profession de médecin vétérinaire par le CV.
Sa professionnalisation engendre un besoin de compétences juridiques, en santé publique, de secrétariat, qui pourraient être mutualisées avec les autres organes représentatifs tels que le CM.
Le CV souhaiterait être un partenaire actif dans une gouvernance nationale des ressources professionnelles dans le domaine de la santé humaine et animale. Il attend une concertation régulière et structurée avec l'ensemble des acteurs pour définir une vision et des stratégies adaptées.

3.4.3 Conseil Supérieur de certaines Professions de Santé

Le CSPS a pour organe de tutelle le Ministère de la santé.

La loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, modifiée par la loi du 11 janvier 1995 puis par la loi du 14 juillet 2010 introduit dans son article 18 un Conseil supérieur de certaines professions de santé dont les missions sont les suivantes :

- donner au ministre soit d'office, soit à la demande de celui-ci, des avis sur les questions intéressant l'exercice, la formation et la réglementation des professions de santé,
- donner un avis sur le code de déontologie.

L'article 23 de cette loi institue un conseil de discipline pour les professions régies par cette loi qui a pour attributions d'exercer le pouvoir de discipline pour des faits de:

- violation des prescriptions légales et réglementaires concernant l'exercice de la profession,
- erreurs et négligences professionnelles,
- faits contraires à l'honorabilité et à la dignité professionnelles.

Le président du CSPS instruit les affaires dont il est saisi ou dont il se saisit d'office.

L'organisation du CSPS est régie par le RGD du 24 avril 1993 modifié par le RGD du 19 août 2005. Ce règlement prévoit une commission professionnelle pour chacune des professions de santé prévue dans la loi. Ces commissions délibèrent des problèmes spécifiques à leur profession et s'expriment plus particulièrement sur tout problème

intéressant l'exercice, la formation, la déontologie et la réglementation des professions de santé.
Le CSPS représente selon l'article 28 l'ensemble des professions de santé, soit 24 professions, et assure la coordination des commissions professionnelles.
L'article 42 précise que le CSPS est assisté d'un secrétariat administratif à mi-temps et reçoit de la part du Gouvernement une subvention annuelle pour couvrir l'ensemble de ses frais de fonctionnement. Il faut noter qu'aucune cotisation au CSPS n'est prévue par la loi pour les professions de santé.
Le CSPS ne dispose ni de compétences juridiques ni de compétences en santé publique, mais l'article 40 prévoit qu'il peut se faire assister d'experts rémunérés selon les dispositions fixées par le Gouvernement en conseil, après accord préalable du Ministre de la santé.
Le CSPS ne dispose pas de ressources pour réaliser sa mission de manière professionnelle. Ses membres prestent bénévolement une partie de leurs activités, notamment pour le fonctionnement du bureau.
Le CSPS n'intervient pas dans le processus d'autorisation d'exercer des professions qu'il représente.
Il n'a pas d'accès au registre des professions de santé géré par le Ministère de la santé. Etant donné qu'il n'a aucun contact direct avec les professionnels qu'il représente au moment de la demande d'autorisation d'exercer, il ne gère pas de registre de type ordinal et ne dispose d'ailleurs pas de ressources lui permettant d'en construire un.
Il n'est pas en mesure de réaliser des statistiques sur les professions de santé.
Le CSPS donne des avis en réponse aux demandes du Ministre de la santé, mais estime être peu demandé et avoir peu de temps pour répondre.
Il édite un rapport d'activité.
Le CSPS a des relations avec les associations professionnelles, notamment dans le cadre de la révision des attributions, mais il n'assure pas une fonction de leader du processus d'actualisation. Ce processus est très long pour aboutir à une révision du texte réglementaire. Les dernières expériences pour les kinésithérapeutes et pour les ATM de chirurgie ont nécessité 4 années.
Il a peu de relations avec la Direction de la santé

Constat :
Le CSPS dispose de peu de moyens pour mener ses activités.
Lors de l'étude et des interviews réalisées, il est apparu que le CSPS est extrêmement peu connu des professions de santé en exercice.
Lorsqu'il est connu, il est identifié par les professionnels comme un organe inopérant, ne répondant pas aux problèmes rencontrés par les professions. En raison de son mode de fonctionnement, il est jugé par les professionnels comme non représentatif. Les professionnels ne se reconnaissent pas dans cet organe et estiment qu'il ne promeut pas l'évolution des professions de santé. Le CSPS est plutôt considéré par les professionnels comme un organe syndical et non comme un ordre professionnel.
Il n'a pas strictement les mêmes missions que le CM ou le CV puisqu'il n'est pas au cœur du processus d'autorisation d'exercer des professions de santé.

3.4.4 Ordres professionnels à l'étranger

Afin d'élargir la réflexion dans le cadre d'une révision potentielle des lois respectives du CM, CV et CSPS, les modèles des ordres professionnels en France, en Belgique, en Suisse et au Canada ont été étudiés tant pour les professions médicales que pour les professions de santé.

En France, l'**Ordre National des médecins** s'adresse aux médecins, aux chirurgiens dentistes et aux sages femmes qui sont classées dans les professions médicales. Les missions de l'Ordre sont assez similaires à celles du CM : « *veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation du respect des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de déontologie* [8]». Il a la mission de défendre la profession et les principes fondamentaux de la déontologie médicale. Il rédige et fait évoluer le code de déontologie médicale. Il tient à jour le registre des médecins. Il gère l'inscription des médecins au Tableau de l'ordre des médecins et donc leur autorisation d'exercer. Il contrôle les libellés des plaques professionnelles, des mentions sur les annuaires et ordonnances, les changements de qualification des médecins, le suivi des contrats signés par les médecins. Il délivre les autorisations de remplacement ou d'exercice dans des lieux multiples. Il accompagne les médecins lors de leur installation notamment sur le plan juridique pour la rédaction de leur contrat et les conseille en matière d'assurance. Il intervient dans la gestion des conflits avec leurs patients ou avec d'autres professionnels de santé. Il rend un avis sur les conventions signées entre les médecins et l'industrie pharmaceutique. Il assiste les confrères en difficultés (burn-out, maladie, accident,…).
Il émet des avis sur les textes légaux et réglementaires notamment sur les conventions signées avec l'assurance maladie. Il représente les médecins dans les débats nationaux sur la santé, notamment sur les questions éthiques ou sur l'évolution de l'exercice médical.
Il intervient dans les affaires disciplinaires par le biais des chambres disciplinaires constituées près du Conseil régional de l'ordre des médecins qui instruisent les plaintes déposées contre les médecins. En appel, c'est la chambre disciplinaire nationale qui tranche.
Ces missions sont identiques pour chacun des 3 ordres : Ordre des médecins, Ordre des chirurgiens-dentistes, Ordre des sages-femmes. Par contre la composition des 3 ordres est différenciée.

Il existe d'autre part **l'Ordre National des Infirmiers** qui « *veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence indispensable à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession. Il en assure la promotion. Il étudie les questions relatives à l'exercice de la profession. Avec la Haute Autorité de Santé, il participe à la diffusion des règles de bonnes pratiques en soins infirmiers auprès des professionnels et organise l'évaluation de ces pratiques. Il participe au suivi de la démographie de la profession, à la production de statistiques homogènes et étudie l'évolution prospective des effectifs de la profession au regard des besoins de santé*»[9].
L'Ordre national des infirmiers prépare le code de déontologie qui est ensuite publié sous forme de décret.

En Belgique, l'**Ordre des Médecins**[10] se compose du **Conseil national de l'ordre des médecins**[11], de 10 Conseils provinciaux, d'un Conseil d'appel francophone, d'un Conseil d'appel néerlandophone.
Le Conseil national élabore les principes généraux et les règles relatifs à la moralité, l'honneur, la discrétion, la probité et le dévouement indispensables à l'exercice de la profession, qui constituent le code de déontologie médicale. Le code comprend les règles

---

8 Code de la santé publique Article L4121-2 modifié par l'Ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017-art. 1

9 Code de la santé Article L4312-1 modifié par l'ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018-art.16
Code de la santé Article L4312-2 modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 art.63 (V)

10 Arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins. MB 14-11-1967

11 https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/qui-sommes-nous/

relatives à la continuité des soins y compris l'organisation des services de garde, au secret professionnel, la transmission des informations médicales ou documents entre confrères. Il tient à jour un répertoire des décisions disciplinaires. Il donne des avis sur des questions d'ordre général, de déontologie médicale.

Il existe d'autre part le **Conseil fédéral de l'art infirmier**[12], institué auprès du Service public fédéral de Santé publique, Sécurité de la chaine alimentaire et Environnement. Il donne des avis en toute matière relative à l'art infirmier, en matière d'exercice de l'art infirmier et des qualifications requises, ainsi que sur les études et les contenus de formation des infirmiers. Il collabore aux contrôles de l'activité des infirmiers et participe à la détection et à la sanction de l'exercice illégal et des fraudes en matière de sécurité sociale.

De plus, il existe un **Conseil fédéral des Sages-femmes**[13], qui donne des avis en toute matière relative à l'exercice de la profession de sage-femme et des qualifications requises. Une commission d'agrément pour les sages-femmes auprès du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, autorise les sages-femmes à porter le titre professionnel. Cette commission rend un avis sur l'enregistrement des formations permanentes. Elle a pour mission de contrôler le respect des conditions fixées par le ministre pour le maintien du titre professionnel.

En Suisse, la situation est particulière puisqu'il existe deux organes intervenant dans l'exercice des médecins :

- la **Commission des professions médicales**[14] (MEBEKO) qui conseille pour les questions relatives à la formation universitaire et aux formations post-grade, qui statue sur la reconnaissance des diplômes et des titres post-grades étrangers, qui inscrit les connaissances linguistiques du titulaire dans un registre, qui propose des mesures d'amélioration de la formation universitaire et des formations post-grade,
- la **Fédération des Médecins Suisse**[15], association de droit privé, qui assure la défense des médecins, donne des avis sur la politique professionnelle et de santé, participe à l'élaboration et à la maintenance des tarifs médicaux, est l'interlocuteur central de la formation post-graduée et continue des médecins, édicte le code de déontologie, participe à l'élaboration d'instruments appropriés pour mesurer la qualité de la médecine, a mis en place la Carte professionnelle du médecin offrant d'utiles prestations complémentaires. Cet organisme représente la Suisse dans le Conseil Européen des Ordres de Médecins.

Pour les infirmiers, il n'y a pas dans la loi d'organe représentatif des infirmiers, comme le mentionne un arrêté du Conseil fédéral du 12 novembre 2014[16] qui mentionne le renoncement du Conseil fédéral à mettre sur pied une commission extraparlementaire pour les professions de santé. Cependant, il existe une **Association suisse des infirmiers** [17] (ASI) qui représente 25.000 infirmiers qui est l'organe qui défend l'autonomie de la profession infirmière, développe les soins infirmiers et leur qualité,

---

12 Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé

13 Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, Chapitre 5

14 https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/medizinalberufekommission-mebeko.html

15 https://www.fmh.ch/fr/de_la_fmh/portrait/taches.html

16 https://www.gesbg.admin.ch/gesbg/fr/home/cons/vernehmlassung-gesbg.html

17 https://www.sbk.ch/fr/association/lasi.html

participe aux décisions politiques dans le domaine de la santé, participe à la définition de la formation en soins infirmiers et promeut la recherche en soins infirmiers.

De même, la **Fédération suisse des sages-femmes**[18] défend la profession et les intérêts des professionnels auprès des autorités et des milieux politiques locaux et nationaux. Elle veille à la sauvegarde des compétences professionnelles et promeut la profession auprès de la population.

Au Canada, dans la province du Québec, tous les ordres professionnels qu'ils soient pour les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les infirmiers, les sages-femmes ou toute autre profession de santé ont la même mission inscrite dans le Code des professions[19], à savoir : « *Chaque ordre professionnel a pour principale fonction d'assurer la protection du public. A cette fin, il doit contrôler l'exercice de la profession par ses membres* ».
Chaque profession dispose aussi d'une loi relative à son exercice qui précise la composition de l'ordre professionnel et définit la profession[20],[21],[22].
Il faut noter qu'au Canada, en raison des responsabilités données aux ordres professionnels, ceux-ci disposent d'une personnalité morale.

Il existe un **Ordre des médecins du Québec** aussi appelé **Collège médical du Québec**.
Il surveille et évalue la pratique médicale.
Il fait des recommandations visant l'amélioration de la pratique médicale et relaie auprès des médecins les publications scientifiques et recommandations émises par Santé Canada ou de l'Institut national d'excellence en santé en services sociaux.
Il reçoit et traite les plaintes du public.
Il assure et fait la promotion du maintien de la compétence des médecins. Il vérifie la compétence des futurs médecins et leur aptitude à exercer la médecine. Il délivre les permis et les autorisations d'exercice. Il contrôle l'exercice illégal de la médecine.
Il collabore avec d'autres ordres professionnels pour maximiser le déploiement des services de santé et des services sociaux offerts aux Québécois.
Il élabore des guides pratiques et des lignes directrices pour l'exercice médical.
Il émet des avis sur divers sujets en matière de santé, ainsi que sur l'exercice de la profession médicale. Il peut aussi donner au ministre de la santé un avis sur la qualité et la sécurité des soins médicaux généraux ou spécialisés dispensés dans les établissements, ainsi que sur les normes à suivre pour élever le niveau de qualité et de sécurité des prises en charge médicales. Il émet des avis sur la qualité, la sécurité et l'éthique des activités de procréation assistée, sur la compétence professionnelle des médecins qui y exercent et sur les normes à respecter.
Il accompagne les jeunes médecins pour leur installation. Il propose des incitatifs à l'installation médicale. Il établit les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par un médecin, ainsi que les normes applicables aux plaques professionnelles.
Il apporte du conseil aux médecins pour toute question professionnelle, déontologique ou réglementaire et réalise des conciliations. Il donne les règles déontologiques et

---

18 https://www.hebamme.ch/federation/?lang=fr

19 c-26-Code des professions, section I, constitution des ordres professionnels, 1994, c.40, a.17.

20 Pour les médecins : chapitre M-9, Loi médicale, section II, Ordre des médecins du Québec

21 Pour les infirmiers : chapitre I-8, Loi sur les infirmières et infirmiers, section II, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

22 Pour les sages-femmes : chapitre S-01, Loi sur les sages-femmes, section I, Ordre des sages-femmes du Québec

précise les règles applicables dans les cas d'une collaboration avec l'industrie pharmaceutique.
Il gère l'annuaire des médecins ainsi qu'un registre des étudiants en médecine, des médecins en voie de spécialisation.
Il met à disposition des médecins inscrits au tableau de l'Ordre une application leur permettant d'enregistrer leur formation continue obligatoire[23] depuis le 1er janvier 2019 et d'en réaliser le bilan pour la décision de maintien de l'autorisation d'exercer.
Il propose à la population un service d'authentification de la signature d'un médecin.
Il réalise aussi des ateliers de formation à destination des médecins.
Pour mener ses fonctions, il s'appuie sur un Conseil d'administration, un comité exécutif, des comités permanents et 6 directions : Direction de l'amélioration de l'exercice, Direction des enquêtes, Direction des études médicales, Direction des services juridiques, Direction des finances et de l'informatique, Direction générale.

Le Collège des médecins est soutenu par le **Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada** qui établit les normes de formation médicale spécialisée et de l'apprentissage à vie de ces médecins spécialistes pour garantir au public l'avancement de la pratique professionnelle et des soins de santé. Le Collège agrée les programmes universitaires de formation des résidents dans chacune des spécialités et administre les examens en vue de l'obtention du certificat dans la spécialité. Le Collège organise le programme de maintien des compétences tout au cours de la vie professionnelle afin de permettre aux médecins de conserver leur certificat d'exercice professionnel.

Le code des professions prévoit aussi un **Ordre des infirmières et infirmiers du Québec** représentant la profession d'infirmier et toutes les professions d'infirmiers spécialisés en néonatologie, en santé mentale, en soins pédiatriques, en soins en établissements d'hébergement ou de petite enfance, ainsi que pour les infirmiers de pratique avancée et les infirmiers travaillant en bloc opératoire. Il régit totalement la profession, définit les normes qualitatives de l'exercice infirmier. Il organise les examens professionnels, vérifie les compétences cliniques de l'infirmier, soutient les professionnels dans leur préparation à l'examen, donne les autorisations d'exercer, gère le tableau d'inscription à l'ordre, met à disposition de la population un annuaire des infirmiers autorisés à exercer, propose le code de déontologie et ses modifications, veille à l'application du code de déontologie. Il apporte du conseil aux infirmiers pour l'exercice de leur profession et offre une médiation dans les conflits interprofessionnels. Il donne des recommandations pour l'exercice libéral de la profession. Il intervient dans les procédures disciplinaires et doit être informé des mesures prises par la direction d'un établissement à l'encontre d'un infirmier. Il organise des formations continues en séances plénières et en ligne sur application mobile, organise des colloques. Il donne des avis sur toutes questions relatives au système de santé et à l'exercice de la profession d'infirmier. L'Ordre est responsable de l'évolution de la profession d'infirmier et des infirmiers spécialisés pour un service rendu à la population en toute sécurité et qualité. Il intervient sur la définition des contenus de formation initiale et des formations d'infirmiers spécialisés.

Toutes les professions de la santé disposent d'un ordre professionnel : les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les inhalothérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes, les psychologues, les psycho-éducateurs, les travailleurs sociaux, les diététiciens, les technologues de laboratoire, les techniciens dentaires…

[23] Depuis le 1er janvier 2019, les médecins canadiens sont tenus de réaliser 250 h de formation continue obligatoire par période de 5 ans, dont 125h définies par spécialités par le Collège des médecins et 10h d'activités d'évaluation professionnelle retenue par le Collège des médecins. Ces 125h doivent être dispatchées à raison de 25h par an. Un règlement du code des professions définit toutes les règles concernant la formation continue

En conclusion, le périmètre des responsabilités des ordres professionnels varie d'un pays à l'autre. Il peut être extrêmement étroit comme au Luxembourg ou en Belgique, être responsable de l'autorisation d'exercer comme en France, ou totalement responsable de la profession et de l'exercice professionnel comme au Québec.
Augmenter le champ des responsabilités impose que ces organes disposent des compétences appropriées, bénéficient d'une attribution de moyens suffisants et qu'un statut juridique soit attribué à l'Ordre professionnel.
Le Canada montre l'exemple en centrant l'ordre professionnel sur sa responsabilité face à la population en garantissant des professionnels répondant aux critères professionnels exigés en termes de qualité et de sécurité, et dont les connaissances et compétences sont actualisées tout au cours de la vie professionnelle.
Il montre aussi qu'il est possible d'avoir une loi cadre pour l'ensemble des ordres professionnels en leur attribuant une mission totalement identique, tout en confiant à chaque profession la mission de gérer son évolution. Pour que l'ensemble du système de santé fonctionne, la législation protège chaque profession en déclinant le champ d'exercice et les activités réservées de la profession concernée, reconnaissant aux professionnels une autonomie de décision dans ce domaine, et avec certaines formations en donnant un droit de prescription totalement encadré.
Au Luxembourg, la mission de ces 3 organes et la reconnaissance par les pairs ne sont pas identiques. Ces organes participent très peu à la gouvernance des professionnels de la santé. Ils ne sont pas les leaders du développement des professions médicales et soignantes. Ils prennent peu de place dans les débats publics autour du système de santé. Une révision des lois relatives à ces 3 organes serait utile pour uniformiser les missions, adapter les missions afin de donner un rôle plus important aux ordres professionnels dans la gestion des professions et de leur avenir, afin d'acquérir plus de souplesse face à un environnement de pénurie de ressources au niveau européen et face à une évolution des sciences de la santé et de la société. Une loi cadre, commune aux 3 organes, est envisageable et devrait permettre une mutualisation de moyens. Une attention toute particulière devra être portée à l'évolution du CSPS qui dans sa composition actuelle, dans son mode de fonctionnement, dans les objectifs qu'il se fixe est en décalage par rapport aux attentes des professions de santé.
Cependant, il faut noter que la professionnalisation des ordres professionnels demande d'investir dans des compétences en santé publique et dans des compétences juridiques.

3.5. Sociétés médicales et Associations professionnelles

3.5.1. Sociétés médicales

Toutes les spécialités médicales disposent d'une société médicale ou d'un « cercle», tel que le Cercle des Médecins Généralistes (CMG) ou le Cercle des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs du Luxembourg (CMARL).
Ces instances visent à regrouper tous les professionnels de la même discipline exerçant sur le territoire.
Le médecin y adhère volontairement et verse une cotisation annuelle.
Certaines de ces sociétés existent, bien que leur discipline ne soit pas reconnue au Luxembourg dans la liste des spécialités médicales. C'est le cas de la Société Luxembourgeoise d'Alcoologie et Addictions, la Société Luxembourgeoise d'Algologie ou la Société Luxembourgeoise de Médecine d'Urgence.
Ces instances organisent en général au moins une fois par an une journée de formation continue à destination de leurs membres. Elles permettent ainsi à leurs membres d'actualiser leurs connaissances, en particulier lors de la publication de nouvelles recommandations de bonne pratique au niveau européen ou international.
Elles représentent leur discipline au sein de l'AMMD ainsi qu'au sein des sociétés européennes. De ce fait, elles suivent l'évolution de leur profession en Europe.
Elles sont actives auprès des pouvoirs publics pour défendre leur profession, notamment pour demander l'intégration de leur profession dans la liste des spécialités médicales reconnues ou pour demander des adaptations de la nomenclature des actes et services médicaux, telles que des adaptations des codes existants, l'intégration de nouveaux codes.
Elles n'interviennent pas dans le processus de recrutement des médecins, ni dans le processus de demande d'autorisation d'exercer. Par contre, elles peuvent conseiller ou orienter un étudiant en médecine à la recherche d'informations sur les postes vacants potentiels dans la discipline.
Des représentants de ces associations sont régulièrement demandés par le Ministère de la santé ou la Direction de la santé pour participer dans des groupes de travail ou comités dans le cadre de l'élaboration de plans nationaux de prévention, tels que le Plan National Cancer, le Plan Maladies Cardio-Neuro-Vasculaire, le Plan de Lutte contre le Tabagisme…
Elles participent aussi à l'information de la population lors des journées nationales de prévention ou par le biais de leur site Internet.
Les sociétés médicales, de par leur composition faite de médecins exerçant sur le terrain, disposent d'une bonne connaissance des besoins en recrutement dans la discipline ainsi que des difficultés pour recruter dans la discipline. Cependant, elles ne sont pas sollicitées par l'autorité publique pour participer à une gouvernance nationale des ressources professionnelles.
Il faut noter que certaines sociétés médicales sont favorables à la mise en place d'une gouvernance nationale impliquant tous les acteurs concernés afin de développer des stratégies positives pour faciliter le recrutement de médecins et inciter aux études de médecine chez les jeunes résidents, mais sont réticentes à ce que la gouvernance collective puisse se transformer en un pilotage essentiellement géré par l'autorité publique. Ces sociétés estiment en effet qu'il faut une gouvernance souple et réactive, capable de s'adapter rapidement aux évolutions de la médecine, aux fléaux de santé publique et aux changements de population, caractéristiques qu'elles ne reconnaissent pas à l'autorité publique qui est jugée trop loin des besoins des terrains, trop lente et pas assez ambitieuse dans les prises de décision nécessaires à la réalisation des grands objectifs annoncés, tels que le virage ambulatoire.

3.5.2 Associations professionnelles

Toutes les professions de santé disposent au Luxembourg d'une association professionnelle. Elles regroupent de manière volontaire les professionnels en provenance des divers secteurs d'exercice : hospitalier, extrahospitalier, assurance dépendance, action sociale.
Les membres paient une cotisation annuelle leur permettant d'accéder à certains services. Ces instances disposent en général d'un site Internet permettant de diffuser de l'information soit vers la population[24] soit vers les professionnels, comme par exemple des recommandations de bonne pratique ou des textes légaux et réglementaires, ainsi que des liens vers d'autres organismes nationaux ou internationaux.
Ces instances organisent, pour les plus importantes, des congrès annuels ou des formations continues à destination prioritairement de leurs membres.
Elles tissent des liens avec les associations professionnelles européennes et peuvent ainsi comparer la formation, les pratiques professionnelles et le niveau de reconnaissance de la profession dans chacun des pays.
Les associations professionnelles exercent un rôle important au Luxembourg, sans pour autant qu'il soit reconnu, dans l'évolution des professions en demandant aux pouvoirs publics la révision des attributions professionnelles de leur discipline et en contribuant à la rédaction de ces nouveaux textes réglementaires.
Elles mènent aussi les discussions avec la CNS pour la mise en place des nomenclatures pour certaines professions de santé ou leur révision.
Elles disposent de peu de ressources. Les membres contribuent sous forme de bénévolat et sont peu préparés à de véritables négociations avec la Commission de Nomenclature dont les membres sont plus aguerris dans ce domaine.
Elles expriment des difficultés à faire reconnaître par les pouvoirs publics le rôle de leurs professions respectives dans la santé des populations ainsi que parfois auprès de certains médecins, qui n'ont pas encore intégré le concept de multi- professionnalité, sont restés dans un modèle patriarcal entre le médecin et les autres professions de santé et n'envisagent pas que le système de soins puisse fonctionner en complémentarité de professions ayant chacune une responsabilité et une zone d'autonomie propre et de décision dans leur contribution à l'amélioration de la santé des patients.
Pour les associations professionnelles, le modèle patriarcal entre le médecin et les professions de santé est dépassé dans les pays européens les plus développés et est remplacé par un modèle de coopération et de collaboration entre les médecins et les professions de santé basé sur des champs d'autonomie élargis engendrant une plus grande responsabilisation de chacune des professions.
Elles pensent que la contribution des professions de santé dans le système de santé luxembourgeois, dans une approche de collaboration multi-professionnelle et interdisciplinaire notamment avec les médecins, n'a pas été véritablement débattue, ce qui nuit aux décisions à prendre qui permettraient d'induire une complémentarité efficace des rôles et une meilleure maîtrise des coûts. Elles estiment que trop longtemps la discussion sur le niveau de formation des professions de santé n'a porté que sur son impact financier au lieu d'être centré sur les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population.
Elles relèvent toutes l'absence d'un réel interlocuteur ayant une formation universitaire dans une des professions de santé, au sein du Ministère de la santé ou de la Direction de la santé, ayant la mission de recenser et discuter les problèmes relatifs aux professions de santé, de les investiguer et analyser, de développer des plans d'action avec les divers acteurs concernés, de les mettre en place et d'en assurer le suivi. Elles ont le sentiment d'être seules et d'affronter une administration peu concernée par les problématiques.

[24] La liste des professionnels membres de la population travaillant en libéral est généralement fournie sur le site. De même, il est possible de rechercher un professionnel selon la langue parlée.

Les associations professionnelles estiment qu'il n'existe pas de gouvernance et pas de stratégie nationale concertée alors qu'il existe une dépendance du Luxembourg avec les pays voisins pour plusieurs professions de santé.
Elles admettent être parfois demandées par le Ministère de la santé et la Direction de la santé pour participer à des comités ou groupes de travail dans le cadre de la rédaction ou la mise en œuvre de plans nationaux de prévention. Elles participent aux journées nationales de prévention en fonction de leurs moyens.
Cependant, elles regrettent que les pouvoirs publics aient porté peu d'attention aux professions de santé depuis 1992, alors que des alertes étaient émises relatives à la pénurie de professions de santé et se soient peu intéressés aux solutions choisies par les autres pays pour faire face aux pénuries médicales et aux pénuries des professions de santé.
Toutes ces associations voient dans cet état des lieux une ouverture pour repenser le système et revoir la place de chaque profession en promotion de la santé, en prévention, dans les phases de diagnostic et de traitement, ainsi que dans l'accompagnement de fin de vie, en définissant le degré d'autonomie de chaque profession et le mode de collaboration avec les médecins, dans le souci d'une meilleure prise en charge des patients.

En conclusion, les sociétés médicales et les associations professionnelles suivent l'évolution de leur discipline au niveau européen. Elles organisent en général une formation continue annuelle. Elles se mobilisent pour l'introduction ou la révision des nomenclatures médicales, de l'inscription des spécialités ou profession dans la loi et participent dans certains groupes de travail pour l'élaboration des plans nationaux. Elles participent aux journées nationales de prévention en fonction de leurs moyens qui sont très faibles et engendrent de ce fait du bénévolat.
Elles souhaiteraient participer à une gouvernance nationale des ressources professionnelles, estimant qu'à ce jour elle est inexistante, malgré la pénurie réelle dans certaines professions ou disciplines.
Les associations professionnelles sont demandeuses d'une véritable réflexion sur le rôle de leur profession dans un concept de multi-professionnalité et d'interdisciplinarité de la prise en charge des patients, afin de clairement déterminer les zones d'autonomie et de responsabilité de chaque profession, afin de mieux répondre aux besoins des patients et de mieux maîtriser les dépenses de santé. Elles attendent que cette réflexion soit posée prioritairement dans une approche préventive et non essentiellement curative.

3.6. Fédérations d'institutions

Plusieurs fédérations regroupent aujourd'hui les institutions qui agréent des médecins ou recrutent des professions de santé. Il s'agit de :

- la **Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois** (FHL) : établissements hospitaliers,

- la **Confédération des Prestataires d'Aides et de Soins** (COPAS) : établissement d'aide et de soins à séjour continu (ESC), établissement d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI), réseaux d'aides et de soins (RAS), centres semi-stationnaires (CSS),

- la **Fédération des Acteurs du secteur Social** (FEDAS) : foyers pour les enfants, clubs seniors, ateliers protégés, services des réfugiés, crèches, maisons relais,...

Ces fédérations représentent auprès des ministères de tutelle et d'autres organismes les institutions membres de leur secteur d'activité. Elles négocient les conventions collectives de travail avec les syndicats.
La FHL négocie aussi avec la CNS, les normes de dotation des professions de santé au sein des institutions. Par contre, pour les structures de l'assurance dépendance des normes minimales sont édictées directement dans la loi et les règlements. Pour les structures conventionnées ayant un agrément dans le cadre de la loi ASFT, les dotations relèvent soit de la loi et des règlements relatifs à l'assurance dépendance, soit sont négociées avec le payeur.

Elles remettent des avis sur les projets de lois ou de règlements qui leur sont soumis par les ministères de tutelle et de ce fait sont vigilantes aux impacts sur les professions médicales et les professions de santé.
Mais ces demandes d'avis ne sont pas systématiques. Pour exemple, les fédérations ne sont pas obligatoirement demandées pour les règlements sur les attributions professionnelles alors que les institutions membres seront tenues de les faire respecter.
Elles demandent à être, dans l'avenir, obligatoirement consultées dès que les professions de santé font l'objet d'une convention avec la CNS ou lorsque des modifications sont apportées à la profession et à la formation.

Elles ont pour mission, conférée par les institutions qu'elles représentent, d'alerter les autorités publiques sur, entre autres, les problèmes rencontrés relatifs aux professionnels de la santé : attributions à revoir, difficultés de recrutement, curriculum de formation initiale... Elles ont donc un rôle de veille.

Elles participent aux commissions des programmes de certaines formations réalisées au LTPS mais regrettent que les compétences à développer chez le futur professionnel ne soient pas systématiquement le centre des discussions.
Les fédérations négocient au nom des institutions membres le modèle de convention avec le LTPS pour l'enseignement clinique. Elles organisent la formation des tuteurs professionnels avec l'Université pour la formation infirmière et avec la Chambre de commerce pour les aides-soignants.

Elles établissent un certain nombre de statistiques sur les professions de santé grâce à des enquêtes annuelles auprès de leurs membres et suivent l'évolution à travers le temps de la pyramide des âges, du pourcentage de personnes de plus de 55 ans, du turn-over, de l'absentéisme, du temps partiel, de l'écartement professionnel, des congés parentaux, de l'évolution de la répartition des qualifications, des départs anticipés en

pension, des mises en invalidité, du nombre de professionnels qui font leur formation en cours d'emploi, du motif de départ,…
Les fédérations ne mènent pas de campagnes particulières pour promotionner les métiers de la santé de leur secteur, ni pour inciter les jeunes à se diriger vers ces professions. Elles participent au salon de l'étudiant, aux journées d'information sur les métiers. La COPAS a développé un fascicule papier sur les métiers de son secteur d'activité il y a plusieurs années qui est en cours de révision.

Les fédérations ne se réunissent pas ensemble pour discuter des problématiques liées aux ressources professionnelles.
Elles estiment que la concertation est insuffisante entre tous les acteurs, à savoir entre les divers ministères impliqués, mais aussi entre les pouvoirs publics et les fédérations.
Des initiatives sont lancées par les autorités publiques mais la discussion préalable entre tous les acteurs pour identifier le rapport bénéfice/risque est jugée insuffisamment approfondie. Pour exemple, des personnes peuvent être orientées vers des formations nouvelles, mais elles ne sont ensuite pas recrutées par les terrains car leur profil ne correspond pas aux besoins ou parce qu'elles n'ont pas d'attributions professionnelles ou les normes ne permettent pas l'engagement de ces professionnels.
Les fédérations demandent à ce que la hiérarchie des fonctions dans chacun des secteurs soit discutée afin d'éviter des chevauchements de fonction, qui sont ensuite difficile à opérationnaliser sur le terrain.
Les fédérations ont très peu de relations avec le CSPS et des contacts ponctuels avec les associations professionnelles. Dans ce contexte, seuls les contacts personnels permettent aux fédérations d'exercer une certaine influence sur les décisions prises.
Ni la FHL, ni la COPAS, ni la FEDAS ne sont membres du Comité interministériel de consultation.

Les fédérations désirent avoir un interlocuteur ayant un diplôme de profession de santé de niveau Conseiller de gouvernement, au sein du Ministère de la santé.
Elles estiment avoir des difficultés à être entendues par les pouvoirs publics et à faire valoir les besoins de chacun des secteurs qu'elles représentent pour répondre mieux aux besoins des populations spécifiques prises en charge.

Les fédérations constatent qu'il manque une vision globale sur laquelle devraient se baser toutes les décisions relatives aux professionnels de la santé. Cela permettrait d'avoir des stratégies cohérentes entre les acteurs.
Elles estiment qu'il n'y a pas de véritable gouvernance nationale sur les 3 secteurs en matière de professions de santé alors que les terrains sont confrontés à des difficultés de recrutement plus ou moins graves.
Elles attendent que cette étude mette en exergue cette attente de gouvernance nationale.

En conclusion, les fédérations d'institutions, quel que soit le secteur d'activité, ont peu de relations formelles avec les autorités publiques en ce qui concernent leurs besoins spécifiques relatifs aux professionnels de la santé. Elles ont le sentiment de ne pas être entendues. Elles demandent à avoir au sein du Ministère de la santé un organe chargé des professions de santé avec un interlocuteur de niveau conseiller de gouvernement, provenant d'une profession de santé. Elles demandent à être officiellement consultées estimant que les initiatives non concertées amènent un gâchis de ressources.
Elles attendent une gouvernance nationale des professions de santé basée sur une vision partagée du système de santé et de l'action sociale, afin de développer des stratégies adaptées aux objectifs nationaux poursuivis. Elles demandent à en être des partenaires actifs permanents.

3.7. Plateforme de communication des offres et des demandes

Lors des interviews réalisées pendant cet état des lieux, il est apparu que :

- le Ministère de la Santé et la Direction de la Santé ne disposent pas d'informations sur le nombre d'étudiants en médecine par année de formation réalisant leur formation à l'étranger, notamment sur le nombre par spécialité,
- le Ministère de la Santé et la Direction de la Santé ne disposent pas d'indicateurs en temps réel sur la pyramide des âges des médecins par spécialité médicale, et donc sur les remplacements naturels qui sont à prévoir par discipline,
- les institutions qui recrutent des médecins et plus particulièrement les directions médicales n'ont pas, en dehors de relations personnelles, d'informations précises sur le nombre d'étudiants en médecine par année et leur spécialisation. En l'absence de coordonnées, ils ne sont pas en mesure de les contacter,
- les associations de médecins qui désirent recruter un futur confrère utilisent leur propre réseau pour rechercher un candidat potentiel, mais n'ont pas d'informations sur les étudiants en médecine réalisant leur spécialisation dans la discipline concernée,
- les étudiants en médecine n'ont pas d'informations au moment où ils doivent choisir une spécialité, sur les postes qui seront à pourvoir dans les 10 prochaines années en regard du seul départ naturel en pension des médecins de chacune des spécialités,
- les étudiants en médecine, ainsi que les médecins luxembourgeois installés à l'étranger n'ont pas d'informations sur les éventuels projets au sein du système de santé luxembourgeois pouvant nécessiter une introduction de compétences médicales spécifiques ou une augmentation du nombre de médecins dans une spécialité,
- le CEDIES dispose d'informations précises sur le niveau d'études de chaque étudiant en médecine ayant fait une demande d'aide financière, ainsi que la faculté de médecine où l'étudiant réalise sa formation mais ces informations ne sont pas accessibles ,
- les établissements recourent à des chasseurs de tête pour aller chercher des candidats potentiels expérimentés, publient des annonces dans des journaux spécialisés, sur des sites Internet consultés par les étudiants en médecine ou les médecins déjà diplômés,
- les établissements envoient parfois leurs annonces de postes vacants à l'ALEM (Association Luxembourgeoise des Etudiants en Médecine) ou contactent l'ALEM pour éventuellement pouvoir être orientés vers un étudiant en cours de formation dans la discipline recherchée,
- à l'heure de la digitalisation dans le secteur de la santé, le Luxembourg ne dispose pas d'outil permettant de faciliter les contacts entre l'offre et la demande.

A l'étranger, il faut noter que parfois les ordres professionnels pour les médecins gèrent un registre des étudiants en médecine, ce qui n'est pas le cas au Luxembourg.

En conclusion, le pays ne se donne pas tous les moyens pour mettre en contact les acteurs qui recherchent un médecin et d'un autre côté les jeunes médecins en formation ou les médecins en provenance du Luxembourg implantés à l'étranger.
Il y a lieu de réfléchir à la mise en place d'une plateforme d'échange respectant les règles de la protection des données à caractère personnel mais offrant la possibilité de mettre en valeur les offres d'agrément ou d'emploi ou d'association à insérer par les établissements et par les associations médicales, et d'autre part de mettre en évidence

les futures compétences qui seront disponibles sur le marché du travail à alimenter par les étudiants en voie de spécialisation.
Cette plateforme devrait aussi permettre de savoir où sont installés les médecins en provenance du Luxembourg lorsqu'ils sont restés à l'étranger, ainsi que leur discipline.
Cette plateforme devrait de plus permettre de suivre en temps réel les départs naturels prévisibles dans chaque discipline, afin de fournir de l'information aux jeunes étudiants lors du choix de la spécialité médicale.
Il faudrait aussi y intégrer le même type d'informations pour les professions de santé.

Résumé Partie 3 : Gouvernance des besoins en professionnels de la santé

Gouvernance nationale des ressources professionnelles

La gouvernance nationale des ressources professionnelles permet dans un pays d'identifier les types de professionnels de la santé nécessaires, de définir les compétences utiles, de faire une prévision et une planification du nombre de professionnels à former en tenant compte des remplacements naturels, des nouveaux besoins liés à la croissance démographique, au vieillissement de la population et aux évolutions de la médecine et de la technologie. Dans les pays européens, cette gouvernance est souvent assumée par le ministère qui a la santé dans ses attributions et une division est consacrée à cette mission. L'OMS recommande aux Etats membres d'investir dans la gouvernance des ressources pour la santé notamment dans les pays non autonomes qui nécessitent l'importation de professionnels de la santé pour faire fonctionner leur système de santé.

Au Luxembourg, pas moins de 22 instances interviennent à un moment ou à un autre dans la gestion des ressources professionnelles de la santé, sans qu'il y ait véritablement de concertation globale sur les problèmes rencontrés. En dehors du service gérant les registres professionnels, il n'existe pas d'organe au sein du Ministère de la santé ou à la Direction de la santé chargé de la gouvernance nationale des ressources professionnelles. La seule **Commission de consultation** prévue dans les règlements n'est pas opérationnelle depuis plusieurs années. De ce fait, les problématiques rencontrées dans ce domaine ne sont pas collectivement discutées et analysées. Il n'existe pas de monitoring des ressources en professionnels de la santé basé sur des données objectives, ce qui rend difficile le développement de stratégies à court, moyen et long terme.

Instances de représentation des ressources professionnelles

Les professionnels de la santé sont représentés par 3 instances : **le Collège médical, le Collège vétérinaire et le Conseil supérieur de certaines professions de santé**. Les moyens dont disposent ces 3 organes ne leur permettent pas une professionnalisation de leur mission. Il faut noter une similitude de mission entre le CM et le CV qui interviennent tous les deux dans le processus de demande d'autorisation d'exercer alors que cette mission n'est pas attribuée au CSPS. Alors que le CM et le CV sont très bien connus de leurs membres et non remis en cause, le CSPS est soit inconnu des professions de santé, soit lorsqu'il est connu, il est critiqué quant à sa composition et quant à sa capacité à représenter les professions de santé. Il est remis en cause sur sa capacité à soutenir et faire évoluer les professions. L'analyse des modèles d'Ordres professionnels à l'étranger montre qu'il est possible de confier à un organe de ce type la mission de conférer une autorisation d'exercer (France, Québec) ou même de réguler la totalité de la profession (Québec), sous réserve qu'il dispose des compétences et des moyens pour le faire et que la loi soit adaptée en ce sens. Il faut néanmoins noter que seul le Canada responsabilise dans la loi l'Ordre professionnel face à la population en lui demandant de garantir les compétences professionnelles et en lui attribuant la responsabilité morale. Au Luxembourg, une révision des lois paraît opportune pour donner un rôle identique à ces 3 organes, pour enrichir la mission de ces Ordres professionnels afin d'acquérir plus de souplesse dans la gestion et l'autorégulation des professions, dans l'adaptation à un environnement de pénurie de ressources en Europe et dans leur actualisation face aux évolutions de la science et de la société. Une mutualisation des ressources est à envisager entre ces 3 organes. Une profonde réflexion doit avoir lieu sur l'Ordre professionnel à mettre en place pour les professions de santé afin de ne pas reproduire le modèle existant.

Il est important de noter que toute professionnalisation des ordres professionnels demande d'investir dans des compétences administratives, juridiques, scientifiques et de santé publique.
Le CM et le CSPS estiment qu'il n'existe pas de véritable gouvernance nationale des ressources professionnelles, bien qu'ils soient parfois sollicités par l'autorité publique sur certains sujets, mais estiment qu'elle serait à mettre en place afin de pouvoir discuter collectivement des problèmes et pouvoir rechercher des solutions communes cohérentes. Ils souhaitent, comme le CV, en être des acteurs incontournables et permanents.

Sociétés médicales et associations professionnelles

Pour ce qui concerne les sociétés médicales et les associations professionnelles, elles suivent l'évolution de leur discipline ou profession au niveau européen. Elles organisent en général une formation continue annuelle. Elles se mobilisent pour l'introduction ou la révision des nomenclatures, de l'inscription des spécialités ou profession dans la loi et participent dans certains groupes de travail pour l'élaboration des plans nationaux. Elles participent aux journées nationales de prévention en fonction de leurs moyens qui sont très faibles et engendrent de ce fait du bénévolat.
Les associations professionnelles sont demandeuses d'une véritable réflexion sur le rôle de leur profession dans un concept de multi-professionnalité et d'interdisciplinarité de la prise en charge des patients, afin de clairement déterminer les zones d'autonomie et de responsabilité de chaque profession, afin de mieux répondre aux besoins des patients et de mieux maîtriser les dépenses de santé. Elles attendent que cette réflexion soit posée prioritairement dans une approche préventive et non essentiellement curative.
Dans le cadre de la révision des lois sur les 3 organes professionnels, il sera opportun de réfléchir au rôle que pourraient prendre les sociétés médicales et les associations professionnelles.
Elles souhaiteraient participer à une gouvernance nationale des ressources professionnelles, estimant qu'à ce jour elle est inexistante bien que la pénurie soit réelle dans certaines professions ou disciplines.

Fédérations des employeurs

Au niveau des fédérations des employeurs du secteur de la santé ou du secteur de l'action sociale, elles ont peu de relations formelles avec les autorités publiques en ce qui concernent leurs besoins spécifiques relatifs aux professionnels de la santé. Elles ont le sentiment de ne pas être entendues. Elles demandent à avoir au sein du Ministère de la santé un organe consacré aux professions de santé avec un interlocuteur de niveau conseiller de gouvernement, provenant d'une profession de santé. Elles demandent à être officiellement consultées estimant que les initiatives non concertées sont aujourd'hui sources d'un gâchis de ressources.
Elles attendent une gouvernance nationale des professionnels de la santé basée sur une vision partagée du système de santé et de l'action sociale, afin de développer des stratégies adaptées aux objectifs nationaux poursuivis. Elles demandent à en être des partenaires actifs et permanents.

Communication au bénéfice de la gouvernance

En terme de communication favorisant une gouvernance nationale, le pays ne se donne pas tous les moyens pour mettre en contact les acteurs qui recherchent un médecin et d'un autre côté les jeunes médecins en formation ou les médecins en provenance du Luxembourg implantés à l'étranger.
Il y a lieu de réfléchir à la mise en place d'une plateforme électronique d'échange respectant les règles de la protection des données à caractère personnel mais offrant la possibilité de mettre en valeur les offres d'agrément ou d'emploi ou d'association à insérer par les établissements et par les associations de médecins, et d'autre part de

mettre en évidence les futures compétences qui seront disponibles sur le marché du travail à alimenter par les étudiants en voie de spécialisation.
Cette plateforme devrait aussi permettre de savoir où sont installés les médecins en provenance du Luxembourg lorsqu'ils sont restés à l'étranger, ainsi que leur discipline.
Cette plateforme devrait de plus permettre de suivre en temps réel les départs naturels prévisibles dans chaque discipline, afin de fournir de l'information aux jeunes étudiants lors du choix de la spécialité médicale.
Cette plateforme devrait être un outil au service d'une gouvernance nationale des ressources professionnelles, qui devrait être complétée par un monitoring en temps réel d'indicateurs sur les professionnels de la santé issus de plusieurs sources de données : les registres professionnels et la CNS.

En conclusion, des efforts sont à faire pour installer une gouvernance nationale des ressources professionnelles, répondant aux recommandations de l'OMS, impliquant tous les acteurs concernés et pas seulement les ministères impliqués. Cette gouvernance est très attendue par l'ensemble des acteurs. Elle doit être structurée et régulière.
Elle ne doit pas se limiter au seul secteur hospitalier mais bien considérer l'ensemble des secteurs où des professionnels de la santé interviennent.
Il ne faut pas limiter cette gouvernance nationale aux seuls médecins mais bien la centrer sur l'ensemble des ressources en professionnels de la santé, car cette vue systémique pourrait permettre d'envisager des solutions plus globales et moins coûteuses.
Enfin cette gouvernance nationale des professionnels de la santé doit être envisagée dans une perspective de promotion de la santé, de prévention tout autant que sous les aspects curatifs et palliatifs des soins de santé et de l'action sociale.

Recommandations Partie 3

- Disposer au sein du Ministère de la santé-Direction de la santé d'un organe chargé de la gouvernance des professionnels de santé en lien avec la politique de santé, disposant au moins d'un médecin de santé publique et d'une autre profession de santé ayant un niveau académique de niveau doctorat en sciences de la santé ou au minimum master, ayant pour mission d'assurer conjointement[25] la gestion de l'ensemble des problématiques (promotion des professions, formation initiale, formation continue, recrutement, attributions, registres, statistiques, indicateurs et monitoring, suivi des flux migratoires des professionnels de santé,…) en adéquation avec la politique de santé et la politique d'action sociale et de la vision à 10 ou 15 ans de l'organisation du système.
- Mettre en place un comité permanent de gouvernance pour toutes les questions relatives aux professionnels de la santé (médecins et professions de santé) qui intègre tous les acteurs impliqués afin de développer une véritable politique de ressources professionnelles et des stratégies communes coordonnées, pour mieux répondre aux besoins du système de santé et de l'action sociale.
- Veiller à prendre en considération les besoins spécifiques de chaque secteur tant dans la promotion, la prévention, le diagnostic, le traitement curatif, la réadaptation et les soins palliatifs, dans un concept de soins intégrés: secteur hospitalier et extrahospitalier, secteur de l'assurance dépendance, secteur de l'action sociale.
- Revoir les lois relatives au CM, CV et CSPS afin d'avoir une loi cadre générale applicable à ces 3 organes avec des missions et des contraintes similaires, dans le respect du concept d'interdisciplinarité[26] et de trans-professionnalité[27], respectant l'autonomie et la responsabilité de chaque profession.
- Définir ou réviser dans la loi pour chacune des professions son champ d'exercice et ses domaines d'activités réservés, permettant plus de souplesse dans l'exercice professionnel sur le terrain, tout en garantissant la qualité et la sécurité aux bénéficiaires des prises en charge.
- Conférer plus de responsabilités et d'autorité aux Ordres professionnels concernant :
    - la définition du rôle des professions qu'ils représentent dans le système de santé et de l'action sociale,
    - l'évolution des professions à prévoir en regard des modifications de l'environnement,
    - la promotion des professions qu'ils représentent dans la société afin de développer ou maintenir une reconnaissance de ces professions par la population,
    - l'évolution des pratiques des professions qu'ils représentent, notamment dans les niveaux de compétences attendus et dans les niveaux de qualité et de sécurité attendus pour les prestations fournies, tenant compte de l'actualité scientifique et technique,
    - la définition des exigences en matière de formation,
    - la définition des exigences et des exceptions pour l'obtention d'une autorisation d'exercer,
    - la validation de la formation continue,

---

[25] Il faut insister ici sur la non hiérarchisation des fonctions mais sur la création d'un véritable binôme complémentaire ayant chacun sa part de responsabilité et d'autonomie mais travaillant ensemble au service du bien commun dans le même souci de multi-professionnalité que celle attendue sur le terrain

[26] Dans l'interdisciplinarité, chaque discipline apporte son savoir et ses compétences

[27] Dans la trans-professionnalité, les professions construisent ensemble une approche partagée et y contribuent avec leur savoir et leurs compétences

    - le conseil et l'orientation des professions qu'ils représentent,
    - l'application de sanctions disciplinaires simples.
- Professionnaliser les Ordres professionnels (CM, CV et CSPS) en leur attribuant des ressources adaptées à leurs missions, qui seront à mutualiser entre ces 3 organes, notamment des ressources administratives, informatiques, juridiques, scientifiques et en santé publique.
- Accompagner plus particulièrement ce changement pour le CSPS en raison du nombre de professionnels concernés et de l'envergure des changements de paradigme à introduire.
- Donner un rôle aux sociétés médicales et aux associations professionnelles dans l'actualisation des professions tant au niveau des propositions de recommandations de bonne pratique au CSDS, des contenus de formation initiale et continue que des attributions professionnelles.
- Développer une plateforme unique d'échange électronique d'informations entre les institutions ou associations de médecins et les étudiants en médecine concernant les postes vacants de médecins au Luxembourg, ainsi que d'informations sur les départs naturels à prévoir sur 10 à 15 ans et les projets nécessitant des compétences médicales spécifiques.
- Disposer de données fiables sur les professionnels de la santé en exercice, avec des mises à jour annuelles avant la clôture des données (sortie des médecins pensionnés, sortie des médecins n'appartenant plus aux associations de médecins) et collaborer avec le CEDIES pour disposer de données fiables et complètes sur les étudiants en médecine. Améliorer les données sur les MEVS contenues dans le registre professionnel.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 4
Facteurs contributeurs de pénurie en professionnels de la santé et critères d'attractivité du Luxembourg

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Contributeur :
Laurianne KREMER, *master en sciences de la santé publique, master en sciences en épidémiologie*

Sommaire

Partie 4 : Facteurs contributeurs de pénurie en professionnels de santé et critères d'attractivité	**Page**
Glossaire	4
4.1 Problématique mondiale et objectif à l'horizon 2030	5
4.2 Facteurs contributeurs d'une pénurie	8
4.2.1 Généralités sur la pénurie de professionnels de la santé	8
4.2.2 Facteurs démographiques influençant les besoins en professionnels de la santé	9
4.2.3 Facteurs épidémiologiques et pénurie des professionnels de la santé	12
4.2.4 Facteurs structurels influençant une pénurie de professionnels de la santé	17
4.2.5 Facteurs sociétaux aggravant la pénurie	26
4.3 Critères d'attractivité	32
4.3.1 Critères d'attractivité pour les médecins	32
4.3.2 Critères d'attractivité pour les professions de santé	33
4.3.3 Critères de négociation pour l'embauche	36
4.3.4 Conclusion	36
Résumé Partie 4 Facteurs contributeurs de pénurie en professionnels de santé et critères d'attractivité	37

Glossaire

Acronyme	Définition
AD	Assurance Dépendance
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CCT	Convention Collective de Travail
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CFB	Centre François Baclesse
CSDS	Conseil Scientifique dans le Domaine de la Santé
DU	Diplôme Universitaire
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
LTPS	Lycée Technique pour Professions de Santé
MEVS	Médecin en voie de spécialisation
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

4.1. Problématique mondiale et objectif à l'horizon 2030

Tout pays disposant d'un système de santé a besoin de professionnels de la santé, médecins et professions de santé, pour le faire fonctionner[1].
Le fonctionnement du système de santé dépend de la capacité du pays à assurer la disponibilité en temps réel des ressources humaines nécessaires et de la qualité des professionnels mis sur le marché du travail.
Le Luxembourg n'est pas le seul pays a rencontré des difficultés pour assurer une couverture convenable de ses besoins en professionnels de la santé. Il s'agit d'un problème mondial touchant aussi bien les pays à revenu élevé que les pays en développement. C'est pourquoi, l'OMS a développé en 2016 une stratégie mondiale pour l'horizon 2030.
En effet, elle constate que les pénuries permanentes dans les pays à revenu élevé, tel que le Luxembourg, ont un sous-investissement chronique dans l'éducation et la formation des personnels de santé[2], ce qui les amène à se reposer sur la production de professionnels de la santé dans les pays étrangers limitrophes[3] ou à recruter dans des pays en développement plus lointains, déstabilisant ainsi les systèmes de santé de ces régions où le niveau de santé des populations est plus précaire[4].
L'OMS demande donc aux pays à revenu élevé de se responsabiliser et d'établir une véritable politique de ressources humaines pour leur système de santé afin de devenir autonome.
Pour garantir à la population une vie en bonne santé, assurer une couverture sanitaire universelle et durable et contribuer à la sécurité sanitaire mondiale, la stratégie mondiale proposée par l'OMS recommande, entre autres, aux Etats membres d'agir sur les pénuries avec les éléments suivants :

- mettre en place une gouvernance nationale des ressources humaines pour la santé, responsable et redevable des résultats obtenus, qui comprend la prévision réaliste et la planification des ressources (points 40-41-57-58, cible 3.2),
- concevoir les besoins en professionnels sur l'ensemble de la chaîne dans un modèle de soins intégrés: promotion, prévention, diagnostic, traitement, réadaptation et soins palliatifs,
- investir sur les soins primaires autour des médecins généralistes et autres praticiens de pratique avancée afin de dispenser des soins intégrés communautaires et corriger la configuration et l'offre concernant les médecins spécialistes et les médecins généralistes,
- optimiser l'utilisation des ressources disponibles en diminuant l'utilisation des professionnels de la santé pour des soins et des tâches administratives inutiles (point 23)[5],
- éviter la surmédicalisation,
- renforcer le travail en équipe et la communication entre les professionnels pour gagner en efficacité, en utilisant les outils électroniques,
- responsabiliser les patients dans la préservation de leur santé et dans la gestion de leurs soins avec l'autonomisation des patients et l'auto-prise en charge (point 27),

[1] Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Troisième forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, Recife, Brésil. Genève: Alliance mondiale pour les personnels de santé et Organisation mondiale de la Santé : 2013

[2] Point 10 de la Stratégie mondiale à l'horizon 2030, OMS, 2016

[3] C'est le cas en Suisse et au Luxembourg

[4] L'OMS estime que certains pays à revenu faible perdent jusqu'à 50 % des leurs diplômés à cause des migrations internationales

[5] L'OMS estime qu'à l'échelle mondiale 20 à 40 % des dépenses de santé sont inutiles

- revoir le système de formation des professionnels de la santé, investir dans la formation et utiliser des programmes et outils de formation novateurs tel que le cyber-apprentissage (point 43),
- former plus de nouvelles recrues en professionnels de la santé pour répondre à la croissance démographique et à la transition épidémiologique (meilleure guérison des maladies infectieuses, augmentation des maladies chroniques),
- promotionner les métiers de la santé afin d'inciter les jeunes vers ces filières de formation et d'apprentissage,
- exploiter le potentiel offert par l'innovation technologique pour répondre aux besoins de la population, notamment pour les maladies chroniques (télésurveillance, télé-pharmacie…),
- développer des politiques qui offrent un environnement favorable à l'exercice professionnel (points 22-25) et optimisent la motivation, la satisfaction, la fidélisation et la performance des professionnels de la santé :
    - charge de travail acceptable,
    - possibilité de formation continue,
    - possibilité de mobilité professionnelle,
    - perspectives de carrière,
    - mesures incitatives pour améliorer l'équilibre vie familiale et vie professionnelle,
    - allocations de pénibilité, de logement et d'éducation,
    - prévention des risques professionnels,
- favoriser la formation interprofessionnelle afin de cultiver la multidisciplinarité,
- exploiter au mieux les technologies de l'information (point 26) pour faciliter la communication entre les professionnels et la prestation de services de santé mobiles, tels que le dossier de santé électronique, les outils d'aide à la décision clinique,
- favoriser tous les aménagements du système pouvant augmenter l'efficacité et la performance des personnels de santé,
- recycler les travailleurs d'autres secteurs en déclin qui pourraient intégrer le secteur de la santé par des formations de courte durée.

Un objectif majeur dans le traitement de la pénurie est de disposer au bon endroit des bonnes compétences professionnelles, en particulier des médecins généralistes, des infirmiers et des sages-femmes dans les soins primaires afin de garantir la continuité des soins et de relever les défis de santé publique auxquels nos pays sont confrontés.
La formation trop longtemps orientée sur les services en milieu hospitalier avec une focalisation sur les aspects techniques doit désormais être élargie à la santé communautaire pour mieux répondre aux besoins de santé des personnes vieillissantes à domicile ou dans les centres d'hébergement, qui nécessitent des approches multidisciplinaires.

L'OMS fixe une cible à atteindre à savoir : « ***D'ici 2030, tous les pays doivent avoir progressé dans le sens d'une réduction par deux de leur dépendance d'un recrutement international de professionnels de la santé pleinement formés, appliquant ainsi le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé***" .

Cette cible est d'autant plus complexe à atteindre que les prévisions des besoins en personnel de santé sont, selon l'OMS, sont les suivantes pour l'Europe à l'horizon 2030 :

Types de professionnels de la santé Zone Europe	Données 2013 Observatoire mondial de la Santé OMS	Prévision 2030 OMS
Médecins	2,9 millions	3,5 millions
Infirmiers et Sages-femmes	6,2 millions	8,5 millions
Autres personnels de santé	3,6 millions	4,8 millions
Total	12,7 millions	16,8 millions
Taux de croissance		+ 32 %

Source : Annexe A.1.1 Stratégie mondiale à l'horizon 2030, OMS
Tab.4.1 : Nombre total de travailleurs de la santé en 2013 et estimés pour 2030 par l'OMS

Les estimations faites par la Banque Mondiale à partir de 165 pays dans le monde donnent pour l'Europe un taux de croissance un peu plus faible entre 2013 et 2030 :

Professionnels de la santé Zone Europe	Données 2013 Banque Mondiale	Prévision 2030 Banque Mondiale
Total	14,2 millions	18,2 millions
Taux de croissance		+ 28 %

Source : Annexe A.1.1 Stratégie mondiale à l'horizon 2030, OMS
Tab.4.2 : Nombre total de travailleurs de la santé en 2013 et estimés pour 2030 par la Banque Mondiale

Ce taux d'accroissement est donné à titre indicatif puisqu'il dépend de la situation réelle dans chacun des pays composant la zone Europe.
Mais ces projections constituent une mise en garde contre l'inertie et un signal d'alerte très fort en direction des autorités publiques. En effet, si rien n'est fait selon un plan global incluant et mobilisant tous les acteurs, et nécessitant un investissement financier important, la situation sanitaire du pays risque de s'en trouver très altérée. Il s'agit donc d'un effort à consentir par les citoyens pour garantir leur niveau de santé. A ce titre, pour obtenir leur soutien et leur participation à cet effort, ils devraient en être informés.

En conclusion, les efforts du Luxembourg devront être triples pour atteindre les objectifs de l'OMS à l'horizon 2030, à la fois :

- réduire sa dépendance aux ressources étrangères, fournies par les pays frontaliers en majorité,
- accroître le nombre de personnels de santé pour intégrer le vieillissement de sa population et l'accroissement démographique du pays,
- optimiser les ressources actuelles en professionnels de la santé.

4.2. Facteurs contributeurs d'une pénurie

4.2.1 Généralités sur la pénurie de professionnels de la santé

La pénurie en professionnels de la santé est définie par un manque ou une carence ou une insuffisance de ressources humaines possédant la compétence attendue pour couvrir la réponse aux besoins en soins de santé de la population.

Les signes d'alerte pour identifier une pénurie en professionnels de la santé peuvent être, par exemple, les suivants :

- nombre de professionnels formés dans le pays par année comparé au nombre de professionnels partant en pension par année,
- nombre de postes restés vacants pendant une période de plus de 6 mois,
- nombre de candidatures recevables c'est-à-dire répondant aux conditions pour l'exercice de la profession dans le pays, lors de la publication d'un poste,
- pourcentage de professionnels de santé recrutés à l'étranger,
- délai d'attente augmenté ou supérieur à une norme déterminée pour accéder à une prestation de professionnel de santé,
- diminution du ratio de professionnel de santé par 1.000 habitants.

La pénurie peut être analysée de manière globale pour l'ensemble des professionnels de la santé, mais elle apporte plus d'informations si elle est analysée par profession de santé. En effet, la situation peut varier d'une profession à l'autre selon l'historique de la profession dans le pays, l'image de la profession dans la population et chez les jeunes, le niveau de diplôme obtenu, le niveau de rémunération espéré, les contraintes liées au travail…

La notion de pénurie peut aussi varier selon les attentes. Par exemple, il est possible de considérer qu'il n'y a pas de pénurie d'infirmier si lors de chaque recrutement pour un poste vacant le nombre de candidats est suffisant pour pouvoir sélectionner le meilleur professionnel par rapport au besoin. Mais il est aussi possible de considérer, dans la même situation, qu'il y a pénurie si la recherche porte sur un infirmier parlant le luxembourgeois. Dans ce cas, il est possible qu'aucune candidature au poste vacant ne réponde aux attentes et que l'établissement choisisse de ne pas recruter un professionnel ne disposant pas de cette compétence linguistique. Il est donc important lorsque la notion de pénurie est abordée de bien en préciser les contours.

La pénurie peut être géographique, certaines régions étant plus touchées que d'autres par une désertification des ressources en professionnels de santé : accès au médecin généraliste ou aux soignants spécialisés. Cette pénurie est le plus souvent à relier avec le principe de la liberté d'installation lorsque les autorités publiques d'un pays n'utilisent pas de système de régulation de la planification.

La pénurie est aussi relative. Son estimation peut varier selon les exigences attendues par la population et les normes définies. S'il est défini dans un pays que le délai d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin gynécologue ou chez un médecin psychiatre ne doit pas être supérieur à 1 mois, alors tout délai moyen supérieur à un mois pourrait être assimilé à un manque de ressources professionnelles pour répondre aux sollicitations. La pénurie est donc liée soit aux normes édictées par un pays, soit aux attentes implicites de la population lorsqu'aucune norme n'est arrêtée.

La pénurie au Luxembourg est influencée positivement ou négativement par certains facteurs présentés dans les chapitres suivants.

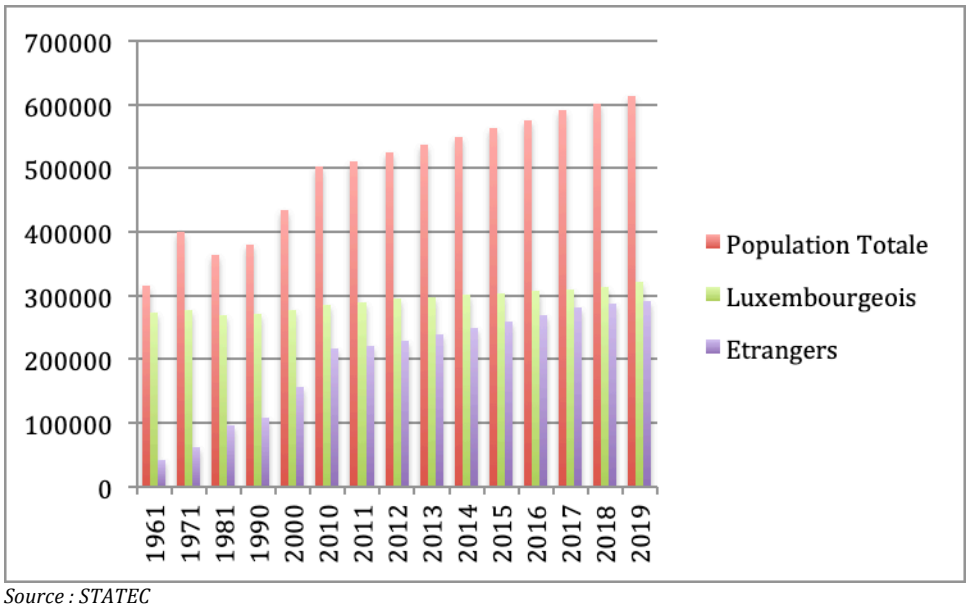
4.2.2 Facteurs démographiques influençant les besoins en professionnels de la santé au Luxembourg

L'évolution de la population résidant au Luxembourg est la suivante :

Année	Total	Luxembourgeois	Etrangers	% Etrangers
1961	314.900	273.400	41.500	13,2
1971	399.800	277.350	62.450	18,4
1981	364.602	268.813	95.789	26,3
1990	379.300	270.400	108.900	28,7
2000	433.600	276.600	157.000	36,6
2010	502.066	285.721	216.345	43,1
2011	511.840	290.476	221.364	43,2
2012	524.853	294.983	229.870	43,8
2013	537.039	298.195	238.844	44,5
2014	549.680	300.766	248.914	45,3
2015	562.958	304.279	258.679	45,9
2016	576.249	307.074	269.175	46,7
2017	590.667	309.170	281.497	47,7
2018	602.005	313.771	288.234	47,9
2019	613.894	322.430	291.464	47,5

Source : STATEC

Tab.4.3 : Evolution de la population résidant au Luxembourg de 1961 à 2019

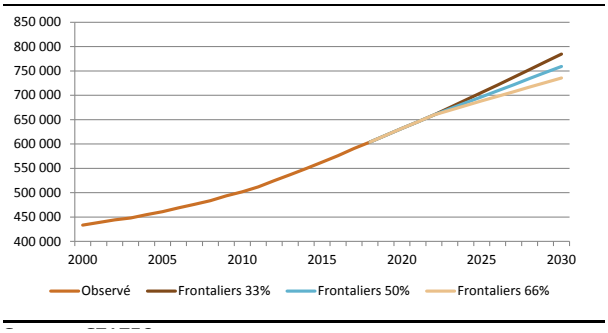


Source : STATEC

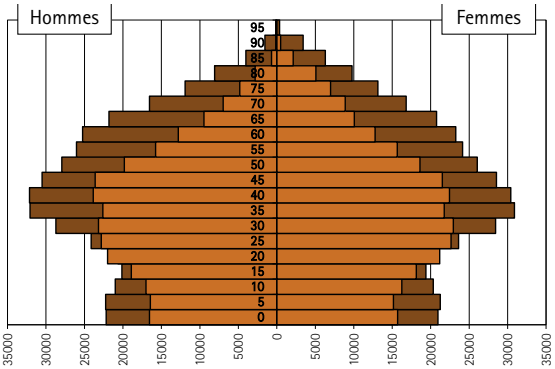
Fig.4.1 : Evolution de la population résidant au Luxembourg de 1961 à 2019

L'évolution de la population a été de + 111.828 résidents entre 2010 et 2019 soit une croissance de 22,27 %.

La prévision du STATEC[6] prévoit 3 variantes d'augmentation de la population jusqu'en 2030 allant de 735.000 à 785.000 résidents avec un taux d'accroissement de 60 % de la population des 65 ans et + quelle que soit la variante utilisée.

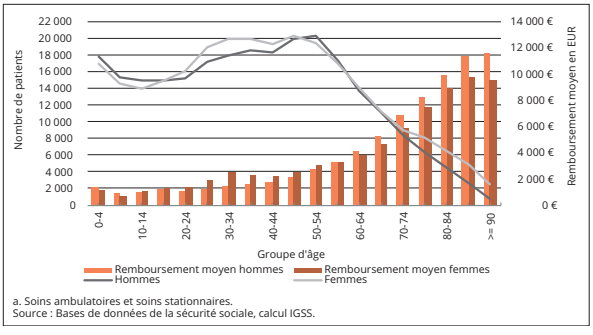


Source : STATEC
Fig.4.2 : Prévision de croissance de la population de 2000 à 2030 au Luxembourg selon 3 variantes



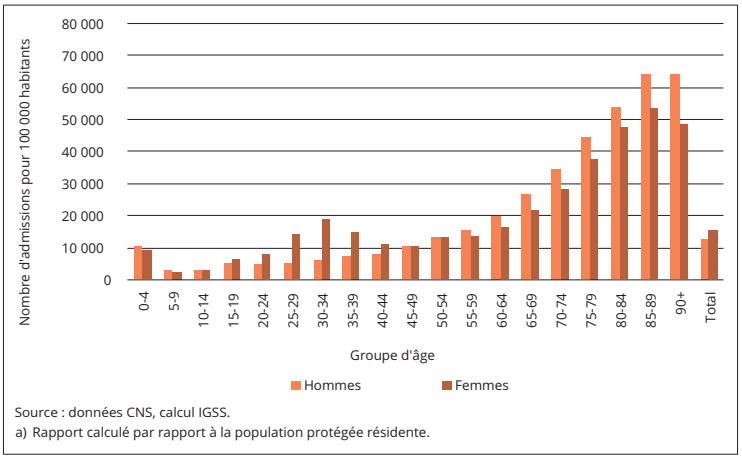
Source : STATEC
Brun clair 2017, brun foncé 2030
Fig.4.3 : Pyramide des âges 2017 versus 2030 selon la variante prévoyant la croissance la plus élevée

Or, le recours aux soins de santé augmente avec l'âge comme en témoignent les deux graphiques suivants :



Source : Rapport général de la sécurité sociale 2018, IGSS
Fig.4.4 : Evolution du nombre de patients et du remboursement moyen par sexe et âge en 2017 pour les soins ambulatoires et les soins stationnaires

6 Projections macro économiques et démographiques de long terme 2017-2030. STATEC nov.2017 Volume LXIV n° 03/2017



Source : données CNS, calcul IGSS.
a) Rapport calculé par rapport à la population protégée résidente.

Source : Rapport général de la sécurité sociale 2018, IGSS
Fig. 4.5: Nombre d'admissions pour 100.000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2017

D'autre part, le système de santé luxembourgeois prend en charge une population plus large que la population résidente puisque sont couverts par l'Assurance Maladie :

- les résidents actifs assurés,
- les résidents pensionnés assurés,
- les résidents co-assurés,
- les non résidents actifs assurés,
- les non résidents pensionnés assurés,
- les non résidents co-assurés.

Au total, en 2017, alors que la population résidente était de 590.667 personnes, le nombre total de personnes protégées à l'Assurance Maladie luxembourgeoise était de 835.002 personnes pouvant recourir au système de santé au Luxembourg, soit 244.335 personnes de plus que la population résidente, soit un volume de 41,36 % de personnes en plus.

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
2013	246 770	89 216	172 727	166 572	10 099	70 802	756 185
2014	252 137	91 617	174 414	170 345	11 315	73 234	773 061
2015	257 048	94 054	175 410	175 363	12 466	78 701	793 044
2016	263 360	96 186	176 877	181 932	13 579	81 191	813 124
2017	271 064	97 802	177 657	189 285	14 457	84 737	835 002

Source : Rapport général de la sécurité sociale 2018, IGSS
Tab.4.4 : Evolution du nombre de personnes protégées entre 2013 et 2017 à l'Assurance Maladie au Luxembourg (moyenne annuelle)

Il peut être constaté que l'évolution de l'ensemble de la population protégée est croissante chaque année depuis 2013 avec un taux de croissance annuel aux alentours de 2,5 %.

Le tableau ci-après démontre que le système de santé luxembourgeois et donc les professionnels de la santé assurent bien une couverture sanitaire pour les frontaliers, celle-ci représentant 5,9 % de la consommation de prestations médicales en 2017.
Cette proportion est en évolution constante depuis 2007.

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Frontaliers	2,7%	3,1%	3,4%	3,7%	3,9%	4,2%	4,5%	4,8%	5,0%	5,3%	5,9%
Résidents	96,4%	96,1%	95,6%	95,4%	95,3%	95,0%	94,5%	94,3%	94,0%	93,7%	93,1%
Touristes	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%

Source : Données CNS, calcul IGSS, 2019 pour les besoins du présent rapport
Tab.4.5 : Evolution de la proportion de la consommation de prestations médicales des frontaliers assurés et co-assurés de 2007 à 2017

En conclusion, il existe des facteurs démographiques à considérer dans l'analyse des difficultés de recrutement présents ou à venir des professionnels de la santé. La population résidente et la population protégée sont en croissance constante depuis les 10 dernières années.
Les perspectives à 2030 prévoient à la fois une croissance de la population résidente mais aussi un accroissement du nombre de personnes de plus de 65 ans. Or cette population est celle qui consomme le plus de soins de santé en moyenne par rapport aux autres classes d'âge.
Il faut donc prévoir que les besoins en soins continueront de croître. Etant donné que la formation de professionnels de la santé est longue, notamment pour les médecins, il est fondamental de se demander dès à présent comment organiser le système de santé et ses ressources professionnelles pour optimiser la réponse aux besoins de santé, notamment dans les secteurs où les difficultés de recrutement se font déjà sentir[7]. En parallèle, cela impose en fonction d'une vision partagée du système de santé, de planifier les besoins et de développer des stratégies de formation et des stratégies de recrutement.

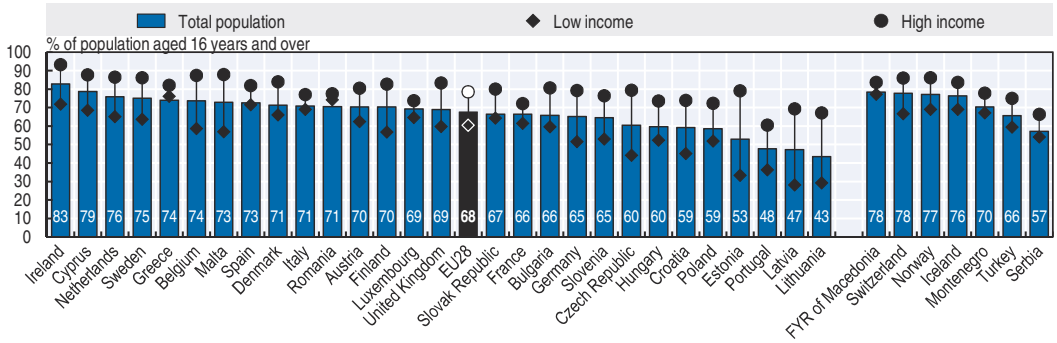
4.2.3 Facteurs épidémiologiques et pénurie de professionnels de la santé

La situation épidémiologique d'un pays influence le besoin en professionnels de la santé dès lors que sont appliquées les mesures sanitaires requises. C'est pourquoi, ci-après, les indicateurs de santé du Luxembourg sont comparés aux données européennes. La source utilisée est « *Health at Glance Europe 2018* » publié par l'OCDE[8].
Cette comparaison reste limitée étant donné que le Luxembourg ne dispose pas de toutes les données épidémiologiques servant à la comparaison européenne. Toutefois, sur les quelques indicateurs disponibles, il est possible de situer le pays.

Comme le montre la figure suivante, 69 % de la population estime être en bonne ou en très bonne santé au Luxembourg, ce qui est supérieur à la moyenne des 28 pays européens, supérieur à la France (66%) et à l'Allemagne (65%) mais inférieur à la Belgique (74%).

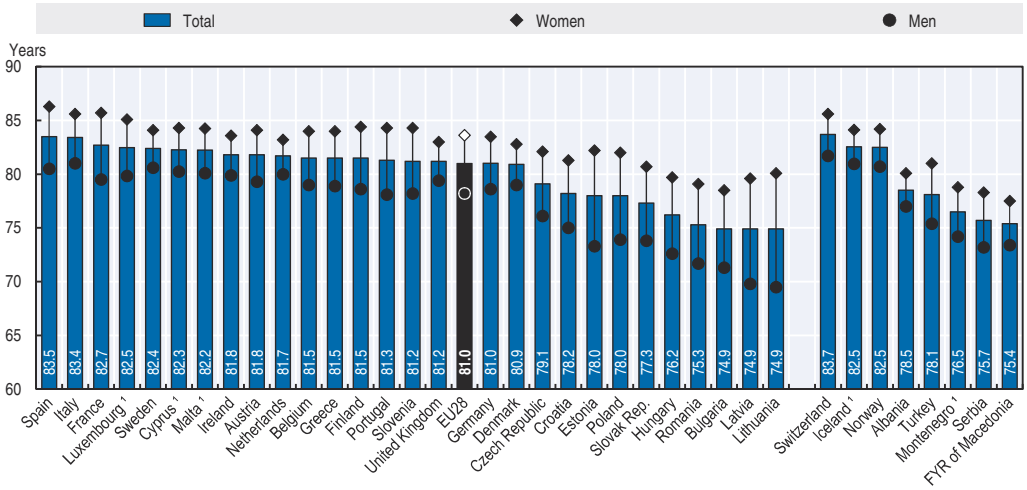
[7] Les difficultés de recrutement sont décrites dans la partie 5 du présent rapport.

[8] https://www.oecd.org/fr/sante/health-at-a-glance-europe-23056088.htm



Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
Fig.4.6 : Santé perçue comme bonne ou très bonne 2016 en Europe (by income quintile)

L'espérance de vie à la naissance au Luxembourg était de 82,5 ans en 2016, plaçant le pays au 4ème rang européen, avec 1,5 ans de plus que la moyenne des 28 pays.

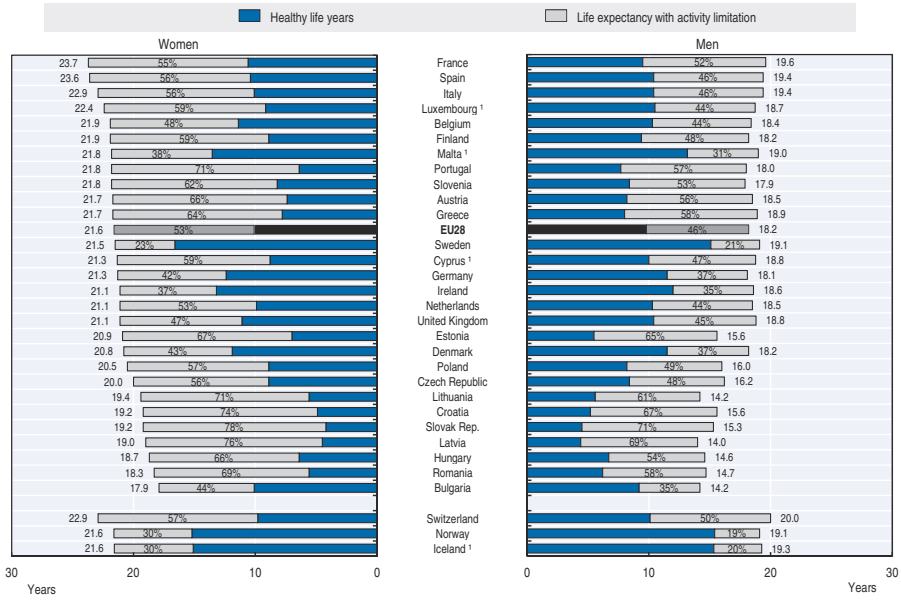


1. Three-year average (2014-16).
Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834281

Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
Fig. 4.7: Espérance de vie à la naissance en 2016 en Europe, selon le sexe

Plus intéressante est **l'espérance de vie et les années de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans,** pour lesquelles le Luxembourg reste bien positionné.

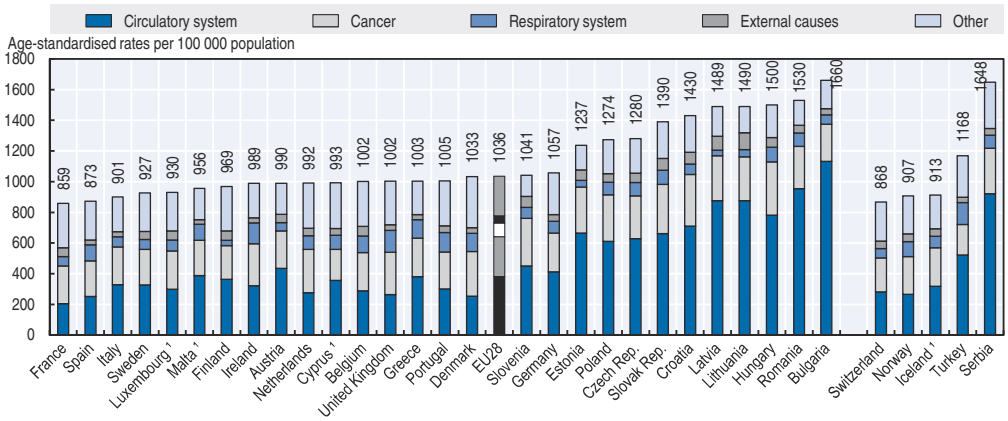


1. Three-year average (2014-16 except for Iceland: 2013-15).
Note: Data comparability is limited because of cultural factors and different formulations of question in EU-SILC.
Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834376

Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
Fig.4.8 : Espérance de vie et années de vie en bonne santé à 65 ans en 2016 en Europe, selon le sexe

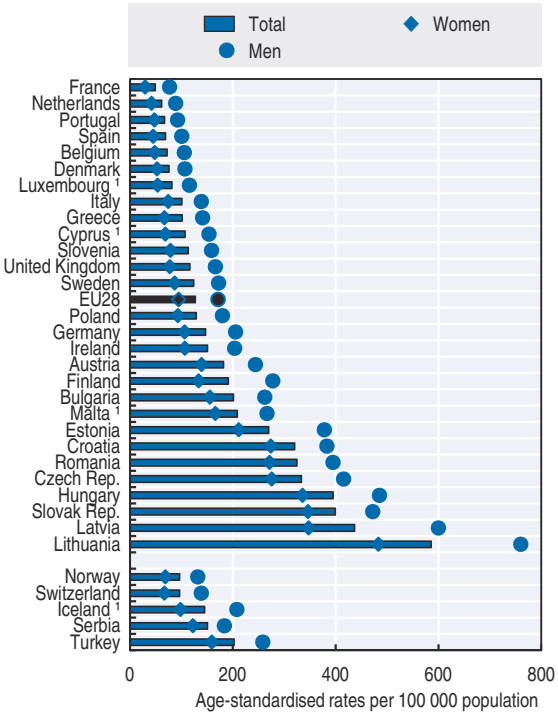
Les causes principales de mortalité : pour plusieurs pathologies, le Luxembourg se trouve dans les seuils de mortalité les plus faibles en Europe, témoignant ainsi d'une prise en charge efficace de ces maladies.



1. Three-year average (2013-15).
Note: External causes of death include accidents, suicides, homicides and other causes.
Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834414

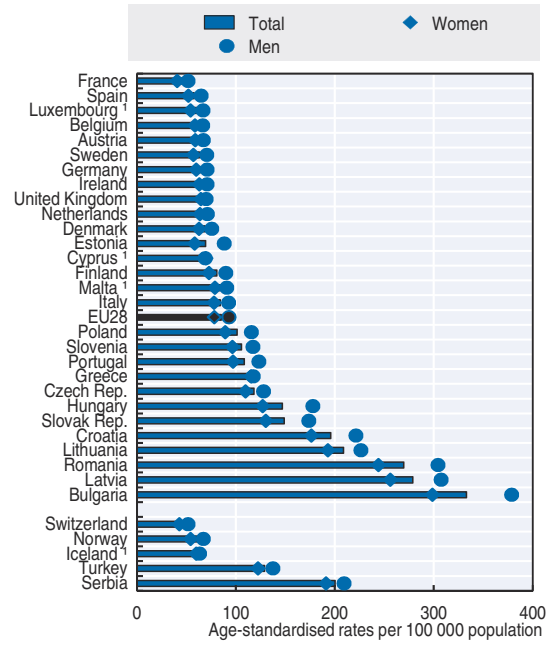
Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
Fig.4.9 : Causes principales de mortalité en 2015 en Europe, selon le pays



1. Three-year average (2013-15).
Source: Eurostat Database.
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834433

Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

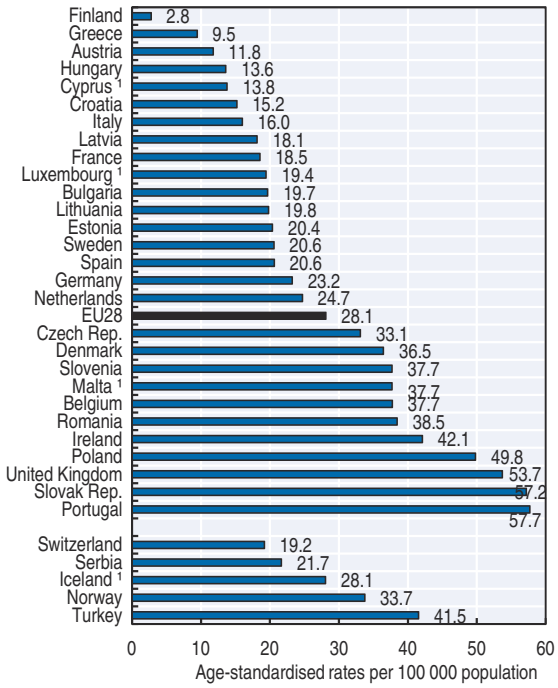
Fig.4.10 : Mortalité par ischémie cardiaque en 2015 en Europe, selon le pays



1. Three-year average (2013-15).
Source: Eurostat Database.
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834452

Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Fig.4.11 : Mortalité post-accident vasculaire cérébral en 2015 en Europe, selon le pays



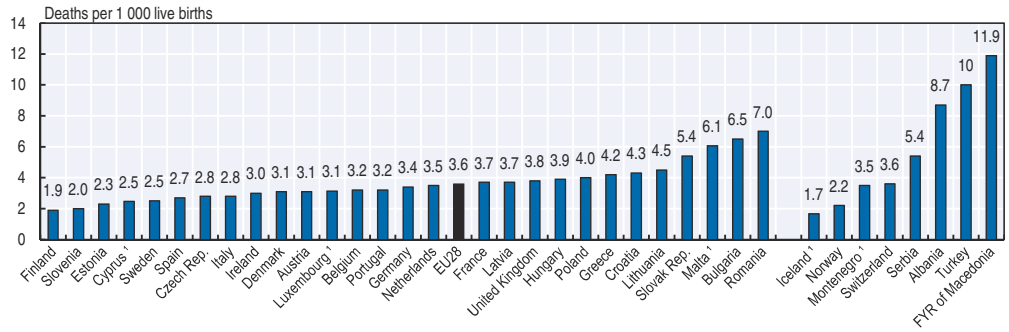
1. Three-year average (2013-15).

Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834585

Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris *https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en*

Fig.4.12 : Mortalité par pneumonie en 2015 en Europe, selon le pays



1. Three-year average (2014-16).

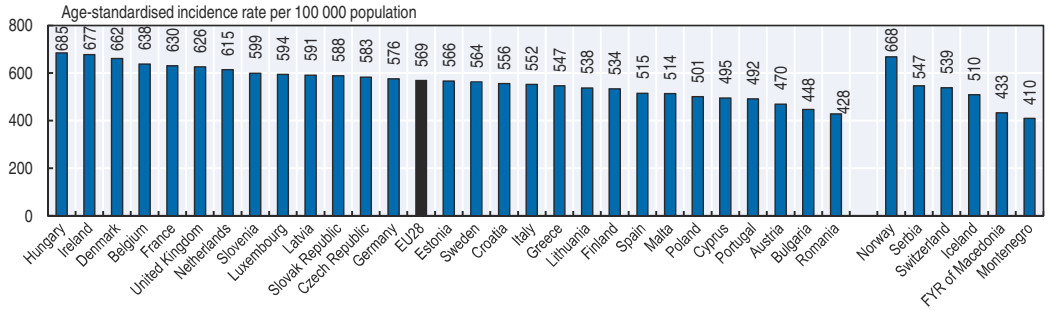
Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834604

Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris *https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en*

Fig.4.13 : Mortalité infantile en 2016 en Europe, selon le pays

Concernant le taux d'incidence estimé des cancers, le Luxembourg est situé au dessus de la moyenne européenne et de l'Allemagne, mais en dessous de la Belgique et de la France.

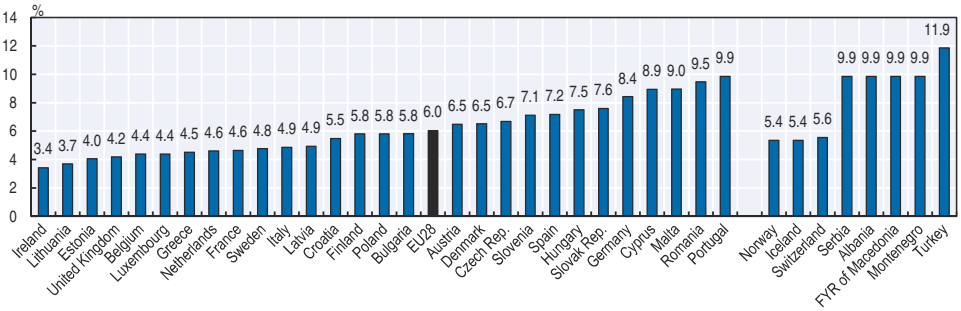


Note: All cancers are included except non-melanoma skin cancer. Numbers are age-standardised based on the European Standard Population.
Source: JRC (European Cancer Information System).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834813

Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
Fig.4.14 : Taux d'incidence estimé de tous les cancers par pays pour 100.000 habitants (2018)

Pour le diabète de type 1 ou 2, le Luxembourg a la même proportion d'adultes concernés par cette problématique que la Belgique (4,4%) et ce taux est inférieur à celui de la moyenne des pays européens (6%) et de l'Allemagne (8,4%).



Note: Age-standardised prevalence of population aged 18-99 with Type 1 or Type 2 diagnosed diabetes.
Source: IDF Atlas, 8th Edition, 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834870

Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
Fig.4.15 : Proportion d'adultes diabétiques en 2017 par pays

En conclusion, sur plusieurs indicateurs pour lesquels il est possible de comparer le Luxembourg aux autres pays européens, la situation épidémiologique n'apparaît pas être plus complexe à gérer que dans le reste de l'Europe et ne semble pas demander un surcroit de ressources professionnelles. Pour conserver le même niveau ou encore l'améliorer, il y a donc lieu de veiller à maintenir au minimum le même ratio de ressources professionnelles et d'optimiser la mise à disposition de leurs connaissances et compétences dans le cas où le remplacement des départs naturels de professionnels de la santé serait difficile à réaliser.

4.2..4 Facteurs structurels influençant une pénurie de professionnels de la santé au Luxembourg

Plusieurs facteurs induisent ou aggravent les difficultés de recrutement au Luxembourg, de manière générale ou sectorielle. Ces facteurs sont propres au pays et ne se retrouvent pas obligatoirement dans d'autres pays européens. Il s'agit donc de facteurs sur lesquels, pour certains, il est possible d'agir.

L'absence de faculté de médecine et de centre hospitalier universitaire :

- Bien que le Luxembourg ait décidé de mettre en place le Bachelor de médecine dans les années futures et de développer en sus de la spécialisation en médecine générale, les spécialités d'oncologie et de neurologie, il n'existe pas de faculté de médecine complète. De même, bien que le CHL soit l'établissement qui accueille le plus grand nombre d'étudiants en voie de spécialisation, ait passé le plus grand nombre de conventions avec des universités étrangères et leurs facultés de médecine pour accueillir des médecins en voie de spécialisation, et ait développé un modèle d'organisation médicale proche de celui d'un CHU, cet établissement n'est pas classé comme centre hospitalier universitaire. Lors des négociations avec les candidats ayant une expérience clinique intéressant le Luxembourg, certains demandent de pouvoir retrouver, s'ils acceptaient de s'installer au Luxembourg, leurs fonctions universitaires et les fonctions de recherche qui y sont attachées, ce qui n'est pas possible pour toutes les disciplines et constitue donc un frein à leur venue.
- Tous les étudiants en médecine partent actuellement à partir de la 2ème année à l'étranger pour l'obtention du diplôme de base en médecine mais aussi pour faire leur spécialisation à l'exception de la spécialisation en médecine générale qui peut se faire au pays. Lorsqu'ils sont diplômés, ils ne rentrent pas systématiquement au Luxembourg, soit parce qu'un poste leur a été proposé à l'issue des études dans le pays formateur, soit parce qu'ils ont développé des liens sentimentaux au cours de leur séjour de formation à l'étranger.
- Le CHL, qui possède des conventions avec plusieurs universités étrangères et accueille les MEVS en stage, est le premier centre hospitalier formateur sur le territoire pendant la spécialisation des médecins qu'ils soient luxembourgeois ou étrangers. Cela lui permet d'avoir des ressources d'internes de 1ère ligne. Il souffre moins du recrutement dans les disciplines où il accueille les MEVS que les autres centres hospitaliers, car il peut leur proposer les postes vacants s'ils disposent des compétences attendues. Cependant, le revers de cette situation est qu'il investit dans l'encadrement et la formation de ces jeunes médecins, qui ensuite décideront au bout de quelques années de salariat au CHL et lorsque leur degré d'autonomie professionnelle sera développé, de partir vers l'exercice libéral dans un autre des hôpitaux luxembourgeois. Le CHL exerce un rôle de formateur qu'il accepte volontiers mais cet investissement en temps est perdu pour l'institution même s'il n'est pas perdu pour le pays. Ce temps précieux n'est pas compensé. De plus ces mouvements entre hôpitaux engendrent pour le CHL une obligation de recrutement rapide et la perte de la compétence est souvent difficile à remplacer dans un délai très court. Le salariat ne constitue pas lors du recrutement initial un handicap, c'est même un atout puisqu'il garantit un revenu. Mais il peut le devenir au bout de quelques années pour les médecins tentés par un exercice libéral de la médecine engendrant des revenus supérieurs à ceux garantis par le salariat.

Le **mode d'exercice libéral de la médecine** :

- Le mode d'exercice libéral de la médecine au Luxembourg, défendu par le corps médical, constitue dans certains cas un facteur d'attractivité mais constitue pour d'autres cas un facteur défavorable au recrutement. Lorsque le médecin candidat vient d'un milieu universitaire où il dispose d'internes pour répondre à toutes les questions de 1er ligne, réalisent les gardes sur place et les astreintes, il est peu enclin à retourner à une pratique de jeunesse. En effet, en médecine hospitalière libérale[9] au Luxembourg, le médecin doit participer à la garde dans sa discipline

[9] Cela concerne le CHEM, les HRS, le CHdN, l'INCCI.

jusqu'à 60 ans au minimum et est contraint de se déplacer lorsqu'il est de garde pour tout problème relevant de sa spécialité quelque soit le niveau de gravité. Il conserve alors la même fonction qu'un interne dans un CHU, contrainte lourde pour un médecin arrivant à l'apogée de sa carrière.

- Le mode d'exercice libéral de la médecine hospitalière, seul ou en association, sans partage d'honoraires, comporte des incertitudes de revenus pour un jeune médecin désirant s'installer ou pour un médecin déjà en activité dans son pays d'origine. L'institution ne peut pas lui garantir de revenus fixes. Les confrères ne peuvent que le rassurer et estimer les revenus potentiels d'un démarrage d'activité. Devant cette incertitude, les meilleurs profils abandonnent car ils peuvent obtenir ailleurs des garanties supérieures.
- Le mode d'exercice libéral hospitalier ne convient pas à tous les jeunes candidats médecins en raison du peu de structuration de la pratique médicale hospitalière, chaque médecin même en association est son propre chef d'entreprise (peu de staffs médicaux pour discussion de cas cliniques en dehors des RCP pour les cas d'oncologie, peu ou pas d'encadrement ou de supervision par un senior au démarrage de sa carrière pour demander conseil ou avoir une discussion clinique, pas de médecin chef vers lequel se référer…). Il n'existe pas de programme d'intégration ou de compagnonnage au démarrage de l'exercice professionnel.
- L'exercice libéral des médecins au sein de l'hôpital fait qu'ils doivent s'organiser seuls pour les contraintes administratives, l'établissement ne leur apportant pas de support par exemple pour la facturation des honoraires ou le recouvrement de ceux-ci. Pour exemple, les médecins urgentistes peuvent avoir jusqu'à 30 % d'impayés à gérer.
- Les directions médicales hospitalières confèrent dans certains établissements aux groupes de médecins dans la spécialité, de décider si un recrutement est nécessaire et de gérer la recherche de candidats. Cette dynamique n'est pas toujours favorable à un recrutement car le groupe de médecins peut être défavorable à l'arrivée d'un nouveau confrère ou à un élargissement de l'association. Si la direction médicale persiste dans son initiative de recruter, le candidat est alors isolé et n'est pas en position favorable par rapport aux collègues de sa propre discipline, ce qui rend complexe son intégration forcée. Il n'existe pas de règles de régulation nationales précisant par exemple le délai minimal à respecter pour démarrer le recrutement afin d'assurer le remplacement d'un médecin dont le départ en pension est prévisible.

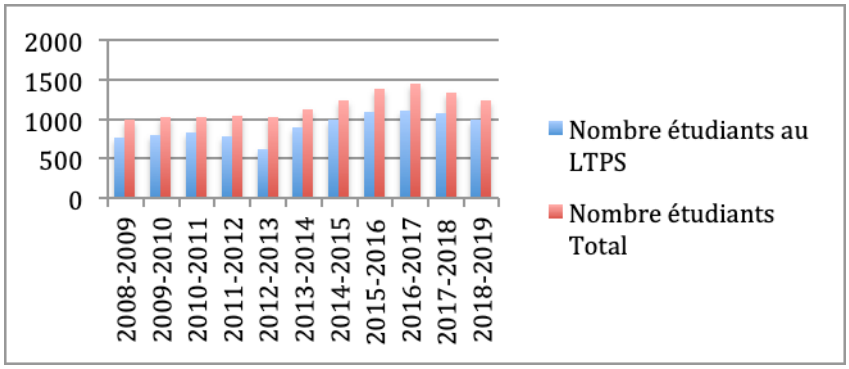
L'accessibilité directe au médecin spécialiste :

- Au Luxembourg, la population bénéficie d'un accès direct au médecin spécialiste, sans avoir besoin de passer par un médecin généraliste. Ce droit est jugé très positivement par les médecins spécialistes estimant que cela réduit le délai d'attente des patients et diminue le nombre de consultations à payer par la CNS. Les patients apprécient en général cette liberté d'accès. Mais, il faut noter que ce choix politique présuppose que le patient a toute la compétence nécessaire pour juger ses symptômes et pour estimer quelle spécialité médicale pourra y répondre. Cela présuppose aussi que le patient a une bonne connaissance de ses problèmes de santé et qu'il est en mesure d'expliquer la complexité de sa situation de santé au médecin spécialiste. Cela présuppose aussi qu'il informe le médecin spécialiste de l'ensemble des examens déjà réalisés et de leurs résultats. Or, cette présupposition n'est pas valide pour un certain nombre de patients engendrant des erreurs d'aiguillage, des surconsommations d'actes techniques. C'est pourquoi plusieurs pays européens ont choisi d'imposer un passage obligé chez le médecin généraliste pour pouvoir accéder à certains

médecins spécialistes, afin d'orienter le patient dans la filière de soins appropriée dès le départ et présenter le cas clinique dans son ensemble avec les comorbidités. Il faut donc savoir que si le choix politique fait est maintenu, il doit être assumé par le Luxembourg en recrutant suffisamment de médecins spécialistes pour répondre à la consommation directe par la population.

La **formation des professionnels de la santé** :

- Toutes les formations de professionnels de la santé ne sont pas organisées sur le territoire[10], ce qui induit une dépendance du pays par rapport à d'autres pays pour former ses ressources professionnelles. Cela engendre l'obligation pour les jeunes, pour certaines professions, de partir à l'étranger et peut en limiter le nombre pour des raisons financières malgré les aides apportées par l'Etat.
- Le pays dépend pour les formations qu'il n'organise pas sur son territoire, du nombre de places disponibles pour les étrangers dans les pays accueillant les étudiants résidant au Luxembourg, comme c'est le cas pour les études de médecine où seulement, à la date du présent rapport, 52 places ont été négociées par convention entre les 3 états frontaliers et sont disponibles par année depuis 2019 (15 places en Belgique, 34 places en France et 3 places en Bavière).
- Le nombre limité de places par année pour les formations des professions de santé organisées sur le territoire au sein du LTPS en raison d'une insuffisance de locaux ne permet d'accueillir qu'aux alentours de 1.000 étudiants sur les 3 sites du Centre, d'Esch et Luxembourg, toutes formations confondues (Fig.4.16).
- Une déperdition importante entre le nombre d'étudiants entrés en formation et le nombre de diplômés à l'issue des études est constatée. Sur 100 étudiants par année inscrits en 1ère année de médecine, entre 45 et 50 selon l'année recevront un certificat de réussite leur permettant selon leur classement d'accéder aux 52 places disponibles à l'étranger pour la poursuite des études. De même pour les professions de santé, le taux de déperdition est élevé entre l'entrée dans les études et l'obtention du diplôme.
- Le niveau du diplôme obtenu pour la profession d'infirmier (BTS) ou d'infirmier spécialisé (BTS spécialisé) ne permet pas la reconnaissance d'un Bachelor et éloigne ainsi les jeunes étudiants luxembourgeois d'un possible cursus universitaire ultérieur. Ce point sera détaillé dans la partie 11 sur la formation des professions de santé.



Source : LTPS

Fig.4.16 : Nombre d'étudiants toutes formations confondues accueillis au LTPS entre 2008 et 2018 par comparaison au nombre total d'étudiants formés par le LTPS[11]

[10] Aucun jugement n'est porté ici sur le choix de réaliser ou non toutes les formations ou non au Luxembourg. Il s'agit essentiellement d'un constat.

[11] Le différentiel est lié aux étudiants formés en apprentissage ou en cours d'emploi qui sont prioritairement chez l'employeur.

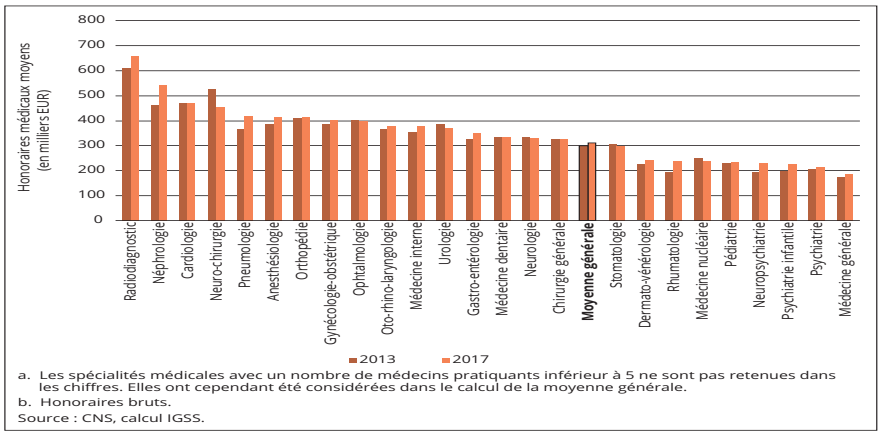
L'absence de dispositif de promotion professionnelle contractuelle :

- Peu de professionnels de la santé reprennent des études pour obtenir un nouveau diplôme professionnel, même si certains sont intéressés pour le faire. La loi sur la formation professionnelle continue[12] ne permet d'obtenir qu'un soutien ponctuel pour réaliser une formation. Aucun dispositif officiel n'existe au Luxembourg pour garantir le maintien du salaire contre contrat avec l'employeur pendant une formation longue d'infirmier par exemple ou d'infirmier spécialisé. Or, les professionnels, engagés dans la vie avec des emprunts à rembourser, ne peuvent en général se permettre de quitter leur emploi pendant 4 années. Les employeurs ne bénéficient d'aucun soutien financier pour prendre de telles initiatives. Quelques exemples existent pour la formation d'ATM de chirurgie en cours d'emploi. Le Luxembourg n'a développé aucun dispositif de ce genre, alors que d'autres pays européens ont développé ce moyen pour inciter à la promotion professionnelle dans les secteurs touchés par la pénurie. Il s'agit le plus souvent d'un contrat donnant une obligation de 3 à 5 ans de travail après le diplôme avec l'employeur qui garantit le salaire pendant la durée des études. Le Luxembourg a jusqu'à ce jour préféré recruter du personnel en provenance de pays étrangers, ne maîtrisant pas la langue nationale, plutôt que de mettre en place un dispositif incitant des professionnels à reprendre leur cursus de formation dans de bonnes conditions et sous contrat, et produire ainsi plus de ressources professionnelles.

L'inégalité de valeur de la prestation médicale entre les spécialités médicales :

- Certaines disciplines médicales au Luxembourg sont beaucoup moins attractives que d'autres lors du choix d'une spécialité par un étudiant en médecine ou lors d'un recrutement, puisque le revenu moyen annuel peut varier du simple au double. La médecine générale, la psychiatrie, la pédiatrie qui sont 3 disciplines majeures en soins primaires ont une valeur moyenne annuelle d'honoraires médicaux inférieure à la moyenne générale de tous les médecins et 3 fois inférieure à celle des médecins spécialistes en radiodiagnostic. Cette situation agit en défaveur du recrutement car elle témoigne de la considération du pays pour certaines disciplines alors que ce sont ces mêmes disciplines que le pays veut impliquer pour développer les offres de services à la population. Ce sont d'ailleurs 3 disciplines où les difficultés de recrutement sont très sévères.
- La nomenclature médicale n'a pas évolué avec l'évolution technologique des soins. Il n'y a pas eu de mise à plat de cette situation afin de tenir compte de la durée moyenne des actes prestés, de leur complexité technique et des risques y associés, du suivi à assurer, des responsabilités prises, de l'aide fournie par les technologies (aide à l'interprétation, lecture à distance), du temps réel d'immobilisation médicale pour la réalisation de la prestation, de la réalisation de l'acte par un autre professionnel de la santé avec présence à distance ou non du médecin, de la possibilité pour le médecin de réaliser autre chose pendant le déroulement de l'acte…

[12] Code de l'éducation nationale. Mémorial A-332 du 17 mai 2019



a. Les spécialités médicales avec un nombre de médecins pratiquants inférieur à 5 ne sont pas retenues dans les chiffres. Elles ont cependant été considérées dans le calcul de la moyenne générale.
b. Honoraires bruts.
Source : CNS, calcul IGSS.

Fig. 4.17: Evolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2013 et 2017[a,b], par ordre décroissant

L'inégalité du système de rémunération des professions de santé :

- Il existe quatre systèmes de rémunérations des professions de santé salariés au Luxembourg : la grille étatique, la convention collective de travail de la FHL, la convention collective de travail SAS, et l'absence de convention collective comme par exemple dans les laboratoires privés. Cette situation impacte considérablement les flux de recrutement, les professionnels recherchant prioritairement les postes les mieux rémunérés. Pourtant le travail de l'infirmier dans une maison de soins est certes différent de celui dans un service hospitalier, mais sa responsabilité n'en est pas moindre (nombre de bénéficiaires plus élevé, présence médicale ponctuelle) et sa charge de travail aussi conséquente. Le secteur de la dépendance souffre plus de difficultés de recrutement de certaines professions de santé et d'un turn over puisque la libération d'un poste en milieu hospitalier peut donner lieu à un départ si la fidélisation n'a pas eu le temps de se faire dans le secteur de l'AD. De même, les laboratoires privés rencontrent des difficultés pour le recrutement des personnels de laboratoire, le secteur hospitalier étant plus rémunérateur pour une responsabilité et activité identique. L'absence d'harmonisation des CCT est un facteur défavorisant la circulation des professions de santé à travers les divers secteurs au cours de leur vie professionnelle en raison des pertes de revenus lors du départ du secteur hospitalier. Pourtant, une mobilité intersectorielle pourrait permettre de maintenir au travail le plus longtemps possible les soignants en leur offrant des temps d'alternance professionnelle, riches pour le développement permanent des compétences et la prévention du burn-out.

L'organisation du système de santé :

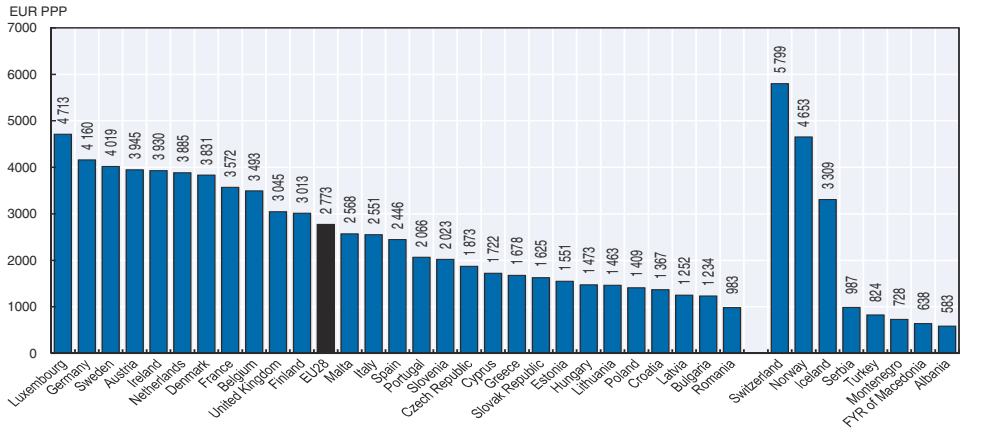
- Le déploiement sur tout le territoire luxembourgeois de certaines activités est un choix politique dans un petit pays, pour offrir à la population résidente une proximité avec les offres de service. Cette stratégie est souvent bienvenue auprès de la population qui considère disposer d'une bonne accessibilité aux soins. En contrepartie, cette stratégie engendre la nécessité de multiplier les ressources professionnelles médicales et soignantes et les équipements sur plusieurs sites, d'assurer des astreintes et des gardes dans plusieurs établissements en même temps. Ce choix exige un plus grand nombre de professionnels de la santé à garantir pour assurer le bon fonctionnement par site et aggrave les situations de pénurie. En effet, en cas de pénurie, il est attendu de

mutualiser le plus possible les ressources professionnelles. La question se pose donc de savoir quand prendre la décision de regrouper les activités pour une optimisation des ressources disponibles. Cette situation se pose par exemple aujourd'hui pour la rééducation fonctionnelle et la réhabilitation physique qui nécessitent des compétences en médecine physique et réadaptation.

- Ne pas regrouper toutes les activités d'un service national, comme par exemple le service national de néphrologie, sur un seul site prenant en charge tous les patients du pays, agit en défaveur du recrutement médical. Les candidats comprennent que leur périmètre d'activité sera très limité et ne sera pas similaire à celui qu'ils connaissent s'ils sont expérimentés ou à celui auquel ils ont eu accès pendant leur formation s'ils proviennent d'un CHU. Pourtant le regroupement des activités ferait gagner en efficience, probablement en qualité grâce à une standardisation des parcours de soins et nécessiterait un besoin en ressources médicales moins important.
- La mise en place des accréditations des services de santé, qui en soi est positive car elle promet des processus plus sécuritaires aux patients, a un effet sur les qualifications requises exigées. Pour exemple, alors qu'il y a 20 ans, des agents non qualifiés procédaient à l'ensemble du processus dans le service de stérilisation des hôpitaux, aujourd'hui ce personnel doit avoir acquis des compétences validées par une formation.

L'insuffisance de recommandations de bonne pratique :

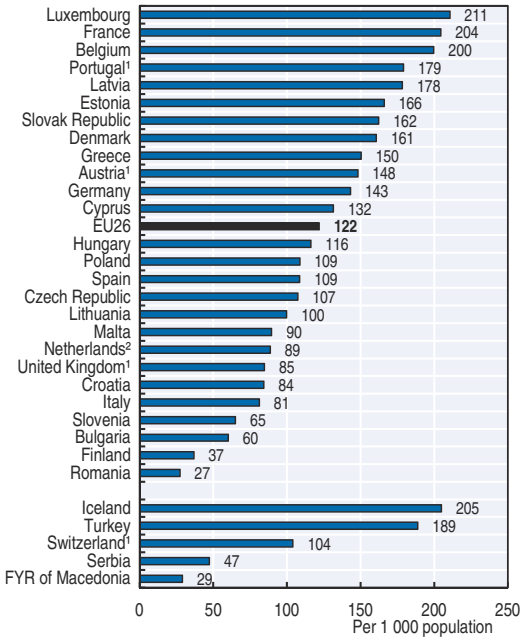
- Bien qu'un effort important ait été fait ces dernières années par le CSDS pour publier plusieurs recommandations de bonne pratique, il existe une insuffisance de référentiels pour de nombreuses disciplines. D'autre part, il n'existe pas ou très peu de peer-review pour vérifier l'application des recommandations publiées. L'absence de publication de guidelines ne veut pas pour autant dire que les médecins ne respectent pas les recommandations des sociétés savantes. Mais en l'absence ou l'insuffisance de référentiels, le risque potentiel pouvant aggraver une pénurie est celui de la sur-prescription ou de la surmédicalisation, à savoir la prescription d'actes techniques dont l'utilité n'est pas démontrée scientifiquement qui consomment des ressources en technicien et en médecin, des consultations systématiques pour revoir les patients, des tests de dépistage trop fréquents… L'OECD classe le Luxembourg en 3ème position après la Suisse et la Norvège pour les dépenses de santé comme le montre la figure suivante.



Source: OECD Health Statistics 2018, https://doi.org/10.1787/health-data-en; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933835345

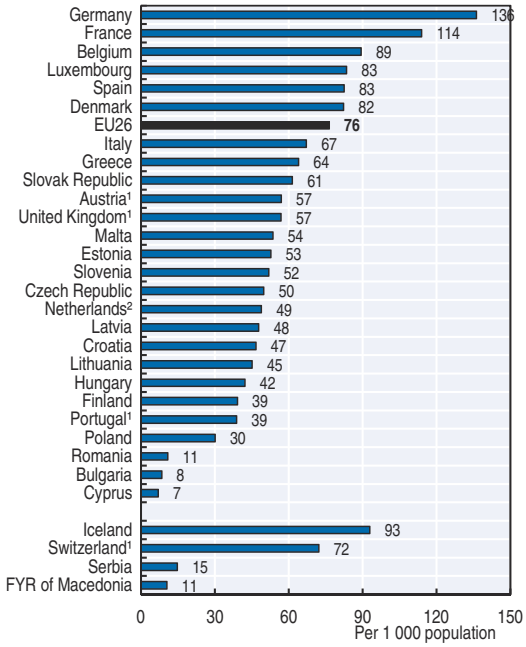
Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris *https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en*

Fig. 4.18: Dépenses de santé per capita en Europe en 2017, selon le pays



Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Fig. 4.19: Nombre d'examens CT-Scan pour 1000 habitants en Europe en 2016



Source : OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Fig.4.20 : Nombre d'examens IRM pour 1.000 habitants en Europe en 2016

La **considération accordée aux MEVS et aux stages des étudiants en médecine**:

- La considération que le pays accorde aux MEVS est un facteur intervenant sur le retour éventuel au Luxembourg du médecin diplômé et sur son installation dans le pays. Après 6 années d'études, l'indemnisation mensuelle accordée aux étudiants en formation spécifique en médecine générale qui était de 2.100 € sera revalorisée sur décision du Conseil de gouvernement à partir de juillet 2019 à 3.300 € dans une phase transitoire, témoignant ainsi d'une certaine reconnaissance de leur contribution au système de santé. Pour les MEVS en médecine ou en médecine dentaire, leur aide financière mensuelle passera de 2.100 € à 2.700 € en juillet 2019. Ils doivent payer leurs cotisations sociales, leur parking et bénéficient en général du tarif dégressif appliqué au personnel lorsqu'ils sont en stage hospitalier. Les stagiaires ne disposent pas toujours d'un vestiaire. Leur accueil n'est pas vraiment organisé. Leur encadrement par leur tuteur n'est pas structuré et peu contrôlé. Leur stage, qui devrait être un moyen de leur donner envie de venir travailler au Luxembourg, exerce parfois un rôle négatif dans leur décision de s'installer au Luxembourg. En effet, ils ne se sentent pas toujours considérés comme les futurs médecins du Luxembourg.
- Les établissements accueillent des MEVS ou des étudiants en formation spécifique en médecine générale mais ils ne disposent pas de réels moyens pour garantir leur encadrement : salles dédiées aux étudiants, outils pédagogiques, séminaires chaque semaine, organisation des présences des médecins tuteurs aux examens de fin d'études... Cette fonction d'enseignement est inscrite dans la loi[13] mais ne se concrétise pas par une allocation de ressources qui permettrait une véritable organisation institutionnelle responsable de cette mission.
- Il n'existe pas de statut du médecin tuteur.

En conclusion, plusieurs facteurs structurels augmentent les besoins en médecins ou aggravent les difficultés de recrutement des professionnels de la santé au Luxembourg :

- l'absence de faculté de médecine complète et de centre hospitalier universitaire qui engendrent le refus de candidats expérimentés en raison de la perte de leur fonction d'enseignement universitaire et parfois de recherche universitaire associées à leur fonction clinique,
- les mouvements nationaux entre le salariat au CHL et l'exercice libéral dans un autre établissement qui induit pour cet établissement de devoir recruter régulièrement et subir plus fréquemment les difficultés pour trouver des médecins expérimentés dans certaines disciplines,
- l'exercice libéral de la médecine hospitalière qui bien que promu globalement comme modèle positif par le corps médical au Luxembourg est un modèle qui engendre des réticences et des refus de bons candidats car il peut générer :
    - des incertitudes de revenus lors de l'installation pour un médecin ayant déjà quelques années d'expérience,
    - un exercice professionnel jusqu'à 65 ans sans être libéré d'appels primaires gérés habituellement par les internes,
    - une absence ou une insuffisance de compagnonnage lors de l'installation d'un jeune médecin,
    - une opposition possible du groupe de médecins de la spécialité lorsqu'ils refusent pour diverses raisons l'élargissement du nombre de médecins,
- l'accès direct au médecin spécialiste qui engendre un plus grand besoin en médecins spécialistes,

[13] Article 1er de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

- la formation des professionnels de la santé qui :
    - ne propose pas toutes les formations au Luxembourg et oblige des jeunes à partir à l'étranger, ce qui en soit n'est pas négatif, mais peut être un frein à la formation malgré les aides financières de l'Etat,
    - est limitée par le nombre de places offertes par les pays étrangers (52 places pour les médecins),
    - est limitée par les locaux disponibles au LTPS pour accueillir des étudiants en études pour professions de santé,
    - possède un taux de déperdition au cours de la formation proche de 50 % en médecine et de 30 à 40 % chez les professions de santé,
    - propose des niveaux de diplômes de BTS et de BTS spécialisés pour les infirmiers et infirmiers spécialisés fermant les portes aux jeunes pour accéder à des études universitaires complémentaires (DU),
- l'absence de soutien aux employeurs pour proposer une promotion professionnelle contractuelle à ses salariés motivés pour reprendre des études, dans les professions de santé où la pénurie est importante,
- l'inégalité de valeur de la prestation médicale entre les différentes spécialités avec un différentiel de 1 à 3 qui n'incite pas les étudiants en médecine à choisir ces spécialités et à venir s'installer au Luxembourg,
- l'inégalité du système de rémunération des professions de santé avec 4 modèles (Etat, FHL, COPAS et privé), qui témoigne du peu de reconnaissance par le pays du rôle des soignants auprès des personnes âgées, handicapées ou socialement défavorisées, engendre un effet de sous-catégories chez les professions de santé et aggrave les difficultés de recrutement dans ces secteurs,
- l'organisation du système de santé, qui par son déploiement d'offres de service sur tout le territoire pour donner satisfaction aux attentes de la population, est consommateur de plus de ressources professionnelles,
- l'insuffisance de recommandations de bonne pratique publiées par le CSDS et l'absence de vérification de leur application qui peut laisser libre cours à une sur-prescription ou à une surmédicalisation et peut engendrer une demande accrue de professionnels de la santé,
- le manque de considération accordée aux étudiants en formation spécifique en médecine générale et aux MEVS ainsi qu'aux stagiaires en médecine, et le manque de ressources allouées à l'enseignement des étudiants en médecine au sein des institutions qui les accueillent en stage qui ne donnent pas le sentiment aux futurs jeunes médecins d'être attendus par le pays.

4.2.5 Facteurs sociétaux aggravant la pénurie

La **féminisation de la profession médicale**

- Depuis les 20 dernières années en Europe, la féminisation de la profession médicale impacte la pénurie, les femmes devant allier la vie professionnelle et la vie familiale pendant la période de procréation et d'éducation des enfants. Elles sont plus nombreuses que leurs collègues masculins à travailler à temps partiel pendant la période allant de 30 ans à 50 ans et de ce fait le remplacement d'un homme médecin doit se faire dans certaines disciplines féminisées par un coefficient supérieur à 1.

L'équilibre vie personnelle et vie professionnelle

- L'évolution sociétale, qui prône la qualité de vie, met en valeur les méfaits du travail et pointe du doigt les conditions parfois déplorables d'exercice professionnel dans certains pays, engendre une nouvelle forme d'engagement professionnel chez les jeunes générations. L'époque du bénévolat est révolue. Le

dépassement des heures légales de travail n'est plus accepté en l'absence d'une reconnaissance et d'une compensation substantielle. Travailler 80 heures par semaine n'est plus d'actualité même chez les professionnels de la santé libéraux. Ils demandent à vivre comme tout autre professionnel et veulent contribuer de manière équitable au fonctionnement sociétal comme toutes les autres professions. L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle est un principe bien inscrit dans les nouvelles générations. L'évolution du rôle parental induit aussi pour les pères une participation plus active à l'éducation et la prise d'un congé parental n'est plus exceptionnelle chez les professionnels de la santé de sexe masculin, les médecins y compris. De ce fait, le départ d'un médecin en pension doit être compensé par 1,5 médecin, parfois 2 dans certaines disciplines.

Les contraintes de la vie professionnelle

- Elles sont un facteur aggravant pour l'orientation des jeunes dans les métiers de la santé. Les gardes et les astreintes à domicile avec l'obligation d'être disponible, le travail le week-end et les jours fériés, le travail de nuit, les charges de travail, les risques pour sa propre santé liés aux infections, aux agressions verbales ou physiques, à la manutention de patients, les formalités administratives de plus en plus nombreuses et dont la plus value pour les patients ne paraît pas évidente de prime abord, sont autant de contraintes qui n'incitent pas les jeunes à s'orienter vers les filières de formation pour les professionnels de santé. Au Luxembourg, les postes les plus convoités par les jeunes sont les postes offerts par l'Etat, suivis de près par les postes du secteur bancaire. L'hôpital est considéré comme un milieu de travail pénible. Les modes d'exercice professionnel sans ces contraintes hospitalières sont recherchés par les professionnels. Les médecins qui dans certaines spécialités peuvent se passer pour leur exercice professionnel du plateau technique hospitalier envisagent de sortir de l'hôpital pour ne plus avoir à supporter les contraintes dont la pénibilité n'est pas, à leur avis, suffisamment valorisée. La sortie de médecins hospitaliers dans certaines disciplines vers une pratique en cabinet libéral essentiellement pourrait mettre en difficulté des pans entiers d'activité hospitalière et donc du système de santé.

L'image des professions de santé

- La profession de médecin conserve, dans l'ensemble, une bonne image dans la population résidant au Luxembourg, mais les études sont considérées par les jeunes comme longues et difficiles, ce qui est une vue réaliste.
- Par contre, chez les jeunes[14], les professions de santé telles que l'infirmier ou l'aide-soignant ont une image négative: profession subalterne du médecin, chargée de donner à manger, laver et changer les couches, avec peu d'autonomie de décision, peu de responsabilités, avec beaucoup de contraintes pour la qualité de vie personnelle, subissant du stress au travail. Ils sont peu tentés pour s'orienter vers ces professions d'autant que leur choix doit s'effectuer très tôt dans leur cursus scolaire. D'autre part, le diplôme obtenu pour la formation d'infirmier constitue une véritable barrière pour d'éventuelles études universitaires. Ils préfèrent s'orienter après le bac vers des professions reconnues au niveau Bachelor.

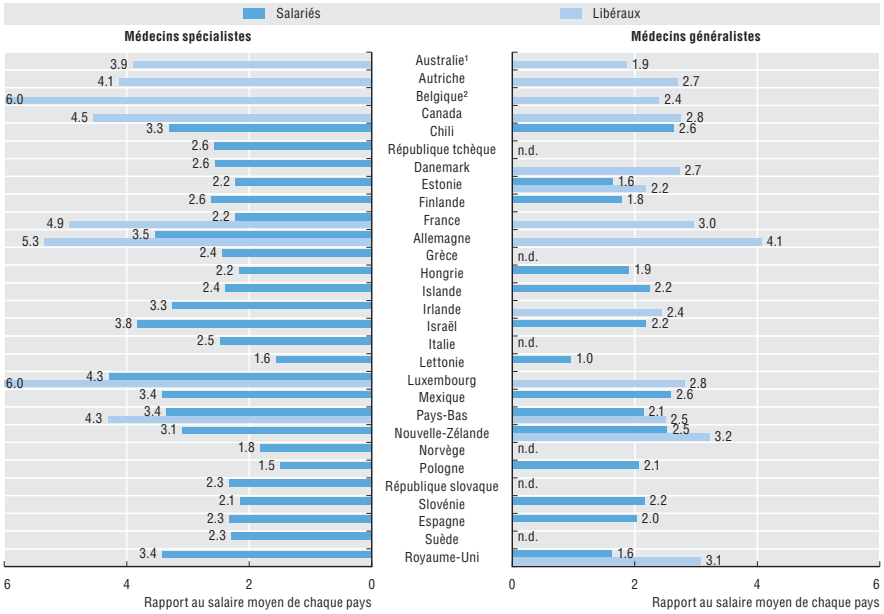
[14] Cette image est issue de l'expression des jeunes lors des salons d'étudiants, des séances de présentation des professions de santé dans les lycées, des mini-stages de découverte dans les institutions

La concurrence avec les autres pôles d'activité économique du pays

- Le milieu bancaire est un concurrent terrible. Il attire particulièrement les jeunes en raison des conditions suivantes: travail propre, bonne image sociale, conditions de travail favorables : week-end et jours fériés libres, pas de travail de nuit, salaires élevés, horaires de travail et nombre de jours de congés annuels.
- Un emploi à l'Etat est l'objectif à atteindre pour une majorité de jeunes résidents de nationalité luxembourgeoise en raison du salaire, de la sécurité de l'emploi, des avantages au niveau des conditions de travail, ainsi que de l'image perçue sur la charge de travail des fonctionnaires ou des employés d'Etat.

Le coût de la vie au Luxembourg

- Les conditions d'installation au Luxembourg influencent le recrutement. Si les pouvoirs publics offrent des incitatifs, le recrutement peut être amélioré. Ces stratégies sont utilisées par les pays présentant des zones géographiques de désertification médicale.
- Au Luxembourg, le coût de la vie est élevé notamment le prix des loyers. L'accession à la propriété est très coûteuse. Les écoles privées sont chères pour les familles ayant des enfants scolarisés dans des langues étrangères française ou anglaise. Il faut donc que le différentiel de revenu avec le pays d'exercice d'origine soit important pour que le Luxembourg soit attractif et incite à venir s'y installer. Il faut aussi que le revenu au début de l'exercice professionnel soit quasi garanti. Or, la situation a évolué ces dernières années avec un affaissement du différentiel de revenus des médecins entre le Luxembourg et les pays frontaliers, baissant ainsi l'attractivité lors du recrutement. Il faut noter qu'aucun incitatif à l'installation n'est proposé ni par l'Etat, ni par la CNS, ni par les institutions, en dehors d'une aide aux démarches administratives et parfois de l'aide à la recherche d'un emploi pour le conjoint ou du support pour trouver une location. Certains candidats expérimentés dont le profil serait très intéressant pour le Luxembourg demandent des revenus que les établissements qui salarient les médecins ne peuvent pas offrir (ex. CFB). D'autres candidats ne désirent pas transférer toute la famille en raison du coût de la vie et préfèrent négocier un agrément leur permettant de travailler certains jours de la semaine au Luxembourg seulement.
- La figure ci-après présente une comparaison des revenus des médecins par rapport au salaire moyen entre les pays de l'OCDE. Il montre qu'en 2015, le Luxembourg atteignait le coefficient maximum de 6 pour les médecins spécialistes, tout comme la Belgique (6), l'Allemagne s'approchant avec un coefficient de 5,3 et la France de 4,9. Pour les médecins généralistes, le Luxembourg avec un coefficient de 2,8 est très en dessous de l'Allemagne dont le coefficient est de 4,1, à la France (3) et est supérieur à la Belgique (2,4). Depuis 2015, les tendances de rapprochement se sont accentuées notamment avec la Belgique et la France, ces deux pays ayant fait de gros efforts pour conserver leurs ressources.



1. Médecins en formation inclus (d'où une sous-estimation)
2. Dépenses professionnelles incluses (d'où une surestimation).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/88893360918

Source : OCDE (2017), Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr

Fig.4.21 : Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen en 2015

La question linguistique :

- Dans certains secteurs d'activité, tels que la psychiatrie, la pédiatrie, l'orthophonie, le handicap, la gériatrie, la nécessité de s'exprimer dans **la langue** du bénéficiaire constitue, encore plus que dans les autres secteurs, un élément clé de la prise en charge mais rend plus complexe le recrutement des professionnels de la santé s'il s'agit d'un critère de sélection strict. Pour exemple, les attributions des orthophonistes sont réglementées en tenant compte des compétences linguistiques. Cette question linguistique ne peut plus se limiter au Luxembourgeois. Le tableau ci-après montre, par exemple, la variété des langues retrouvées chez les bénéficiaires et disponibles chez les professionnels du secteur de l'AD. Le Luxembourg accueillant 47,5 % d'étrangers, cette problématique des langues se pose au quotidien lors du recrutement. Le système de santé luxembourgeois ne peut pas se permettre aujourd'hui l'exigence de la langue luxembourgeoise lors du recrutement car il est trop dépendant du recrutement étranger. Certaines institutions imposent lors de la signature du contrat de travail l'acquisition d'un certificat en langue luxembourgeoise B2 au bout d'une année et donnent un CDD en attendant cette qualification. Cette stratégie est complexe car d'un côté elle incite les professionnels à répondre à leurs obligations légales et donc à s'engager vraiment dans un processus d'apprentissage linguistique, et elle cherche à permettre aux patients luxembourgeois d'être compris et soignés dans leur langue maternelle. Mais d'un autre côté, par souci d'équité entre tous les citoyens résidant au Luxembourg, cette exigence devrait aussi s'appliquer aux autres langues parlées par la moitié restante de la population, ce qui est impossible. Les établissements ont généralement choisi une à deux langues institutionnelles (français ou allemand et luxembourgeois) et ils s'adaptent au besoin de chaque bénéficiaire en le mettant en contact avec un professionnel pouvant s'exprimer dans sa langue. D'autre part, les CDD sont concurrencés par

des offres de CDI dans d'autres institutions. De plus, si la personne en CDD n'a pas atteint le niveau linguistique au bout d'une année, elle est licenciée, même si elle répond aux attentes en ce qui concerne ses compétences professionnelles. Dans ce cas, priorité est donnée par ces institutions aux compétences linguistiques sur les compétences professionnelles. L'établissement a dépensé de l'énergie pour l'encadrement d'un nouveau collaborateur qui se termine par un licenciement, ce qui constitue un gâchis de ressources. Enfin, il faut noter que la documentation dans les dossiers des bénéficiaires, tant dans les établissements de la FHL que dans les établissements de la COPAS ou de la FEDAS est rédigée en allemand ou en français. Il y a donc à réfléchir collectivement sur cette problématique linguistique, qui n'est pas simple certes, mais ne peut pas se résumer à la seule problématique de la langue luxembourgeoise, pour définir un modèle national applicable si possible dans l'ensemble des secteurs.

Langues des bénéficiaires	Langues retrouvées chez le personnel
Luxembourgeois	Luxembourgeois
Allemand	Allemand
Français	Français
Portugais	Portugais
Anglais	Anglais
Italien	Italien
Espagnol	Espagnol
Serbe	Serbe
Croate	Croate
Arabe	Arabe
	Néerlandais
	Russe
Créole capverdien	Créole capverdien
	Roumain
	Georgien
Iranien	

Tab.4.6 : Comparaison des langues usitées au Luxembourg par les bénéficiaires et retrouvées dans les équipes professionnelles des institutions de l'Assurance Dépendance en 2019

Une migration possible partout en Europe :

- Les jeunes médecins diplômés d'origine luxembourgeoise peuvent s'installer quasiment dans tous les pays européens car ils disposent d'un formidable atout linguistique. Leur capacité à s'exprimer en Allemand, en Anglais, en Français, et parfois en Italien ou en Portugais, leur permet d'envisager une carrière à l'international. Ils sont donc ouverts à toutes les propositions de stages notamment lors de leur spécialisation dans les divers pays européens. Ce qui explique une déperdition de diplômés. Il n'existe pas de base de données fiable pour estimer aujourd'hui le taux de déperdition. Il est estimé à 30 % par l'ALEM. Cette incapacité à suivre le nombre de médecins diplômés perdus montre qu'il est nécessaire d'avoir une gouvernance efficace et structurée, afin de disposer d'informations précises pour développer des stratégies telles que la mise en place d'incitatifs au retour.

La taille du pays :

- Lors de la migration d'un médecin vers le Luxembourg avec sa famille, désormais le conjoint ou partenaire souhaite pouvoir trouver aussi un travail. Or la taille du pays ne permet pas toujours de retrouver pour le conjoint un poste correspondant à celui occupé dans le pays d'origine. Les difficultés sont plus importantes pour la région Nord.
- Bien que le Luxembourg soit un pays très agréable à vivre et soit situé au cœur de l'Europe, il ne peut égaler les grandes métropoles dont sont originaires le plus souvent les candidats, au niveau de la vie culturelle et sociale, ce qui représente un handicap pour la migration de la famille.

En conclusion, plusieurs facteurs sociétaux influencent la situation de pénurie et les difficultés de recrutement des professionnels de la santé. Pour certains facteurs comme la féminisation, la demande d'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, la concurrence avec les autres pôles d'activité économique du pays, il est peu probable de pouvoir les modifier. Il faut composer avec et en tenir compte dans le plan d'action pour pallier à la pénurie. Il est possible par contre d'agir sur certains autres facteurs liés à l'environnement, tels que les conditions de travail, les conditions d'installation, l'image des professions et la valorisation des métiers de la santé, la juste rémunération des prestations et l'indemnisation des contraintes liées au travail dans ces secteurs, ainsi que sur la déperdition des médecins jeunes diplômés.

4.3. Critères d'attractivité du Luxembourg

Bien que le Luxembourg présente des facteurs défavorables au recrutement de professionnels de la santé, il reste attractif de manière différente pour les médecins et les professions de santé étrangers.

4.3.1 Critères d'attractivité pour les médecins

Le Luxembourg comporte encore certains points d'attractivité pour des médecins étrangers ou pour faire revenir les médecins originaires du Luxembourg. Les médecins rencontrés pendant l'étude les résument ainsi :

- La sécurité et la tranquillité du pays permettent d'élever des enfants paisiblement.
- L'environnement naturel est écologique et sain, malgré les problèmes de mobilité.
- Le système de santé dispose de plateaux techniques hospitaliers en nombre conséquent avec des équipements à la pointe de l'actualité technologique, cependant ceci ne constitue pas obligatoirement un avantage lorsque le candidat vient d'un CHU des pays transfrontaliers, mais peut l'être lorsque le candidat vient d'un pays d'Europe de l'Est par exemple.
- Les médecins peuvent exercer en milieu hospitalier en étant en statut libéral sans aucun reversement financier aux institutions, relatif à leur activité.
- Le salariat des médecins au CHL constitue une sécurité pour une primo installation, au moment du recrutement.
- Les médecins disposent de personnel hospitalier formé et en nombre conséquent.
- Le médecin conserve une totale autonomie et sa liberté de prescription. Il est soumis à peu de contraintes au niveau du matériel, en comparaison aux contraintes des médecins dans ce domaine au sein des centres hospitaliers étrangers. Les ruptures de stock de matériel sont très peu fréquentes. Les dispositifs médicaux utilisés sont de très bonne qualité. Il y a peu de recommandations de bonne pratique opposables à la CNS.
- Les patients ont le libre choix du médecin et l'accès direct au médecin spécialiste est garanti.
- Les médecins ont une accessibilité aux thérapies coûteuses pour leurs patients, avec très peu de limitations.
- Les contrôles de la part des pouvoirs publics et de la CNS sont peu fréquents.
- Dans certaines disciplines, la nomenclature permet aux médecins d'être satisfaits de leurs revenus.
- Les médecins ont une totale liberté d'installation en libéral. Aucune régulation n'a lieu par les pouvoirs publics, de type planification ou numérus clausus.
- Les médecins sont tous conventionnés, il n'y a pas de concurrence à ce niveau.
- Dans certains domaines en médecine, il est possible de mener des projets de recherche.
- Le positionnement du Luxembourg permet de profiter des expériences des 3 pays frontaliers.

Par contre, les Directions des établissements ont insisté sur la diminution de cette attractivité depuis les 10 dernières années. Le critère de mesure de cette perte d'attractivité est le périmètre de recrutement, à savoir l'augmentation de la distance géographique des candidats par rapport au Luxembourg. Ce point sera présenté dans la partie 5 suivante sur les indicateurs de pénurie.

4.3.2 Critères d'attractivité pour les professions de santé

L'étude a permis de rencontrer de nombreux professionnels de santé étrangers travaillant au Luxembourg et de les questionner sur l'attractivité du Luxembourg en tant qu'experts puisqu'ils avaient fait la démarche de changer de pays d'exercice professionnel. Il a permis aussi de cerner l'avis des professionnels de santé luxembourgeois sur ce sujet.
Il ressort des interviews les points d'attractivité suivants :

- Le salaire est la première raison amenant les professions de santé de l'étranger à venir au Luxembourg. Malgré les coûts de transport, la fatigue engendrée par les trajets longs, le stress lié au trafic routier, le pays reste attractif. D'ailleurs les frontaliers Grand-Est en France viennent de publier en avril 2019 un fascicule s'intitulant « *Les opportunités d'emploi pour le métier d'infirmier au Luxembourg*[15] » qui met en exergue comme le montre l'encadré ci-après, les salaires possibles.
- Les dotations en personnel sont jugées bonnes à très bonnes, lorsque ces professionnels les comparent avec les dotations connues dans leur pays de provenance. Ce jugement conforte les statistiques de l'OCDE concernant le ratio nombre d'infirmiers pour 1.000 habitants qui place le Luxembourg dans les pays les mieux dotés.
- L'environnement de travail est très confortable avec des hôpitaux neufs, dont la maintenance est garantie, en comparaison aux hôpitaux mal entretenus dans les pays frontaliers.
- Les équipements sont à la pointe de la technologie.
- L'accès au matériel est très bon et les dispositifs médicaux sont de bonne qualité.
- La convention collective de la FHL donne de bonnes conditions de travail : horaires, jours de congés.
- L'accès à la formation continue est garanti si le professionnel le demande.
- L'accès au temps partiel et au congé parental constitue un avantage apprécié par les femmes.
- La protection sociale attachée à l'exercice professionnel au Luxembourg est très bonne.
- Les établissements hospitaliers luxembourgeois ont une bonne réputation dans les pays frontaliers.
- Les soignants travaillent en sécurité sur base de protocoles ou sur des prescriptions médicales.
- La possibilité d'obtenir un CDI dès l'embauche est précieuse lorsque le professionnel démarre sa vie personnelle.
- La possibilité d'accéder à des services très spécialisés : chirurgie cardiaque, maternité de niveau 3, néonatologie intensive…
- Les cas cliniques sont moins lourds globalement car l'hôpital luxembourgeois réalise des prestations en ambulatoire pour des patients qui à l'étranger seraient pris en charge par des cliniques privées, ce qui contraint les hôpitaux à gérer les cas les plus critiques (ex : en imagerie médicale).
- La possibilité de développer des projets de soins innovants et d'en proposer existe.

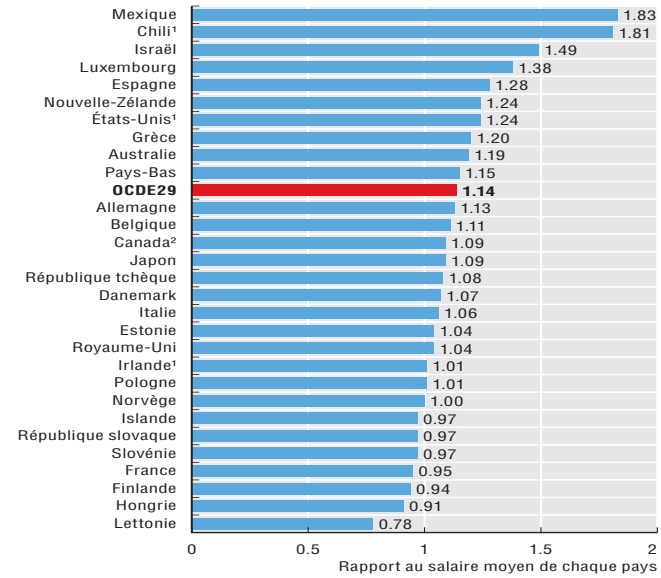
[15] https://www.frontaliers-grandest.eu/uploads/publications/METIER%20INFIRMIER%20LUXEMBOURG-web.pdf

Les directions des soins, notamment celles des hôpitaux, confirment que ces critères d'attractivité sont encore présents actuellement et permettent encore de recruter. Elles notent une certaine désespérance des professionnels en provenance des pays frontaliers qui les incitent à quitter leur pays de travail. Il est courant d'avoir des candidats entre 40 et 50 ans qui sont prêts à venir au Luxembourg tant ils sont déçus de l'évolution sanitaire de leur pays, notamment chez les frontaliers français.
Les directions craignent par contre toute amélioration salariale dans les pays limitrophes, car il est alors probable que certains professionnels évalueront le bénéfice réel de venir travailler au Luxembourg. Certaines alertes sont présentes avec des employeurs allemands qui commencent à proposer des primes de retour pour des infirmiers allemands travaillant à l'étranger.

Salaires
Les salaires se réfèrent à la convention collective de travail de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) et du secteur d'Aide et de soins et Secteur social (SAS) pour les soins extrahospitaliers. Ils sont beaucoup plus élevés qu'en France.
***Exemples de salaires** :*
- Infirmier débutant : 4.398 € brut
- Ancienneté de 10 ans : 5.548,54 € brut
- Ancienneté de 20 ans : 6.699,07 € brut

Fig.4.22 : Extrait du fascicule *Les opportunités d'emploi pour le métier d'infirmier au Luxembourg* publié par les Frontaliers Grand-Est, p. 6, avril 2019

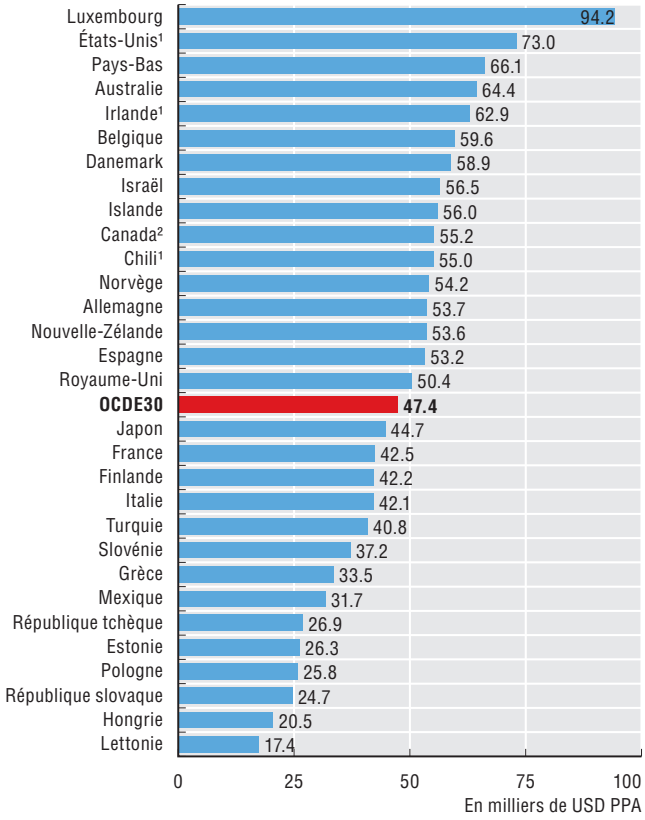
La comparaison **du salaire d'un infirmier à l'hôpital par rapport au salaire moyen** de son pays en 2015, au sein des 29 pays de l'OCDE ayant accepté de participer à cette étude place le Luxembourg en 4ème position avec un coefficient de 1,38, alors que celui de l'Allemagne était de 1,13, celui de la Belgique de 1,11, celui de la France de 0,95 et celui de la moyenne des 29 pays de 1,14.



1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau supérieur au Chili, aux États-Unis et en Irlande (d'où une surestimation).
2. Les données comprennent le personnel infirmier de niveau supérieur et les infirmiers nouvellement diplômés pas encore inscrits.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933609302

Source : OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE,* Éditions OCDE, Paris. *http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr*
Fig. 4.23: Comparaison du salaire moyen d'un infirmier à l'hôpital par rapport au salaire moyen par pays en 2015



1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau supérieur au Chili, aux États-Unis et en Irlande (d'où une surestimation).
2. Les données comprennent le personnel infirmier de niveau supérieur et les infirmiers nouvellement diplômés pas encore inscrits.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933609321

Source : OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE,* Éditions OCDE, Paris. *http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr*

Fig. 4.24: Comparaison des rémunérations d'un infirmier à l'hôpital en USD par pays en 2015

Pour ce qui concerne la **rémunération d'un infirmier à l'hôpital en 2015** exprimée en USD, le Luxembourg arrive en 1ère position des 30 pays ayant participé, ce qui corrobore le facteur d'attractivité cité par les professionnels rencontrés lors de cet état des lieux. Ce graphique permet aisément d'expliquer que le Luxembourg ait pu puiser dans les ressources d'infirmiers des pays frontaliers en rémunérant les prestations de l'infirmier hospitalier à hauteur de 94.200 USD, contre 59.600 USD en Belgique, 53.700 USD en Allemagne et 42,5 USD en France. Ce graphique explique aussi la configuration des nationalités des infirmiers au Luxembourg telle que présentée dans la partie 9 décrivant chacune des professions de santé.

4.3.3 Critères de négociation pour l'embauche

Certains éléments font l'objet de demandes lors des entretiens de recrutement des professions de santé. Il est intéressant de les citer car ils sont le témoignage de l'évolution sociétale et correspondent aux attentes nouvelles des professionnels de la santé envers leurs employeurs lorsqu'ils sont salariés :

- la possibilité d'avoir une place de parking,
- une offre de transport en commun,
- ne pas faire de nuit,
- ne pas faire de weekend,
- avoir une flexibilité des horaires de travail,
- pouvoir travailler à temps partiel,
- avoir une assurance complémentaire maladie payée par l'employeur,
- avoir la possibilité de faire du télétravail : lecture d'imageries à domicile,
- avoir une place en crèche,
- avoir la possibilité de mutations internes dans l'institution,
- avantages hors CCT pour les cadres: téléphone, voiture de fonction, allocation pour le logement.

4.3.4 En conclusion, le Luxembourg dispose tant pour les médecins que pour les soignants de critères d'attractivité. Les conditions économiques pour les professions de santé sont encore suffisamment élevées pour permettre dans certaines disciplines de répondre aux besoins de recrutement, en attirant entre autres par le salaire les professions de santé frontalières. Les comparaisons faites par l'OECD publiées dans le Panorama de la santé 2017 confirment la position de leader du Luxembourg en 2015 pour les infirmiers.
Par contre chez les médecins, les différences de revenus ne constituent plus un facteur d'attractivité pour recruter des médecins en provenance des pays limitrophes.
Il faut noter que l'environnement de travail, à savoir des hôpitaux neufs, des équipements à la pointe de la technologie, l'accès à des dispositifs médicaux de qualité, aux médicaments, à la formation continue, ainsi que la liberté thérapeutique, le libre accès des patients aux médecins et le peu de contrôle de l'activité des prestataires par les pouvoirs publics sont autant de facteurs qui influencent positivement pour le recrutement des professionnels de la santé.

Résumé Partie 4 : Facteurs contributeurs de pénurie en professionnels de la santé et critères d'attractivité du Luxembourg

Stratégie mondiale à l'horizon 2030 de l'OMS

La pénurie en personnels de santé est un problème mondial qui concerne aussi bien les pays en développement que les pays à revenu élevé. Le Luxembourg n'est pas exempté de cette problématique.
L'OMS prévoyait en 2013 que d'ici à 2030, la région Europe aurait besoin de 32 % de plus de personnels dans le secteur de la santé en raison du vieillissement démographique et de la transition épidémiologique vers les maladies chroniques.
C'est pourquoi elle a publié en 2016 une stratégie mondiale à l'horizon 2030 concernant les ressources humaines pour la santé.
Elle fixe des objectifs et des cibles à atteindre dont notamment une réduction par deux de la dépendance des Etats membres au recrutement de professionnels hors frontière. Elle incite les pays à mettre en place une gouvernance responsable et redevable des résultats obtenus, à mieux utiliser les ressources disponibles, à investir dans les soins primaires en donnant une place majeure aux médecins généralistes et aux infirmiers et sages-femmes en santé communautaire, à revoir tout le système de formation, à créer un environnement favorable pour les professionnels de la santé afin de les inciter à entrer dans ces professions et à les fidéliser, à reconnaître la pénibilité de ces professions et à y apporter des signes de reconnaissance sous diverses formes, à investir dans les nouvelles technologies pouvant contribuer à une moindre utilisation de ressources en personnel de santé, à impliquer les patients dans l'auto prise en charge de leurs soins.
Le signal d'alerte pour les pays est donc majeur et doit être pris en considération par les gouvernements car c'est la pérennité du système sanitaire qui est en jeu et sa capacité à pouvoir maintenir une couverture des soins de santé universelle et de produire à moyen terme des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population.

Types de facteurs influençant la pénurie

Des facteurs peuvent influencer la pénurie. Il s'agit :

- de facteurs démographiques,
- de facteurs épidémiologiques,
- de facteurs structurels,
- de facteurs sociétaux.

Facteurs démographiques

Il existe au Luxembourg des facteurs démographiques à considérer dans l'analyse des difficultés de recrutement présents ou à venir des professionnels de la santé. La population résidente et la population protégée sont en croissance constante depuis les 10 dernières années.
Les perspectives à 2030 prévoient à la fois une croissance de la population résidente mais aussi un accroissement du nombre de personnes de plus de 65 ans. Or cette population est celle qui consomme le plus de soins de santé en moyenne par rapport aux autres classes d'âge. Elle consommera donc des ressources professionnelles dans le cadre de l'AD mais aussi de l'assurance maladie.
Il faut donc prévoir que les besoins en soins continueront de croître. Etant donné que la formation de professionnels de la santé est longue, notamment pour les médecins, il est fondamental de se demander dès à présent comment organiser le système de soins de santé et ses ressources professionnelles pour optimiser la réponse aux besoins de santé, notamment dans les secteurs où les difficultés de recrutement se font déjà sentir. En parallèle, cela impose en fonction d'une vision partagée du système de soins de santé de planifier les besoins en ressources professionnelle et de développer des stratégies de formation et des stratégies de recrutement.

Facteurs épidémiologiques

Sur plusieurs indicateurs épidémiologiques pour lesquels il est possible de comparer le Luxembourg aux autres pays européens, la situation épidémiologique n'apparaît pas être plus complexe à gérer que dans le reste de l'Europe et ne semble pas demander un surcroit de ressources professionnelles. Pour conserver le même niveau ou encore l'améliorer, il y a donc lieu de veiller à maintenir au minimum le même ratio de ressources professionnelles et d'optimiser la mise à disposition de leurs connaissances et compétences, car le remplacement des départs naturels de professionnels de la santé sera une tâche difficile à réaliser.

Facteurs structurels

Les facteurs structurels sont beaucoup plus nombreux à augmenter les besoins en médecins ou à aggraver les difficultés de recrutement des professionnels de la santé au Luxembourg :

- l'absence de faculté de médecine complète et de centre hospitalier universitaire qui engendrent le refus de candidats expérimentés en raison de la perte de leur fonction d'enseignement universitaire et parfois de recherche universitaire associées à leur fonction clinique,
- les mouvements nationaux entre le salariat au CHL et l'exercice libéral dans un autre établissement qui induit pour le Centre Hospitalier de devoir recruter régulièrement et subir plus fréquemment les difficultés pour trouver des médecins expérimentés dans certaines disciplines,
- l'exercice libéral de la médecine hospitalière qui bien que promu globalement comme modèle positif par le corps médical au Luxembourg est un modèle qui engendre des réticences et des refus de bons candidats car il peut générer :
    - des incertitudes de revenus lors de l'installation pour un médecin ayant déjà quelques années d'expérience,
    - un exercice professionnel jusqu'à 65 ans sans être libéré d'appels primaires gérés habituellement par les internes,
    - une absence ou une insuffisance de compagnonnage lors de l'installation d'un jeune médecin,
    - une opposition possible du groupe de médecins de la spécialité lorsqu'ils refusent pour diverses raisons l'élargissement du nombre de médecins,
- l'accès direct au médecin spécialiste qui engendre un plus grand besoin en médecins spécialistes,
- la formation des professionnels de la santé qui :
    - ne propose pas toutes les formations au Luxembourg et oblige des jeunes à partir à l'étranger, ce qui en soit n'est pas négatif, mais peut être un frein à la formation malgré les aides financières de l'Etat,
    - est limitée par le nombre de places offertes par les pays étrangers (52 places pour les médecins),
    - est limitée par les locaux disponibles au LTPS pour accueillir des étudiants en études pour professions de santé,
    - possède un taux de déperdition au cours de la formation proche de 50 % en médecine et de 30 à 40 % chez les professions de santé,
    - propose des niveaux de diplômes de BTS et de BTS spécialisés pour les infirmiers et infirmiers spécialisés fermant les portes aux jeunes pour accéder à des études universitaires complémentaires (DU) dont les services de soins ont besoin,
- l'absence de soutien aux employeurs pour proposer une promotion professionnelle contractuelle à ses salariés motivés pour reprendre des études, notamment pour les professions de santé où la pénurie de professionnels issus du Luxembourg est importante,

- l'inégalité de valeur de la prestation médicale entre les différentes spécialités avec un différentiel de 1 à 3 qui n'incite pas les étudiants en médecine à choisir certaines spécialités et à venir s'installer au Luxembourg,
- l'inégalité du système de rémunération des professions de santé avec 4 modèles (Etat, FHL, COPAS et privé), qui témoigne du peu de reconnaissance par le pays du rôle des soignants auprès des personnes âgées, handicapées ou socialement défavorisées, engendre un effet de sous-catégories chez les professions de santé et aggrave les difficultés de recrutement dans ces secteurs,
- l'organisation du système de soins de santé, qui par son déploiement d'offres de service sur tout le territoire pour donner satisfaction aux attentes de la population, est consommateur de plus de ressources professionnelles,
- l'insuffisance de recommandations de bonne pratique publiées par le CSDS et l'absence de vérification de leur application qui peut laisser libre cours à une sur-prescription ou à une surmédicalisation et peut engendrer une demande accrue de professionnels de la santé,
- le manque de considération accordée aux étudiants en formation spécifique en médecine générale et aux MEVS ainsi qu'aux stagiaires en médecine, et le manque de ressources allouées à l'enseignement des étudiants en médecine au sein des institutions qui les accueillent en stage, qui ne donnent pas le sentiment aux futurs jeunes médecins d'être attendus par le pays.

Facteurs sociétaux

Plusieurs facteurs sociétaux influencent la situation de pénurie et les difficultés de recrutement des professionnels de la santé. Pour certains facteurs, tels que la féminisation, la demande d'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, la concurrence avec les autres pôles d'activité économique du pays, il est peu probable de pouvoir les modifier. Il faut composer avec et en tenir compte dans le plan d'action pour pallier à la pénurie. Il est possible par contre d'agir sur certains autres facteurs liés à l'environnement, tels que l'encadrement en stage des étudiants en médecine, les conditions de travail, les conditions d'installation, l'image des professions et la valorisation des métiers de la santé, la juste rémunération des prestations et l'indemnisation des contraintes liées au travail dans ces secteurs, ainsi que sur des incitatifs au retour des médecins jeunes diplômés.

Critères d'attractivité

Le Luxembourg dispose tant pour les médecins que pour les soignants de critères d'attractivité. Les conditions salariales pour les professions de santé sont encore suffisamment élevées pour permettre dans certaines disciplines de répondre aux besoins de recrutement, en attirant entre autres par le salaire les professions de santé frontalières. Les comparaisons faites par l'OECD publiées dans le Panorama de la santé 2017 confirment la position de leader du Luxembourg en 2015 pour les salaires des infirmiers.

Par contre chez les médecins, les revenus ne constituent plus du tout un facteur d'attractivité pour recruter des médecins en provenance des pays limitrophes.

Il faut noter cependant que l'environnement de travail, à savoir des hôpitaux neufs, des équipement à la pointe de la technologie, l'accès à des dispositifs médicaux de qualité, aux médicaments, à la formation continue, ainsi que la liberté thérapeutique, le libre accès des patients aux médecins et le peu de contrôle de l'activité des prestataires par les pouvoirs publics sont autant de facteurs qui influencent positivement pour le recrutement des professionnels de la santé.

Recommandations Partie 4

- Déposer en 2019 auprès du gouvernement une stratégie nationale globale sur 10 à 15 ans impliquant tous les ministères concernés par la problématique de pénurie des professionnels de la santé et visant à atteindre les cibles fixées par l'OMS dans la stratégie mondiale à l'horizon 2030.
- Mettre en place une instance de gouvernance nationale permanente redevable des résultats obtenus, ayant l'autorité et les moyens pour aboutir, qui devra se baser sur des données objectives et sur une vision partagée de l'organisation du système de soins de santé.
- Définir les indicateurs de suivi de la stratégie nationale contre la pénurie en professionnels de santé et les mettre en œuvre.
- Informer la population des enjeux et des efforts à consentir pour maîtriser le risque de pénurie de ressources professionnelles à venir.
- Impliquer la Chambre des députés afin qu'elle soutienne les efforts à faire par son travail sur les législations qui lui seront proposées ainsi que par les engagements budgétaires qui seront à prévoir dans les budgets de l'Etat pendant plusieurs années.
- Impliquer les partenaires sociaux, notamment ceux du Conseil d'Administration de la CNS, afin de les associer aux efforts à consentir et les préparer à l'évolution des coûts prévisibles.
- Développer un programme d'intégration des jeunes médecins au Luxembourg et un modèle de compagnonnage pour les soutenir lors d'une primo installation.
- Développer des règles nationales partagées concernant le processus de recrutement lors d'un départ naturel de médecin afin de responsabiliser les acteurs dans la prévention d'une pénurie.
- Renégocier avec les pays frontaliers, au plus haut sommet de l'Etat, de nouvelles conventions pour la formation des médecins et de certaines autres professions de santé, en contribuant éventuellement financièrement au coût de la formation, afin de garantir avec sécurité pour l'avenir les places d'accueil dans les universités étrangères et augmenter les possibilités d'accueil d'étudiants en provenance de Luxembourg.
- Chercher des solutions logistiques (locaux notamment) au Luxembourg afin de pouvoir former plus d'étudiants dans certaines formations de professions de santé (infirmiers, infirmiers spécialisés).
- Revoir le système de formation et de tutorat des études médicales et des études pour professions de santé afin de diminuer le taux de déperdition annuel.
- Adapter le niveau d'accès (Bac) à la formation et les niveaux de diplômes des professions d'infirmiers et d'infirmiers spécialisés, en optant pour des formations post-bac qui permettront à des jeunes plus matures d'accéder aux études et de pouvoir continuer ensuite, s'ils le souhaitent, vers des formations universitaires complémentaires tout au cours de la vie professionnelle (DU par exemple).
- Mettre en place un dispositif de promotion professionnelle contractuelle[16] avec l'employeur, s'appliquant prioritairement pour les professions de santé présentant de fortes pénuries, en soutenant financièrement les employeurs et en les incitant chaque année à proposer ce dispositif à leurs propres employés.
- Réfléchir sur le modèle actuel de tarification à l'acte des prestations médicales et sur la nomenclature des médecins et médecins dentistes à mettre en œuvre pour modifier positivement le déséquilibre actuel des revenus entre les différentes disciplines médicales.

[16] Ce dispositif déjà appliqué dans d'autres pays, permet à un salarié de conserver son salaire pendant la durée totale de sa formation contre signature d'un contrat de 3 à 5 ans après le diplôme. L'employeur doit bénéficier d'une compensation des montants investis

- Harmoniser les conventions collectives de travail de la FHL et de la COPAS-FEDAS afin de ne pas dévaloriser le rôle des professionnels dans le secteur de l'assurance dépendance et de permettre une meilleure circulation des professionnels entre les secteurs au cours de la vie professionnelle, ce qui pourrait permettre de les garder plus longtemps au travail sans épuisement professionnel.
- Repenser l'accès à l'offre de services de santé dans un souci à la fois d'accessibilité aux soins pour la population, de qualité de la prise en charge mais aussi d'optimisation des ressources professionnelles en posant de nouveau la question du médecin généraliste comme « gatekeeper ».
- Continuer la publication des recommandations de bonne pratique en professionnalisant les ressources du CSDS, en élargissant ces recommandations aux soins non médicaux par la création d'une division autonome au sein du CSDS, en impliquant les associations professionnelles et les sociétés médicales à proposer les recommandations, et en instaurant une évaluation de leur mise en application.
- Revoir le système de compensation des contraintes professionnelles chez les médecins et chez les soignants, lorsqu'elles affectent l'équilibre avec la vie personnelle, notamment dans les services ou disciplines où le faible nombre de professionnels devant assumer ces contraintes est faible, imposant alors une fréquence élevée de mise à disposition. Valoriser correctement ces pénibilités sectorielles.
- Redonner un vrai statut au médecin hospitalier et le rendre attractif. Veiller à ce que la médecine hospitalière reste attractive par rapport à l'exercice médical des spécialistes en cabinet de ville et soit valorisée et reconnue pour son expertise à prendre en charge des cas cliniques complexes, afin de prévenir la désertion médicale hospitalière des praticiens n'ayant pas besoin spécifiquement d'un plateau technique hospitalier. La possibilité de tarification pour des prestations hospitalières réservées est à réfléchir.
- Engager sur une période d'au moins 5 ans une véritable promotion des professions médicales et des professions de santé auprès de la population, après avoir décidé la revalorisation du niveau de formation des professions de santé (Bac +), en donnant une image positive de ces professions, en utilisant des moyens modernes de communication, et en s'adressant aux parents et aux jeunes.
- Développer des incitatifs à l'installation médicale et au retour des jeunes médecins vers le Luxembourg, notamment des aides au logement ou des aides à l'installation de cabinets, éventuellement des réductions d'impôts, selon un plan d'action basé sur une vision du système de santé concertée pour les 15 ans à venir, sur des données objectives de pénurie dans certaines disciplines et sur des données relatives aux étudiants en médecine et aux MEVS. Disposer d'un fonds pouvant permettre de soutenir l'accueil des jeunes médecins et leur encadrement au démarrage de l'activité. Développer un processus d'accueil national structuré pour tout médecin venant s'installer pour la 1ère fois au Luxembourg.
- Définir un modèle national pour la question linguistique, applicable à tous les secteurs et réfléchir sur l'utilisation des nouvelles technologies et de l'intelligence artificielle dans ce domaine afin de pouvoir répondre aux besoins de chaque bénéficiaire.
- Organiser un véritable programme d'encadrement structuré des MEVS dans les établissements hospitaliers en allouant en contrepartie une allocation de ressources financières mais aussi des locaux et des outils pédagogiques dédiés aux étudiants. Définir au niveau national avec l'Université un véritable statut du

médecin tuteur de stage avec une mission d'encadrement claire et financée, avec une évaluation de son opérationnalisation.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 5
Indicateurs d'un état de pénurie en professionnels de la santé au Luxembourg

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Contributeur :
Laurianne KREMER, *master en sciences de la santé publique, master en sciences en épidémiologie*

Sommaire

Partie 5 : Indicateurs d'un état de pénurie en professionnels de la santé au Luxembourg	**Page**
Glossaire	4
5.1 Préambule	5
5.2 Indicateurs de difficultés de recrutement des professionnels de la santé	6
5.2.1 Situations de recrutement des professionnels de la santé	6
5.2.2 Procédure de recrutement	6
5.2 3 Indicateur relatif aux moyens utilisés pour le recrutement	8
5.2.4 Indicateur relatif à la qualité des candidatures spontanées médicales	8
5.2.5 Indicateur relatif au périmètre de recrutement médical	9
5.2.6 Indicateur relatif au périmètre de recrutement des professions de santé	12
5.2.7 Indicateur relatif à la durée de recrutement d'un médecin	14
5.2.8 Indicateur relatif à la durée de vacance d'un poste pour les professions de santé	16
5.3 Indicateurs d'accessibilité aux médecins au Luxembourg	19
5.3.1 Chômage des médecins	19
5.3.2 Liste d'attente des médecins	19
5.3.3 Délais d'obtention d'un rendez-vous pour un nouveau patient	19
5.3.4 Délais d'obtention d'un rendez-vous d'un MG chez un MS	20
5.3.5 Visites médicales à domicile	21
5.3.6 MG pour les maisons de soins ou les services de rééducation gériatrique	22
5.3.7 Avis des médecins sur la pénurie médicale	23
5.3.8 Avis des patients sur la pénurie médicale	24
5.3.9 Flux des médecins	25
5.3.10 Benchmark sur les ressources médicales	27
5.3.11 Conclusion sur la pénurie des ressources médicales	27
5.4 Indicateurs de pénurie des professions de santé	29
5.4.1 Chômage des professions de santé	29
5.4.2 Liste d'attente chez les professions de santé	29
5.4.3 Embauche des nouveaux diplômés	29
5.4.4 Occupation des postes accordés	29
5.4.5 Flexibilité du recrutement	29
5.4.6 Intensification de la charge de travail par individu	30
5.4.7 Benchmark sur les ressources en professions de santé	30
5.4.8 Conclusion sur la pénurie des professions de santé	33
Résumé partie 5 : Indicateurs d'un état de pénurie en professionnels de la santé au Luxembourg	35

Glossaire

Acronyme	Définition
AD	Assurance Dépendance
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CCT	Convention Collective de Travail
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CFB	Centre François Baclesse
CSDS	Conseil Scientifique dans le Domaine de la Santé
DU	Diplôme Universitaire
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
LTPS	Lycée Technique pour Professions de Santé
MEVS	Médecin en voie de spécialisation
MG	Médecin généraliste
MS	Médecin spécialiste
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

5.1. Préambule

Cette partie ne porte que sur les professionnels de la santé, médecins et autres professions de santé, qui interviennent dans le processus de prise en charge des bénéficiaires, quel que soit le secteur d'activité : hospitalier ou extrahospitalier, assurance dépendance, secteur de l'aide sociale. Ne sont pas considérés ici les professionnels de la santé occupant des fonctions administratives au sein des organisations publiques ou privées.

L'offre de services pour couvrir les besoins sanitaires de la population résidant au Luxembourg et des frontaliers protégés se fait par divers types d'organisation professionnelle des ressources de la santé :

- des médecins décidant sur leur propre initiative de s'installer au Luxembourg en cabinet libéral, sans avoir recours aux structures hospitalières, qui exercent seuls,
- des médecins décidant sur leur propre initiative de s'installer au Luxembourg en cabinet libéral, sans avoir recours aux structures hospitalières, qui sont associés avec d'autres confrères,
- des médecins demandant à avoir un agrément avec un hôpital pour y assurer des prestations et qui disposent aussi d'un cabinet libéral, mais exercent seuls,
- des médecins demandant à avoir un agrément avec un hôpital pour y assurer des prestations et qui disposent aussi d'un cabinet libéral, qui sont associés avec d'autres confrères,
- des médecins ayant un agrément avec un hôpital sans avoir de cabinet libéral sur le territoire et qui prestent exceptionnellement au Luxembourg en raison de leur expertise spécifique (ex : une fois par mois) car leur activité principale se situe à l'étranger, le plus souvent dans un CHU,
- des médecins essentiellement salariés d'institutions hospitalières ou extrahospitalières,
- des médecins salariés d'institutions hospitalières ou extrahospitalières à temps partiel associant une activité en cabinet libéral seul ou en association avec des confrères,
- des MEVS,
- des professions de santé en activité en cabinet libéral sans activité salariée dans une institution associée,
- des professions de santé en activité en cabinet libéral associée à une activité salariée en institution,
- des professions de santé en activité en cabinet libéral en association avec d'autres confrères,
- des professions de santé essentiellement salariées au sein d'une ou plusieurs institutions.

La question de la pénurie peut être observée au travers d'indicateurs divers portant sur :

- les difficultés de recrutement rencontrées par les institutions ou les associations de médecins ou de professions de santé, tant pour un contrat salarié que pour un contrat d'agrément ou un contrat d'association,
- les ratios de couverture de la population par des professionnels exerçant auprès des bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'assurance dépendance ou de l'action sociale et leur comparaison avec les autres pays.

Elle peut aussi être estimée à travers le vécu des patients ou des demandeurs de prestations de santé.

Dénifition de la pénurie :
Une pénurie en professionnels de la santé est définie par une incapacité à couvrir un besoin de santé par une compétence attendue. La ressource n'existe pas sur le marché de l'emploi. La pénurie entraîne l'abandon de la prestation temporairement ou définitivement ou la réduction d'activité. Exemples : fermeture de lits hospitaliers par insuffisance de dotation en personnel, fermeture de salles de bloc opératoire, fermeture d'un service d'urgence.

Définition de la difficulté de recrutement :
Allongement du délai entre l'annonce d'un poste vacant et la signature d'un contrat.

5.2. Indicateurs de difficultés de recrutement des professionnels de la santé

5.2.1 Situations de recrutement des professionnels de la santé

Plusieurs situations peuvent amener des institutions à recruter un médecin ou une profession de santé, notamment :

- le **départ en pension** d'un médecin ou d'une profession de santé, agréé(e) ou salarié(e),
- la **séparation contractuelle** : départ volontaire d'un médecin agréé, départ volontaire d'un salarié, licenciement d'un salarié, rupture de contrat avec un médecin agréé,
- la **longue maladie** d'un médecin ou d'une profession de santé agréé(e) ou d'un salarié,
- le **congé maternité**, le plus souvent chez les salariés, car chez les libéraux la compensation se fait soit par les associés sur qui se reporte l'activité, soit le professionnel décide de sa propre initiative de ne pas prendre de congés de maternité et limite son arrêt d'activité à une période très courte,
- le **congé parental** d'un médecin ou d'une profession de santé agréé(e) ou d'un salarié,
- l'**augmentation de l'activité** avec par exemple un accroissement du nombre de lits (ex : 100 lits de rééducation fonctionnelle pour le Rehazenter),
- l'**ouverture d'une nouvelle activité** au sein de l'établissement (ex : gériatrie),
- la **création d'un nouvel établissement** (ex : ouverture d'une maison de soins, d'un foyer pour personnes avec handicap),
- l'**ouverture d'une sur-spécialisation** nécessitant une compétence très spécifique (ex : chirurgie par robotique, radiothérapeute compétent pour la nouvelle technologie IMR Linac[1]).

5.2.2 Procédure de recrutement

Pour les médecins, la procédure de recrutement varie selon qu'elle a lieu dans une institution ou dans une association de médecins.
Lorsqu'il s'agit d'une association de médecins, chacun des membres de l'association fait appel à son réseau professionnel au sein de la faculté de médecine où il a fait ses études

[1] Il s'agit d'un appareil de radiothérapie avec IRM intégrée qui permet de visualiser en temps réel le volume et les contours de la tumeur, de mieux cibler la zone à irradier et de faire une adaptation du volume et de la répartition de la dose en temps réel, en diminuant les effets collatéraux sur les organes voisins.

ou auprès des services de CHU dans lesquels il est passé, et sollicite des candidats potentiels. En cas de difficultés à trouver et selon l'urgence du recrutement, l'association peut mettre une annonce dans les journaux professionnels européens. C'est l'association de médecins qui décide du moment opportun pour lancer la procédure de recherche d'un prochain collègue. Les avis peuvent diverger au sein d'une même association sur le recrutement, car l'arrivée d'un nouveau collègue peut fragiliser dans certains cas l'équilibre financier de chacun des médecins membres de l'association. C'est pourquoi en général, les associations veillent, lorsqu'elles recrutent, à engager un collègue pouvant apporter une compétence complémentaire à la compétence de base de la discipline afin de limiter au mieux le partage des activités et d'enrichir l'offre de prestations.

Pour le recrutement d'un médecin en institution, il existe une procédure différente selon chacun des établissements.

Pour le CHL la procédure nécessite que le poste soit déclaré vacant ou que le poste soit créé par le CA pour que la procédure de recrutement soit enclenchée par la direction médicale. Le recrutement se fait sur publication du poste, analyse des candidatures par une commission d'évaluation des candidatures qui fait une évaluation sur dossier, entretiens avec les candidats, classement des candidats avec présentation des candidatures classées au Conseil médical avec proposition du candidat à recruter, validation par le Conseil d'administration avant engagement. La procédure est donc longue et nécessite une bonne anticipation, tenant compte des délais pour trouver le bon candidat.
Au CHEM, le Directeur médical est responsable du processus de recrutement. Lorsqu'un poste est vacant ou va le devenir, la procédure de recrutement est lancée par anticipation avec diffusion de la vacance de poste. Le directeur médical assure un pré-tri des candidats. Un comité de sélection reçoit les candidats en présence des représentants de médecins de la spécialité, à qui il est demandé un avis écrit. Le Conseil médical participe à cette commission de sélection. La candidature qui a obtenu un avis favorable est alors présentée au Conseil d'administration pour agrément.
Aux HRS, la procédure d'agrément repose sur trois piliers : un accord de la direction pour l'agrément d'un nouveau médecin, une proposition de recrutement des médecins de la spécialité, l'avis du Conseil médical lorsque la sélection a été réalisée. Le contrat d'agrément prévoit un délai d'une année lors d'une rupture de contrat, ce qui donne à l'établissement et au groupe de médecins de la spécialité du temps pour chercher un successeur.
Au CHdN, le projet de l'établissement prévoit un organigramme médical avec un nombre de médecins par spécialités, négocié avec chacune des spécialités. Le groupe des médecins par spécialité est responsable de proposer le collègue lors d'un remplacement. C'est donc le groupe qui prend les contacts avec son réseau étranger, analyse les candidatures spontanées qui lui ont été transmises. La direction médicale voit le candidat proposé, le Conseil médical également. Si le candidat reçoit un avis favorable de ces deux instances, il lui est proposé un contrat d'agrément avec un temps d'essai de 6 mois, au bout duquel il pourra être proposé à agrément définitif auprès du Conseil d'administration. L'établissement mise sur l'autorégulation par les groupes de médecins, qui peuvent demander une modification de l'organigramme médical (séance 2 fois par an). A partir de 60 ans, le poste est ouvert systématiquement si le médecin décide de ne plus participer à la garde médicale. A 65 ans, l'ouverture du poste est obligatoire. A 70 ans, le contrat d'agrément ne peut plus être prolongé. La direction médicale peut décider d'ouvrir un poste contre l'avis du groupe de médecins de la spécialité, ce qui rend complexe l'intégration du médecin.

Dans les autres institutions hospitalières, le directeur général gère la procédure de recrutement en impliquant le Conseil médical. La candidature retenue est ensuite approuvée par le Conseil d'administration.

Au niveau des professions de santé salariées, le recrutement est assuré par vacance de poste avec publication interne et externe. Elle est gérée par le service des ressources humaines sur base d'un profil de fonction, en concertation avec les cadres du département et service concernés. Diverses entrevues, assorties parfois de tests linguistiques ou de tests techniques, sont organisées avec le candidat. Les candidats ont un contrat CDD ou CDI selon la politique de l'établissement, avec un temps d'essai tel que prévu par la loi du travail.
Pour les professions de santé en association, la recherche d'un futur collègue se fait par le groupe, en activant le réseau de connaissances. Il s'agit d'une cooptation entre pairs. Cela se passe le plus souvent après un essai sous forme de remplacements lors de congés.

5.2.3 Indicateur relatif aux moyens utilisés pour le recrutement

Les outils de recrutement chez les professions de santé sont les mêmes qu'il y a 10 ans à savoir l'utilisation du fichier des candidatures spontanées reçues, l'annonce dans les journaux locaux, l'affichage sur le site Internet de l'institution, éventuellement l'utilisation des sites spécialisés d'offres d'emploi, la publication à l'ADEM, et la mise en route des contacts individuels pour recruter éventuellement chez la concurrence nationale notamment pour les postes clés d'infirmiers anesthésistes, d'infirmiers de bloc opératoire, d'infirmiers psychiatriques, d'infirmières pédiatriques ou de sages femmes.

Pour les médecins, les outils de recrutement ont évolué ces 10 dernières années. Alors qu'il y a 10 ou 15 ans, le nombre de candidatures spontanées reçues pouvait suffire à recruter le médecin souhaité, ce n'est plus le cas actuellement. La publication des postes dans les journaux locaux persiste. Mais elle est complétée par la publication des postes vacants sur le site Internet de l'établissement, sur les sites des sociétés médicales européennes, ainsi que sur certains sites européens d'offre d'emploi. Le réseau informel et les contacts directs à l'étranger avec les anciens collègues sont très usités. Des agences de recrutement française, allemande ou belge ont été utilisées ces dernières années lorsque la situation était vraiment critique, et ce malgré les coûts de la mission.

5.2.4 Indicateur relatif à la qualité des candidatures spontanées médicales

Une évolution des candidatures spontanées de médecins reçues par les établissements s'est produite dans les 10 dernières années. Il devient très rare de recevoir une candidature ayant un profil de chef de clinique à savoir d'un médecin ayant fait 2 à 4 ans supplémentaires après sa spécialisation. Lorsque les établissements en reçoivent une, même si il n'y a pas de poste vacant à ce moment là, ils vont contacter la personne, la rencontrer et parfois même l'agréer par anticipation afin de ne pas laisser passer la compétence.
Auparavant, des candidatures spontanées avec les niveaux d'expérience souhaités provenaient des 3 régions transfrontalières : Bruxelles, Liège, Nancy, Metz, Strasbourg, Trêves, Homburg, Sarrebruck, Francfort, Cologne. Ce n'est plus le cas. Ces candidatures sont devenues beaucoup plus rares.
Les candidatures spontanées de médecins actuellement proviennent le plus souvent de pays d'Europe de l'Est (ex : Roumanie, Moldavie, Bulgarie, Russie) ou de pays africains (ex : Tunisie, Maroc, Algérie, Côte d'Ivoire), dont les parcours de formation et les

expériences cliniques ne sont pas toujours suffisamment convaincants pour les directions médicales.

Beaucoup de candidatures spontanées sont rejetées car les profils ne permettent pas d'envisager un exercice libéral de la médecine, sans supervision et sans complément de formation. Il faudrait trop investir pour arriver au niveau attendu et les établissements n'ont pas l'organisation et les moyens pour se permettre ce type de stratégie.
Dans certaines situations critiques, en l'absence d'autres candidats disponibles sur le marché de l'emploi, certaines directions médicales conviennent, que pour pouvoir garantir le service public, elles ont dû agréer certains de ces médecins et l'expérience ne s'est pas avérée toujours concluante.
Bien entendu, il ne faut pas conclure que tous les professionnels issus de ces pays ne disposent pas des compétences nécessaires pour exercer leur profession au Luxembourg.
Cet indicateur pourrait témoigner néanmoins d'un certain épuisement des capacités à recruter dans les pays limitrophes du Luxembourg.

5.2.5 Indicateur relatif au périmètre de recrutement médical

Pour apprécier cet indicateur, les nationalités des médecins exerçant auprès des patients, qui étaient actifs et répondaient au critère de sélection de l'étude et pour lesquels la nationalité était connue dans les données de la CNS, ont été analysées par pays afin d'étudier une potentielle évolution entre 2007 et 2017. Cette analyse a été faite pour les 3 catégories de médecins suivantes ainsi que par spécialité médicale :

- médecins dentistes et stomatologues,
- médecins généralistes,
- médecins spécialistes, toutes spécialités confondues.

Quelque soit le groupe de médecins, entre 2007 et 2017 apparaissent, en plus de la Belgique, la France, l'Allemagne et le Luxembourg, de nouvelles nationalités chez les médecins, qui ont été regroupées en:

- pays de l'Europe du Nord[2] : Danemark, Finlande, Pays-Bas, Suède, Grande-Bretagne, les iles rattachées à la Grande-Bretagne, Suisse, Autriche,
- pays de l'Europe de l'Est : Serbie, Bulgarie, Tchéquie, Croatie, Hongrie, Lituanie, Pologne, Roumanie,
- pays latins : Espagne, Grèce, Italie, Portugal,
- pays arabes : Liban, Maroc, Syrie, Iran.

Remarque méthodologique : Il est possible que les médecins des pays latins ne soient pas tous venus de ces pays. En raison de la double nationalité possible, certains peuvent être nés au Luxembourg et avoir conservé leur nationalité familiale.

Chez les **médecins dentistes**, il est noté une forte progression entre 2007 et 2017 de médecins ayant une nationalité en provenance des pays latins et en provenance de l'Europe de l'Est. Le nombre de médecins dentistes français a continué d'augmenter en nombre et en proportion, ainsi que les médecins de nationalité allemande. Le nombre de médecins dentistes belges a baissé sur cette période. La proportion de médecins dentistes de nationalité luxembourgeoise a diminué sur les 10 années. Le périmètre de provenance des médecins dentistes s'est donc élargi entre 2007 et 2017.

[2] Les USA ont été rattachés à ce groupe (3 médecins en 2017) en raison de leur similitude dans les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques et lié au fait qu'ils servent de référence en Europe dans de nombreuses disciplines pour les recommandations de bonne pratique.

	2007		2017	
	Nombre	%	Nombre	%
Médecins dentistes				
Belgique	60	18,18%	56	11,43%
France	35	10,61%	101	20,61%
Allemagne	20	6,06%	55	11,22%
Luxembourg	200	60,61%	203	41,43%
Europe Nord	3	0,30%	6	1,21%
Pays latins	9	2,72%	49	10,00%
Europe Est	2	0,60%	14	1,84%
Pays arabes	0	0,00%	4	0,80%
Inconnu	1	0,30%	2	0,41%
Total	330	100,00%	490	100,00%

Source : Données CNS, Traitement IGSS

Tab. 5.1: Répartition des nationalités en 2007 et en 2017 des médecins dentistes au Luxembourg

Chez les **médecins généralistes**, la situation diffère : la plus grande progression en nombre est celle des médecins de nationalité luxembourgeoise, bien que leur proportion ait légèrement diminué (- 6,88 %) sur 10 ans. Plus de 95 % des médecins généralistes étaient de nationalité luxembourgeoise, belge, française ou allemande en 2017. Chacun des pays frontaliers a contribué à augmenter pendant ces 10 ans le nombre des médecins généralistes. La contribution totale en 2017 pour ces 3 pays était de 27,1 % alors que cela représentait 21,7 % en 2007. Bien que le Luxembourg ait eu plus de médecins généralistes formés de nationalité luxembourgeoise ces 10 dernières années, il n'en reste pas moins qu'en 2017, au total 31,51 % des médecins généralistes ont une autre nationalité.

	2007		2017	
	Nombre	%	Nombre	%
Médecins généralistes				
Belgique	28	8,21%	37	7,77%
France	35	10,26%	60	12,61%
Allemagne	11	3,23%	32	6,72%
Luxembourg	257	75,37%	326	68,49%
Europe Nord	4	1,16%	5	1,05%
Pays latins	5	1,45%	13	2,73%
Europe Est	0	0,00%	1	0,21%
Pays arabes	1	0,29%	2	0,42%
Inconnu	0	0,00%	0	0,00%
Total	341	100,0%	476	100,00%

Source : Données CNS, Traitement IGSS

Tab.5.2 : Répartition des nationalités en 2007 et en 2017 des médecins généralistes au Luxembourg

Chez les **médecins spécialistes**, les médecins de nationalité luxembourgeoise ne représentent que 48,62 %. Entre 2007 et 2017, les pays frontaliers ont continué à fournir des médecins spécialistes, mais il faut noter l'entrée des pays latins et des pays de l'Est, confirmant ainsi l'élargissement du périmètre de recherche et les changements du marché de l'emploi frontaliers. Alors que chez les médecins généralistes une croissance en nombre de médecins de nationalité luxembourgeoise est conséquente, celle des médecins spécialistes est faible de + 0,92 % sur la même période.

	2007		2017	
	Nombre	%	Nombre	%
Médecins spécialistes				
Belgique	94	11,46%	153	13,62%
France	44	5,37%	123	10,95%
Allemagne	122	14,88%	223	19,86%
Luxembourg	541	65,98%	546	48,62%
Europe Nord	8	0,97%	17	1,52%
Pays latins	8	0,98%	37	3,29%
Europe Est	0	0,00%	22	1,97%
Pays arabes	0	0,00%	1	0,09%
Inconnu	2	0,24%	1	0,09%
Total	819	100%	1123	100%

Source : Données CNS, Traitement IGSS

Tab.5.3 : Répartition des nationalités en 2007 et en 2017 des médecins spécialistes au Luxembourg

Sur **l'ensemble des médecins exerçant auprès des patients au Luxembourg**, quelque soit le groupe et le secteur d'activité hospitalier ou extrahospitalier, la représentation des nationalités a évolué comme suit entre 2007 et 2017 :

	2007		2017	
	Nombre	%	Nombre	%
Tous Médecins				
Belgique	182	12,21	246	11,78
France	114	7,65	284	13,60
Allemagne	153	10,27	310	14,84
Luxembourg	998	66,98	1075	51,46
Europe du Nord	15	1,01	28	1,34
Pays latins	22	1,48	99	4,74
Europe Est	2	0,13	37	1,77
Pays arabes	1	0,07	7	0,34
Inconnu	3	0,20	3	0,14
	1490	100,00	2089	100,00

Source : Données CNS, Traitement IGSS

Tab.5.4 : Répartition des nationalités en 2007 et en 2017 des médecins au Luxembourg

Même si le nombre de médecins de nationalité luxembourgeoise a augmenté de 77 personnes entre 2007 et 2017, leur proportion a diminué de 15,52 %. Ils représentent en 2017 un peu plus de la moitié des médecins exerçant aux patients répondant au critère de sélection de l'étude (51,46 %). Alors que la Belgique était le premier pays de recrutement en 2007, il a été devancé par l'Allemagne pendant la période 2007-2017 qui devient le 1er pays fournisseur avec 14,84 % de médecins de nationalité allemande. Une migration est observée des pays latins et des pays de l'Est vers le Luxembourg. Pour les pays de l'est, la migration naissante en 2007 évolue sur les 10 années observées passant de 2 médecins à 37 médecins.

En conclusion, l'analyse des nationalités des médecins entre 2007 et 2017 permet de montrer un élargissement du périmètre de recrutement des médecins et confirme ainsi les avis des directeurs médicaux des institutions. L'élargissement se fait sur les pays latins et sur les pays de l'Europe de l'Est. Cet élargissement est moins important chez les médecins généralistes chez lesquels les médecins de nationalité luxembourgeoise restent majoritaires, même si leur proportion a baissé sur cette période. Les 3 pays frontaliers contribuent fortement avec une proportion de 40,22 % des médecins en 2017 contre 30,13 % en 2007. Dans les pays d'Europe de l'Est, la migration la plus importante concerne des médecins roumains, sans doute en raison de leurs connaissances linguistiques en langue française. Pour les pays latins, le Portugal et l'Italie sont les nationalités majoritaires. Cette diversité de nationalité des médecins permet aussi de mieux s'adapter à la diversité de nationalités chez les patients.

5.2.6 Indicateur relatif au périmètre de recrutement des professions de santé

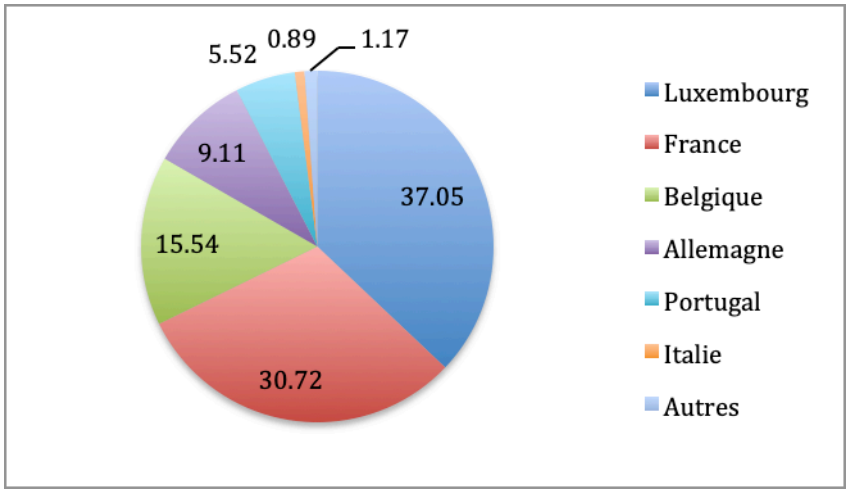
Chez les professions de santé, l'analyse de l'évolution des nationalités entre 2007 et 2017 n'a pas pu être réalisée pour les raisons suivantes :

- les données du registre professionnel exploitables n'ont été fournies par le MINSAN que pour l'année 2019,
- la CNS ne dispose pas de fichier comprenant l'ensemble des personnes exerçant en tant que professions de santé dans les hôpitaux et dans le secteur de l'AD, comportant une donnée sur la nationalité,
- la COPAS ne dispose pas d'un fichier complet sur les ressources professionnelles de son secteur, idem pour la FEDAS.

Seules les données fournies par les établissements hospitaliers ont été analysées. Elles donnent donc juste une photo instantanée des nationalités des professions de santé salariées des hôpitaux, mais donnent tout de même une idée des pays de recrutement possibles.

Remarque méthodologique : Il est possible que la nationalité ne traduise pas obligatoirement un pays de migration du professionnel. En effet, certains résidents luxembourgeois de 2ème génération conservent leur nationalité d'origine familiale.

Sur les 6.049 personnes exerçant, au sein de tous les établissements hospitaliers luxembourgeois relevant de la FHL, une profession de santé réglementée ou une profession intervenant dans le processus de prise en charge des patients telle qu'un psychologue clinicien ou un thérapeute à médiation artistique ou un thérapeute en activité physique adaptée en rééducation, les nationalités étaient représentées comme suit en 2018:

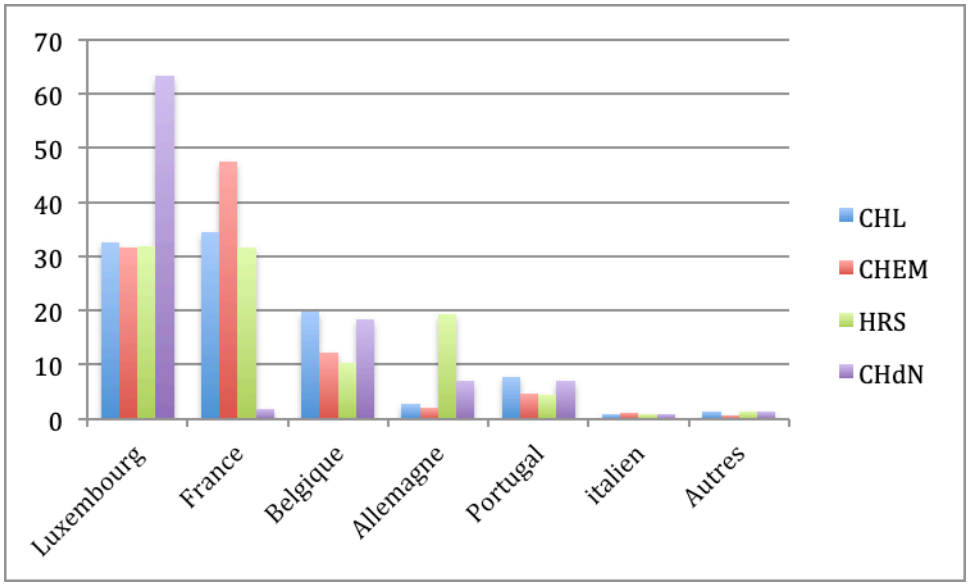


Source : Fichiers hospitaliers

Fig.5.1 : Distribution en pourcentage des nationalités chez les professions de santé réglementées et autres professions intervenant dans le processus de prise en charge des patients, des établissements hospitaliers de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois en 2018

En 2018, un peu plus d'un tiers des professions de santé réglementées et autres professions (37,05%) intervenant dans le processus de prise en charge des patients au sein des établissements hospitaliers de la FHL étaient de nationalité luxembourgeoise. Plus de la moitié de ces professionnels (55,37 %) possédaient la nationalité d'un des 3 pays frontaliers.
Dans les autres nationalités, ont été retrouvées des personnes en provenance de Roumanie, de Bosnie, de Serbie, mais aussi de pays très divers tels que le Cameroun, l'Algérie, la Tunisie, la République Dominicaine, le Brésil…

Cette répartition des nationalités varie selon le positionnement géographique de l'établissement. Elle dépend de l'accessibilité de l'établissement aux 3 pays frontaliers. Ci-après sont présentées les répartitions des nationalités au sein du CHL, CHEM, des HRS et du CHdN.



Source : Fichiers hospitaliers

Fig.5.2 : Distribution en pourcentage des nationalités des professions de santé réglementées et autres professionnels intervenant dans la prise en charge des patients dans les 4 centres hospitaliers du Luxembourg en 2018

Le CHEM, le CHL et les HRS ont une proportion quasi similaire de professions de santé et autres professionnels intervenant dans les prises en charge des patients, de nationalité Luxembourgeoise aux alentours de 32 %, alors que le CHdN est à 63 %. Par contre, le CHEM a plus recours à du personnel de nationalité française (47%) en raison très probablement de sa proximité avec la France. Les HRS et le CHL recourent aux professionnels de nationalité française de manière quasi égale. Alors que le CHL dispose de plus de personnel de nationalité belge, les HRS recourent à une proportion quasi similaire de personnel de nationalité allemande.

En conclusion, le recrutement des professions de santé dans le secteur hospitalier fait appel à des personnes de nationalités autres que luxembourgeoises. La proportion de nationalités étrangères est au total de 62,95 %. Le profil de recrutement des établissements est lié à leur positionnement géographique et à leur histoire (ex : HRS). Le CHdN est celui qui présente la plus grande proportion de professionnels de nationalité luxembourgeoise.
Alors que chez les médecins, le recrutement étranger était prioritairement des médecins de nationalité Allemande, suivi par la nationalité Française et la nationalité Belge, chez les professions de santé et autres professionnels intervenant dans le processus de prise en charge des patients au sein des établissements hospitaliers de la FHL, le recrutement étranger est prioritairement assuré avec des nationalités Françaises (30,72%), Belges (15,54%), et Allemandes (9,11%).
Le pourcentage de recrutement de professions de santé en provenance de pays plus lointains, tels que les pays latins, les pays d'Europe de l'Est, les pays arabes ou même les pays d'Europe du Nord, reste marginal. Le bassin de recrutement est donc prioritairement transfrontalier chez les professions de santé.

5.2.7 Indicateur relatif à la durée de recrutement d'un médecin

Les difficultés de recrutement s'expriment aussi par la durée entre le moment où le poste est publié et le moment où un candidat signe un contrat d'agrément ou un contrat de travail lors d'un salariat. Il ne s'agit pas ici de la date réelle de début de travail dans l'établissement celle-ci pouvant être de plusieurs mois après la signature d'un contrat d'agrément, le médecin quittant un précédent poste ayant toujours un préavis à respecter pouvant aller de 6 mois à 1 an.
Cette durée est d'autant plus importante à connaître qu'elle donne une appréciation de l'anticipation nécessaire à instaurer lorsque le départ est attendu, tel qu'un départ en pension.
Or, cette durée est variable selon le type de spécialité médicale recherchée. Trop souvent, les établissements se retrouvent confrontés à connaître le marché potentiel de l'emploi au moment où ils publient le poste vacant.
La durée du recrutement peut aussi subir des aléas liés à la concurrence. Les établissements rapportent, tant chez les médecins que chez les professions de santé, des ruptures d'engagement de candidats, qui recevant une meilleure proposition dans d'autres pays concurrents (ex : Suisse) ou de leur propre pays au moment où ils annoncent leur départ ou d'un autre établissement national, se désistent et retirent leur engagement. L'établissement doit alors recommencer sa procédure de recrutement.

Le constat unanime de la part des directions médicales des institutions est que le délai de recrutement s'est considérablement allongé depuis 10 ans passant de 6 mois à une moyenne oscillant entre 18 mois et 2 ans.

Les durées relevées de recrutement médical sont à considérer dans le cadre des stratégies qui seront à développer :

- environ 1 année pour les spécialités où il y a encore un marché de l'emploi possible ou lorsque le candidat est connu par avance,
- 18 mois à 2 ans est une durée moyenne,
- 3 voire 4 ans pour des spécialités très recherchées comme la radiologie avec sur spécialisation, la psychiatrie ou pour des compétences rares comme la chirurgie cardiaque.

Les spécialités médicales recensées comme difficiles voire très difficiles à recruter par les directions médicales rencontrées, dans certains cas impossibles à recruter, sont les suivantes :

- pédiatrie pour un établissement hospitalier autre que le CHL,
- psychiatrie pour le secteur hospitalier et extrahospitalier,
- pédopsychiatrie hospitalière et extrahospitalière,
- pneumologie,
- gastro-entérologie,
- endocrinologie,
- neurologie,
- urologie,
- immunologie,
- infectiologie,
- oncologie,
- médecine palliative,
- radiologie avec sur-spécialisation,
- chirurgie cardiaque,
- chirurgie vasculaire,
- chirurgie du dos,
- chirurgie pédiatrique,
- chirurgie maxillo-faciale,
- anesthésie en chirurgie cardiaque,
- urgentistes formés,
- médecine physique et rééducation,
- gériatrie,
- gynécologie-obstétrique dans les maternités ayant moins de 1.500 accouchements,
- médecine légale,
- biologiste et microbiologiste,
- génétique médicale,
- anatomo-pathologie et neuro pathologie.

Il y a des disciplines qui se trouvent encore sur le marché de l'emploi mais il y a peu de choix de candidats. Les institutions sont parfois dans l'obligation de prendre les candidats qui se présentent, ce qui ne leur donne pas satisfaction. Pour exemple, certains candidats sont âgés de plus de 50 ans. Ils ont de l'expérience mais les établissements préfèrent en général investir sur un médecin plus jeune avec qui il sera possible de développer de nouvelles technologies et qui pourra offrir de nouvelles formes de prestations, notamment en chirurgie. Les capacités d'apprentissage sont considérées meilleures chez les plus jeunes.
C'est le cas pour les disciplines suivantes : cardiologie, anesthésie, chirurgie générale, médecine interne.

Enfin, il faut noter que certains postes restent vacants bien qu'il y ait des candidats disposant des compétences professionnelles sur le marché de l'emploi mais :

- ils ne parlent pas une des 3 langues du pays,
- leur diplôme n'est pas homologable dans les conditions actuelles requises et il faut enclencher de longues négociations qui parfois aboutissent à une autorisation d'exercer délivrée par le ministre de la santé, sur demande spéciale.

Il faut souligner aussi que les secteurs de la dépendance et du handicap, ainsi que la psychiatrie extrahospitalière ont de très grandes difficultés pour recruter :

- des médecins généralistes pour la prise en charge dans les maisons de soins,
- des psychiatres pour garantir la psychiatrie extrahospitalière dans les structures ambulatoires pour lesquels les postes sont vacants depuis 2 à 3 ans.

En conclusion, dans de nombreuses spécialités médicales, les difficultés de recrutement sont sévères voire très sévères et peuvent porter les délais de recrutement de 1 à 4 ans. Or dans certaines disciplines ces difficultés peuvent mettre en péril des pans entiers du système de santé. C'est le cas de la psychiatrie pour laquelle le développement de la prise en charge ambulatoire extrahospitalière est un objectif, mais aussi celui de la chirurgie cardiaque. Ils peuvent aussi rendre très difficile le développement des missions de certaines institutions telles que la génétique ou l'anatomo-pathologie au LNS, la rééducation gériatrique, voire des services hospitaliers nationaux.
Ces difficultés de recrutement sont à considérer dans les stratégies futures relatives aux ressources professionnelles notamment dans le choix des spécialités médicales à développer à l'université, dans l'organisation des services de santé et leur regroupement, dans les règles d'homologation de diplôme et d'autorisation d'exercer à adapter aux véritables besoins des terrains.

Il apparaît à l'analyse de ces situations, qu'il n'est plus possible de laisser les établissements seuls pour gérer cette problématique qui peut à moyen terme générer des problèmes de santé publique. Il est nécessaire grâce à une gouvernance efficace de partager les informations, de coopérer pour être plus intelligents ensemble et faire passer l'intérêt collectif avant les intérêts individuels ou institutionnels.

5.2.8 Indicateur relatif à la durée de vacance d'un poste pour les professions de santé réglementées

La durée de vacance d'un poste pour les professions de santé réglementées dépend de trois facteurs :

- le secteur d'activité et sa convention collective de travail,
- le type de contrat proposé : CDD ou CDI,
- le type de profession recherchée.

Pour les hôpitaux, les professions de santé spécialisées telles que les infirmiers psychiatriques, les infirmiers pédiatriques, les infirmiers en anesthésie et réanimation, les ATM de chirurgie, les ATM de radiologie sont très rares sur le marché du travail luxembourgeois. De ce fait, les établissements hospitaliers sont en concurrence. Ils négocient une promesse d'engagement avec le futur diplômé avant même que les études soient terminées afin de s'assurer l'entrée des nouveaux diplômés. Les engagements sont faits même si il n'y a pas de poste vacant au moment de la sortie de la promotion. Ils constituent une réserve qui sert à combler les besoins en cours d'année. Les directions

des soins ont une certaine flexibilité autorisée par la direction générale pour leur permettre ce mode de fonctionnement.
Cependant, il faut noter que des difficultés administratives s'interposent au moment du recrutement qui ne favorisent pas l'embauche de ces jeunes diplômés. Pour exemple, les étudiants infirmiers en anesthésie réanimation obtiennent leur attestation de réussite en juin mais ils doivent finir leur stage jusqu'au 15 septembre pour avoir le nombre d'heures suffisant de stage pour l'obtention du diplôme. Celui-ci ne leur sera remis que le 15 octobre, puis ils devront attendre 6 semaines avant que leur autorisation d'exercer leur soit attribuée. Donc aucun engagement ne peut se faire officiellement avant le 1er décembre dans la fonction d'infirmier en anesthésie-réanimation. Ils ne peuvent être engagés que comme infirmier de soins généraux en attendant.
Lorsque le besoin est supérieur au nombre de nouveaux diplômés entrés, l'établissement a recours aux annonces. Le délai de recrutement peut aller jusqu'à 6 mois sur les fonctions spécialisées.

Pour les infirmiers en soins généraux formés au Luxembourg, peu viennent sur le marché du travail à la sortie des études. Ils continuent soit vers une spécialisation, soit vers un autre diplôme à l'étranger qui sera de niveau universitaire.
De ce fait, les établissements hospitaliers recourent à l'embauche systématique de tous les candidats sortant du LTPS, qui veulent travailler après leur diplôme. Ceux là sont engagés d'office et constituent une réserve temporaire qui est absorbée par les départs au cours de l'année ou les congés maternité. Ils peuvent faire partie d'une équipe volante au démarrage de leur emploi afin d'assumer divers remplacements au sein de l'institution.
Ensuite, pour les besoins complémentaires, les hôpitaux recrutent les nouveaux diplômés résidant au Luxembourg qui sont allés se former à l'étranger et qui font acte de candidature. Pour tous les autres besoins complémentaires, ils utilisent leur liste de candidatures spontanées en provenance le plus souvent de l'étranger (Allemagne, Belgique, France).
Le délai de vacance de poste, c'est-à-dire entre le moment où l'annonce est publiée et le moment où la nouvelle recrue entre dans l'établissement, varie entre 2 et 4 mois selon la période de l'année.

Les secteurs de la COPAS et de la FEDAS relevant de la CCT-SAS sont très défavorisés par rapport aux établissements de la FHL lors de la recherche d'une profession de santé réglementée comme les infirmiers, les infirmiers psychiatriques, les aides-soignants, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, en raison du différentiel de salaire avec la CCT de la FHL.
L'enquête auprès de ce secteur a mis en évidence des besoins de recrutement de professions de santé réglementées et de professions intervenant dans le processus de prise en charge de type auxiliaire de vie et aide socio-familiale, ainsi que des difficultés de recrutement liées en particulier à la nécessité pour ces secteurs de disposer de professionnels pouvant s'exprimer et comprendre la langue luxembourgeoise et possédant une compétence dans le domaine des personnes âgées ou du handicap.

Profession	Difficulté de recrutement	Durée entre départ du collaborateur et entrée du prochain collaborateur
Infirmier	++++	0,5-6 mois
Infirmier pédiatrique	+++++	5-6 mois
Infirmier psychiatrique	+++++	3-6 mois
Aide soignant	++++	0,5-6 mois
Psychothérapeute		0-1 mois
Kinésithérapeute	++	0,5-2,5 mois
Ergothérapeute	+++	0,5-3 mois
Orthophoniste	+	0-1 mois
Diététicien		
Assistant social	++	0-5 mois
Pédagogue curatif		
Psychomotricien	++	2-3 mois
Educateur diplômé	+++	3-4 mois
Psychologue		0-4 mois
Aide socio familiale	+++	0,5-4,5 mois

Source : Enquête par questionnaire auprès des établissements de la COPAS et de la FEDAS pour les besoins de l'étude, 2019
En bleu, les professions qui ne sont pas des professions de santé réglementées
Légende : 5 croix : profession très rare sur le marché du travail, 4 croix : profession très souvent demandée mais rare sur le marché du travail, 3croix : cette profession existe sur le marché mais difficile de recruter une personne parlant le luxembourgeois, 2 croix : cette profession existe sur le marché du travail mais difficile de recruter une personne parlant le luxembourgeois mais la vacance de poste est acceptable, 1 croix : cette profession existe sur le marché du travail mais difficile de recruter une personne parlant le luxembourgeois mais la vacance de poste est normale
Tab.5.5 : Synthèse des problèmes de recrutement par profession dans les établissements de la COPAS et de la FEDAS au Luxembourg en 2019

Dans tous les secteurs, le contrat en CDD engendre plus de difficultés pour le recrutement, ce qui allonge la durée de la vacance de poste.

En conclusion, les professions de santé réglementées qui sont diplômées au Luxembourg sont systématiquement embauchées. Elles sont attendues et recherchées par tous les secteurs en raison de leurs compétences linguistiques.
Elles ne sont pas assez nombreuses pour subvenir aux besoins annuels d'embauche des institutions de tous les secteurs d'activité
Les infirmiers et les infirmiers spécialisés sont souvent recrutés par les établissements hospitaliers en surnombre lors de leur sortie du LTPS afin de combler en cours d'année les départs.

La concurrence existe entre les institutions et les secteurs de la COPAS et de la FEDAS sont défavorisés lors d'un recrutement en raison du différentiel de salaire entre la CCT-FHL et la CCT-SAS. Ce secteur est sous-tension sur certains types de professions : infirmiers, aides-soignants, éducateurs, aides-socio-familiales.
Le recrutement complémentaire se fait en général à partir des candidatures spontanées étrangères ou de résidents luxembourgeois ayant fait leurs études à l'étranger.
Le recrutement est difficile pour toutes les spécialisations même avec les candidatures spontanées, surtout si une expérience professionnelle est attendue.
Les propositions de contrat en CDD sont moins bien prisées notamment chez les professionnels déjà expérimentés. Ils peuvent attirer des jeunes diplômés qui ne sont pas encore fixés sur leur devenir professionnel.
Les difficultés de recrutement des professions de santé se distinguent de celles des médecins, de par le nombre important de recrutement à faire par année dans certaines professions et par un marché de l'emploi sous tension pour certaines spécialisations. Les délais de recrutement sont plus courts que ceux des médecins même dans les professions de santé spécialisées.

5.3. Indicateurs d'accessibilité aux médecins au Luxembourg

Pour parler de pénurie de médecins, il faut pouvoir répondre aux questions suivantes :

- avec les normes et l'organisation que le pays s'est donné, a-t-on les médecins en nombre et en compétences suffisants, quelle que soit la composition du recrutement (luxembourgeois et étrangers) ?
- existe-t-il des indices de dysfonctionnement du système de santé qui pourraient être reliés à une pénurie de médecins ?
- le pays serait-il en mesure de faire fonctionner son système de santé avec sa seule production nationale de médecins ?
- quel est l'avis des patients sur le sujet ?
- quel est l'avis des professionnels sur le sujet ?

5.3.1 Chômage de médecins

Aucun médecin n'est au chômage au Luxembourg, comme d'ailleurs dans les autres pays frontaliers.

5.3.2 Liste d'attente de médecins

Aucune liste d'attente n'existe chez les médecins. Tout candidat présentant les compétences recherchées au moment ou dans un avenir proche est vu par la direction médicale des établissements.

5.3.3 Délais d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste pour un nouveau patient

Afin de pouvoir apprécier ce critère, une enquête par questionnaire a été envoyée à chaque société médicale luxembourgeoise comportant, si la discipline était concernée, la question suivante: « *Quel est le délai moyen actuellement pour avoir un rendez-vous avec un médecin de votre discipline, en dehors de toute urgence vitale* ? ». Toutes les sociétés médicales n'ont pas répondu à l'enquête et lorsqu'elles l'ont fait, elles n'ont pas toujours été en mesure de donner une information précise.

C'est pourquoi, il a été décidé de mettre en place une enquête en patient mystère pour tester la capacité d'absorption de nouveaux cas de patients par le système de santé luxembourgeois et apprécier les délais possibles d'attente pour avoir un rendez-vous.
Douze spécialités médicales ont été choisies : neurologie, cardiologie, endocrinologie, gastroentérologie, ophtalmologie, ORL, psychiatrie, pneumologie, dermatologie, urologie, médecine interne, gynécologie.
Dans chaque spécialité, trois appels téléphoniques ont été faits, dont un par région (Nord, Centre, Sud) lorsque cela était possible dans la répartition géographique des médecins. Le choix des médecins a été fait au hasard sur base des médecins inscrits dans la spécialité dans l'annuaire téléphonique.

Ce test n'a pas valeur de recherche mais il donne une indication de la situation vécue par les patients ou leurs familles.
La demande était toujours la même, adressée au secrétariat par téléphone : « *Je souhaiterai avoir un rendez-vous avec le Dr….. Je ne suis jamais venue encore chez lui* ».

Les résultats sont les suivants :

Réponses obtenues	Résultats
Le médecin n'accepte plus de nouveaux patients, adressez vous à un confrère	5 secrétariats de médecins
Il vous faut une lettre d'un médecin traitant avant de vous donner un RDV	6 secrétariats de médecins
Délai du RDV moins de 3 mois	2
Délai de RDV entre 3 et moins de 6 mois	6
Délai de RDV entre 6 et moins de 12 mois	12
Délai de RDV à 12 mois ou +	5
Si c'est urgent, adressez vous aux urgences de l'hôpital de garde	22 fois

Source : Enquête téléphonique en client mystère, 2019, Luxembourg, pour les besoins de l'état des lieux

Tab. 5.6: Réponses obtenues dans le cadre de l'enquête client mystère auprès de 36 secrétariats médicaux au Luxembourg en 2019 pour une prise de rendez-vous pour un nouveau patient

Alors que le principe du libre accès au médecin spécialiste est officiellement garanti à la population, il s'avère que pour accéder à un RDV chez certains médecins spécialistes en 2019, il faut produire un ordonnance de transfert par un médecin généraliste au médecin spécialiste. La question du « gate keeper » est donc déjà enclenchée sur le terrain pour mieux maîtriser la prise du RDV.
La population peut donc être confrontée à un refus du secrétariat médical d'accepter un nouveau patient, ce qui peut être le témoignage d'une surcharge du médecin, d'une décision de fin de carrière, d'un aménagement volontaire de son temps de travail ou d'une manière de travailler en conservant ses patients par des RDV programmés de manière très régulière et occupant la totalité de l'agenda du médecin.
Les délais présentés ci-dessus concernaient une demande par un nouveau patient. Cela ne concernait pas, bien sûr, les RDV des patients déjà pris en charge par les médecins. Mais ils donnent une appréciation de la saturation des emplois du temps des médecins contactés.
La majorité des RDV proposés (17 sur 25) dépassent les 6 mois.
Le délai varie selon la notoriété du médecin au Luxembourg, l'ancienneté d'installation de son cabinet, les plus jeunes médecins installés donnant des RDV plus courts, ayant probablement encore des plages de disponibilité.

En conclusion, des nouveaux cas de patients peuvent avoir des difficultés à trouver un médecin spécialiste pour les prendre en charge. Les délais d'obtention d'un RDV pour un nouveau cas oscillent entre 3 et 12 mois, parfois plus. Les délais peuvent dépendre de plusieurs facteurs, dont entre autres : la notoriété du médecin, l'ancienneté de son installation, la qualité reconnue de sa pratique professionnelle et de sa communication avec les patients, ses choix personnels d'organisation de la vie professionnelle qui limitent ses plages dans l'emploi du temps, l'organisation de RDV programmés pour sa clientèle… Quelle que soit la ou les raisons, il existe une saturation de l'absorption de nouveaux cas de patients dans certaines spécialités médicales au Luxembourg en 2019.

5.3.4 Délais d'obtention d'un rendez-vous par un médecin généraliste chez un médecin spécialiste

Dans le chapitre précédent, les résultats étaient liés à un RDV demandé par le patient. La question est de savoir si ces délais sont modifiés quand la demande est faite directement par un médecin généraliste lorsque la situation de santé le nécessite.

Il ressort des interviews réalisées au cours de l'étude que les délais d'accès à certains types de médecins spécialistes, même si le RDV est demandé directement par le médecin généraliste, sont très longs dans les spécialités suivantes : psychiatrie, neurologie, gastroentérologie, endocrinologie, urologie.
Des délais de 1 à 1,5 mois sont courants sur appel du médecin généraliste. Au CHL les délais sont plus longs et peuvent aller à 2 voire 3 mois dans certaines spécialités même sur appel du médecin.
Les médecins spécialistes ont très peu de plages ouvertes possibles pour accepter un patient pour lequel la prise en charge doit être plus rapide. Le contact direct entre médecins va être plus productif, mais certains médecins spécialistes sont inaccessibles même pour les médecins généralistes.
Bien que le nombre de médecins spécialistes soit beaucoup plus important que celui des médecins généralistes au Luxembourg, leur accessibilité dans des délais raisonnables reste compliquée dans certaines disciplines, même si elle est sollicitée par un confrère.
Cette situation peut éventuellement être la conséquence du fait qu'un certain nombre de médecins spécialistes participent aux soins primaires et de ce fait ne sont plus accessibles pour leur compétence spécifique. C'est le cas de médecins internistes, de médecins cardiologues, de médecins gastroentérologues, de pédiatres… qui interviennent sur des suivis de patients qui dans d'autres pays sont dévolus aux médecins généralistes, notamment pour le suivi des maladies chroniques.
L'organisation des programmes de dépistage a aussi un effet sur la disponibilité de certains médecins spécialistes comme les gastroentérologues. De ce fait, les patients qui peuvent avoir besoin d'un médecin spécialiste en gastroentérologie et d'une coloscopie en dehors du programme de dépistage du cancer du colon ont des délais d'accès au médecin parfois plus longs que la personne du programme qui normalement est considérée saine.

En conclusion, même les médecins généralistes ont des difficultés à obtenir dans des délais raisonnables des RDV pour leurs patients ayant une situation clinique plus urgente. Etant donné le nombre de médecins spécialistes au Luxembourg par rapport au nombre de médecins généralistes, cela interroge sur le modèle d'organisation global actuel et sur le rôle de chacun au niveau des soins primaires et des soins spécialisés.

5.3.5 Visites médicales à domicile

La nomenclature médicale des médecins et médecins dentistes prévoit la possibilité pour le médecin généraliste et certains spécialistes de réaliser des visites à domicile.
Plusieurs acteurs notent des modifications dans cette pratique au cours des dernières années :

- les associations de patients qui notent dans le questionnaire qui leur a été adressé qu'il est difficile d'avoir une visite à domicile du médecin généraliste,
- les réseaux de soins à domicile qui constatent la grande difficulté pour les médecins généralistes de venir au domicile lors d'une aggravation de l'état clinique identifiée par le soignant du réseau ou la famille, et qui demandent que le patient soit transféré vers les urgences hospitalières,
- les médecins généralistes eux-mêmes qui reconnaissent la complexité d'organisation des visites à domicile dans leur agenda.

Ces constats sont corroborés par les données de la CNS qui montrent que la facturation des codes de visites à domicile décroit de 42 % au cours de la période de 2007 à 2017 alors que la population a augmenté de 24 % sur la même période, ce qui permet de conclure à une moindre accessibilité de la population à cette prestation.

Année	Nombre de visites médicales à domicile facturées	Population résidente
2007	117.810	476.187
2008	115.098	483.799
2009	109.653	493.500
2010	100.042	502.066
2011	95.094	512.353
2012	90.877	524.853
2013	87.484	537.039
2014	80.806	549.680
2015	80.094	562.958
2016	75.293	576.249
2017	68.337	590.667

Source : Données CNS, Traitement IGSS
Tab.5.7 : Evolution du nombre de visites médicales à domicile facturées à la CNS sur la période 2007 à 2017

En conclusion, la diminution du nombre de visites à domicile des médecins peut être considérée comme un critère de pénurie médicale, les médecins cherchant à rationaliser au mieux leur agenda en évitant les déperditions de temps en trajets.

5.3.6 Médecin généraliste pour les maisons de soins ou les services de rééducation gériatrique

Les maisons de soins doivent permettre à leurs bénéficiaires d'accéder à un médecin généraliste. Deux modèles coexistent :

- le bénéficiaire conserve le médecin généraliste qu'il avait avant son admission en maison de soins,
- la maison de soins contracte avec plusieurs médecins généralistes qui assurent ensemble une continuité de la prise en charge auprès des bénéficiaires.

De même, dans le service de rééducation gériatrique de Steinfort, le médecin spécialiste en médecine physique et rééducation assure la gestion de la rééducation fonctionnelle du patient, mais un médecin généraliste prend en charge le suivi global des patients, notamment les comorbidités.

Les interviews ont mis en évidence tant dans les maisons de soins qu'à Steinfort, la très grande difficulté pour recruter des médecins généralistes pour assumer cette mission. La procédure de recrutement est en cours depuis plus d'un an dans certaines institutions et la proposition d'incitatifs n'est pas suffisante pour trouver une solution, preuve que le marché de l'emploi d'un médecin généraliste est extrêmement tendu.

En conclusion, le recrutement de médecins généralistes pour la prise en charge des soins primaires dans des structures d'hébergement ou de rééducation est compliqué, même si des incitatifs sont proposés, témoignant d'un marché de l'emploi très tendu des médecins généralistes.

5.3.7 Avis des médecins sur la pénurie médicale

Les organismes représentant les médecins ont un avis[3] sur la pénurie médicale pouvant être résumé comme suit :

- il existe une pénurie globale chronique de médecins, et plus particulièrement des généralistes au Luxembourg, par comparaison avec les statistiques à l'étranger, qui en plus est sous estimée car le système de santé luxembourgeois prend en charge aussi les frontaliers,
- les médecins sont au bord de la rupture dans certaines disciplines en raison de leur charge de travail,
- les contraintes de la médecine hospitalière sont de moins en moins bien acceptées car elles se sont accrues au cours du temps et qu'elles ne sont pas vraiment valorisées,
- il est aujourd'hui très difficile de recruter des confrères spécialistes dans plusieurs disciplines qui répondent aux attentes en termes de compétences, malgré le réseau professionnel existant qui est utilisé,
- les délais pour recruter la bonne personne sont longs : un an est le strict minimum mais les durées sont souvent de 2 ans,
- il existe désormais une forte concurrence avec les pays frontaliers qui ont rehaussé la valeur des honoraires médicaux et le Luxembourg a perdu en attractivité pour les médecins frontaliers,
- les modes d'exercice professionnel se sont modifiés et les plus jeunes exigent un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, ce qui augmente le nombre de médecins à recruter,
- ce problème est connu par l'autorité publique depuis longtemps mais il n'a jamais été abordé de manière globale,
- il faut aborder cette pénurie en ayant un concept d'organisation du système de santé pour l'avenir et une stratégie pour y arriver,
- il faut envisager les besoins en médecins en tenant compte du développement des soins primaires, de l'organisation que l'on veut avoir des soins ambulatoires et des soins hospitaliers, de la croissance démographique et du vieillissement de la population,
- il existe un déséquilibre entre le nombre de médecins généralistes et les médecins spécialistes qu'il faudrait corriger afin de renforcer les soins primaires,
- il faut revoir l'organisation des soins primaires en cabinets multi-professionnels avec les professions de santé pour mieux utiliser les ressources médicales,
- pour les médecins spécialistes, il faut assurer le remplacement des départs pour maintenir au minimum le nombre actuel et faire une bonne planification des besoins complémentaires dès lors que des décisions seront prises concernant l'organisation future des services de santé,
- les contraintes administratives qui pèsent sur les médecins prennent beaucoup de temps, il faudrait repenser leur utilité et si le besoin est réel revoir comment mieux organiser,
- les systèmes informatiques (dossiers électroniques, formulaires administratifs) sont totalement à repenser pour qu'ils soient ergonomiques, adaptés à la pratique sur le terrain et qu'ils diminuent l'utilisation inutile des ressources médicales,

[3] Cet avis peut être nuancé selon les organismes notamment sur la manière de trouver un meilleur équilibre des revenus entre médecins spécialistes et médecins généralistes ou entre médecins spécialistes.

- certaines règles imposées par la CNS ou par d'autres acteurs (ex : Education nationale[4]) sont consommatrices de temps médical en imposant des prescriptions et donc des consultations médicales, et seraient à revoir afin de ne conserver que ce qui est pertinent,
- la nomenclature médicale n'est pas propice au recrutement de médecins dans certaines disciplines et mérite des révisions,
- il faut mettre en place des incitatifs pour attirer de jeunes médecins et pour attirer les jeunes vers les professions médicales.

En conclusion, les organes représentants les médecins sont unanimes pour considérer qu'il y a une pénurie médicale chronique par comparaison avec l'étranger, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes. Ils estiment nécessaire de renforcer les soins primaires. Cependant, ils jugent qu'il serait possible de mieux utiliser les ressources médicales en reconsidérant les contraintes consommatrices de temps médical et en repensant l'organisation à la fois des soins primaires et des soins hospitaliers et ambulatoires.

5.3.8 Avis des patients sur la pénurie médicale

L'avis des patients a été demandé par le biais des associations de patients, qui ont été enquêtées par questionnaire (annexe 1). Toutes n'ont pas répondu ce qui constitue un biais.
D'autre part, tous les types de patients n'ont pas obligatoirement de représentation par une association. Il peut donc y avoir un biais de représentativité. Il aurait été préférable de faire une enquête auprès d'un échantillon représentatif des patients, mais le temps imparti à l'étude ne le permettait pas.
C'est pourquoi les résultats doivent être considérés avec précaution, d'autant que dans plusieurs associations ayant répondu, des médecins de la discipline concernée sont membres du conseil d'administration de l'association. Un biais par conflit d'intérêt peut donc être présent.

Les associations avaient à répondre à trois questions relatives à la pénurie médicale :

- *Quel est le délai moyen pour avoir une consultation chez les médecins généralistes qui suivent les personnes représentées par votre association, si elles présentent un problème de santé* ?

- *Quel est le délai moyen pour avoir une consultation chez le médecin spécialiste qui suit les personnes représentées par votre association si la maladie se complique* ?

- *Quel a été le délai moyen pour avoir un 1er rendez-vous chez le médecin spécialiste en 2018 pour les personnes nouvellement malades en 2018 membres de votre association* ?

Il ressort de cette enquête les éléments suivants :

[4] L'exigence d'un certificat médical pour toute absence scolaire même d'une journée engendre des consultations médicales inutiles.

Item	Réponses
Délai pour un RDV chez un médecin généraliste	24 à 48 h le jour même si c'est urgent
Délai pour un RDV chez le médecin spécialiste en cas de complication	Le jour même à l'hôpital si urgent et si appel du médecin généraliste 1 à 6 mois selon le spécialiste nécessaire RDV programmé tous les 6 mois chez le spécialiste qui suit le patient
Délai pour un 1er RDV chez un médecin spécialiste	Le jour même à l'hôpital si urgent et appel du médecin généraliste 1 à 3 jours si urgent en cabinet 1 à 6 mois dans certaines spécialités sinon les urgences de l'hôpital 1 à 3 mois pour un diabète de type 1 6 mois et plus pour un diabète de type 2

Source : Enquête auprès des associations de patients, 2019, pour les besoins de l'étude
Tab.5.8 : Vue des associations de patients sur les délais d'obtention d'un rendez-vous avec les médecins généralistes et les médecins spécialistes au Luxembourg en 2019

En conclusion, les médecins généralistes se rendent disponibles pour leurs patients présentant des pathologies lourdes[5], dans des délais brefs (24 à 48h). Les rendez-vous chez les médecins spécialistes sont plus difficiles à obtenir selon qu'il s'agit du spécialiste qui suit habituellement le patient (1 mois) ou d'un nouveau spécialiste à consulter en raison de l'aggravation de la maladie (1 à 6 mois selon le spécialiste). L'obtention d'un premier rendez-vous chez un médecin spécialiste peut être fait le jour même en utilisant le circuit hospitalier en cas d'urgence, mais peut demander jusqu'à 6 mois dans certaines disciplines, même en cas de transfert par un médecin généraliste. Ces résultats sont cohérents avec l'enquête du client mystère réalisée pour les besoins de l'étude.

5.3.9 Flux de médecins

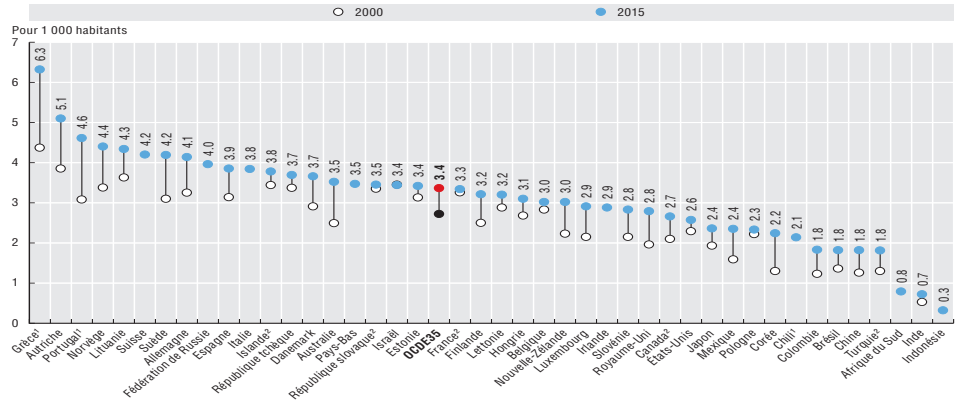
L'analyse du flux des médecins permet d'étudier le nombre de médecins autorisés à exercer dans l'année avec le nombre de médecins sortants dans l'année, afin de pouvoir déduire la capacité du pays à couvrir les départs de médecins.
Cette analyse précise n'est pas possible sur base des fichiers du registre des médecins puisque sa mise à jour n'est pas faite quant aux sorties de médecin pour aller en pension ou par départ temporaire ou définitif du Luxembourg.

5.3.10 Benchmark sur les ressources médicales

Les organismes internationaux établissent régulièrement des comparaisons des ressources professionnelles entre les pays, soit au niveau mondial, soit au niveau européen.
La comparaison peut s'avérer complexe, les méthodes de comptabilisation pouvant être différentes entre les pays. Cependant, ces travaux ont le mérite d'exister et de donner les tendances. Leur répétitivité permet aussi d'identifier les évolutions.
La comparaison utilisée dans le présent rapport se fait à partir des données 2015 présentées dans le « Panorama de la santé 2017 : les indicateurs de l'OCDE[6] ».

[5] Toutes les associations de patients ayant répondu au questionnaire représentent des personnes atteintes de pathologies lourdes et chroniques.

[6] OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE,* Éditions OCDE, Paris.



1. Les données correspondent aux médecins habilités à exercer, d'où une large surestimation du nombre de médecins en activité (d'environ 30 % au Portugal).
2. Les données incluent non seulement les médecins dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc. (ajoutant 5 à 10% de médecins).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933609055

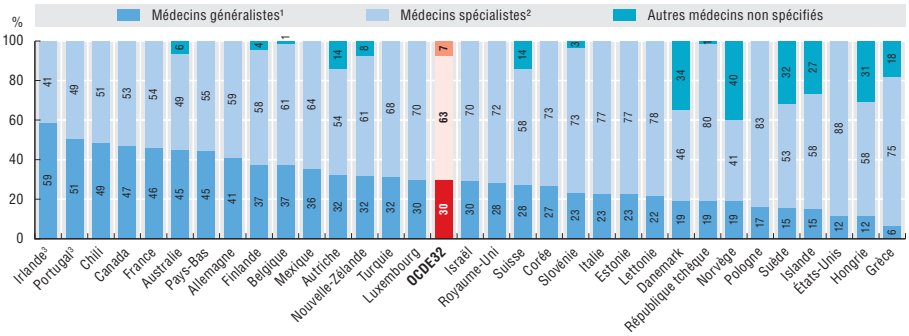
Source : OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE,* Éditions OCDE, Paris. *http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr*

Fig.5.3 : Comparaison du ratio des médecins en exercice pour 1.000 habitants par pays en 2015

Les seules données disponibles de comparaison du **ratio de médecins par 1.000 habitants** datent de 2015. Ce ratio a bien sûr évolué depuis, puisque le nombre de médecins a augmenté au Luxembourg et que la population s'est accrue sur la même période.
Ce ratio calculé pour 2017 sera présenté dans la partie 10 du présent rapport qui sera consacrée à la présentation chiffrée des ressources médicales issues des données de la CNS.

En 2015, le ratio du **nombre de médecins praticiens par 1.000 habitants**, toutes spécialités confondues y compris la médecine générale, était de 2,9.
Par comparaison, à cette même date, le ratio de l'Allemagne était de 4,1, celui de la France de 3,3 et celui de la Belgique de 3,0. Le ratio moyen des 35 pays de l'OCDE ayant participé à la comparaison se trouvait en 2015 à 3,4.

Pour ce qui concerne la **distribution en pourcentage entre médecins spécialistes et médecins généralistes** en 2015, le Luxembourg avec ses 30 % de médecins généralistes se situait au même niveau que la moyenne des 32 pays de l'OCDE ayant participé à cette comparaison. A la même date, la Belgique disposait de 37 % de médecins généralistes, l'Allemagne de 41 % et la France de 46 %.



1. Outre les médecins généralistes/médecins de famille, cette catégorie inclut également les médecins exerçant une médecine générale sans spécialité.
2. Les médecins spécialistes comprennent les pédiatres, les obstétriciens/gynécologues, les psychiatres et les spécialistes médicaux et chirurgicaux.
3. En Irlande et au Portugal, la plupart des généralistes ne sont pas des omnipraticiens (« médecins de famille »), mais plutôt des médecins non-spécialistes travaillant dans les hôpitaux ou d'autres structures.

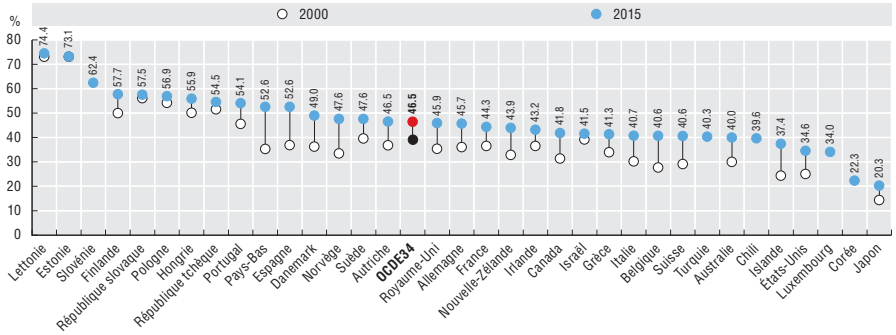
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933609131

Source : OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE,* Éditions OCDE, Paris. *http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr*

Fig.5.4 : Comparaison de la distribution en pourcentage des médecins généralistes et des médecins spécialistes en exercice par pays en 2015

En ce qui concerne la **distribution en pourcentage des femmes chez les médecins praticiens** en 2015, le Luxembourg se situait à 34 %, alors que la Belgique avait un taux de 40,6 % de femmes médecins, la France 44,3 % et l'Allemagne 45,7 %.



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933609112

Source : OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE,* Éditions OCDE, Paris. *http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr*

Fig.5.5 : Comparaison de la distribution en pourcentage des femmes médecins en exercice par pays en 2015

5.3.11 Conclusion sur la pénurie des ressources médicales

La comparaison faite par l'OCDE en 2015, montre un ratio de médecins pour 1.000 habitants au Luxembourg de 2,9 inférieur à celui des 3 pays frontaliers et un pourcentage de médecins généralistes (30 %) inférieur à ceux des trois pays voisins. Les nouveaux ratios calculés pour 2017 seront présentés dans la partie 10 exposant les données chiffrées actualisées des ressources médicales.

Il ressort des différents indicateurs présentés dans ce chapitre qu'il existe un faisceau de présomption de difficultés d'accessibilité aux médecins au Luxembourg corroboré par

l'avis des médecins et l'avis des patients. Ces indicateurs sont l'absence de chômage chez les médecins, l'absence de liste d'attente de candidats potentiels, les refus d'accepter de nouveaux patients, les longs délais d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste qu'il soit demandé par le patient ou par un médecin généraliste, la diminution annuelle depuis 10 ans du nombre de visites à domicile facturées par les médecins à la CNS, le délai pour recruter des médecins généralistes dans les institutions à séjour continu ou dans le service de rééducation gériatrique de Steinfort.
Il est regrettable que les données fournies à partir du registre des médecins ne puissent pas permettre une analyse des flux d'entrée et de sortie de médecins, puisque les sorties n'y sont pas recensées, rendant impossible le calcul du différentiel.

5.4. Indicateurs de pénurie des professions de santé au Luxembourg

5.4.1 Chômage

En dehors de quelques cas individuels relevant de facteurs psycho-sociaux, aucun professionnel de la santé appartenant aux professions réglementées n'est au chômage au Luxembourg. Le pays absorbe la totalité de sa production locale annuelle de professionnels de santé. L'offre de postes est supérieure aux candidatures nationales. Le marché de l'emploi dans ce secteur est sous tension et nécessite des recrutements hors frontière.

5.4.2 Liste d'attente chez les professionnels de santé

Tous les établissements ont une liste de réserve de candidatures spontanées qu'ils utilisent lors d'un départ prévu. Nombre des candidats potentiels sont déjà embauchés et ne sont plus disponibles lorsqu'ils sont contactés.
Cette liste ne comprend pas de candidatures de certaines professions de santé témoignant de leur rareté sur le marché de l'emploi: infirmier en anesthésie-réanimation, infirmier psychiatrique, infirmier pédiatrique, ATM de chirurgie, ATM de radiologie.

5.4.3 Embauche des nouveaux diplômés

Tous les nouveaux diplômés sont immédiatement embauchés. Leur délai d'embauche ne dépend pas de l'institution mais de leur choix personnel de prendre ou non une période sabbatique. Ils sont pris en surnombre par le secteur hospitalier en général.

5.4.4 Occupation des postes accordés

En milieu hospitalier, le nombre de postes accordés en ETP par la CNS pour les professions de santé est généralement occupé dans l'année. La moyenne annuelle d'ETP peut être sensiblement plus basse que le nombre accordé lorsqu'il y a eu beaucoup de congés maternité difficiles à remplacer. Par contre, il faut noter que cette occupation des postes en secteur hospitalier est possible mais elle ne peut pas se faire avec les seuls diplômés luxembourgeois. C'est grâce aux ressources transfrontalières que cette occupation est complète.
Dans le secteur de la dépendance, les difficultés de recrutement étant plus difficiles et le délai plus long pour trouver les candidats, un certain décalage peut avoir lieu entre les postes générés par l'appréciation de la dépendance des bénéficiaires et les postes réels en professions de la santé. Pour ce secteur, en raison de la réforme de l'AD, les dirigeants des établissements sont très prudents car ils ne connaissent pas encore l'impact réel de la réforme sur les effectifs. En effet, à ce jour, seulement 1/3 des bénéficiaires ont été réévalués. Pour ce secteur comme pour le secteur hospitalier, l'occupation complète des postes est encore possible, bien que le délai pour recruter soit plus long qu'en milieu hospitalier, mais avec des ressources transfrontalières.

5.4.5 Flexibilité du recrutement

Il est difficile d'apprécier une pénurie en l'absence de normes établies obligeant à disposer de certains types de qualification. Alors que chez les médecins, le non recrutement d'un chirurgien cardiaque empêchera de réaliser un certain nombre d'interventions chirurgicales, cette situation n'est pas similaire pour les ATM de chirurgie par exemple. En effet, même si la direction des soins n'est pas en mesure de recruter des ATM de chirurgie, elle pourra employer des infirmiers en soins généraux

pour remplacer cette compétence manquante. Le niveau de compétences disponibles dans le bloc en sera probablement affecté surtout si l'infirmière en soins généraux n'a aucune expérience dans ce domaine au moment du recrutement. L'encadrement du nouveau collaborateur devra être très important. Les risques de dysfonctionnements des processus et par conséquence les risques pour le patient pourront être augmentés, mais le bloc opératoire sera fonctionnel.
Il peut être constaté que les directions des soins des établissements hospitaliers, faute de trouver sur le marché du travail les professions de santé attendues, sont amenées à utiliser cette stratégie de moindre qualification dans les secteurs qui nécessiteraient des professions de santé spécialisées, tels que le bloc opératoire, la psychiatrie, la pédiatrie, la maternité. Etonnamment, le secteur d'anesthésie est encore actuellement protégé et ne fonctionne qu'avec des infirmiers formés en anesthésie et réanimation. De même, les services d'imagerie médicale ne pouvant fonctionner qu'avec des ATM de radiologie, les difficultés de recrutement ne peuvent pas être compensées.

5.4.6 Intensification de la charge de travail par individu

Alors que chez les médecins, la pénurie engendre un allongement des délais d'attente ou des refus d'accepter de prendre en charge de nouveaux patients, la difficulté de recrutement des professions de santé engendre généralement une dotation insuffisante de manière temporaire se concrétisant alors par le report des charges en soins sur les professionnels en poste car les patients ou les bénéficiaires de l'AD sont présents et leurs soins doivent être assurés. Cette compensation se traduit par trois indicateurs :

- l'augmentation des heures supplémentaires des salariés,
- la diminution des heures de formation continue,
- la compression du temps passé aux soins avec un raccourcissement des temps de communication avec les patients et leurs familles,
- la non réalisation de certains soins (ex : toilette),
- le raccourcissement de la durée des soins (toilette en 15 minutes au lieu de 45 minutes)
- un nombre d'intervenants inférieur au requis (soin réalisé avec 1 seul soignant au lieu de 2 en demandant l'aide de la famille par exemple).

Ces situations permettent de pallier à des pénuries temporaires dans l'attente d'embauches. Mais elles ne peuvent perdurer car elles génèrent un stress et une diminution de la qualité de vie au travail pour les équipes.

5.4.7 Benchmark sur les ressources en professions de santé

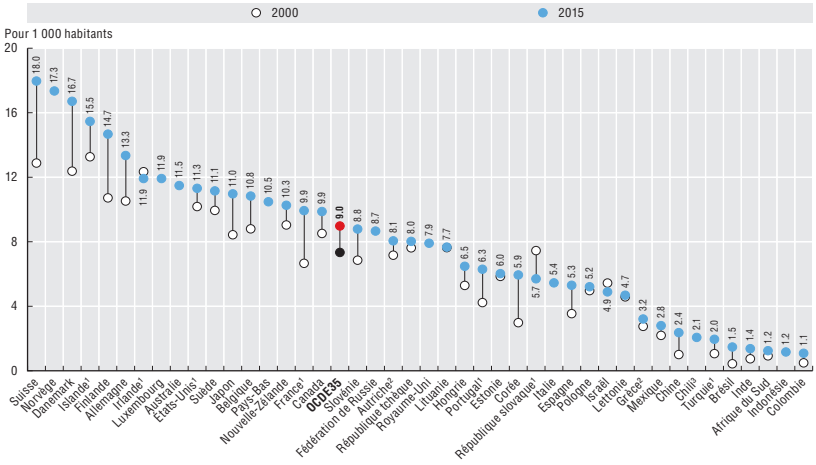
La comparaison utilisée dans le présent rapport se fait à partir des données 2015 présentées dans le « Panorama de la santé 2017 : les indicateurs de l'OCDE[7] ».
Les comparaisons ne portent que sur les infirmiers. Il est très difficile de trouver des comparaisons sur d'autres qualifications professionnelles telles que les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens…

Ces comparaisons comportent des limites, chaque pays ayant des modalités de comptabilisation pouvant lui être propres et n'étant pas obligatoirement harmonisées avec les autres pays. Cependant, elles ont le mérite d'exister, de définir certaines tendances et d'apprécier les évolutions puisqu'elles sont réalisées de manière récurrente.
Les dernières comparaisons datent de 2015 et ont été publiées en 2017.

---

[7] OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE,* Éditions OCDE, Paris. *http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr*

Le **ratio d'infirmiers pour 1.000 habitants** du Luxembourg en 2015 était de 11,9, celui de l'Allemagne de 14,3, alors que la Belgique avait un ratio de 10,8 et la France de 9,9. Il était bien au dessus du ratio moyen des 35 pays de l'OCDE ayant participé à la comparaison qui était de 9 infirmiers pour 1.000 habitants.



1. Les données incluent non seulement les infirmiers dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc.
2. L'Autriche et la Grèce comptabilisent uniquement le personnel infirmier employé dans les hôpitaux.
3. Les données du Chili correspondent à l'ensemble du personnel infirmier habilité à exercer.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933609226

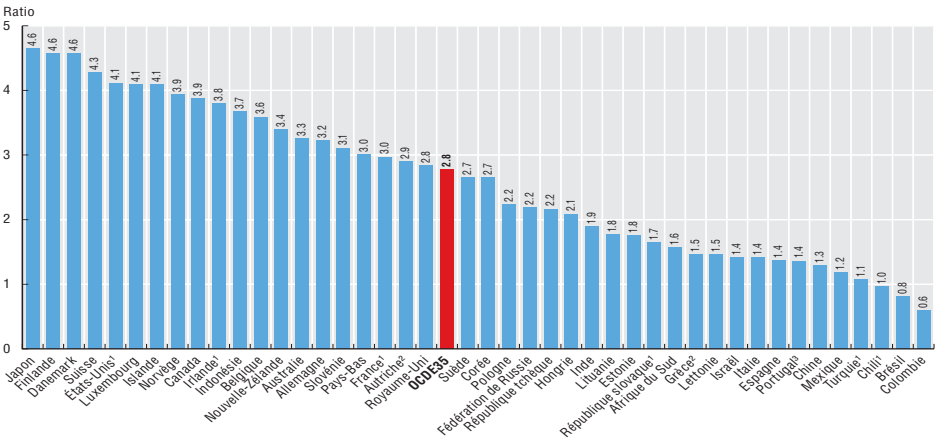
Source : OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE,* Éditions OCDE, Paris. *http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr*

Fig.5.6 : Comparaison du ratio des infirmiers en exercice pour 1.000 habitants par pays en 2015

La comparaison du **ratio du nombre d'infirmiers par rapport au nombre de médecins** en 2015 montre que le Luxembourg avait un ratio de 4,1 infirmiers par médecin, inférieur à celui de la Suisse (4,3), mais supérieur à celui de la Belgique (3,6), de l'Allemagne (3,2) et de la France (3), alors que le ratio moyen des 35 pays de l'OCDE participant à la comparaison était de 2,8.

Le Luxembourg bénéficie donc d'une dotation en infirmiers plus élevée que celle des pays frontaliers ce qui corrobore les avis émis par les professionnels rencontrés lors des interviews concernant les critères d'attractivité du Luxembourg.

Cette dotation plus élevée peut être liée à l'exercice libéral de la médecine au sein des institutions hospitalières et de l'AD, ainsi que l'absence d'internes en médecine qui obligent à compenser ces absences par une plus grande responsabilisation des infirmiers dans les prises en charge des patients.



1. Pour les pays n'ayant pas fourni de données sur le personnel infirmier en exercice et/ou les médecins en exercice, les données se rapportent dans un cas comme dans l'autre aux individus « professionnellement actifs » (à l'exception du Chili, où elles concernent l'ensemble des infirmiers et des médecins habilités à exercer).
2. Les données pour l'Autriche et la Grèce incluent uniquement les infirmiers et les médecins employés dans les hôpitaux.
3. Le ratio du Portugal est sous-estimé car il correspond au nombre d'infirmiers professionnellement actifs rapporté au nombre total des médecins habilités à exercer.

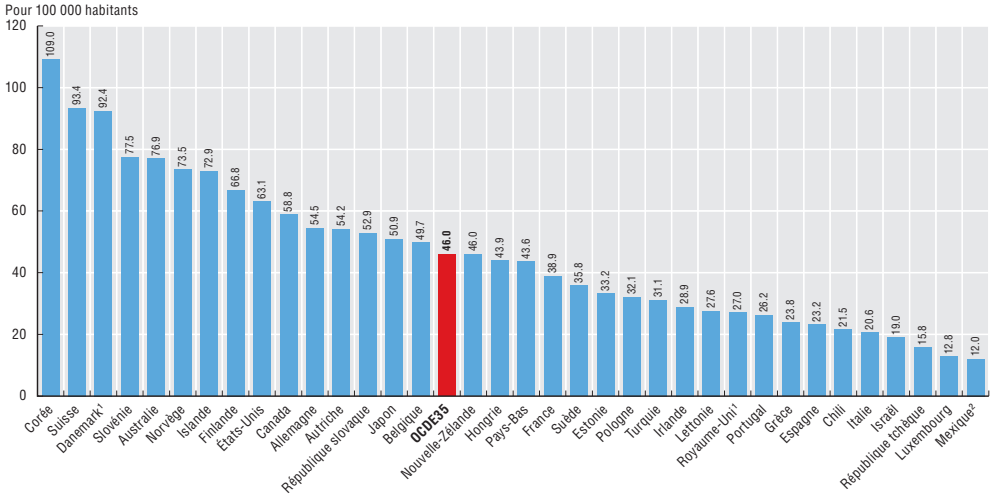
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933609245

Source : OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE,* Éditions OCDE, Paris. *http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr*

Fig.5.7 : Comparaison du ratio des infirmiers par médecin par pays en 2015

Le **nombre d'infirmiers nouvellement diplômés pour 100.000 habitants** était de 12,8 pour le Luxembourg en 2015, le situant en avant-dernière place des 35 pays de l'OCDE ayant participé à la comparaison, alors que la France était à 38,9, la Belgique à 49,7, l'Allemagne à 54,5 et la Suisse à 93,4. Ce chiffre explique à lui seul la difficulté du Luxembourg à répondre seul à ses propres besoins et permet de comprendre pourquoi il a recours aux pays frontaliers. Sa capacité à produire des infirmiers pour le marché de l'emploi luxembourgeois est trop limitée.



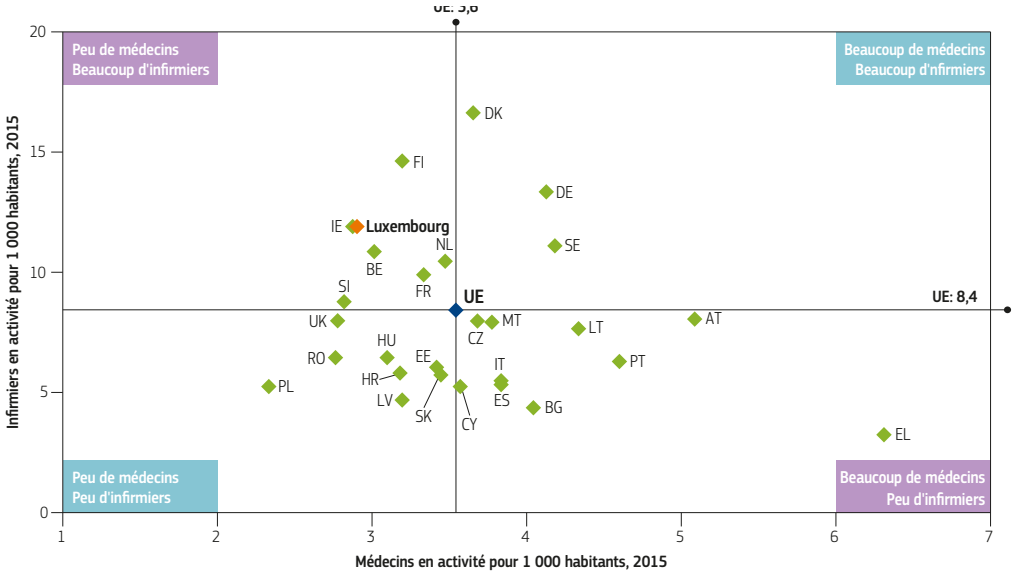
1. Pour le Danemark et le Royaume-Uni, les données concernent les nouveaux infirmiers recevant une habilitation à exercer, ce qui peut impliquer une surestimation en cas d'inclusion d'infirmiers formés à l'étranger.
2. Pour le Mexique, les données ne concernent que le personnel infirmier issu d'une filière de niveau supérieur.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933609264

Source : OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE,* Éditions OCDE, Paris. *http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr*

Fig.5.8 : Comparaison du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés par 100.000 habitants par pays en 2015



Remarque: au Portugal et en Grèce, les données concernent tous les médecins autorisés à exercer, ce qui conduit à une surestimation importante du nombre de médecins en activité (d'environ 30 % au Portugal, par exemple). En Autriche et en Grèce, le nombre d'infirmiers est sous-estimé car il n'inclut que le personnel infirmier hospitalier.

Source: base de données d'Eurostat.

Source: State of Health in the EU, Luxembourg ,Profils de santé par pays 2017

Fig. 5.9 Comparaison européenne du nombre de médecins en activité par rapport au nombre d'infirmiers en activité pour 1.000 habitants, en 2015

Comme le montre la figure 5.9, le Luxembourg compte moins de médecins par 1.000 habitants mais plus d'infirmiers.

5.4.8 Conclusion sur la pénurie des professions de santé

Les dotations en professions de santé sont régies dans le secteur hospitalier par des normes conventionnelles avec la CNS, et dans l'AD par les évaluations des bénéficiaires et l'attribution de leur forfait de soins. La pénurie doit donc s'apprécier comme étant l'impossibilité pour les institutions d'atteindre les dotations calculées selon ces deux sources. Plusieurs indicateurs forment un faisceau de présomption de pénurie en professions de santé formées au Luxembourg: absence de professions de santé au chômage, jeunes diplômés avec des contrats d'engagement avant l'obtention de leur diplôme. Cette pénurie est encore actuellement compensée par l'apport de ressources transfrontalières qui arrivent à combler les besoins même si des délais de recrutement existent. Les pénuries temporaires pendant les vacances de poste génèrent des augmentations de charge de travail temporaires ayant des répercussions sur la qualité de vie au travail et engendrent une adaptation des prestations de soins. A la différence de la pénurie médicale, la pénurie dans certains types de professions de santé spécialisées peut être compensée par le recrutement d'une autre qualification, comme c'est le cas pour les ATM de chirurgie, les infirmiers psychiatriques, les infirmiers en pédiatrie, qui peuvent être remplacés par des infirmiers de soins généraux tant que des normes de qualification ne sont pas réglementées. Cette situation apporte une certaine flexibilité aux directions des soins. Cependant, il faut noter que cette souplesse n'est pas possible dans certains services tels que l'imagerie médicale ou l'anesthésie qui demandent des professionnels ayant un exercice protégé : ATM de radiologie, Infirmier en anesthésie et réanimation.

Les comparaisons réalisées en 2015 par l'OCDE publiées dans le Panorama de la Santé 2017 montrent que le Luxembourg dispose d'un nombre d'infirmiers par 1000 habitants ou par médecin qui sont bien placés mais que sa production en infirmiers nouvellement diplômés est au plus bas, expliquant ainsi l'incapacité du pays à être autonome pour répondre seul aux besoins de son système de santé. Le Luxembourg est très dépendant des pays frontaliers en termes de professions de santé.

Résumé partie 5 : Indicateurs d'un état de pénurie en professionnels de la santé au Luxembourg

L'analyse de la pénurie en professionnels de la santé porte essentiellement sur les professionnels exerçant aux patients.
Elle vise à objectiver les difficultés de recrutement des professionnels de la santé, à évaluer les ratios de couverture et à identifier le niveau de dépendance du pays pour faire fonctionner son système de soins de santé.

Le recrutement des professionnels de la santé se fait, pour des raisons très similaires entre les professions médicales et les professions de santé, principalement lors des départs en pension, des ruptures contractuelles, des congés maladie longue durée, des congés maternité et parentaux, de l'accroissement du volume d'activité, de l'ouverture d'une nouvelle structure ou d'un nouveau service hospitalier, de la mise en place d'une sur-spécialisation.
L'installation de professionnels de la santé au Luxembourg n'est pas régulée. Tout professionnel de la santé, dès lors qu'il est autorisé à exercer sa profession, peut ouvrir un cabinet libéral et demander un code prestataire à la CNS. Cependant certaines spécialités ont besoin de plateaux techniques hospitaliers, c'est pourquoi des contrats d'agrément sont nécessaires.

Procédure de recrutement
Les institutions ont une procédure de recrutement pour les agréments des médecins libéraux ou les contrats de travail des médecins salariés, qui varie selon les établissements, impliquant plus ou moins les groupes de médecins de la spécialité concernée. Le Conseil médical intervient dans la validation des agréments.

Moyens utilisés pour recruter
Les moyens utilisés pour le recrutement sont l'annonce dans les journaux locaux, sur le site Internet de l'établissement, sur les sites d'offres d'emploi, sur les sites des sociétés médicales européennes. Mais ces dernières années, les difficultés de recrutement ont amené les hôpitaux notamment, pour certaines disciplines à utiliser des sociétés spécialisées dans le recrutement afin de rechercher en Europe des candidats potentiels, témoignant ainsi de la complexité pour trouver des candidatures acceptables. Le réseau personnel informel des médecins de la discipline est toujours activé.

Candidatures spontanées
Les établissements reçoivent encore des candidatures spontanées de médecins, en provenance des pays d'Europe de l'Est et des pays extra-européens, dont les cursus de formation et l'expérience ne permettent pas toujours d'envisager sereinement un exercice de la médecine au Luxembourg. Il est désormais très exceptionnel de recevoir une candidature spontanée d'un médecin de pays frontalier ayant une formation de chef de clinique dans une discipline. Les directions médicales estiment qu'il existe une baisse du nombre de candidatures ayant un cursus de formation suffisant et une expérience professionnelle déjà établie, notamment en provenance des pays frontaliers, ce qui pourrait signifier que ces ressources sont aujourd'hui satisfaites dans l'exercice de leur profession au sein de leur propre pays et n'ont plus le souhait de migrer.

Périmètre de recrutement des médecins
L'analyse des nationalités des médecins entre 2007 et 2017 permet de montrer que le périmètre de recrutement des médecins a évolué, confirmant ainsi les avis des directeurs médicaux des institutions. Alors que le recrutement de médecins étrangers était prioritairement porté en 2007 par les 3 pays frontaliers, une évolution a eu lieu dans ces 10 dernières années avec une migration de médecins de nationalités issues des

pays latins (Portugal, Espagne, Italie, Grèce), des pays d'Europe de l'Est (Roumanie, Bulgarie, Serbie, Croatie, Hongrie,…) et de quelques pays arabes, venant travailler au Luxembourg. Ces migrations sont différentes selon le groupe de médecins, avec notamment une plus grande proportion d'étrangers chez les médecins spécialistes et chez les médecins dentistes, que chez les médecins généralistes, chez lesquels les médecins de nationalité luxembourgeoise restent majoritaires, même si leur proportion a baissé sur cette période. Les 3 pays frontaliers contribuent fortement au système de santé luxembourgeois avec une proportion de 40,22 % des médecins en 2017 contre 30,13 % en 2007. Dans les pays d'Europe de l'Est, la migration la plus importante concerne des médecins roumains, sans doute en raison de leurs connaissances linguistiques en langue française. Pour les pays latins, le Portugal et l'Italie sont les nationalités majoritaires. Cette diversité de nationalité des médecins permet aussi de mieux s'adapter à la diversité de nationalités chez les patients.

Délais de recrutement de médecins

Dans de nombreuses spécialités médicales, les difficultés de recrutement sont sévères voire très sévères et peuvent porter les délais de recrutement de 1 à 4 ans. Or dans certaines disciplines ces difficultés peuvent mettre en péril des pans entiers du système de santé. C'est le cas de la psychiatrie, de la chirurgie cardiaque. Ils peuvent aussi rendre très difficile le développement des missions de certaines institutions telles que la génétique ou l'anatomo-pathologie au LNS, la rééducation gériatrique, voire des services hospitaliers nationaux.

Ces difficultés de recrutement sont à considérer dans les stratégies futures à développer notamment dans le choix des spécialités médicales à développer à l'université, dans l'organisation des services de santé et leur regroupement, dans les règles d'homologation de diplôme et d'autorisation d'exercer à adapter aux véritables besoins des terrains.

Il apparaît à l'analyse de ces situations, qu'il n'est plus possible de laisser les établissements seuls pour gérer cette problématique qui peut à moyen terme générer des problèmes de santé publique. Il est nécessaire grâce à une gouvernance efficace de partager les informations, de coopérer pour être plus intelligents ensemble et faire passer l'intérêt collectif avant les intérêts individuels ou institutionnels.

Indicateurs de pénurie des médecins au Luxembourg

En ce qui concerne la pénurie médicale, il faut noter qu'il n'existe pas de médecin au chômage et qu'il n'y a pas de liste d'attente pour le recrutement de médecin.

Les nouveaux patients peuvent essuyer un refus de RDV chez un médecin spécialiste, ce dernier n'acceptant plus de patients pour diverses raisons, dont la surcharge d'activité Les délais d'obtention d'un RDV pour un nouveau cas oscillent entre 3 et 12 mois, parfois plus. Les délais peuvent dépendre de plusieurs facteurs, dont entre autres : la notoriété du médecin, l'ancienneté de son installation, la qualité reconnue de sa pratique professionnelle et de sa communication avec les patients, ses choix personnels d'organisation de la vie professionnelle qui limitent ses plages horaires dans l'emploi du temps, l'organisation systématique de RDV programmés pour sa clientèle… Quelles que soient les raisons, il existe une saturation de l'absorption de nouveaux cas de patients dans certaines spécialités médicales au Luxembourg en 2019.

Même les médecins généralistes ont des difficultés à obtenir dans des délais raisonnables des RDV chez un médecin spécialiste pour leurs patients ayant une situation clinique plus urgente. Etant donné le nombre de médecins spécialistes au Luxembourg par rapport au nombre de médecins généralistes, cela interroge sur le modèle d'organisation global actuel et sur le rôle que chacun devrait tenir dans l'avenir au niveau des soins primaires et des soins spécialisés.

Il est noté une diminution du nombre de visites à domicile des médecins de 42 % entre 2007 et 2017 alors que la population a crû de 24 % sur la même période, les médecins cherchant à rationaliser au mieux leur agenda en évitant les déperditions de temps en trajets. Ceci a cependant un impact plus que probable sur les entrées aux services des urgences[8].

Le recrutement de médecins généralistes pour la prise en charge des soins primaires dans des structures d'hébergement continu ou de rééducation gériatrique est très compliqué, même si des incitatifs sont proposés, témoignant d'un marché de l'emploi très tendu chez les médecins généralistes.

Avis des organes représentants les médecins sur la pénurie médicale

Les organes représentants les médecins sont unanimes pour considérer qu'il y a une pénurie médicale chronique par comparaison avec l'étranger, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes. Ils estiment nécessaire de renforcer les soins primaires. Cependant, ils jugent qu'il serait possible de mieux utiliser les ressources médicales en reconsidérant les contraintes consommatrices de temps médical et en repensant l'organisation à la fois des soins primaires et des soins hospitaliers et ambulatoires.

Avis des associations de patients sur la pénurie médicale

Les patients par le biais de leurs associations rapportent un état de fait sur leur accessibilité aux prestations médicales. Les médecins généralistes se rendent disponibles pour leurs patients présentant des pathologies lourdes[9], dans des délais brefs (24 à 48h). Les rendez-vous chez les médecins spécialistes sont plus difficiles à obtenir selon qu'il s'agit du spécialiste qui suit habituellement le patient (1 mois) ou d'un nouveau spécialiste à consulter en raison de l'aggravation de la maladie (1 à 6 mois selon le spécialiste). L'obtention d'un premier rendez-vous chez un médecin spécialiste peut être fait le jour même en utilisant le circuit hospitalier en cas d'urgence, mais peut demander jusqu'à 6 mois dans certaines disciplines, même en cas de transfert par un médecin généraliste. Ces résultats sont cohérents avec l'enquête du client mystère réalisée pour les besoins du présent état des lieux.

Conclusion sur la pénurie médicale au Luxembourg

La comparaison faite par l'OCDE en 2015, montre un ratio de médecins pour 1.000 habitants au Luxembourg de 2,9, inférieur à celui des 3 pays frontaliers et un pourcentage de médecins généralistes de 30 % inférieur à ceux des trois pays voisins. Les nouveaux ratios calculés pour 2017 seront présentés dans la partie 10 exposant les données chiffrées actualisées des ressources médicales.
Il ressort des différents indicateurs présentés dans ce chapitre qu'il existe des difficultés de recrutement de médecins au Luxembourg corroborées par l'avis des médecins, ainsi que des difficultés d'accès à certaines prestations. Ces indicateurs sont l'absence de chômage chez les médecins, l'absence de liste d'attente de candidats potentiels, les refus d'accepter de nouveaux patients, les longs délais d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste qu'il soit demandé par le patient ou par un médecin généraliste, la diminution annuelle depuis 10 ans du nombre de visites à domicile facturées par les médecins à la CNS, le délai pour recruter des médecins généralistes dans les institutions à séjour continu ou dans le service de rééducation gériatrique de Steinfort, ainsi que les difficultés de recrutement de médecins spécialistes dans certaines disciplines.

---

[8] Cf. Etude sur le fonctionnement des services d'urgence, Lair M.L., 2018

[9] Toutes les associations de patients ayant répondu au questionnaire représentent des personnes atteintes de pathologies lourdes et chroniques.

Cependant, aucune fermeture de services n'a eu lieu dans les 10 dernières années au Luxembourg par manque de médecins, de ce fait, l'état de pénurie médicale ne peut pas être conclu. En effet, l'insuffisance de médecins originaires du Luxembourg a encore pendant cette période, pu être compensée par le recrutement de médecins étrangers. Toutefois, la situation risque de se dégrader dans les années à venir et le risque d'être confronté à une pénurie existe si aucune mesure n'est prise, avec un risque d'altération de certains services de santé.
Il est regrettable que les données fournies à partir du registre des médecins ne puissent pas permettre une analyse correcte des flux d'entrée et de sortie de médecins, puisque les sorties n'y sont pas recensées de manière systématique, rendant impossible le calcul du différentiel.

Périmètre de recrutement des professions de santé

Le recrutement des professions de santé dans le secteur hospitalier fait appel à des personnes de nationalités autres que luxembourgeoises. La proportion de nationalités étrangères est au total de 62,95 %. Le profil de recrutement des établissements est lié à leur positionnement géographique et à leur histoire (ex : HRS). Le CHdN est celui qui présente la plus grande proportion de professionnels de nationalité luxembourgeoise.
Alors que chez les médecins, le recrutement étranger était prioritairement des médecins de nationalité Allemande, suivi par la nationalité Française et la nationalité Belge, chez les professions de santé et autres professionnels intervenant dans le processus de prise en charge des patients au sein des établissements hospitaliers de la FHL, le recrutement étranger est prioritairement assuré avec des nationalités Française (30,72%), Belge (15,54%), et Allemande (9,11%).
Le pourcentage de recrutement de professions de santé en provenance de pays plus lointains, tels que les pays latins, les pays d'Europe de l'Est, les pays arabes ou même les pays d'Europe du Nord, reste marginal et est probablement plus contextuel, tel que des migrations de conjoints vers le Luxembourg. Le bassin de recrutement des professions de santé est prioritairement transfrontalier.
Sur l'ensemble des professions de santé en 2019 exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires sur l'ensemble des secteurs, seulement 42 % sont de nationalité luxembourgeoise.

Délais de recrutement des professions de santé

Les professions de santé réglementées qui sont diplômées au Luxembourg sont systématiquement embauchées. Elles sont attendues et recherchées par tous les secteurs en raison de leurs compétences linguistiques. Elles ne sont pas assez nombreuses pour subvenir aux besoins annuels.
Les infirmiers et les infirmiers spécialisés sont souvent recrutés en surnombre lors de leur sortie du LTPS de manière préventive afin de combler en cours d'année les départs.
La concurrence existe entre les institutions et les secteurs de la COPAS et de la FEDAS sont défavorisés en raison du différentiel de salaire entre la CCT-FHL et la CCT-SAS. Ce secteur est sous-tension sur certains types de professions : infirmiers, aides-soignants, éducateurs, aides-socio-familiales.
Le recrutement complémentaire se fait en général à partir des candidatures spontanées étrangères ou de résidents luxembourgeois ayant fait leurs études à l'étranger.
Le recrutement est difficile pour toutes les spécialisations même avec les candidatures spontanées, surtout si une expérience professionnelle est attendue.
Les propositions de contrat en CDD sont moins bien prisées notamment chez les professionnels déjà expérimentés. Ils peuvent attirer des jeunes diplômés qui ne sont pas encore fixés sur leur devenir professionnel.
Les difficultés de recrutement des professions de santé se distinguent de celles des médecins, de par le nombre important de recrutements à faire par année dans certaines professions et par un marché de l'emploi sous tension. Mais les délais de recrutement

sont plus courts que ceux des médecins même dans les professions de santé spécialisées. Le délai de vacance de poste entre le départ du collaborateur et l'entrée de son remplaçant oscille entre 2 semaines et 6 mois selon le type de profession. Cependant, des mesures pour éviter une aggravation de la situation sont à prendre.

Conclusion sur la pénurie des professions de santé au Luxembourg

Les dotations en professions de santé sont régies dans le secteur hospitalier par des normes conventionnelles avec la CNS, et dans l'AD par les évaluations des bénéficiaires et l'attribution de leur forfait de soins. La pénurie doit donc s'apprécier comme étant l'impossibilité pour les institutions d'atteindre les dotations calculées selon ces deux sources. Plusieurs indicateurs forment un faisceau de présomption de pénurie en professions de santé formées au Luxembourg: absence de professions de santé au chômage, jeunes diplômés avec des contrats d'engagement avant l'obtention de leur diplôme, taux de recours aux professions de santé étrangères. Cette pénurie en professions de santé issues du système de formation au Luxembourg est encore actuellement compensée par l'apport de ressources frontalières qui arrivent à combler les besoins même si des délais de recrutement existent. Les pénuries temporaires, pendant les vacances de poste, génèrent des augmentations de charge de travail temporaires ayant des répercussions sur la qualité de vie au travail et engendrent une adaptation des prestations de soins. A la différence de la pénurie médicale, la pénurie dans certains types de professions de santé spécialisées est compensée par le recrutement d'une autre qualification, comme c'est le cas pour les ATM de chirurgie, les infirmiers psychiatriques, les infirmiers en pédiatrie, qui peuvent être remplacés par des infirmiers de soins généraux tant que des normes de qualification ne sont pas réglementées. Cette stratégie apporte une certaine flexibilité aux directions des soins, cependant elle ne permet pas toujours de garantir la meilleure expertise au patient. Toutefois, il faut noter que cette souplesse n'est pas possible dans certains services tels que l'imagerie médicale ou l'anesthésie qui demandent des professionnels ayant un exercice protégé : ATM de radiologie, Infirmier en anesthésie et réanimation.
Les comparaisons réalisées en 2015 par l'OCDE publiées dans le Panorama de la Santé 2017 montrent que le Luxembourg dispose d'un nombre d'infirmiers par 1000 habitants et un nombre d'infirmiers par médecin qui sont bien placés, mais que sa production en infirmiers nouvellement diplômés est au plus bas, expliquant ainsi l'incapacité du pays à être autonome pour répondre seul aux besoins de son système de soins de santé.

Recommandations Partie 5

- Se fixer au niveau de la gouvernance des objectifs par paliers en termes de :
  - ratio à atteindre par 1.000 habitants pour les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les médecins dentistes,
  - pourcentage de médecins généralistes par rapport aux médecins spécialistes,
  - nombre de jeunes diplômés dans chacune des professions de santé à produire par année.
- Mettre en place un certain nombre de leviers pouvant soutenir l'atteinte des ratios, tels que:
  - rééquilibrage de la nomenclature des médecins,
  - incitation des jeunes aux études médicales,
  - incitation à l'installation des jeunes médecins généralistes en collaboration avec les communes dans un concept de centres de santé multi-professionnels bien répartis sur l'ensemble du territoire,
  - révision de la formation des professions de santé et incitatifs pour y accéder,

    - mise en place de la promotion professionnelle contractuelle pour faciliter l'accès aux formations nationales d'aide-soignant vers l'infirmier, de l'aide socio-familiale vers l'aide-soignant, de l'infirmier vers l'infirmier spécialisé.
- Mettre en place un dialogue privilégié fréquent avec les institutions présentant un problème de recrutement pouvant mettre en péril un pan de santé publique et les accompagner dans leur démarche de recrutement.
- Mettre en place et suivre des indicateurs clés de pénurie des professionnels de la santé.
- Apporter des modifications au fonctionnement du registre professionnel afin d'y retrouver les entrées de professionnels autorisés dans l'année ainsi que les sorties des professionnels dans l'année.
- Revoir la composition de la commission d'homologation des diplômes afin de mieux intégrer les acteurs concernés. Revoir les règles utilisées pour l'homologation des diplômes et avoir une procédure rapide et souple afin de pouvoir tenir compte des besoins spécifiques de certains secteurs en difficultés.
- Harmoniser les CCT-FHL et CCT-SAS pour diminuer la concurrence intra-nationale.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 6
Démographie médicale au Luxembourg selon l'annuaire téléphonique Editus 2018

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Sommaire

Partie 6 : Démographie médicale au Luxembourg selon l'annuaire téléphonique Editus 2018	**Page**
Glossaire	4
6.1 Préambule	5
6.2 Remarques méthodologiques	7
6.3 Résultats relatifs aux médecins généralistes recensés dans l'annuaire Editus 2018	9
6.3.1 Nombre de médecins généralistes recensés dans l'annuaire Editus 2018	9
6.3.2 Nombre de médecins généralistes par canton et ratio par 1.000 h par canton	9
6.4 Résultats relatifs aux médecins spécialistes recensés dans l'annuaire Editus 2018	10
6.4.1 Nombre de médecins spécialistes recensés dans l'annuaire Editus 2018	10
6.4.2 Ratio du nombre de médecins spécialistes recensés dans l'annuaire Editus 2018 par 1.000 h et par 1.000 personnes protégées	12
6.4.3 Ratio médecin généraliste par médecin spécialiste dans l'annuaire Editus 2018	12
6.4.4 Densité des médecins praticiens exerçant auprès des patients par canton	12
6.4.5 Offre de certains médecins spécialistes exerçant auprès des patients par canton recensés dans l'annuaire Editus 2018	13
6.5 Résultats relatifs aux médecins dentistes dans l'annuaire Editus 2018	15
6.5.1 Nombre de médecins dentistes recensés dans l'annuaire Editus 2018	15
6.5.2 Nombre d'offres de médecins dentistes et dentistes spécialisés recensés dans l'annuaire Editus 2018 et Ratio de médecins dentistes par 1.000 h par canton	15
6.6 Résultats globaux pour l'ensemble des médecins recensés dans l'annuaire Editus 2018	17

Glossaire

Acronyme	Définition
ALEM	Association Luxembourgeoise des Etudiants en Médecine
AMMD	Association des Médecins et des Médecins Dentistes
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CNS	Caisse Nationale de Santé
ETP	Equivalent Temps Plein
IGSS	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
MD	Médecin Dentiste
MG	Médecin Généraliste
MS	Médecin Spécialiste
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

6.1. Préambule

Les indicateurs de pénurie médicale ayant été traités dans la partie 5 et les facteurs influençant cette pénurie dans la partie 4, la partie 6 présente essentiellement des données chiffrées sur la situation médicale au Luxembourg, en utilisant comme source l'annuaire téléphonique papier Editus 2018.

Il a été extrêmement compliqué dans cet état des lieux d'avoir des données exhaustives et fiables pour établir des données quantitatives sur les médecins, les diverses sources étant très difficilement réconciliables.

Plusieurs acteurs publient des données sur les médecins, citons parmi eux :

- le Ministère de la santé dans ses réponses aux questions parlementaires et dans la fourniture de statistiques aux organismes internationaux (OMS, Eurostat, OCDE),
- l'IGSS, sur base des données de la CNS ou des données du registre des médecins du Ministère de la santé, dans le rapport général de la sécurité sociale édité chaque année,
- l'AMMD dans son fascicule du Corps médical publié en 2018[1],
- l'ALEM dans son étude sur la démographie médicale dont la dernière édition date de 2011,
- l'annuaire téléphonique qui fournit aux citoyens les noms et adresses des médecins par spécialités.

Chaque publication de statistiques sur les médecins se fait avec des objectifs précis ce qui peut expliquer des différences. Mais elles se font surtout avec des sources différentes.

Dans certains cas, la source est le registre des médecins et il a pu être constaté dans la partie 1 du présent rapport que ce registre ne permet pas d'avoir une vue exacte en temps réel des médecins exerçant au Luxembourg. En effet, les départs en pension de médecins n'entraînent pas systématiquement la clôture de leur activité dans le registre, s'ils ne signalent pas cette information au service des registres. D'autre part, des médecins peuvent avoir demandé une autorisation d'exercer au Luxembourg, l'avoir obtenue mais ne pas exercer de suite. Enfin, les autorisations d'exercer dans plusieurs disciplines sont gérées avec des règles de priorité dont la traçabilité n'est pas garantie.

Lorsque la base de données de facturation de la CNS est utilisée, elle peut donner une meilleure appréciation des médecins en exercice, mais le problème des médecins en association facturant sous le même code d'association sans identification de leur code personnel de prestataire ne permet plus d'identifier la contribution respective de chaque médecin au fonctionnement du système de santé luxembourgeois. De plus, la base de données de la CNS ne contient que les médecins pouvant facturer à la CNS, de ce fait, elle ne comprend pas les médecins salariés ne facturant pas à la CNS tels que ceux travaillant à la Ligue ou au Planning Familial et qui pourtant réalisent des prestations auprès de la population résidente.

Il a donc fallu dans le cadre de cette étude, étant donné qu'aucune base ne peut être considérée comme totalement fiable et adaptée aux objectifs poursuivis, faire un choix pour tenter de répondre aux questions posées à savoir :

- Le pays est-il indépendant au niveau des professions médicales pour répondre aux besoins de santé de sa population résidente et de sa population protégée ?
- Dans quelles spécialités médicales existe-t-il ou existera-t-il dans un proche avenir des situations critiques à gérer ? Des pans de santé publique peuvent-ils être mis en péril en cas de pénurie?
- Quel est le ratio réel de médecins actifs ? Est-il identique à celui publié dans les statistiques internationales ? A-t-il évolué depuis les dernières comparaisons

[1] Corps médical N° 2018-07, publication AMMD

internationales datant de 2015 ? Est-il compatible avec les objectifs de l'accord gouvernemental ?
- Quel est le profil actuel des médecins actifs et à quoi doit-on se préparer concernant les départs en pension ?
- Quelle est la contribution des différents profils de médecins selon leur âge et selon leur sexe au système de santé luxembourgeois ? Chaque médecin peut-il être considéré comme travaillant à temps plein ?
- Peut-on estimer, comme l'affirmait le Ministre de la Santé en 2011[2], que « *le Luxembourg ne souffre pas d'une pénurie médicale et est encore attractif* » ?
- Le pays forme-t-il, grâce aux partenariats avec les pays frontaliers, assez d'étudiants en médecine pour assurer le renouvellement des générations de médecins ?

Afin de pouvoir répondre aux questions posées et sachant qu'aucune base ne contenait toutes les variables nécessaires à l'analyse, il a été décidé d'utiliser 3 sources :
- l'annuaire Editus 2018 format papier,
- le registre des médecins du Ministère de la santé,
- les données de facturation de la CNS, traitées par l'IGSS.

Les résultats sont présentés dans les parties suivantes :
- partie 6 : Démographie médicale au Luxembourg selon l'annuaire Editus 2018,
- partie 7 : Démographie médicale au Luxembourg selon le registre des médecins,
- partie 8 : Démographie médicale au Luxembourg selon les données de la CNS.

Cela devrait permettre de comparer les résultats entre eux et permettre à chacun de choisir les résultats apparaissant les plus pertinents en fonction des questions posées.

[2] Rinaldetti S., Jung I. Démographie médicale du Luxembourg, édition 2011. ALEM page 7 Mot du Ministre de la Santé

6.2. Remarques méthodologiques

Chaque année, l'annuaire téléphonique Editus consacre des pages aux médecins afin de permettre aux citoyens de trouver un médecin.
Il s'agit d'une image à un moment donné des **médecins praticiens**, c'est-à-dire exerçant auprès des patients. En effet, il est peu probable qu'un médecin travaillant comme administratif dans une institution s'inscrive dans l'annuaire téléphonique s'il ne possède pas de cabinet.
Les médecins praticiens n'ont aucune obligation d'être dans l'annuaire. Ils y sont de manière volontaire. Il n'est donc pas exclu que des médecins renoncent à y apparaître pour plusieurs raisons, entre autres :

- fin de carrière envisagée dans l'année,
- publication payante,
- décision de ne plus accepter de nouveaux patients.

Le nombre de médecins recensés par l'annuaire peut de ce fait être sous-estimé.

Dans ces statistiques, le dénombrement est de 1 par personne inscrite dans l'annuaire, et ce, quelle que soit l'intensité de son activité : un médecin travaillant tous les jours de la semaine au moins 8h par jour sera comptabilisé de la même façon qu'un médecin travaillant 2 jours par semaine. Les résultats dénombrent donc le nombre de personnes ayant la fonction de médecin praticien, ce qui surestime la valeur réelle en ETP de médecins contribuant au système de soins de santé.

Ces résultats à partir de l'annuaire sous estiment par contre le nombre de médecins praticiens car ceux qui sont, par exemple, salariés au CHL comme médecins urgentistes et qui ne disposent pas d'un cabinet médical en dehors du CHL ne sont pas répertoriés dans l'annuaire alors qu'ils contribuent au système de soins de santé au Luxembourg.

Certains médecins spécialistes n'apparaissent pas dans l'annuaire puisqu'ils n'exercent pas directement aux patients, mais réalisent des prestations dans le cadre du parcours clinique des patients, au moment du diagnostic. Ce sont les médecins spécialisés en anatomo-pathologie, en biologie clinique et en hématologie biologique. De ce fait, le nombre total de médecins spécialistes issus de l'annuaire ne peut pas représenter la totalité des médecins spécialistes nécessaires pour la prise en charge des patients.

De même, les médecins spécialistes qui occupent des fonctions de management ou travaillent comme médecin au sein d'une administration de l'Etat, ne sont pas considérés dans l'annuaire puisqu'ils ne peuvent pas être contactés par des patients pour la délivrance d'un acte médical. Les résultats issus de l'annuaire sous estiment donc le nombre de médecins généralistes ou spécialistes exerçant au sein du système de soins de santé luxembourgeois. Par contre, il devrait donner une image assez proche des médecins exerçant auprès des patients.

Il faut noter aussi que le médecin apparaît dans l'annuaire dans la spécialité pour laquelle il a reçu une autorisation d'exercer. Pour exemple :

- un médecin peut être autorisé à exercer dans la spécialité de médecine générale alors qu'il ne pratique qu'en médecine du sport,
- un médecin peut être autorisé à exercer comme médecin interniste alors qu'il ne pratique que de l'oncologie,
- un médecin généraliste devenu ensuite un administratif et n'exerçant plus en pratique courante comme médecin généraliste reste inscrit dans l'annuaire, s'il paie l'inscription.

De ce fait, les résultats obtenus par spécialité ne sont pas représentatifs de la pratique professionnelle et du service rendu à la population. Ils sont représentatifs du nombre de médecins qui ont payé l'inscription pour apparaître dans l'annuaire ou qui n'ont pas fait de démarche pour être retirés de l'annuaire en cas d'arrêt de leur activité en tant que praticien.

Les résultats présentés ci-après sont basés sur l'annuaire papier Editus 2018, ce qui correspond à la liste des médecins arrêtée en juin 2017. Cette édition a été choisie car elle permet de comparer les résultats de 2017 avec les données de la CNS qui elles aussi relèvent de 2017.

L'exploitation de la base des médecins provenant de l'annuaire est limitée puisque ne sont disponibles que le nom, le prénom, le numéro de téléphone qui n'apporte aucune information utile dans le cadre de l'étude, ainsi que la ville dans lequel se situe le cabinet du médecin. Il n'est pas possible de déduire la répartition par sexe dans cette base de données, les prénoms pouvant être unisexes.

Plusieurs médecins spécialistes ont des cabinets multiples pouvant être dans le même canton ou dans des cantons différents. Pour le dénombrement des personnes médecins, ils n'ont été comptés qu'une fois. Par contre pour les offres de services par canton, ils ont été comptabilisés dans chaque canton, puisque la population du canton a accès à cette spécialité. De ce fait, il y a plus d'offres que de personnes médecins spécialistes.

6.3. Résultats relatifs aux médecins généralistes recensés dans l'annuaire

6.3.1 Nombre de médecins généralistes recensés dans l'annuaire Editus 2018

Au total **497** médecins généralistes sont inscrits dans l'annuaire, dont 75 médecins ne portent pas le titre de Docteur inscrit dans l'annuaire.

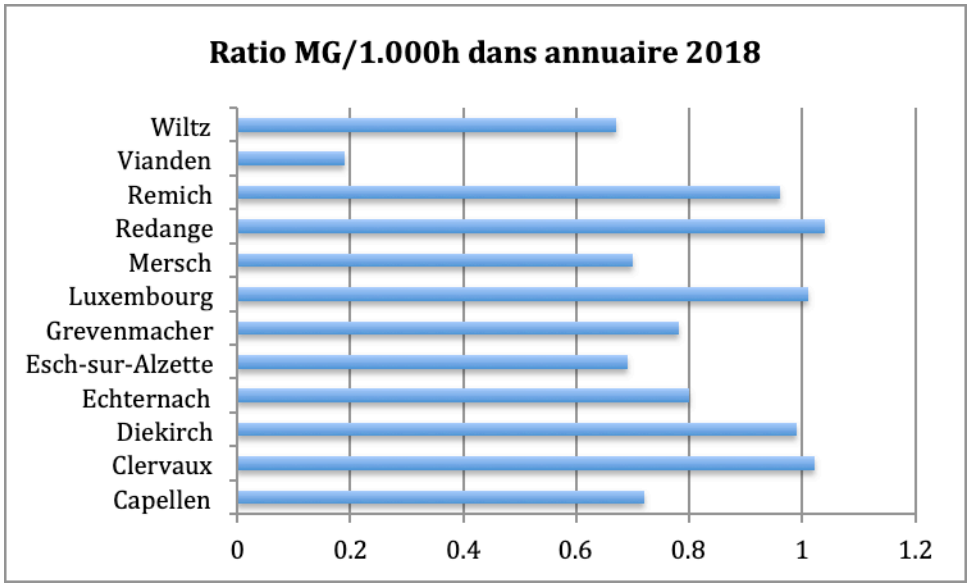
6.3.2 Nombre de médecins généralistes recensés dans l'annuaire Editus 2018 par canton et Ratio de médecins généralistes recensés dans l'annuaire par canton par 1.000 habitants

Canton	Nbre MG	Population	Ratio /1000 h
Capellen	34	47.209	0,72
Clervaux	18	17.631	1,02
Diekirch	32	32.244	0,99
Echternach	15	18.702	0,80
Esch-sur-Alzette	120	172.687	0,69
Grevenmacher	23	29.525	0,78
Luxembourg	181	179.369	1,01
Mersch	22	31.351	0,70
Redange	19	18.351	1,04
Remich	21	21.987	0,96
Vianden	1	5.162	0,19
Wiltz	11	16.449	0,67
Total	497	590.667	0,84

Sources : Statec pour la population et Annuaire Editus papier 2018 pour les médecins
Légende : MD médecins généralistes
Tab.6.1 : Ratio de médecins généralistes recensés dans l'annuaire Editus 2018 par canton pour 1.000 habitants

Le ratio pour 1.000 habitants de médecins généralistes recensés dans l'annuaire Editus 2018 varie par canton de 0,19 dans le canton de Vianden à 1,04 dans le canton de Redange.
Les cantons dépassant 1 médecin généraliste par 1.000 habitants sont les cantons de Redange, Luxembourg, Clervaux.
Il existe une disparité géographique de la distribution des médecins généralistes recensés dans l'annuaire téléphonique.

Ce ratio ne tenant pas compte de l'activité réelle de chacun des médecins, certains pouvant travailler à temps partiel, il est probable que le réel ratio des médecins généralistes par 1.000 habitants soit plus bas.



Sources : Statec pour la population et Annuaire Editus papier 2018 pour les médecins
Légende : MG médecins généralistes
Fig.6.1 : Ratio de médecins généralistes recensés dans l'annuaire Editus 2018 par canton pour 1.000 habitants

Le ratio global de médecins généralistes dans l'annuaire Editus 2018 pour 1.000 habitants est de **0,84**. Il est de **0,60** pour 1.000 personnes protégées.

6.4 Résultats relatifs aux médecins spécialistes recensés dans l'annuaire Editus 2018

Dans ce chapitre, ne sont présentés que les résultats concernant les médecins spécialistes exerçant directement aux patients. Sont donc exclus les médecins anatomopathologistes, les biologistes, les micro-bactériologistes, les hématologistes biologiques.

6.4.1 Nombre de médecins spécialistes[3] recensés dans l'annuaire Editus 2018 par spécialité médicale

Il est retrouvé **1.185** citations de médecins spécialistes dans l'annuaire Editus 2018. Mais 3 médecins sont cités dans une double spécialité. De ce fait, seules **1.182** personnes sont identifiées comme médecins spécialistes.

Sur ces 1.182 personnes médecins spécialistes, **11** ont été classées avec les dentistes afin de se calquer sur les modèles de classement internationaux. En 2018, il est donc retrouvé **1.171** médecins spécialistes.

Ils se répartissent en 2018, comme présenté dans le tableau suivant :

[3] Hors médecins anatomopathologistes, biologistes, micro-bactériologistes, hématologistes biologiques qui interviennent dans le processus de prise en charge des patients mais de manière indirecte.

Spécialité médicale	Nombre
Allergologie	1
Anesthésie-Réanimation	94
Cardiologue - angiologie	61
Chirurgie maxillo-faciale	1
Chirurgie cardio-vasculaire ou vasculaire	10
Chirurgie dentaire, orale et maxilllo faciale	5
Chirurgie gastro-entérologique	3
Chirurgie générale	61
Chirurgie pédiatrique	4
Chirurgie plastique	19
Chirurgie thoracique	2
Dermato-Vénérologie	46
Electro-radiologie	4
Endocrinologie	10
Gastro-entérologie	27
Gériatrie	12
Gynécologie-Obstétrique	95
Hématologie	3
Médecine interne	89
Médecine nucléaire	8
Néphrologie	13
Neuro-chirurgie	14
Neurologie	43
Neuro-psychiatrie	8
Oncologie médicale	2
Ophtalmologie	73
Orthopédie	59
ORL	44
Pédiatrie	93
Pneumologie	23
Psychiatrie	95
Psychiatrie infantile	20
Radio diagnostic	54
Radiologie	1
Radiothérapie	6
Médecine physique et réadaptation	19
Rhumatologie	18
Urologie	31
Total	1.171

Source: Annuaire Editus papier 2018 pour les médecins

Tab.6.2 : Distribution en nombre absolu des médecins spécialistes recensés dans l'annuaire Editus 2018 par spécialité médicale, hors médecins spécialistes n'intervenant pas directement auprès des patients et hors stomatologues

6.4.2 Ratio du nombre de médecins spécialistes[4] recensés dans l'annuaire Editus 2018 pour 1.000 habitants et 1.000 personnes protégées

Le ratio global de médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans l'annuaire Editus 2018, était, toutes spécialités médicales confondues de **1,98** médecin spécialiste pour 1.000 habitants. Il passe à **1,40** pour 1.000 personnes protégées[5].

6.4.3 Ratio du nombre de médecins généralistes par rapport au nombre de médecins spécialistes recensés[99] dans l'annuaire Editus 2018

Le ratio médecin généraliste / médecin spécialiste exerçant auprès des patients, recensés dans l'annuaire Editus, était, en 2018, toutes spécialités médicales confondues, de **0,42** médecin généraliste pour 1 médecin spécialiste ou de 2,35 médecins spécialistes pour 1 médecin généraliste.

6.4.4 Densité des médecins spécialistes praticiens exerçant auprès des patients par canton

Cet indicateur a été calculé mais il ne présente que peu d'intérêt d'utilisation. En effet, les médecins spécialistes ayant besoin très souvent d'un plateau technique hospitalier, ces ratios par canton dépendent des choix politiques qui ont été effectués pour distribuer les hôpitaux et leurs activités sur le territoire.

Pour exemple, le nombre de lits hospitaliers sur le canton de Luxembourg et l'attribution des services nationaux amènent à une concentration sur ce canton de médecins spécialistes en anesthésie réanimation, en radiodiagnostic, en chirurgie. De même, le Centre François Baclesse installé à Esch engendre l'affectation de tous les médecins radiothérapeutes sur le canton d'Esch. L'installation du Rehazenter à Luxembourg ville engendre une forte concentration des spécialistes de médecine physique et de réadaptation dans le canton de Luxembourg.

La densité médicale des médecins spécialistes a été calculée en **nombre d'offres de services dans chacune des spécialités**, étant donné que plusieurs médecins exercent leur activité dans plusieurs cantons. Le nombre d'offres de services de médecins spécialistes est donc plus élevé que le nombre de personnes médecins spécialistes (1190 versus 1171).

---

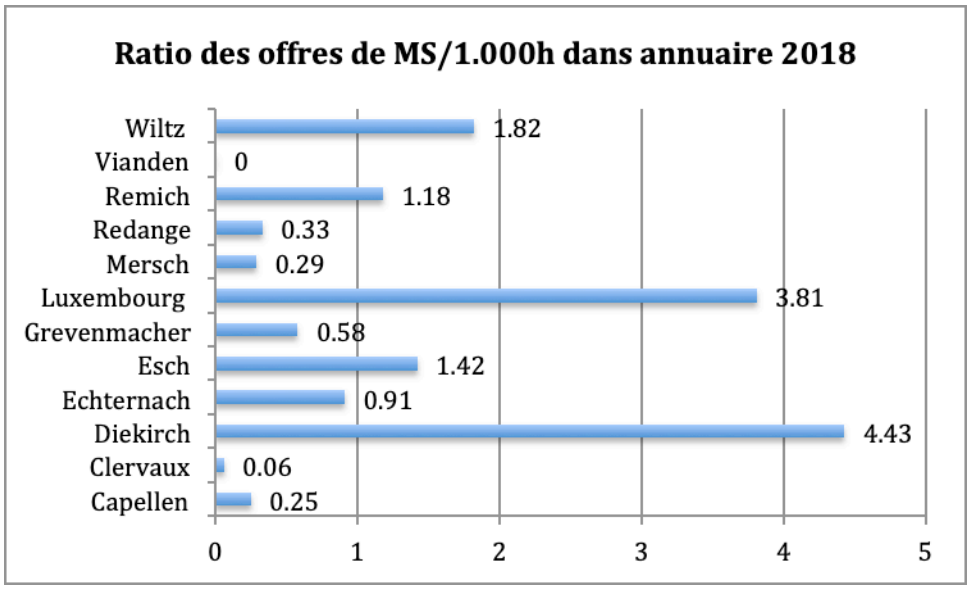
[4] Hors médecins anatomopathologistes, biologistes, micro-bactériologistes, hématologistes biologiques qui interviennent dans le processus de prise en charge des patients mais de manière indirecte.

[5] La référence de l'IGSS est en 2017 de 835.002 personnes protégées.

Cantons	Nombre	Population	Ratio/ 1000 h
Capellen	12	47209	0,25
Clervaux	1	17631	0,06
Diekirch	143	32244	4,43
Echternach	17	18702	0,91
Esch	245	172687	1,42
Grevenmacher	17	29525	0,58
Luxembourg	684	179369	3,81
Mersch	9	31351	0,29
Redange	6	18351	0,33
Remich	26	21987	1,18
Vianden	0	5162	0,00
Wiltz	30	16449	1,82
Total	1190	590667	2,01

Sources : Statec pour la population et Annuaire Editus papier 2018 pour les médecins

Tab.6.3 : Ratio des offres de médecins spécialistes praticiens exerçant auprès des patients, recensés dans l'annuaire Editus 2018 par canton pour 1.000 habitants



Sources : Statec pour la population et Annuaire Editus papier 2018 pour les médecins
Légende : MS médecins spécialistes

Fig.6.2 : Ratio des offres de médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans l'annuaire Editus 2018 par canton pour 1.000 habitants

6.4.5 Offres de certains médecins spécialistes exerçant auprès des patients par canton, recensés dans l'annuaire Editus en 2018

Par contre, il est intéressant de regarder la couverture géographique de certaines disciplines qui devraient être accessibles par des consultations avant même d'utiliser un plateau technique hospitalier. Il s'agit de la pédiatrie, de la psychiatrie, de la cardiologie, de la gastroentérologie, de la neurologie, de la rhumatologie, de l'endocrinologie, par exemple.

Cardiologie-angiologie : 4 cantons n'ont aucune offre de cardiologie pour leur population : Vianden, Echternach, Grevenmacher, Clervaux. Il existe une disparité géographique d'accès à cette compétence professionnelle pour 71.020 habitants de ces cantons, soit pour 12,02 % de la population.

Gastro-entérologie : 9 cantons n'ont aucune offre de gastro-entérologie pour leur population : Wiltz, Vianden, Remich, Redange, Mersch, Grevenmacher, Echternach, Clervaux et Capellen. Il existe une disparité géographique d'accès à cette compétence professionnelle pour 206.367 habitants de ces cantons, soit pour 34,94 % de la population.

Endocrinologie : 9 cantons n'ont aucune offre de gastro-entérologie pour leur population : Wiltz, Vianden, Remich, Redange, Mersch, Grevenmacher, Echternach, Clervaux et Capellen. Il existe une disparité géographique d'accès à cette compétence professionnelle pour 206.367 habitants de ces cantons, soit pour 34,94 % de la population. Alors que le diabète de type 2 est en croissante évolution, que le diabète de l'enfant progresse, cette situation doit retenir l'attention.

Neurologie : 7 cantons n'ont aucune offre de neurologie pour leur population : Wiltz, Vianden, Redange, Mersch, Grevenmacher, Clervaux et Capellen. Il existe une disparité géographique d'accès à cette compétence professionnelle pour 165.678 habitants de ces cantons, soit pour 28,05 % de la population.

Rhumatologie : 8 cantons n'ont aucune offre de rhumatologie pour leur population : Wiltz, Vianden, Redange, Mersch, Grevenmacher, Echternach, Clervaux et Capellen. Il existe une disparité géographique d'accès à cette compétence professionnelle pour 184.380 habitants de ces cantons, soit pour 31,22 % de la population.
La sur-dotation du canton de Remich est liée à l'installation de 4 médecins rhumatologues au Centre Thermal de Mondorf.

Pédiatrie : 3 cantons n'ont aucune offre de pédiatrie pour leur population : Vianden, Redange, Clervaux. Il existe une disparité géographique d'accès à cette compétence professionnelle pour 41.144 habitants de ces cantons, soit pour 6,97 % de la population. Le ratio le plus élevé dans le canton de Luxembourg est à relier à la Kannerklinik et au service de pédiatrie des HRS qui drainent le plus grand pourcentage d'offres de pédiatrie du pays (59 sur 93).

Psychiatrie : 5 cantons n'ont aucune offre de psychiatrie ou neuropsychiatrie pour leur population : Wiltz, Vianden, Redange, Mersch et Clervaux. Il existe une disparité géographique d'accès à cette compétence professionnelle pour 88.944 habitants de ces cantons, soit pour 15,06 % de la population. La plus grande concentration des offres se situe dans le canton de Diekirch. Elle est à relier à la présence du CHNP sur ce territoire.

6.5. Résultats relatifs aux médecins dentistes recensés dans l'annuaire Editus 2018

6.5.1 Nombre de médecins dentistes recensés dans l'annuaire Editus 2018

En 2018, il est recensé dans l'annuaire Editus, **532** médecins dentistes, comprenant les médecins dentistes spécialisés. Parmi eux, **10** médecins ne sont que spécialistes en orthodontie et **1** médecin est spécialiste en chirurgie buccale. Les médecins réalisant la dentisterie et l'orthodontie sont au nombre de **15** et les médecins ne réalisant que la dentisterie sont au nombre de **506**.
Dans les rapports internationaux, les médecins spécialistes en stomatologie sont ajoutés aux médecins dentistes, ce qui correspond à 11 médecins en 2018.
Au total en 2018, dans l'annuaire Editus, le nombre de dentistes, de dentistes spécialisés et de stomatologues était de **543** médecins.

Total des médecins dentistes et dentistes spécialisés	532
dont médecins ne faisant que de l'orthodontie	10
dont médecin ne faisant que de la chirurgie buccale	1
dont médecins faisant de la dentisterie et de l'orthodontie	15
dont médecins faisant seulement de la dentisterie	506
Total des stomatologues	11
Total des médecins dentistes, dentistes spécialisés et stomatologues	543

Sources : Annuaire Editus papier 2018 pour les médecins
Tab.6.4 : Distribution des médecins dentistes, dentistes spécialisés, stomatologues recensés dans l'annuaire Editus 2018

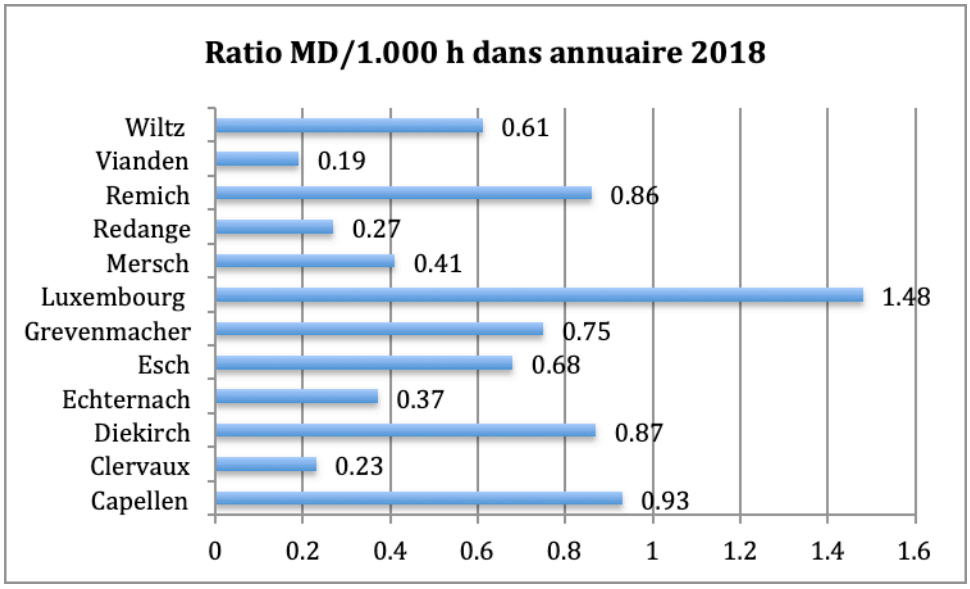
Plusieurs médecins dentistes ont des cabinets dentaires dans plusieurs villes du pays, ce qui induit que le total des offres de dentistes dans les cantons soit plus élevé que le nombre de médecins dentistes.

6.5.2 Nombre d'offres de médecins dentistes et dentistes spécialistes recensés dans l'annuaire Editus 2018 par canton et Ratio des offres de médecins dentistes et dentistes spécialistes recensés dans l'annuaire par canton par 1.000 habitants

Cantons	Nombre MD	Population	Ratio /1000 h
Capellen	44	47209	0,93
Clervaux	4	17631	0,23
Diekirch	28	32244	0,87
Echternach	7	18702	0,37
Esch	118	172687	0,68
Grevenmacher	22	29525	0,75
Luxembourg	266	179369	1,48
Mersch	13	31351	0,41
Redange	5	18351	0,27
Remich	19	21987	0,86
Vianden	1	5162	0,19
Wiltz	10	16449	0,61
Total	537	590667	0,91

Sources : Statec pour la population et Annuaire Editus papier 2018 pour les médecins
Légende : MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues
Tab.6.5 : Ratio des offres de médecins dentistes, recensés dans l'annuaire Editus 2018, par canton, pour 1.000 habitants

L'offre de prestations par des médecins dentistes ou des dentistes spécialistes varie de 0,19 à 1,48 pour 1.000 habitants. Il existe une disparité géographique importante des offres de prestations en médecins dentistes entre le canton de Luxembourg et le Nord du pays qui a des ratios de 0,19 et 0,23 dans les cantons de Clervaux et de Vianden.



Sources : Statec pour la population et Annuaire Editus papier 2018 pour les médecins

Fig.6.3 : Ratio des offres de médecins dentistes, recensés dans l'annuaire Editus 2018, par canton, pour 1.000 habitants

Pour ce qui concerne l'orthodontie, la disparité d'accès de la population est plus importante puisque l'offre de services des médecins est nulle dans 5 cantons qui pourtant ont des enfants. Le nombre de médecins pouvant réaliser des prestations d'orthodontie est le suivant :

Canton	Nbre	Population	Ratio
Capellen	2	47209	0,04
Clervaux	0	17631	0,00
Diekirch	0	32244	0,00
Echternach	1	18702	0,05
Esch	6	172687	0,03
Grevenmacher	1	29525	0,03
Luxembourg	12	179369	0,07
Mersch	1	31351	0,03
Redange	0	18351	0,00
Remich	2	21987	0,09
Vianden	0	5162	0,00
Wiltz	0	16449	0,00
Total	25	590667	0,04

Sources : Statec pour la population et Annuaire Editus papier 2018 pour les médecins

Tab.6.6 : Ratio des offres de médecins dentistes pratiquant l'orthodontie, recensés dans l'annuaire Editus 2018, par canton, pour 1.000 habitants

Le total tout confondu des médecins dentistes et des médecins stomatologues étant de 543 médecins, le ratio global passe alors de 0,91 à **0,92** pour 1.000 habitants. Il est de **0,65** pour 1.000 personnes protégées.

6.6. Résultats globaux pour l'ensemble des médecins recensés dans l'annuaire Editus 2018

Au total, dans l'annuaire Editus 2018, le nombre de médecins praticiens exerçant auprès des patients, toutes disciplines confondues, était le suivant :

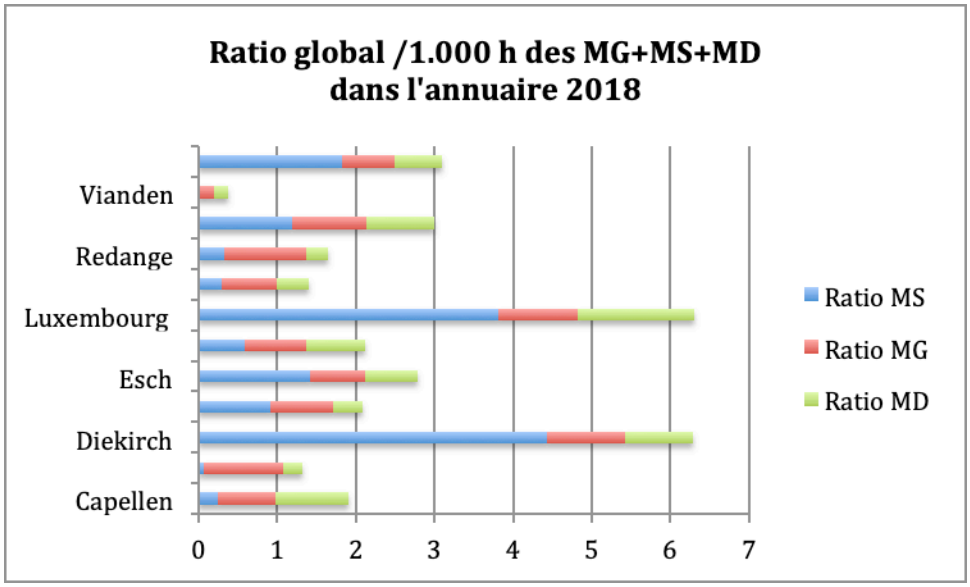
Type de médecins	Nombre absolu	Ratio /1.000 h
Médecins généralistes	497	0,84
Médecins spécialistes *	1171	1,98
Médecins dentistes, dentistes spécialisés et stomatologues	543	0,92
Total	2211	3,74

Source : Annuaire téléphonique papier Editus 2018 pour les médecins
** : médecins spécialistes hors stomatologues*
Tab.6.7 : Distribution du total des médecins recensés dans l'annuaire Editus 2018, par type de médecins et ratio pour 1.000 habitants par type

La densité globale des offres médicales par canton pour 1.000 habitants se présente comme suit :

Cantons	Ratio MS	Ratio MG	Ratio MD	Ratio global
Capellen	0,25	0,72	0,93	1,90
Clervaux	0,06	1,02	0,23	1,31
Diekirch	4,43	0,99	0,87	6,29
Echternach	0,91	0,80	0,37	2,08
Esch	1,42	0,69	0,68	2,79
Grevenmacher	0,58	0,78	0,75	2,11
Luxembourg	3,81	1,01	1,48	6,30
Mersch	0,29	0,70	0,41	1,40
Redange	0,33	1,04	0,27	1,64
Remich	1,18	0,96	0,86	3,00
Vianden	0,00	0,19	0,19	0,38
Wiltz	1,82	0,67	0,61	3,10

Source : Statec pour la population et Annuaire téléphonique papier Editus 2018 pour les médecins
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes, MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues
Tab.6.8 : Ratio pour 1.000 habitants des médecins recensés dans l'annuaire Editus 2018, par type de médecins et par canton



Source : Statec pour la population et Annuaire téléphonique papier Editus 2018 pour les médecins
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes, MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues
Fig.6.4 : Ratio pour 1.000 habitants des médecins recensés dans l'annuaire Editus 2018, par type de médecins et par canton

Résumé de la partie 6 : Démographie médicale au Luxembourg selon les données de l'annuaire téléphonique Editus 2018

La démographie médicale peut aussi être étudiée à partir de l'annuaire téléphonique, puisqu'il synthétise les listes de médecins pouvant être contactés téléphoniquement par la population. Il s'agit d'une analyse limitée puisque les variables disponibles sont peu nombreuses. Il comporte des biais puisque les inscriptions datent de l'année précédente et que l'inscription du médecin y est volontaire.
Les indicateurs calculés permettent néanmoins de poser un regard sur la répartition géographique des médecins au niveau des cantons et d'identifier les disciplines où les médecins ont développé plusieurs offres en ayant un cabinet dans divers lieux.

Cette analyse permet en tout cas de servir d'élément de comparaison des résultats obtenus par le biais du registre des professions médicales et des résultats obtenus à partir des données de la CNS croisées avec celles du registre.

Les résultats clés obtenus à partir de l'annuaire téléphonique Editus 2018 sont synthétisés dans le tableau ci-après :

Indicateurs issus de l'annuaire Editus 2018	Résultats
Nombre absolu de médecins inscrits	2.211
Nombre absolu de médecins généralistes inscrits	497
Nombre absolu de médecins spécialistes inscrits	1.171
Nombre absolu de médecins dentistes inscrits	543
Ratio de médecins généralistes par 1.000 habitants	0,84
Ratio de médecins généralistes par 1.000 personnes protégées	0,60
Ratio de médecins spécialistes pour 1.000 habitants	1,98
Ratio de médecins spécialistes pour 1.000 personnes protégées	1,40
Ratio de médecins dentistes pour 1.000 habitants	0,92
Ratio de médecins dentistes pour 1.000 personnes protégées	0,65
Ratio médecins généralistes /médecins spécialistes	0,42
Ratio global de médecins par 1.000 habitants	3,74
Disparité géographique de la densité médicale dans les cantons	Oui

Source : Statec pour la population et Annuaire téléphonique papier Editus 2018 pour les médecins
Tab.6.9 : Récapitulatif des indicateurs obtenus à partir de l'annuaire Editus 2018

Le ratio global de médecins tous types confondus en 2017 pour constituer l'annuaire Editus 2018 était de 3,74 soit 0,84 au dessus du ratio publié pour le Luxembourg en 2015 dans le Panorama de la santé 2017.
Ce ratio ne nous donne aucune appréciation sur la disponibilité des médecins et le service rendu à la population.
Il existe une très forte disparité dans la répartition des offres de médecins entre les cantons. Le plus faible accès aux offres médicales concerne la population du canton de Vianden. Bien que le canton d'Esch dispose d'un centre hospitalier (CHEM), sa densité médicale globale pour 1.000 habitants est plus faible que celle du canton de Luxembourg et du canton de Diekirch.

Les résultats obtenus pourront être comparés avec ceux établis à partir du registre des médecins et à partir des données de la CNS.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 7
Démographie médicale au Luxembourg selon le registre professionnel
et
Autres professions médicales

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Contributeur au traitement des données:
Dr Athénaïs LAIR, *médecin de santé publique, master en épidémiologie*

Sommaire

Partie 7 : Démographie médicale au Luxembourg selon le registre professionnel	**Page**
Glossaire	4
7.1 Préambule	5
7.2 Remarques méthodologiques	5
7.3 Nombre absolu de médecins dans le registre du Ministère de la Santé en 2019	7
7.4 Résultats relatifs aux médecins généralistes issus du registre en 2019	8
7.4.1 Répartition par sexe des MG	8
7.4.2 Répartition par âge des MG	8
7.4.3 Départs prévisibles des MG	9
7.4.4 Répartition par nationalité des MG	11
7.4.5 Répartition par pays de résidence des MG	12
7.4.6 Répartition des modes d'exercice des MG	12
7.4.7 Répartition des nationalités par mode d'exercice des MG	13
7.4.8 Répartition des MG par canton	14
7.4.9 Densité des MG par 1.000 habitants	15
7.4.10 Densité ajustée des MG par 1.000 habitants	16
7.4.11 Pays de diplôme des MG	17
7.4.12 MG ayant un mode d'exercice unique	18
7.4.13 MG ayant deux modes d'exercice	21
7.4 14 MG n'ayant pas d'activité en cabinet	23
7.4.15 Comparaison des sous-populations de MG	26
7.4.16 Déplacement des MG pour leurs activités	26
7.4.17 Evolution annuelle du nombre d'autorisations d'exercer la MG	26
7.5 Résultats relatifs aux médecins spécialistes issus du registre en 2019	29
7.5.1 Remarques méthodologiques	29
7.5.2 Nombre absolu de MS	30
7.5.3 Répartition par sexe des MS	30
7.5.4 Répartition par âge des MS	31
7.5.5 Départs prévisibles des MS	32
7.5.6 Répartition par nationalité des MS	34
7.5.7 Répartition par pays de résidence des MS	35
7.5.8 Mode d'exercice des MS	36
7.5.9 Répartition des MS par spécialité médicale	37
7.5.10 Densité globale de médecins spécialistes par spécialité par 1.000 h sans ajustement	38
7.5.11 Densité globale de médecins spécialistes par spécialité par 1.000 h avec ajustement	38
7.5.12 Pyramide des âges de certaines spécialités médicales	39
7.5.13 Départs prévisibles par spécialité médicale avec hypothèse de départ à 65 ans	43
7.5.14 Agréments des médecins spécialistes avec les institutions	48
7.5.15 Comparaison des données d'agréments des MS du registre avec les établissements	49
7.5.16 Constat	50
7.6 MS intervenant indirectement dans la prise en charge des patients	51
7.6.1 Nombre absolu de MS intervenant indirectement dans la prise en charge des patients	51
7.6.2 Répartition par sexe des MS intervenant indirectement dans la prise en charge	51
7.6.3 Age en années des MS intervenant indirectement dans la prise en charge	51
7.6.4 Estimation des départs prévisibles des MS intervenant indirectement	51
7.6.5 Densité par 1.000 h des MS intervenant indirectement dans la prise en charge	52
7.7 Autres professions dites « médicales » gérées par le Collège médical	53
7.7.1 Psychothérapeutes	53
7.7.2 Pharmacien clinicien	53
7.8 Liste des professions médicales	54
Résumé de la Partie 7 Démographie médicale au Luxembourg selon le registre des médecins du ministère de la santé	57

Glossaire

Acronyme	Définition
ALEM	Association Luxembourgeoise des Etudiants en Médecine
CNS	Caisse Nationale de Santé
CPIN	Comité de Prévention des Infections Nosocomiales
ETP	Equivalent Temps Plein
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
LNS	Laboratoire National de Santé
MD	Médecin dentiste
MG	Médecin généraliste
MINSAN	Ministère de la Santé
MS	Médecin spécialiste
UPI	Unité de Prévention des Infections

7.1. Préambule

Le registre constitue la deuxième source pour analyser la démographie médicale du Luxembourg, après l'annuaire téléphonique et avant les données de facturation de la CNS. Les résultats qui en sortent en termes de statistiques sont utilisés par l'autorité publique pour répondre aux enquêtes internationales. Il constitue donc la source à laquelle il est fait souvent référence. C'est pourquoi les résultats qui en sont issus seront comparés aux résultats obtenus avec les deux autres sources.
L'objectif de l'analyse est de dénombrer les médecins praticiens exerçant auprès des patients, de réaliser une description de cette population avec les variables disponibles, de calculer certains indicateurs et de soutenir la réponse aux questions posées.

L'équipe du service des registres du Ministère de la santé, M. Paul Linckels, Mme Linda Scholtes, accompagnés de M. Guy Theisen du service informatique et statistiques et de Mme Michèle Wolter de la Direction de la santé, se sont efforcés de répondre aux questions posées pour faciliter le nettoyage et le traitement des données. Leur contribution doit être grandement remerciée.

7.2. Remarques méthodologiques

Le fichier qui a été utilisé pour ce rapport concerne la situation des professions médicales au 12 mars 2019.
Seuls les médecins déclarés actifs par le MINSAN dans le registre, disposant d'une autorisation d'exercer dans une ou plusieurs spécialités médicales, ont été retenus.
Afin de ne conserver que les médecins actifs exerçant auprès des patients, ont été exclus les médecins classés par le MINSAN comme:

- médecins administratifs,
- médecins exerçant au Contrôle Médical de la Sécurité Sociale,
- médecins exerçant exclusivement comme médecin du travail,
- médecins exerçant exclusivement dans le secteur de la recherche,
- médecins de santé publique,
- médecins remplaçants,
- médecins ayant un exercice occasionnel au Luxembourg.

Considérant que leur formation n'est pas terminée puisqu'ils ne disposent pas encore de leur diplôme dans la spécialité, les médecins en voie de spécialisation en stage au Luxembourg n'ont pas été inclus dans l'ensemble des résultats relatifs à la démographie médicale issue du registre des professions médicales présentés dans ce chapitre.

Les variables utilisées dans le cadre du présent rapport ont été :

- la spécialité médicale autorisée,
- les diplômes obtenus (en tant que critère de vérification),
- l'année d'autorisation d'exercer,
- le sexe,
- l'âge,
- la nationalité,
- le type d'activité,
- le canton d'exercice professionnel,
- le pays de résidence.

La base de données présentait de nombreuses anomalies faisant penser à des erreurs de saisie des données, qu'il n'a pas toujours été possible de corriger, le service chargé du registre des professions médicales au sein du Ministère de la santé n'ayant pu apporter les réponses appropriées. Tous les cas contenus dans le fichier des médecins porteurs d'un autre type de diplôme comme infirmier, kinésithérapeute, aide-soignant…ont été éliminés.

Comme signalé dans la partie 1 du présent rapport consacré à la revue des registres professionnels, aucune mise à jour des données du registre n'est réalisée de manière systématique. De ce fait, à l'exception des médecins décédés dont la mise à jour est faite grâce au registre national des personnes physiques, il reste, dans la base de données transmise, des médecins extrêmement âgés, qui sont encore considérés par le MINSAN comme actifs. Ces anomalies peu plausibles n'ont volontairement pas été corrigées pour cette étude, puisque le MINSAN, qui porte la responsabilité du registre, les considère actifs et n'a pas mené de démarche de vérification auprès de ces médecins pour valider la continuité de leur activité. Il n'était donc pas possible de prendre la responsabilité de les rendre inactifs. Cependant, lors de la présentation des résultats, notamment de la pyramide des âges, ces anomalies seront mises en valeur.

Il est donc probable que les résultats produits comportent des inexactitudes en terme de comptabilisation du nombre de médecins et donc de densité médicale.
En raison de nombreuses données manquantes concernant le statut des médecins, il n'a pas été possible d'exploiter cette variable.

Dans la base de données du registre, il a été retrouvé 30 médecins disposant de plusieurs autorisations d'exercer dans des disciplines médicales différentes. Le MINSAN leur a attribué une spécialité médicale primaire. Il n'a pas été possible de savoir comment cette attribution a été faite : décision du MINSAN avec ou sans concertation avec le médecin ou décision essentiellement du médecin.
Pour 13 médecins, un reclassement a été possible :

- 5 médecins psychiatres et psychothérapeutes ont été conservés dans la spécialité médicale psychiatrie,
- 1 médecin neurologue et psychothérapeute est resté dans la spécialité de neurologie,
- 4 médecins psychiatres, neurologues et neuropsychiatres ont été conservés dans la spécialité médicale psychiatrie,
- 2 médecins gériatres avec une autorisation d'exercer la médecine générale ont été classés dans la spécialité médicale gériatrie,
- 1 médecin allergologue avec une autorisation d'exercer la médecine générale a été classé dans la spécialité allergologie.

Par contre pour les 17 autres médecins, disposant de plusieurs autorisations d'exercer ne permettant pas un classement, ils ont été comptabilisés dans le total général des médecins spécialistes mais ont été exclus des analyses par spécialité, ce qui donne un biais de sous-estimation dans les spécialités médicales concernées.

Dans ces statistiques, le dénombrement est de 1 par personne inscrite dans le registre des médecins du Ministère de la santé, et ce quelle que soit l'intensité de son activité : un médecin travaillant tous les jours de la semaine au moins 8h par jour sera comptabilisé de la même façon qu'un médecin travaillant 2 jours par semaine. Les résultats dénombrent donc le nombre de personnes ayant la fonction de médecin praticien, ce qui surestime la valeur réelle en ETP de médecins contribuant au système de soins de santé.

Les analyses réalisées sur la base des données du registre des médecins du Ministère de la santé sont donc les plus récentes puisqu'elles portent sur 2019.

Il n'a pas été possible de faire des analyses longitudinales à partir des données du registre, le MINSAN n'étant pas en mesure de fournir les données de 2009 à 2019.
Même si l'ALEM avait publié en 2011 des analyses longitudinales qui étaient probablement issues du registre professionnel, il a été volontairement décidé de ne pas reprendre les résultats publiés pour établir des analyses longitudinales car, il n'était pas possible dans le temps imparti pour l'étude de repartir des bases de données utilisées par l'ALEM à cette date.

Les résultats obtenus et présentés ci-après correspondent donc au nombre de médecins autorisés à exercer au Luxembourg en 2019, déclarés par le MINSAN comme exerçant auprès des patients, sans aucune appréciation de leur degré de contribution au système de santé luxembourgeois puisque aucune information sur la disponibilité des médecins n'est intégrée au registre professionnel.

Ces résultats comprennent aussi les médecins salariés qui ne facturent pas à la CNS mais exercent auprès des patients.

7.3. Nombre absolu de médecins dans le registre des médecins en 2019

Il a été retrouvé dans le registre des médecins 2019 tenu par le Ministère de la santé, le nombre absolu de médecins exerçant auprès des patients, classés comme suit :

Type de médecins	Nombre 2019
Médecins dentistes et stomatologues	611 + 8 = 619
Médecins généralistes	555
Médecins spécialistes	1307
Total	**2481**

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.1 : Nombre de médecins exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du ministère de la santé en 2019

7.4. Résultats relatifs aux médecins généralistes issus du registre des professions médicales

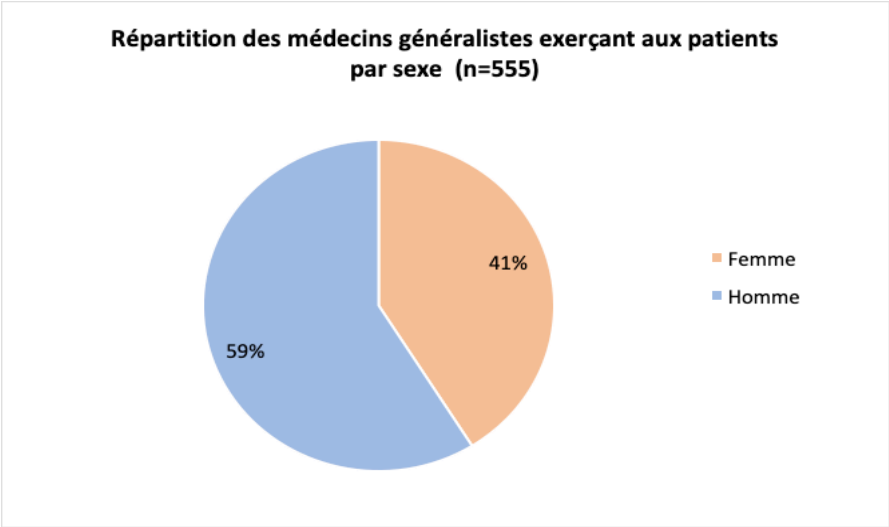
7.4.1 Répartition par sexe des médecins généralistes

Sexe	Nombre
Masculin	327
Féminin	228
Total	555

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.2 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, selon le sexe

En 2019, **59 %** des médecins généralistes sont des hommes.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Fig.7.1 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du ministère de la santé, en 2019, selon le sexe (n=555)

7.4.2 Répartition par âge des médecins généralistes

En 2019, l'âge moyen des 555 médecins généralistes était de **50,7 ans** et l'âge médian de **52 ans**. Le médecin généraliste le plus jeune a 28 ans et le médecin généraliste le plus âgé au sein du registre a 82 ans.

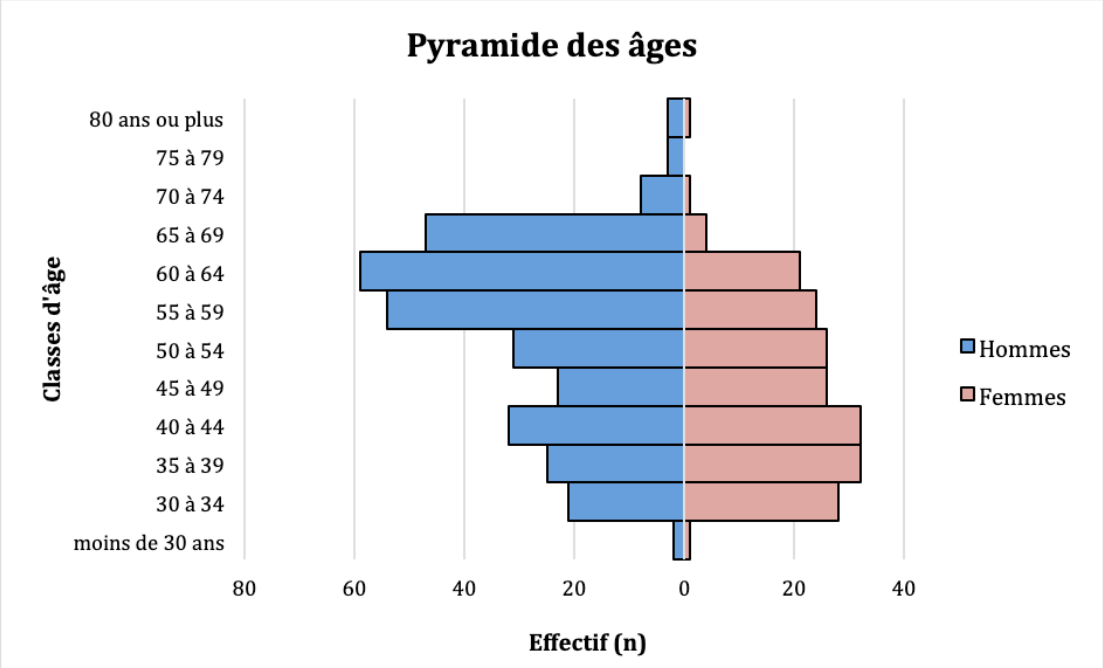
Les classes d'âge sont réparties comme suit chez les médecins généralistes en 2019 :

Classes d'âge	Total MG	MG Femmes	MG Hommes	%
Moins de 30 ans	3	1	2	0,54
30 à 34	52	31	21	9,37
35 à 39	67	37	30	12,07
40 à 44	72	37	35	12,97
45 à 49	59	32	27	10,63
50 à 54	64	30	34	11,53
55 à 59	84	29	55	15,14
60 à 64	86	24	62	15,50
65 ans et plus	68	7	61	12,25
Total	555	228	327	100

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.3 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, selon les classes d'âge (n=555)

Les médecins généralistes de 55 ans et plus, exerçant auprès des patients recensés dans le registre du Ministère de la santé, représentent 42,89 % de l'ensemble des médecins généralistes en 2019.
Le nombre de médecins de plus de 65 ans s'élève à 68.

La pyramide des âges des médecins généralistes montre qu'une proportion importante de médecins sera à remplacer dans les toutes prochaines années.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Fig.7.2 : Pyramide des âges des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du ministère de la santé, en 2019 (n=555)

7.4.3 Départs prévisibles de médecins généralistes

En prenant pour hypothèses que :

- l'autorité publique souhaitera conserver au minimum le même nombre de médecins généralistes qu'en 2019,
- l'âge de départ à la retraite se situe aux alentours de 60 ans[1] en raison de la comptabilisation des années d'études, des droits pour les enfants, des années de travail, il a été choisi de prendre ce seuil pour calculer par année le nombre de départs prévisibles des médecins,
- les médecins exerceront leur droit d'accessibilité à la pension à l'âge de 60 ans,

le nombre prévisible de départs de médecins généralistes a été calculé jusqu'en 2034.

Le nombre de médecins à remplacer sera le suivant :

Année	Départs de MG
2019- ≥60 ans	147
2020- 59 ans	15
2021- 58 ans	17
2022- 57 ans	12
2023- 56 ans	13
2024- 55 ans	21
2025- 54 ans	11
2026- 53 ans	15
2027- 52 ans	9
2028- 51 ans	11
2029- 50 ans	11
2030- 49 ans	13
2031- 48 ans	15
2032- 47 ans	10
2033- 46 ans	6
2034- 45 ans	5
Total	**331**

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab. 7.4: Nombre de départs prévisibles de médecins généralistes, par année, de 2019 à 2030 (n=555)

En 2019, ont été comptabilisés tous les médecins généralistes qui avaient 60 ans et plus, c'est à dire pouvant avoir même dépassé l'âge légal de la retraite (65 ans) et qui étaient encore inscrits dans le registre du Ministère de la santé. Il est possible qu'un certain nombre de ces médecins prendront leur retraite entre 2019 et 2023, s'ils dépassent l'âge de 60 ans pour demander leur droit à la pension.

Entre 2019 et 2034, le Luxembourg devra recruter **331 médecins généralistes** s'il veut maintenir le nombre actuel de médecins généralistes, ce qui correspond à 59,64 % du nombre de médecins généralistes en 2019.

Bien entendu, ce chiffre ne comprend pas le nombre de médecins généralistes supplémentaires qu'il faudra recruter pour tenir compte de l'accroissement de la population résidente et tenir compte du vieillissement de la population. Il faut rappeler que l'OMS et la Banque mondiale prévoient qu'entre 2013 et 2030, l'Europe devrait avoir une croissance de son besoin en médecins d'environ 20 %.

[1] La recommandation de l'IGSS est de prendre le seuil de 60 ans pour comptabiliser les départs prévisibles

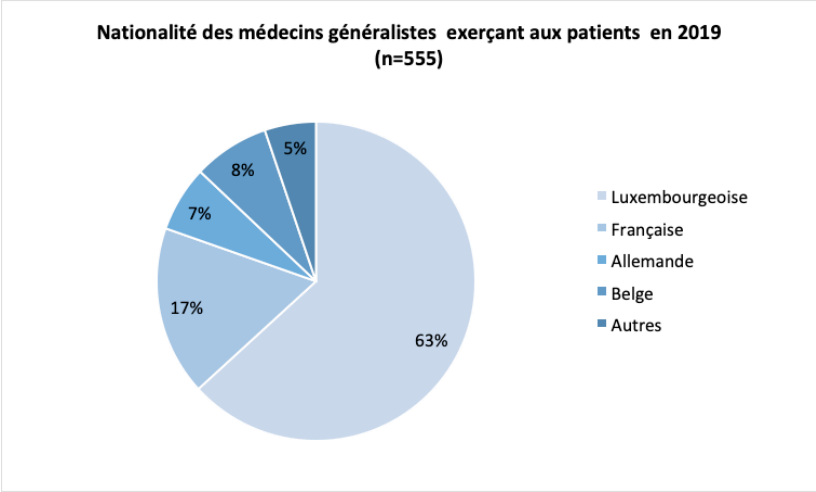
D'autre part, ce chiffre ne tient pas compte de la volonté politique de développer les soins primaires, ce qui va nécessiter en dehors d'une réorganisation des cabinets médicaux, d'inverser le ratio Médecins Généralistes/Médecins Spécialistes. Cette inversion ne pourra se faire que par un accroissement important du nombre de médecins généralistes et une régulation à l'installation du nombre de médecins spécialistes.

7.4.4 Répartition par nationalité des médecins généralistes

La répartition des nationalités, en 2019, des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, est la suivante :

Nationalités	Nombre MG
Luxembourgeoise	351
Allemande	37
Belge	43
Française	95
Autres	29
Total	555

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.5 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019, selon la nationalité



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Fig.7.3 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, selon la nationalité (n=555)

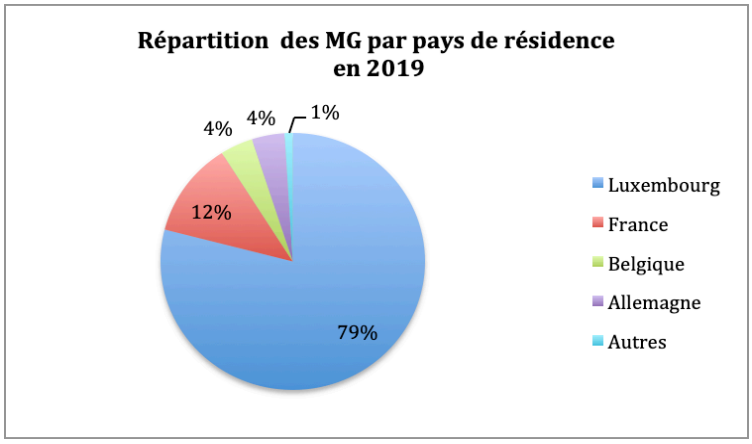
En 2019, la majorité des médecins généralistes (63 %) est de nationalité luxembourgeoise. Les pays frontaliers, Allemagne, France, Belgique apportent 32 % des médecins généralistes exerçant auprès des patients au Luxembourg.

Dans les autres nationalités (5 %), il est retrouvé en 2019, chez les médecins généralistes:

- autres pays européens du Nord: 7
- pays latins : 12
- pays européens de l'Est : 8
- autres pays : 2.

7.4.5 Répartition par pays de résidence des médecins généralistes

Les médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, se répartissent comme suit au niveau du pays de résidence :



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.4 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, selon le pays de résidence (n=555)

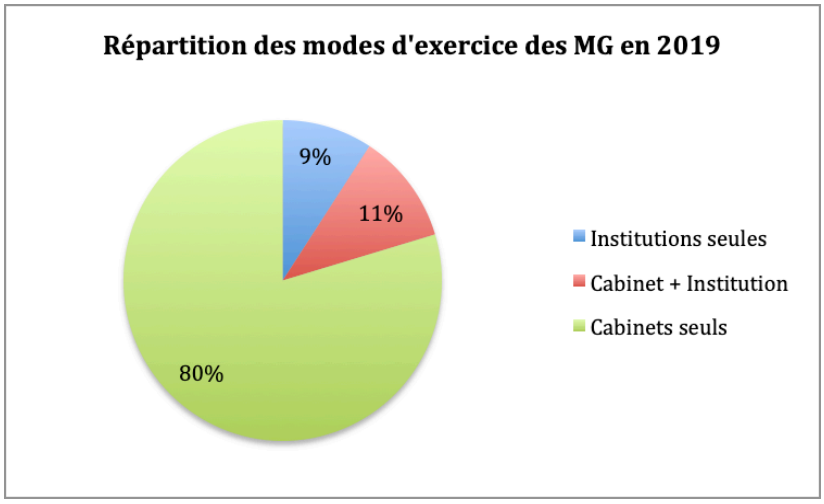
En 2019, sur l'ensemble des médecins généralistes exerçant auprès des patients, 79 % résidaient au Luxembourg.

7.4.6 Répartition du mode d'exercice des médecins généralistes

Les médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, se répartissent comme suit au niveau du mode d'exercice :

Type d'activité du Médecin Généraliste	Nombre 2019	Pourcentage
Activité seulement dans une institution	51	9,20
Activité cabinet + institution	62	11,17
Activité seulement cabinet	442	79,63
Total	555	100,00

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.6 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé en 2019, selon le mode d'exercice



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.5 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, selon le mode d'exercice (n=555)

En 2019, au total, 504 médecins généralistes, soit la plus grande majorité (90,80 %), ont une activité en cabinet libéral exclusivement ou une activité mixte (en cabinet libéral et dans une institution). Seulement 9,20 % des médecins généralistes travaillent exclusivement en institution.

7.4.7 Répartition des nationalités par mode d'exercice des médecins généralistes

Nationalité	Nombre MG	Cabinet au moins	Institution exclusivement
Luxembourgeoise	351	333	18
Allemande	37	37	0
Belge	43	36	7
Française	95	75	20
Autres	29	23	6
Total	555	504	51

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.7 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, par nationalité, en 2019, selon le mode d'exercice

En 2019, tous les médecins généralistes de nationalité allemande sont installés en cabinet seul ou avec une activité mixte (cabinet + institution). Aucun ne travaillait exclusivement en institution.
Chez les médecins de nationalité luxembourgeoise, seulement 18 médecins généralistes travaillent exclusivement en institution, soit 5,13 %.
Par contre chez les médecins de nationalité française, 20 médecins généralistes travaillent essentiellement en institution, soit 21,05 %.

7.4. 8 Répartition des médecins généralistes par canton

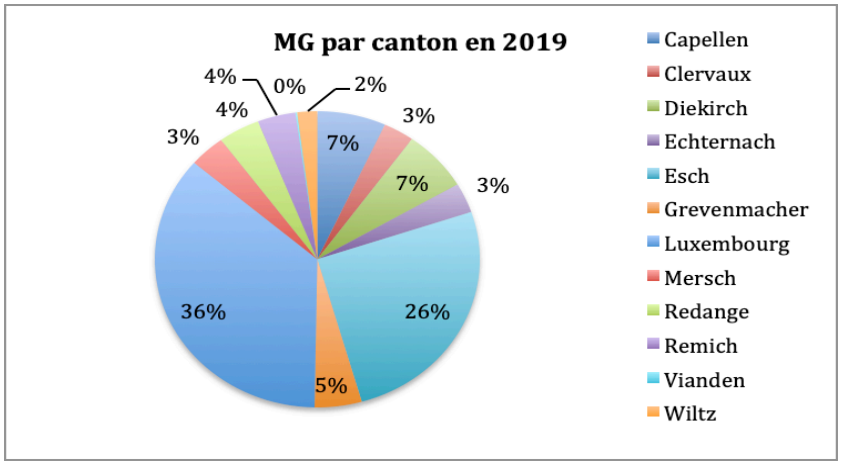
En 2019, la répartition par canton des 555 médecins généralistes est la suivante :

Cantons	MG Cabinet au moins	MG Institutions exclusivement	Total
Capellen	38	0	38
Clervaux	17	0	17
Diekirch	27	10	37
Echternach	18	0	18
Esch	131	12	143
Grevenmacher	26	0	26
Luxembourg	176	24	200
Mersch	20	0	20
Redange	19	4	23
Remich	20	1	21
Vianden	1	0	1
Wiltz	11	0	11
Total	504	51	555

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.8 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, selon le mode d'exercice et le canton

En 2019, il y avait 36,04 % des médecins généralistes dans le canton de Luxembourg et 25,76 % dans le canton d'Esch. Ces 2 cantons regroupent ensemble 61,80 % des médecins généralistes.

La distribution des médecins généralistes est la suivante :



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.6 : Répartition en pourcentage des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du ministère de la santé, en 2019, selon le canton (n=555)

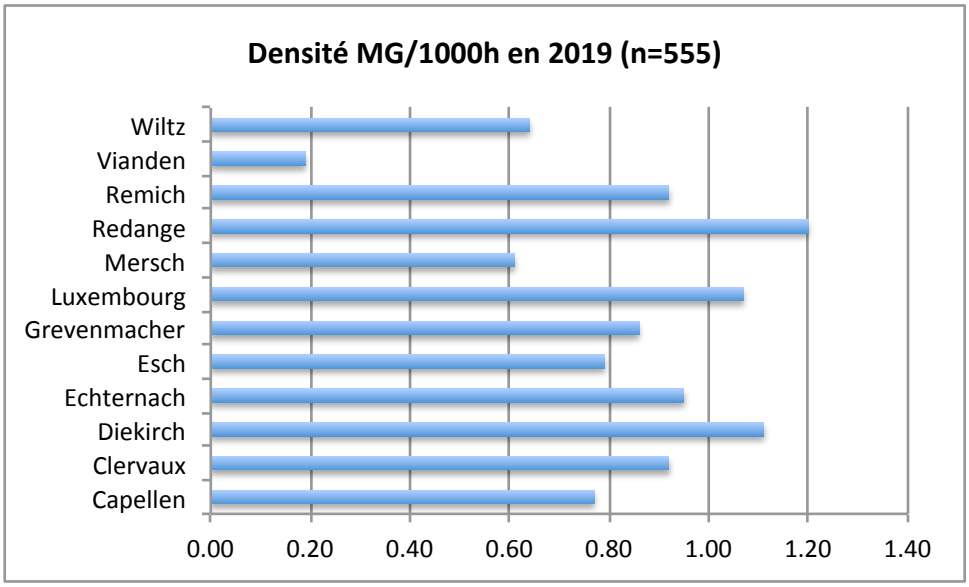
7.4.9 Densité des médecins généralistes

Considérant que la population totale est de 613.894 habitants en 2019, la densité de médecins généralistes par 1.000 habitants est de **0,90 MG /1.000 h**.

Cantons	Nombre MG	Population	Ratio/1000h
Capellen	38	49066	0,77
Clervaux	17	18436	0,92
Diekirch	37	33216	1,11
Echternach	18	18944	0,95
Esch	143	180275	0,79
Grevenmacher	26	30361	0,86
Luxembourg	200	186533	1,07
Mersch	20	32725	0,61
Redange	23	19096	1,20
Remich	21	22806	0,92
Vianden	1	5288	0,19
Wiltz	11	17148	0,64
Total	555	613894	**0,90**

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes

Tab.7.9 : Densité des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, par 1.000 h, en 2019, selon le canton, tout mode d'exercice confondu



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes

Fig.7.7 : Densité des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, par 1.000 h, en 2019, selon le canton (n=555)

7.4.10 Densité ajustée des médecins généralistes par canton

Cependant, 51 médecins n'ont pas de cabinet et travaillent seulement en institution, notamment dans les établissements hospitaliers. De ce fait la densité de médecins généralistes par 1.000 habitants, ayant un cabinet pour accueillir la population, est alors de **0,83 MG /1.000 h**.

Cette 2ème analyse de la densité est plus pertinente pour aborder la densité médicale par canton des médecins généralistes.
Pour le calcul de cette densité, seuls les médecins ayant un cabinet ou une activité mixte (cabinet et institution) ont été considérés puisqu'ils sont accessibles par la population du canton.
A ce total, ont été ajoutés 3 médecins généralistes travaillant comme salariés au Planning Familial et 2 médecins salariés travaillant au service de la population dans le milieu associatif.

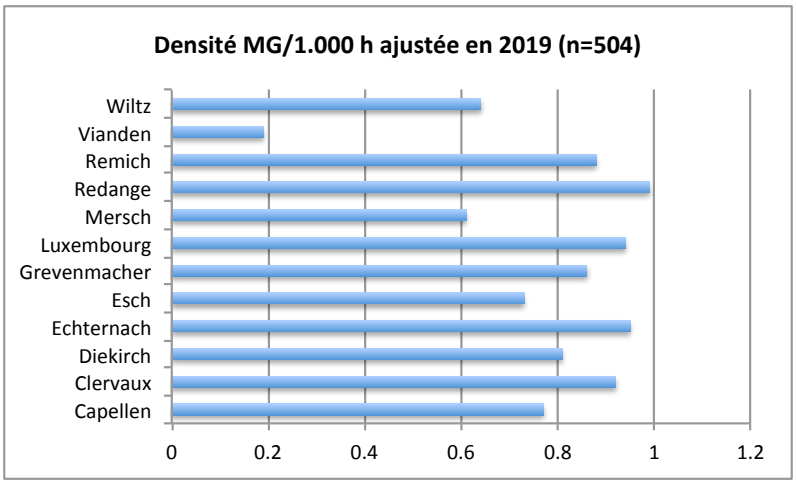
Les références de population par canton sont celles du STATEC pour 2019.

Cantons	Cabinet au moins + autres	Population	MG/1.000 h
Capellen	38	49066	0,77
Clervaux	17	18436	0,92
Diekirch	28	33216	0,84
Echternach	18	18944	0,95
Esch	133	180275	0,74
Grevenmacher	26	30361	0,86
Luxembourg	178	186533	0,95
Mersch	20	32725	0,61
Redange	19	19096	0,99
Remich	20	22806	0,88
Vianden	1	5288	0,19
Wiltz	11	17148	0,64
Total	509[2]	613894	**0,83**

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.10 : Densité ajustée des médecins généralistes exerçant auprès des patients en cabinet au moins ou dans le milieu associatif, par 1.000 h, en 2019, selon le canton (n=509)

Il existe une disparité de la densité en médecins généralistes par 1.000 h entre des cantons avec une densité très faible de 0,19 dans le canton de Vianden à une densité de 0,99 médecin généraliste par 1.000 habitants dans le canton de Redange.

[2] Le chiffre de 509 MG comprend les 504 médecins ayant un cabinet ou un cabinet + institution, ainsi que 5 médecins travaillant en institutions hors établissements hospitaliers



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig. 7.8: Densité ajustée des médecins généralistes exerçant auprès des patients, en cabinet au moins ou dans le milieu associatif, par 1.000 h, en 2019, selon le canton (n=509)

7.4.11 Pays de diplôme des médecins généralistes

Le pays de diplôme des médecins témoigne des conventions de formation signées entre le Luxembourg et les pays frontaliers. Mais cette analyse permet aussi d'étudier les migrations de médecins généralistes en provenance d'autres pays vers le Luxembourg.
L'analyse a aussi été faite par sexe et pour les médecins généralistes de nationalité luxembourgeoise.

Pays de diplôme	Effectif de médecins généralistes							
	Total		Hommes		Femmes		Nationalité luxembourgeoise	
	n=495		n=300		n=195		n=325	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allemagne	41	8,3	23	7,7	18	9,2	12	3,7
Autriche	27	5,5	20	6,7	7	3,6	26	8,0
Belgique	129	26,1	80	26,7	49	25,1	92	28,3
Bosnie	1	0,2	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Bulgarie	1	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Espagne	3	0,6	2	0,7	1	0,5	1	0,3
Finlande	1	0,2	0	0,0	1	0,5	0	0,0
France	188	38,0	130	43,3	58	29,7	117	36,0
Grande-Bretagne	3	0,6	0	0,0	3	1,5	0	0,0
Iran	1	0,2	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Italie	2	0,4	2	0,7	0	0,0	1	0,3
Luxembourg	90	18,2	36	12,0	54	27,7	69	21,2
Pays-Bas	1	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Pérou	1	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Pologne	1	0,2	0	0,0	1	0,5	1	0,3
Roumanie	2	0,4	0	0,0	2	1,0	1	0,3
Tunisie	1	0,2	0	0,0	1	0,5	1	0,3
Yougoslavie	2	0,4	2	0,7	0	0,0	2	0,6

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Tab.7.11 : Pays de diplôme des médecins généralistes exerçant en cabinet auprès des patients (n=495), en 2019, selon le sexe (n=495) et selon la nationalité luxembourgeoise (n=325)

En 2019, chez les médecins généralistes exerçant auprès des patients en cabinet (n=504), seulement 495 pays de diplôme ont pu être identifiés.
Sur les 495 médecins généralistes étudiés, 38 % ont obtenu leur diplôme en France, 26,1 % en Belgique, 18,2 % au Luxembourg et 8,3 % en Allemagne.

Entre les hommes et les femmes médecins généralistes, il y a une différence de pays d'obtention du diplôme, le Luxembourg étant plus fortement représenté chez les femmes que chez les hommes (27,7 % versus 12 %).

Chez les médecins de nationalité luxembourgeoise, la France est le 1er pays de diplôme, ce qui peut s'expliquer par le fait que la France offre un plus grand nombre de places aux étudiants en médecine luxembourgeois.

7.4.12 Médecins généralistes ayant un mode d'exercice unique

En 2019, sur les 555 médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, 493 médecins généralistes ont un mode d'exercice unique, à savoir ils travaillent exclusivement en cabinet ou sont exclusivement salariés.

Mode d'exercice des MG	Nombre
Mode d'exercice unique	493
dont Mode d'exercice exclusivement en cabinet	442
dont Mode d'exercice exclusivement en institution	51

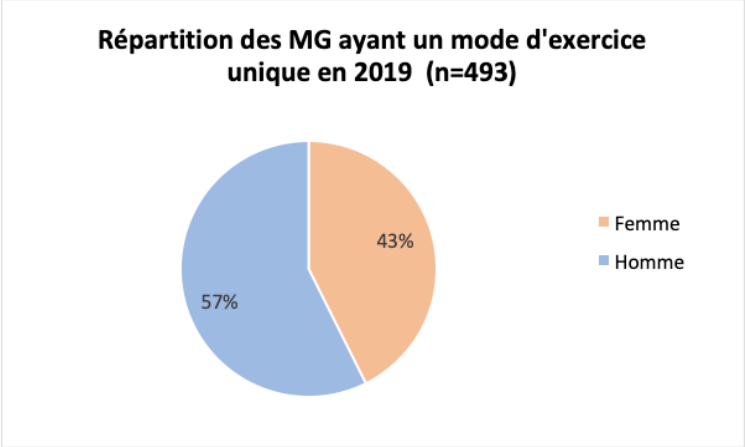
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab. 7.12: Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, ayant un mode d'exercice unique, selon le mode d'exercice

En 2019, sur les 493 médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, ayant un mode d'exercice unique, 89,65 % travaillent exclusivement dans un cabinet médical.

Ces 442 médecins représentent 79,64 % du total des médecins généralistes.

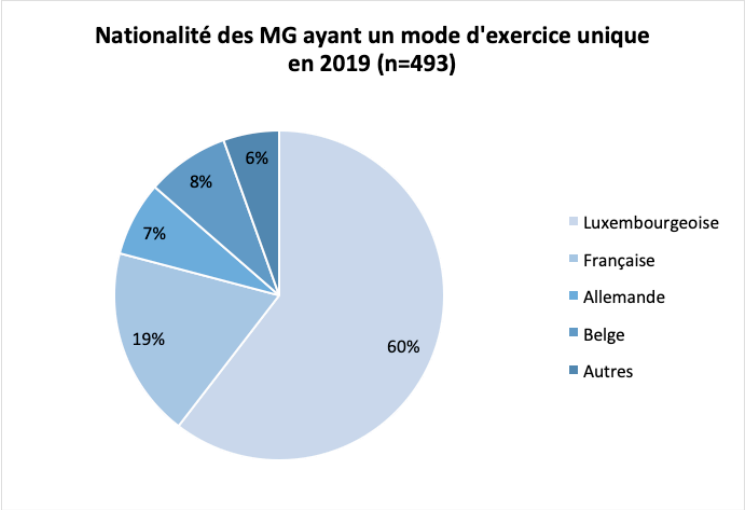
Chez les 442 médecins travaillant exclusivement en cabinet, 9 médecins généralistes travaillent dans deux cabinets, soit 2,03 %.

Dans cette sous-population de médecins généralistes (n=493), 43 % sont des femmes.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.9 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, ayant un mode d'exercice unique, selon le sexe (n=493)

Sur les 493 médecins généralistes, exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, ayant un mode d'exercice unique, 60 % des médecins généralistes sont de nationalité luxembourgeoise.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.10 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, ayant un mode d'exercice unique, selon la nationalité (n=493)

Ces médecins généralistes ont une moyenne d'âge de **50,5 ans** et l'âge médian est de 52 ans. Le plus jeune médecin généraliste de ce groupe a 28 ans, et le plus vieux est âgé de 82 ans.

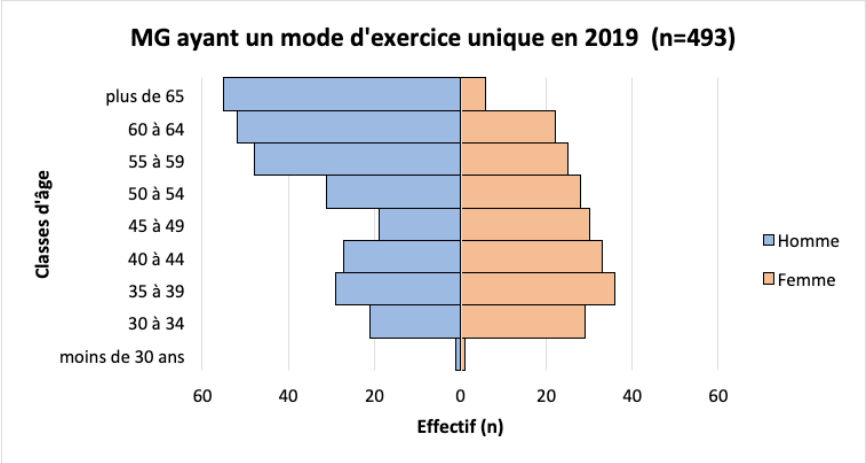
La répartition par classes d'âge est la suivante :

Classes d'âge en années	Total MG Exercice unique	MG Femmes	MG Hommes	%
Moins de 30 ans	2	1	1	0,41
30 à 34	50	29	21	10,14
35 à 39	65	36	29	13,18
40 à 44	60	33	27	12,17
45 à 49	49	30	19	9,94
50 à 54	59	28	31	11,97
55 à 59	73	25	48	14,81
60 à 64	74	22	52	15,01
65 ans et +	61	6	55	12,37
Total	493	210	283	100,00

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.13 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, ayant un mode d'exercice unique, selon les classes d'âge et le sexe (n=493)

Sur les 493 médecins ayant un exercice unique, 61 médecins ont 65 ans et plus en 2019, soit 12,37 % de cette sous-population de médecins généralistes.
Dans les 10 prochaines années y compris 2019, une majorité d'hommes (155 au total) partira en pension.

La pyramide des âges se représente comme suit :



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.11 : Pyramide des âges des médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, ayant un mode d'exercice unique (n=493)

7.4.13 Médecins généralistes ayant deux modes d'exercice

En 2019, sur les 555 médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, **62** médecins généralistes ont deux modes d'exercice, soit 11,17 %.

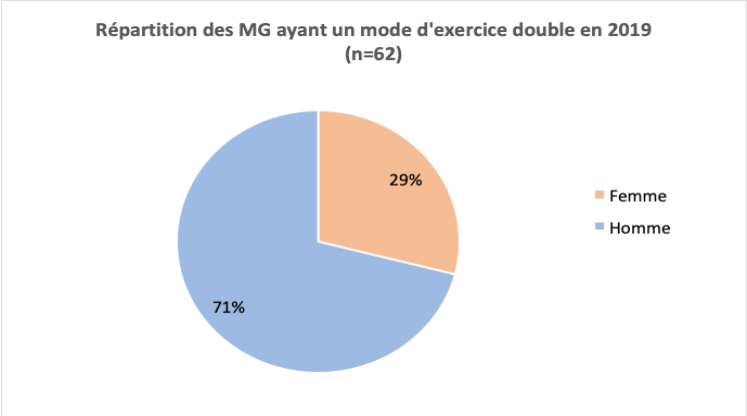
Ce double mode d'exercice peut être cabinet-établissement hospitalier, cabinet-autre institution.

La distribution des médecins généralistes ayant un double mode d'exercice est la suivante :

Double mode d'exercice	Nombre de MG
Cabinet-Etablissement hospitalier	60
Cabinet-Autre institution	2
Total	62

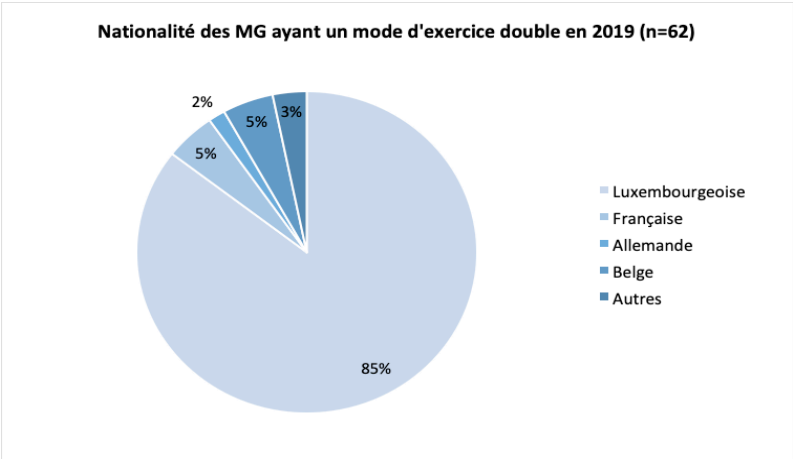
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.14 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, ayant un double mode d'exercice selon le type (n=62)

Dans cette sous-population de médecins généralistes, seulement 29 % sont des femmes.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.12 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, ayant un double mode d'exercice selon le sexe (n=62)

Dans cette sous-population de médecins généralistes qui a 2 modes d'exercice, 85 % des médecins généralistes sont de nationalité luxembourgeoise.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.13 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, ayant un double mode d'exercice selon la nationalité (n=62)

Dans cette sous-population de médecins généralistes, l'âge moyen est de **52,5 ans** et l'âge médian de 54 ans. Ils sont plus âgés, d'une valeur de 2 années, que les médecins généralistes ayant un mode d'exercice unique.

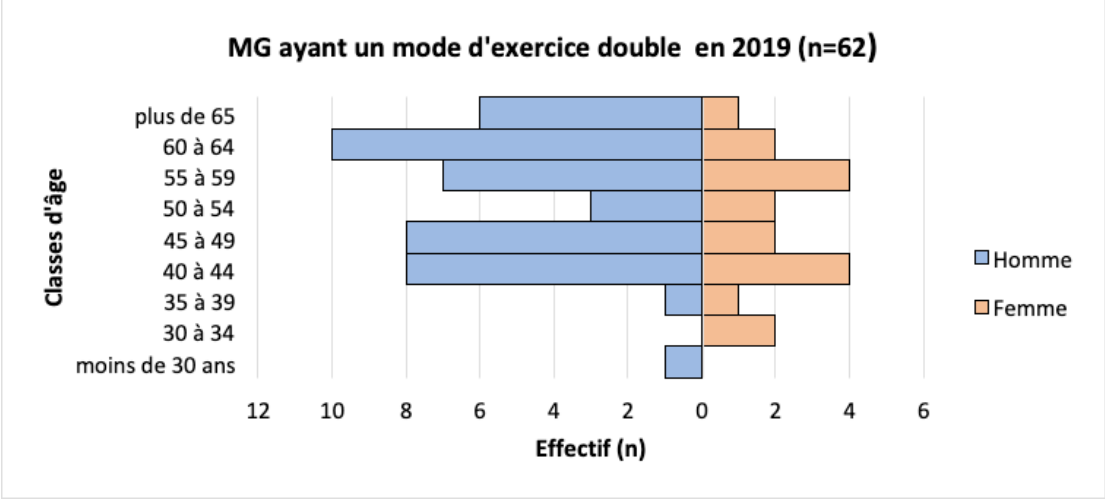
La répartition dans les classes d'âge est la suivante :

Classes d'âge	Total MG Double Exercice	MG Femmes	MG Hommes	%
Moins de 30 ans	1	0	1	1,61
30 à 34	2	2	0	3,23
35 à 39	2	1	1	3,23
40 à 44	12	4	8	19,36
45 à 49	10	2	8	16,13
50 à 54	5	2	3	8,06
55 à 59	11	4	7	17,74
60 à 64	12	2	10	19,35
65 ans et plus	7	1	6	11,29
Total	62	18	44	100,00

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.15 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, ayant un double mode d'exercice selon les classes d'âge et le sexe (n=62)

Il est constaté que 7 médecins généralistes ont 65 ans et plus en 2019.

La pyramide des âges de cette sous-population de médecins généralistes se représente comme suit :



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.14 : Pyramide des âges des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, ayant un double mode d'exercice (n=62)

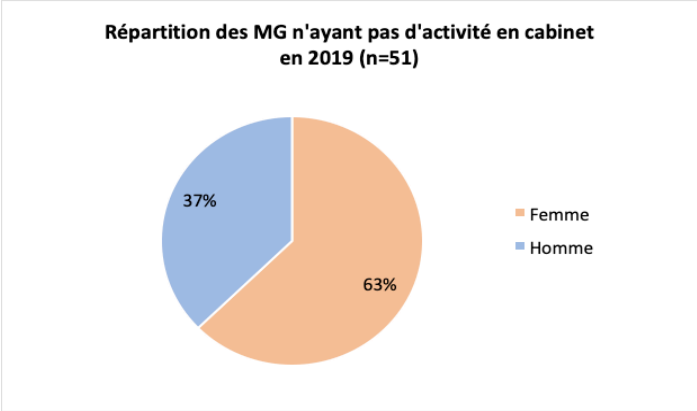
7.4.14 Médecins généralistes n'ayant pas d'activité en cabinet

En 2019, sur les 555 médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, **51** médecins généralistes n'ont pas de cabinet médical et exercent dans une institution.
Les institutions où ils travaillent sont les suivantes

Dénomination de l'institution	Nombre de MG
Centre Hospitalier de Luxembourg	15
Centre Hospitalier Emile Mayrisch	10
Centre Hospitalier du Nord	5
Centre Hospitalier Neuropsychiatrique	4
Hôpitaux Robert Schuman	5
Centre de Réhabilitation de Colpach	4
Planning Familial	3
Autres	5
Total	51

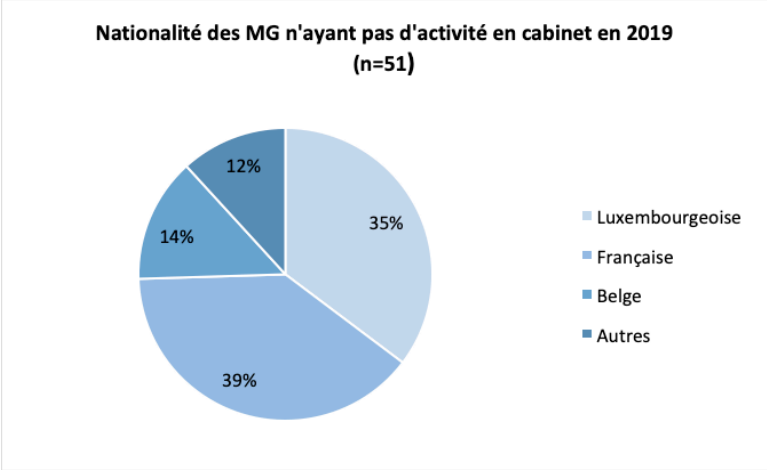
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.16 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, exerçant exclusivement en institution

Dans cette sous-population de médecins généralistes, 63 % des médecins généralistes sont des femmes.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.15 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, exerçant exclusivement en institution, selon le sexe (n=51)

Dans cette sous-population de médecins généralistes, seulement 35 % des médecins généralistes sont de nationalité luxembourgeoise.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes

Fig.7.16 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, exerçant exclusivement en institution, selon la nationalité (n=51)

Dans cette sous-population de médecins généralistes, l'âge moyen est de **47,7 ans** et l'âge médian est de 48 ans. Ils sont plus jeunes que les médecins généralistes ayant un mode d'exercice unique ou deux modes d'exercice.

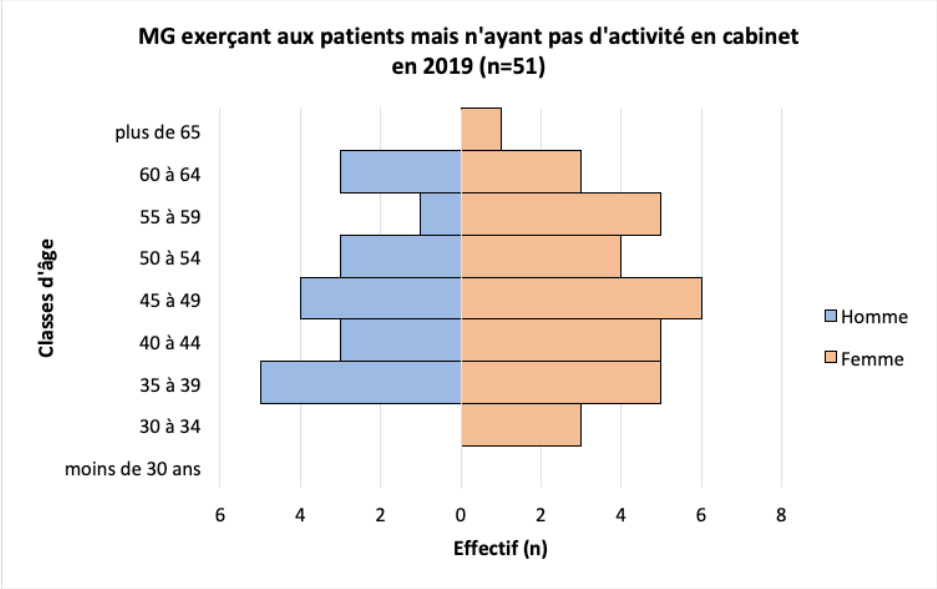
La répartition dans les classes d'âge est la suivante :

Classes d'âge	Total MG sans cabinet	MG Femmes	MG Hommes	%
Moins de 30 ans	0	0	0	0
30 à 34	3	3	0	5,88
35 à 39	10	5	5	19,61
40 à 44	8	5	3	15,69
45 à 49	10	6	4	19,61
50 à 54	7	4	3	13,73
55 à 59	6	5	1	11,76
60 à 64	6	3	3	11,76
65 ans et plus	1	1	0	1,96
Total	51	32	19	100,00

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes

Tab.7.17 : Répartition des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, n'ayant pas de cabinet, selon les classes d'âge et le sexe (n=51)

La pyramide des âges de cette sous-population se représente comme suit :



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.17 : Pyramide des âges des médecins généralistes exerçant auprès des patients recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, sans cabinet (n=51)

7.4.15 Comparaison des sous-populations de médecins généralistes

Le tableau ci-après compare les sous-populations de médecins généralistes sur les caractéristiques suivantes: pourcentage de femmes, âge moyen, pourcentage de nationalité luxembourgeoise.

Type de MG	Nombre total de MG	% Femmes	Age moyen	% Lux.
MG sans cabinet	51	63	47,7	35
MG avec double mode d'exercice	62	29	52,5	85
MG avec mode d'exercice unique	493	43	50,5	60
MG tous mode d'exercice confondus	555	59	50,7	63

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.18 : Comparaison des populations de médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, sur les caractéristiques du sexe, de l'âge moyen et du pourcentage de nationalité Luxembourgeoise

Il ressort que les médecins généralistes travaillant dans les institutions sans avoir de cabinet n'ont pas le même profil que les autres médecins généralistes : plus de femmes, des médecins plus jeunes avec une proportion beaucoup moindre de médecins ayant la nationalité luxembourgeoise. Par contre, les femmes ne représentent que 29 % des médecins généralistes ayant un double mode d'exercice.

7.4.16 Déplacement des médecins généralistes pour leurs activités

En dehors des visites médicales à domicile à partir de leur cabinet ou à partir de la maison médicale lors de la garde, certains médecins généralistes ont des déplacements à gérer en raison de deux lieux d'activité.

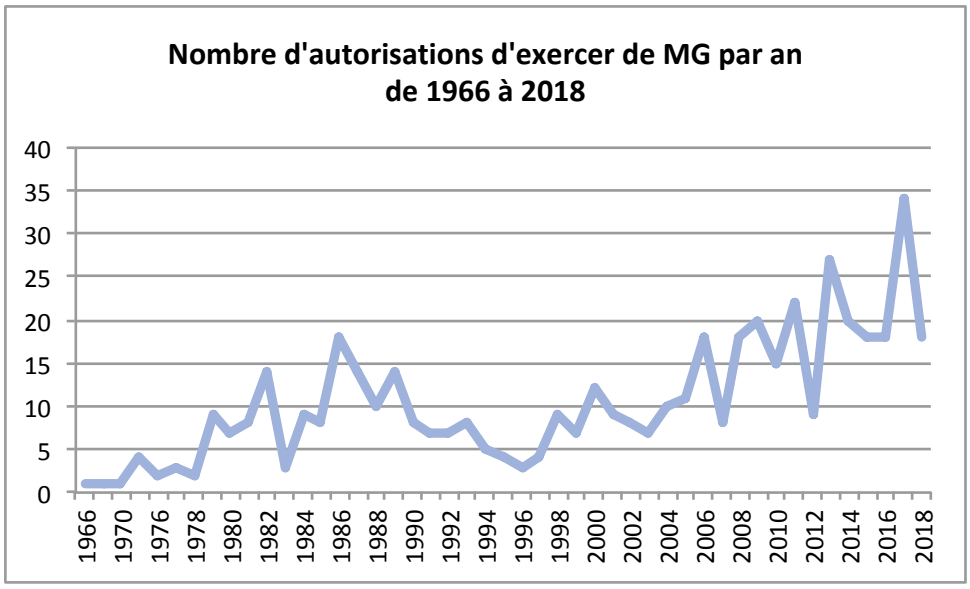
Le nombre de médecins concernés en 2019 par des déplacements entre 2 lieux d'activités est le suivant :

Deux lieux d'exercice	Nombre de MG
Cabinet-Cabinet	9
Cabinet-Etablissement hospitalier	60
Cabinet-Autre institution	2
Total	71

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Tab.7.19 : Nombre de médecins généralistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, concernés par deux lieux d'exercice

7.4.17 Evolution annuelle du nombre d'autorisations d'exercer la médecine générale

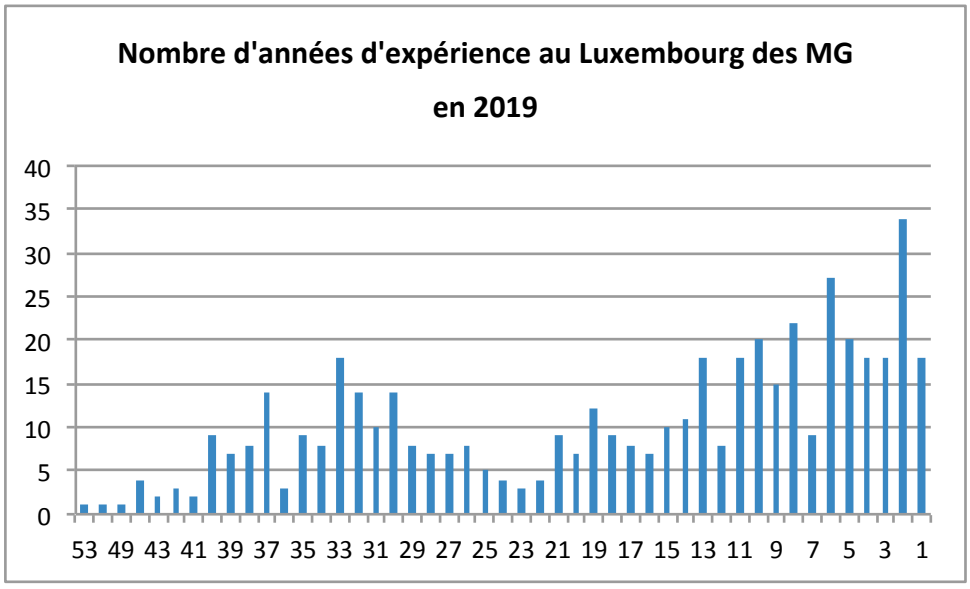
Le nombre d'autorisations d'exercer la médecine générale, données par année, par le Ministre de la santé entre 1966 et 2018, aux médecins généralistes recensés dans le registre des médecins 2019 a évolué comme suit :



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.18 : Evolution entre 1966 et 2018 du nombre d'autorisations d'exercer la profession de médecin généraliste données par année chez les médecins généralistes exerçant en 2019 auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé (n=495)

Le nombre annuel ne correspond pas au nombre total d'autorisations d'exercer données dans l'année par le Ministre de la santé car certains médecins peuvent avoir quitté le pays ou peuvent ne plus exercer en 2019, et de ce fait n'apparaissent pas dans la base de données du registre des médecins en 2019. Il s'agit ici du nombre de médecins généralistes encore en exercice en 2019, ayant eu leur autorisation d'exercer dans l'année X.
Cette courbe montre que les médecins très âgés dans le registre ont bien eu une autorisation d'exercer il y a plus de 40 ans.
Elle montre aussi que depuis 2003, le nombre d'autorisations annuelle de médecins généralistes est en croissance avec des pics à la hausse et à la baisse.

Par contre, cette information permet de calculer pour chacun des médecins généralistes actif en 2019, sa durée d'exercice professionnel au Luxembourg entre sa date d'autorisation et 2019.
Cela permet de connaître la longévité moyenne actuelle de l'exercice professionnel au Luxembourg des médecins généralistes actifs en 2019.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins généralistes
Fig.7.19 : Nombre d'années d'expérience au Luxembourg des médecins généralistes présents dans le registre en 2019, exerçant auprès des patients, (n=492)

La durée moyenne d'exercice professionnel au Luxembourg des médecins généralistes recensés dans le registre des médecins en 2019 est de **17,47 années.**
Cet indicateur devrait être suivi dans l'avenir pour mesurer la longévité professionnelle au Luxembourg des médecins généralistes. Cet indicateur peut être affiné en fonction de l'âge du médecin à la date de l'autorisation.

7.5. Résultats relatifs aux médecins spécialistes, issus du registre des professions médicales

7.5.1 Remarques méthodologiques

Le fichier des médecins spécialistes, issu du registre des médecins 2019 du Ministère de la santé, comprenait les médecins spécialistes qui :

- exercent auprès des patients,
- interviennent indirectement dans le processus de prise en charge des patients,
- exercent des fonctions administratives et n'interviennent pas auprès des patients.

Le présent chapitre présentera les résultats pour les médecins spécialistes praticiens, actifs dans le registre. Il sera complété par une brève présentation des médecins spécialistes intervenant indirectement dans la prise en charge des patients, tels que les médecins biologistes, les médecins anatomo-pathologistes et les médecins légistes. Les médecins généticiens ont été classés dans les médecins spécialistes exerçant auprès des patients puisqu'ils réalisent désormais des consultations en sus des activités de laboratoire.
Les médecins spécialistes administratifs, qui sont au nombre de 30, ne sont pas couverts par le présent rapport.

Dans le fichier des médecins spécialistes du registre des médecins du Ministère de la santé 2019, il a été retrouvé 30 médecins spécialistes disposant de plusieurs autorisations d'exercer.
Dans 13 cas, il a été possible de reclasser les médecins dans une spécialité médicale.

Les reclassements ont été les suivants :

- 5 médecins psychiatres et psychothérapeutes ont été classés dans la spécialité médicale de psychiatrie
- 1 neurologue et psychothérapeute a été classé dans la spécialité médicale de neurologie,
- 4 psychiatres-neurologues-neuropsychiatres ont été reclassés en psychiatrie,
- 2 gériatres et médecins généralistes ont été reclassés en gériatrie,
- 1 allergologue et médecin généraliste a été reclassé médecin allergologue.

Mais dans 17 cas, il n'a pas été possible d'attribuer aux médecins l'une ou l'autre des spécialités en l'absence d'informations fiables dans le registre. Ces 17 médecins ont été comptabilisés dans le total des médecins spécialistes et ont été intégrés pour certains indicateurs. Pour d'autres indicateurs ils ont été exclus. De ce fait, il existe une sous-estimation possible de certaines spécialités.
Les 17 cas non reclassables, qui ont été exclus pour certaines analyses, étaient les suivants :

- 2 médecins avec une autorisation en psychiatrie infantile et psychiatrie,
- 1 médecin avec une autorisation de psychiatrie infantile et de pédiatrie,
- 1 médecin avec une autorisation de psychiatrie, de psychiatrie infantile et de neurologie,
- 1 médecin avec une autorisation en chirurgie générale et orthopédie,
- 1 médecin avec une autorisation en chirurgie générale et de chirurgie cardio-vasculaire,
- 3 médecins avec une autorisation de chirurgie générale et de chirurgie vasculaire,
- 1 médecin avec une autorisation en chirurgie thoracique et en chirurgie générale,

- 1 médecin avec une autorisation en chirurgie générale, en chirurgie plastique et en chirurgie des vaisseaux,
- 2 médecins avec une autorisation en médecine interne et hématologie générale,
- 2 médecins avec une autorisation de médecine interne et de gastroentérologie,
- 1 médecin avec une autorisation en médecine interne et en rééducation et réadaptation fonctionnelle,
- 1 médecin avec une autorisation en pédiatrie et en rééducation et réadaptation fonctionnelle.

Afin de pouvoir se comparer aux données internationales, il a été décidé de classer les stomatologues avec les médecins dentistes.

Il est important de préciser que tout comme chez les médecins généralistes, les résultats présentés ci-après comprennent les médecins spécialistes qui facturent à la CNS ainsi que les médecins spécialistes prenant en charge des patients mais ne facturent pas d'actes à la CNS, comme par exemple les médecins salariés de la Ligue ou des médecins salariés dans le cadre des structures de psychiatrie hospitalière, qui sont financés par le biais du conventionnement de l'établissement avec l'Etat.

7.5.2 Nombre absolu de médecins spécialistes

Catégories de médecins spécialistes	Nombre
Médecins spécialistes dont la spécialité médicale est identifiable	1.292
Médecins spécialistes dont la spécialité médicale ne peut être attribuée	17
Total des médecins spécialistes exerçant auprès des patients	1.309
Médecins spécialistes intervenant indirectement dans les prises en charge des patients	55
Total des médecins spécialistes intervenant directement ou indirectement dans les prises en charge des patients	1.364

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.20 : Nombre absolu de médecins spécialistes par catégorie, en 2019, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé

En 2019, au total **1.309 médecins spécialistes** ont été recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, comme praticiens intervenant directement dans la prise en charge des patients, dont seulement **1.292 avaient une spécialité médicale clairement identifiable**. En sus, **55 médecins spécialistes** ont été recensés comme intervenant indirectement dans la prise en charge des patients.

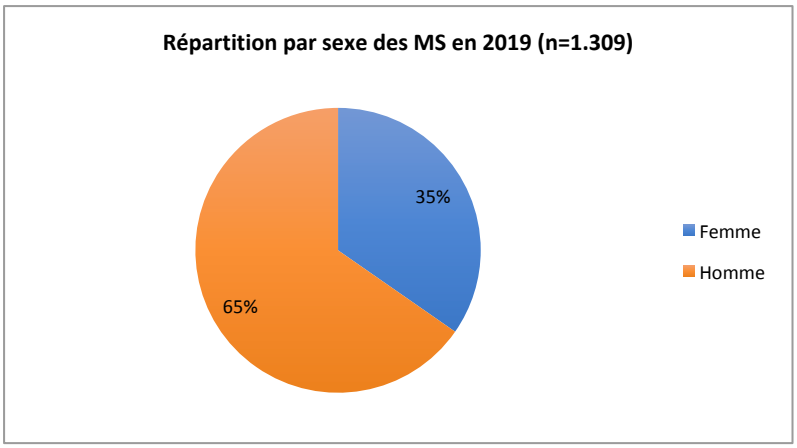
7.5.3 Répartition par sexe des médecins spécialistes

Sexe	Nombre
Masculin	454
Féminin	855
Total	**1309**

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.21 : Répartition des médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, selon le sexe

En 2019, il y a **65,3 % d'hommes** chez les médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Fig.7.20 : Répartition par sexe des médecins, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé en 2019 (n=1309)

7.5.4 Répartition par âge des médecins spécialistes

En 2019, l'âge moyen des 1.309 médecins spécialistes est de **52,4 ans** et l'âge médian de **53 ans**. Le médecin spécialiste le plus jeune a 31 ans et le médecin spécialiste le plus âgé au sein du registre a 91 ans.

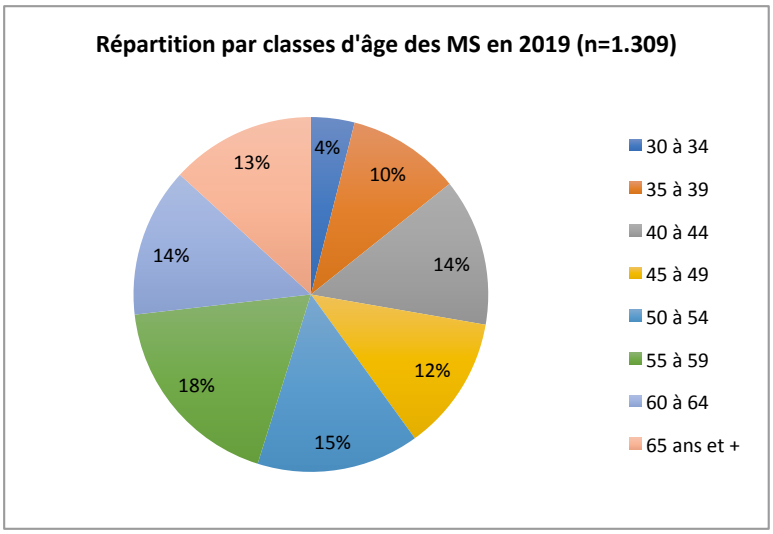
Les classes d'âge sont réparties comme suit chez les médecins spécialistes en 2019 :

Classes d'âge	Total MS	MS Femmes	MS Hommes	%
Moins de 30 ans	0	0	0	0
30 à 34	52	31	21	3,97
35 à 39	135	75	60	10,31
40 à 44	176	70	106	13,45
45 à 49	161	69	92	12,30
50 à 54	194	66	128	14,82
55 à 59	240	70	170	18,33
60 à 64	178	42	136	13,60
65 ans et plus	173	31	142	13,22
Total	1309	454	855	100,00

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MG médecins spécialistes

Tab.7.22 : Répartition des médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, selon les classes d'âge (n=1.309)

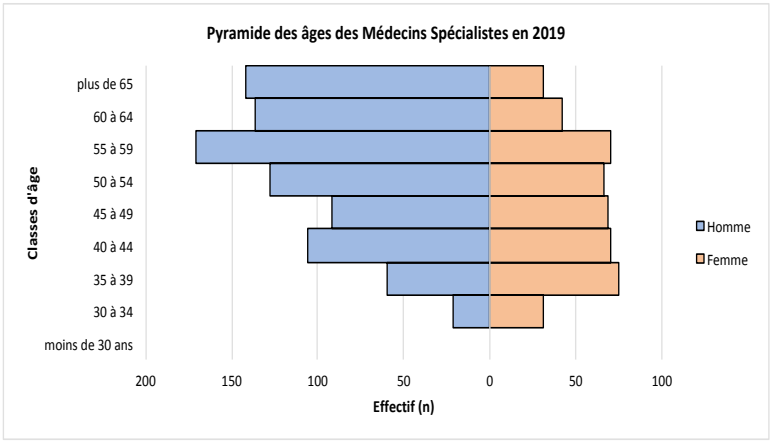
Chez les médecins spécialistes, la classe d'âge 55-59 ans est la plus importante (18,33%). En 2019, les médecins spécialistes âgés de 55 ans et plus représentent 45,15 % de l'ensemble de l'effectif des médecins spécialistes.
Le nombre de médecins spécialistes de plus de 65 ans s'élève à 173 en 2019, dont certains sont très âgés (+ de 90 ans), ce qui met en doute la qualité des données du registre.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MS médecins spécialistes

Fig.7.21 : Répartition des médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019, selon les classes d'âge (n=1.309)

La pyramide des âges des médecins spécialistes montre qu'une proportion importante de médecins spécialistes sera à remplacer dans les toutes prochaines années.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Fig.7.22 : Pyramide des âges des médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, en 2019 (n=1.309)

7.5.5 Départs prévisibles des médecins spécialistes

En prenant pour hypothèses que :

- l'autorité publique souhaitera conserver au minimum le même nombre de médecins spécialistes qu'en 2019,
- l'âge de départ à la retraite se situe aux alentours de 60 ans[3] en raison de la comptabilisation des années d'études, des droits pour les enfants, des années de travail, il a été choisi de prendre ce seuil pour calculer par année le nombre de départs prévisibles des médecins,
- les médecins exerceront leur droit d'accessibilité à la pension à l'âge de 60 ans,

le nombre prévisible de départs de médecins généralistes a été calculé jusqu'en 2034.

[3] La recommandation de l'IGSS est de prendre le seuil de 60 ans pour comptabiliser les départs prévisibles

Le nombre de médecins à remplacer sera le suivant :

Année	Départs de Médecins Spécialistes
Devraient être partis	295
2019- 60 ans	48
2020- 59 ans	40
2021- 58 ans	47
2022- 57 ans	42
2023- 56 ans	57
2024- 55 ans	49
2025- 54 ans	47
2026- 53 ans	30
2027- 52 ans	51
2028- 51 ans	29
2029- 50 ans	35
2030- 49 ans	29
2031- 48 ans	34
2032- 47 ans	43
2033- 46 ans	21
2034- 45 ans	34
Total	**931**

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.23 : Nombre de départs prévisibles de médecins spécialistes, par année, de 2019 à 2034 (n=1.039) Hypothèse de pension à 60 ans

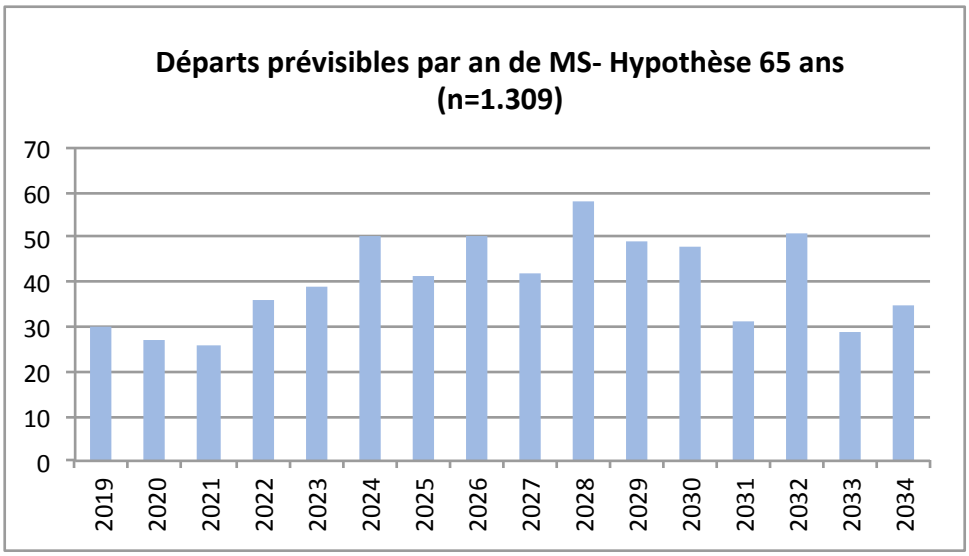
Dans la plus mauvaise hypothèse, c'est-à-dire que les médecins prennent leur retraite vers 60 ans en moyenne, le nombre de médecins spécialistes à remplacer sera de 931 d'ici 2034, soit 71,12 % de l'effectif actuel

Si l'hypothèse est faite que les médecins spécialistes prennent leur pension à l'âge légal de 65 ans, alors le nombre de médecins spécialistes à remplacer sera, le suivant :

Année	Départs de Médecins Spécialistes
Devraient être partis	143
2019- 65 ans	30
2020- 64 ans	27
2021- 63 ans	26
2022- 62 ans	36
2023- 61 ans	39
2024- 60 ans	50
2025- 59 ans	41
2026- 58 ans	50
2027- 57 ans	42
2028- 56 ans	58
2029- 55 ans	49
2030- 54 ans	48
2031- 53 ans	31
2032- 52 ans	51
2033- 51 ans	29
2034- 50 ans	35
Total	**785**

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.24 : Nombre de départs prévisibles de médecins spécialistes, par année, de 2019 à 2034 (n=1.039) Hypothèse de pension à 65 ans



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MS médecins spécialistes
Fig.7.23 : Nombre de départs prévisibles de médecins spécialistes, par année, de 2019 à 2034 (n=1.039) Hypothèse de départ en pension à 65 ans

Cette figure ne prend pas en considération les 143 médecins spécialistes ayant dépassé l'âge de la pension et étant toujours considérés actifs par le registre des médecins du Ministère de la santé.

Entre 2019 et 2034, le Luxembourg devra recruter **785 médecins spécialistes** s'il veut maintenir le nombre actuel de médecins spécialistes, ce qui correspond à 59,97 % du nombre de médecins spécialistes en 2019.

Bien entendu, ce chiffre ne comprend pas le nombre de médecins spécialistes supplémentaires qu'il faudra recruter pour tenir compte de l'accroissement de la population résidente et tenir compte du vieillissement de la population. Il faut rappeler que l'OMS et la Banque mondiale prévoient qu'entre 2013 et 2030, l'Europe devrait avoir une croissance de son besoin en médecins d'environ 20 %.

D'autre part, ce chiffre ne tient pas compte de la volonté politique de développer les soins primaires, ce qui va nécessiter en dehors d'une réorganisation des cabinets médicaux, d'inverser le ratio Médecins Généralistes/Médecins Spécialistes. Cette inversion pourrait se faire par une régulation à l'installation du nombre de médecins spécialistes.

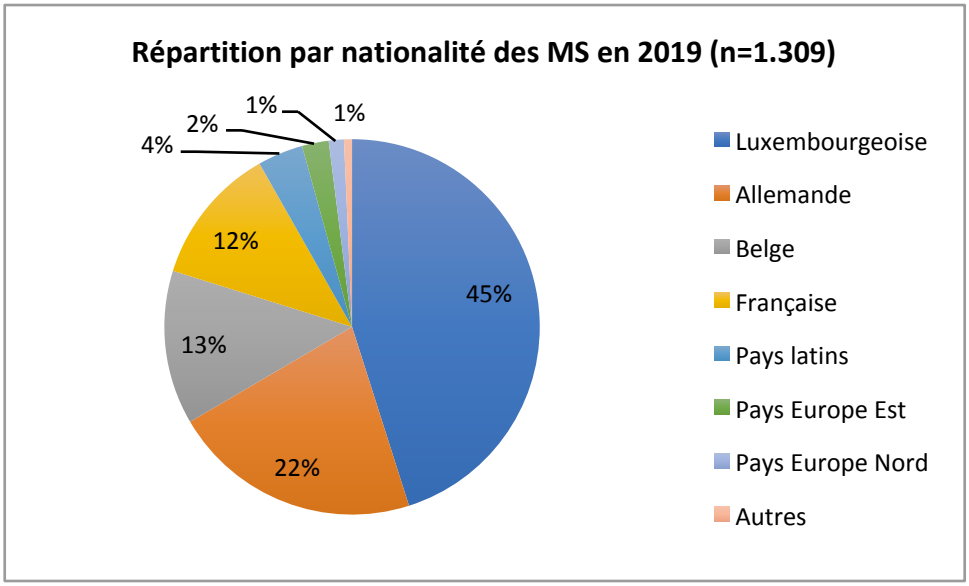
7.5.6 Répartition par nationalité des médecins spécialistes

La répartition des nationalités, en 2019, des médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, est la suivante :

Nationalités	Nombre MS	%
Luxembourgeoise	588	44,92
Allemande	280	21,39
Belge	173	13,22
Française	156	11,92
Europe Nord	17	3,90
Europe Est	30	2,29
Pays latins	51	1,30
Autres	9	0,69
Inconnue	5	0,38
Total	1.309	100,00

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MS médecins spécialistes
Tab.7.25: Répartition par nationalité des médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019

Seulement **44,92 %** des médecins spécialistes sont de nationalité luxembourgeoise. Les 3 pays frontaliers (Allemagne, Belgique et France) apportent 46,53 % des médecins spécialistes. L'Allemagne est, en 2019, le 1er pays fournisseur de médecins spécialistes au Luxembourg.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MS médecins spécialistes
Fig.7.24 : Répartition par nationalité des médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019 (n=1.309)

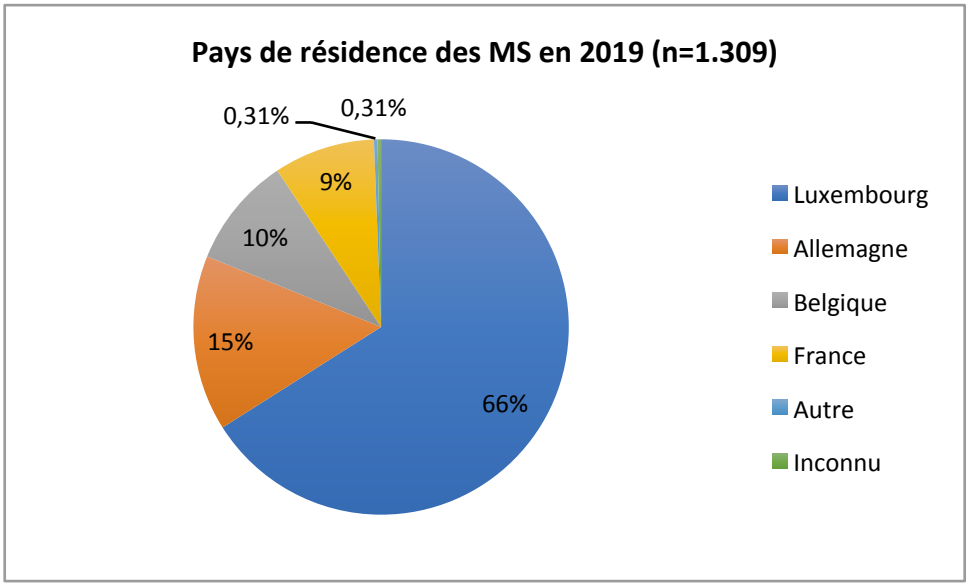
7.5.7 Répartition par pays de résidence des médecins spécialistes

La répartition par pays de résidence, des médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, est la suivante en 2019 :

Pays de résidence	Nombre MS	%
Luxembourg	864	66,00
Allemagne	198	15,13
Belgique	125	9,55
France	114	8,71
Autres	4	0,31
Inconnu	4	0,31
Total	1.309	100,00

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MS médecins spécialistes
Tab.7.26 : Répartition par pays de résidence des médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019

En 2019, le pourcentage de médecins spécialistes résidant au Luxembourg est de **66%,** alors que 44,92 % des médecins spécialistes sont de nationalité luxembourgeoise. De ce fait, 21,08 % de médecins spécialistes ayant une nationalité étrangère résident au Luxembourg.
Ce résultat est important, car les médecins spécialistes participent généralement à la garde hospitalière, et ce dans plusieurs disciplines. Habiter dans un des pays frontaliers oblige le médecin spécialiste à subir les difficultés de mobilité au Luxembourg ou de rester sur place dans l'établissement hospitalier lorsqu'il est de garde, ce qui peut avoir des répercussions sur la vie personnelle, les médecins acceptant ces conditions lorsqu'ils sont de jeunes internes mais plus difficilement lorsqu'ils sont à l'apogée de leur activité.



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MS médecins spécialistes
Fig.7.25 : Répartition par pays de résidence des médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019 (n=1.309)

7.5.8 Mode d'exercice des médecins spécialistes

A la différence avec les médecins généralistes, il est difficile d'apprécier le mode d'exercice des médecins spécialistes à partir de la base de données du registre, car les informations présentes sont insuffisamment détaillées.

En effet, les médecins spécialistes peuvent travailler en cabinet et être agréés dans un ou plusieurs établissements hospitaliers sans pour autant être salariés de l'établissement. De plus, ils peuvent avoir leur cabinet dont l'adresse est celle de l'hôpital (ex : HRS).

Seuls les éléments suivants peuvent être ressortis avec certitude de la base de données du registre des médecins du Ministère de la santé :

Type d'activité	Nombre de MS
MS travaillant seulement en cabinet sans support de l'hôpital	362
MS ayant 2 cabinets et ne travaillant qu'en cabinet	12
Total des MS ne travaillant qu'en cabinet	374

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Légende : MS médecins spécialistes
Tab.7.27 : Nombre de médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019, ne travaillant qu'en cabinet sans support d'un établissement hospitalier

7.5.9 Répartition des médecins spécialistes par spécialité médicale

La distribution des médecins spécialistes se répartit comme suit dans les différentes spécialités médicales :

Spécialités médicales	Nombre absolu	%
Allergologie	2	0,08
Anesthésie	107	8,28
Cardiologie	71	5,50
Chirurgie plastique	24	1,86
Chirurgie cardio-vasculaire	1	0,08
Chirurgie orale-maxillo faciale	8	0,62
Chirurgie gastro-entérologique	3	0,23
Chirurgie pédiatrique	5	0,39
Chirurgie thoracique	1	0,08
Chirurgie vasculaire	6	0,46
Chirurgie générale	62	4,80
Dermatologie	55	4,26
Endocrinologie	12	0,93
Gastro-entérologie	27	2,09
Généticien	3	0,23
Gériatrie	14	1,08
Gynécologie-Obs.	105	8,13
Hématologie	3	0,23
Médecine interne	90	6,97
Médecine nucléaire	12	0,93
Médecine physique	22	1,70
Néphrologie	16	1,24
Neurochirurgie	15	1,16
Neurologie	39	3,02
Oncologie médicale	2	0,15
Ophtalmologie	79	6,11
Orthopédie	66	5,11
ORL	49	3,79
Pédiatrie	107	8,28
Pneumologie	25	1,93
Psychiatrie + Neuropsychiatrie	119	9,21

Psychiatrie infantile	16	1,24
Radiodiagnostic	66	5,11
Radiothérapie	6	0,46
Rhumatologie	21	1,63
Urologie	33	2,55
Total	1.292*	100,00

** : 17 cas de spécialité non attribuable*
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Tab.7.28 : Nombre de médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019, par spécialité médicale

Toutes les spécialités représentent moins de 10 % du total des médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé.
Le total des médecins spécialistes recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé en 2019 est plus grand que le total des médecins spécialistes issu du fichier CNS, qui sera détaillé dans la partie 8 du présent rapport.

7.5.10 Densité globale de médecins spécialistes par 1.000 habitants sans ajustement

Le nombre d'habitants en 2019 selon le STATEC est de 613.894 habitants.
La densité globale de médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, est de **2,13 médecins spécialistes pour 1.000 habitants, sans ajustement.**

7.5.11 Densité de médecins spécialistes par spécialité avec ajustement par 1.000 habitants

La densité de médecins spécialistes par 1.000 habitants par spécialité médicale est la suivante, après ajustement :

Spécialités médicales	Nombre absolu MS	MS /spec/1.000h
Allergologie	2	0,003
Anesthésie	107	0,174
Cardiologie	71	0,116
Chirurgie plastique	24	0,039
Chirurgie cardio-vasculaire	1	0,002
Chirurgie orale-maxillo faciale	8	0,013
Chirurgie gastro-entérologique	3	0,005
Chirurgie pédiatrique	5	0,008
Chirurgie thoracique	1	0,002
Chirurgie vasculaire	6	0,010
Chirurgie générale	62	0,101
Dermatologie	55	0,090
Endocrinologie	12	0,020
Gastro-entérologie	27	0,044
Généticien	3	0,005
Gériatrie	14	0,023

Gynécologie-Obs. **Ajustement**[4]	105	0,344
Hématologie	3	0,005
Médecine interne	90	0,147
Médecine nucléaire	12	0,020
Médecine physique	22	0,036
Néphrologie	16	0,026
Neurochirurgie	15	0,024
Neurologie	39	0,064
Oncologie médicale	2	0,003
Ophtalmologie	79	0,129
Orthopédie	66	0,108
ORL	49	0,080
Pédiatrie **Ajustement**[5]	107	1,08
Pneumologie	25	0,041
Psychiatrie + Neuropsychiatrie	119	0,194
Psychiatrie infantile	16	0,026
Radiodiagnostic	66	0,108
Radiothérapie	6	0,010
Rhumatologie	21	0,034
Urologie	33	0,054
Total	1.292*	**3,188**

** : 17 cas de spécialité non attribuable*
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Tab.7.29 : Densité de médecins spécialistes exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019, par spécialité médicale pour 1.000 habitants

Etant donné que 17 cas n'ont pas pu être reclassés dans une ou l'autre des spécialités médicales, certaines densités de MS /1.000 h peuvent être sous-estimées.
Dix spécialités médicales dépassent une densité pour 1.000 habitants de 0,10 médecins spécialistes.
Deux spécialités médicales ont fait l'objet d'un ajustement : les médecins spécialistes en pédiatrie ont été ajustés sur le nombre d'enfants de moins de 15 ans en 2019 et les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique sur le nombre de femmes en 2019.
La spécialité médicale de pédiatrie est la seule à avoir une densité supérieure à 1.

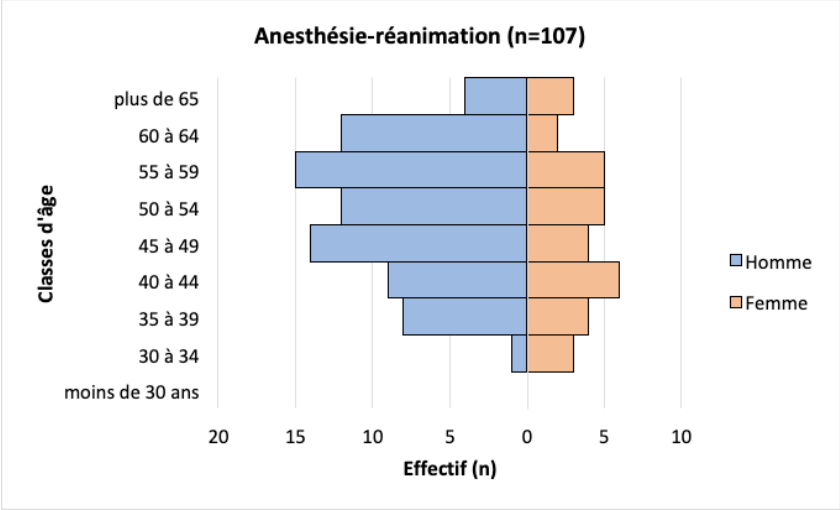
La densité ajustée en médecins spécialistes est de 3,188 pour 1.000 habitants.

7.4.12 Pyramide des âges de certaines spécialités médicales

Les pyramides des âges ont été représentées pour les disciplines disposant d'un nombre suffisant de médecins afin de permettre une bonne visualisation de la situation dans la spécialité et d'identifier les risques en cas de difficultés de recrutement dans des disciplines nécessaires au fonctionnement de certains services hospitaliers.

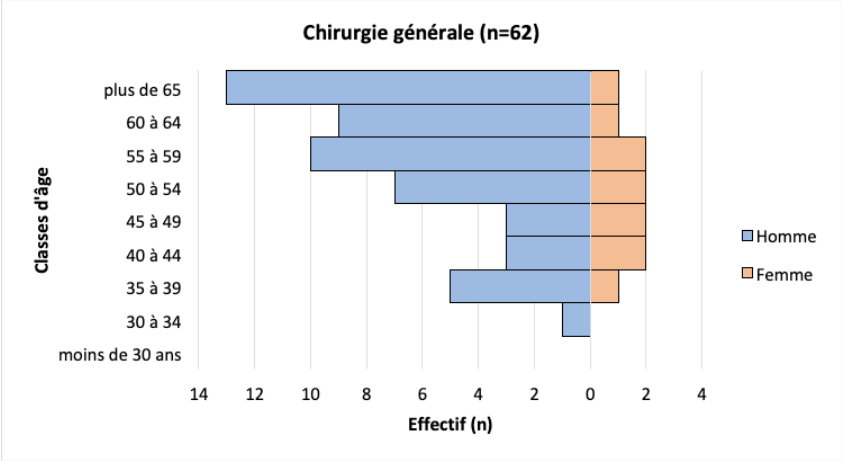
[4] L'ajustement de la densité des médecins gynécologues obstétriciens a été fait sur base du nombre de femmes à savoir 305.174 femmes

[5] L'ajustement de la densité des médecins spécialistes en pédiatrie a été fait sur base du nombre d'enfants de moins de 15 ans à savoir 98.607 enfants en 2019



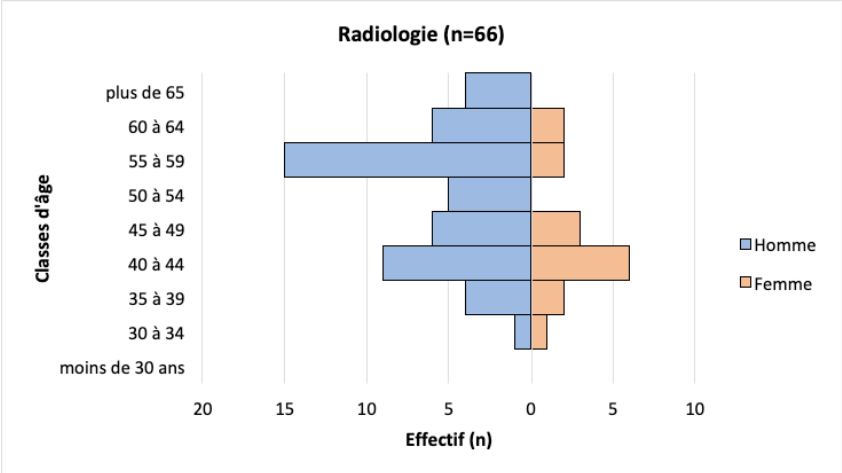
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Fig.7.26 : Pyramide des âges des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation, exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019, (n=107)



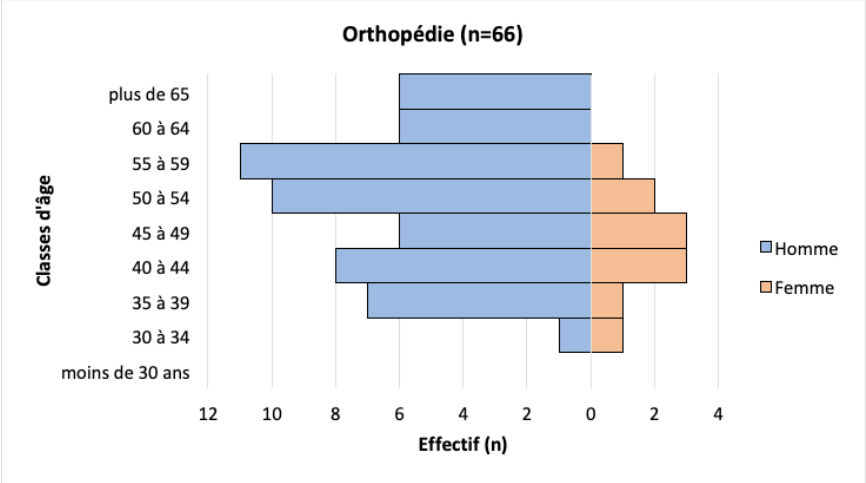
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Fig.7.27 : Pyramide des âges des médecins spécialistes en chirurgie générale, exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019, (n=62)



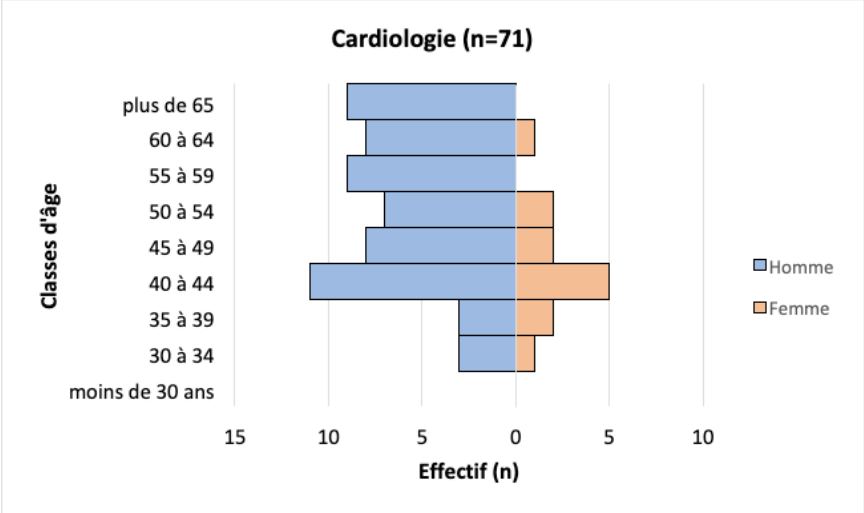
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Fig.7.28 : Pyramide des âges des médecins spécialistes en radiodiagnostic, exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019, (n=66)



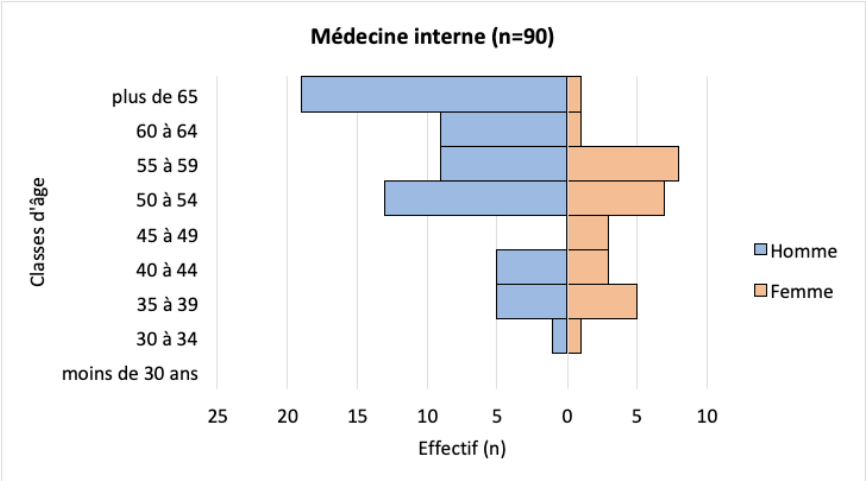
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Fig.7.29 : Pyramide des âges des médecins spécialistes en orthopédie, exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019 (n=66)



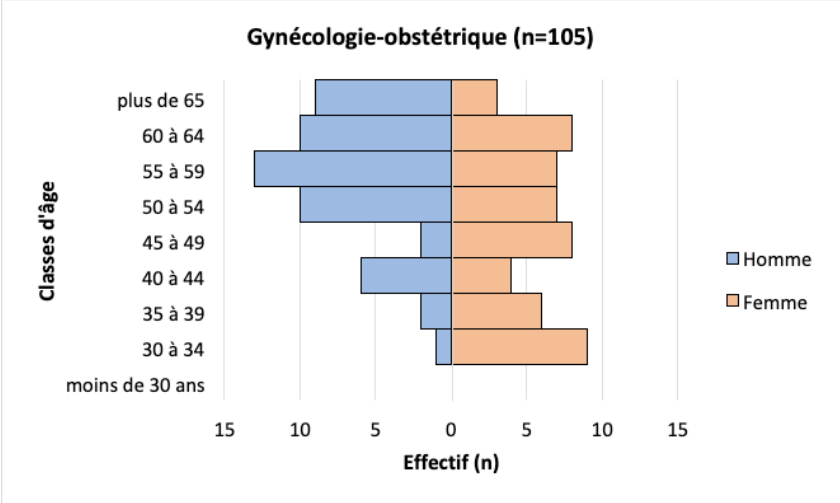
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Fig.7.30 : Pyramide des âges des médecins spécialistes en cardiologie, exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019, (n=71)



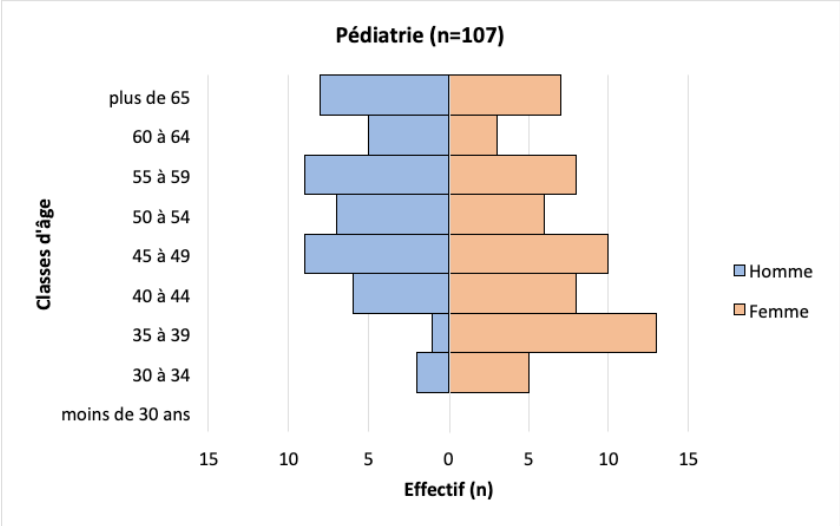
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Fig.7.31 : Pyramide des âges des médecins spécialistes en médecine interne, exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019, (n=90)



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Fig.7.32 : Pyramide des âges des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019, (n=105)



Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Fig.7.33 : Pyramide des âges des médecins spécialistes en pédiatrie, exerçant auprès des patients, recensés dans le registre du Ministère de la santé, en 2019, (n=107)

7.5. 13 Départs prévisibles par spécialité médicale avec hypothèse de départ en pension à 65 ans

Spécialité médicale	Nombre total	Femmes	Hommes	Age	Départ 2019-2034
Allergologie	2	2	0	Moyen : 48 Médian : 48 Min : 46 Max : 50	2034 : 1
Anesthésie- Réanimation	107	32	75	Moyen : 50,7 Médian : 50 Min : 32 Max : 82	Droit : 4 2019 : 3 2020 : 2 2021 : 5 2022 : 1 2023 : 3 2024 : 3 2025 : 1 2026 : 4 2027 : 6 2028 : 5 2029 : 4 2030 : 5 2031 : 3 2032 : 1 2033 : 2 2034 : 6
Cardiologie	71	13	58	Moyen : 51,1 Médian : 50 Min : 31 Max : 73	Droit : 9 2020 : 2 2022 : 2 2023 : 2 2024 : 3 2026 : 4 2027 : 2 2028 : 2 2029 : 1 2030 : 1 2031 : 3 2032 : 3 2033 : 1 2034 : 1
Chirurgie plastique	24	7	17	Moyen : 49,4 Médian : 48 Min : 36 Max : 69	Droit : 2 2024 : 1 2025 : 1 2026 : 2 2028 : 2 2032 : 1 2033 : 2 2034 : 1
Chirurgie cardio-vasc.	1	0	1	Moyen : 62 Médian : / Min:/ Max:/	2022 :1
Chirurgie maxillo faciale	8	4	4	Moyen : 51,9 Médian : 51 Min : 37 Max : 67	Droit: 1 2021 :1 2026 : 1 2031 : 1
Chirurgie gastro-entér.	3	2	1	Moyen : 40 Médian : 39 Min : 33 Max : 48	Aucun
Chirurgie pédiatrique	5	3	2	Moyen : 44,8 Médian : 47 Min : 32 Max : 58	2026 : 1

Chirurgie thoracique	**1**	**0**	**1**	**Moyen : /** **Médian : /** **Min : /** **Max : /**	**2024 : 1**
Chirurgie vasculaire	6	1	5	Moyen : 47,7 Médian : 49 Min : 35 Max : 57	2027 : 1 2030 : 1 2031 : 1
Chirurgie générale	62	11	51	Moyen : 55,3 Médian : 56 Min : 34 Max : 84	Droit : 9 2019 : 5 2021 : 2 2022 : 1 2023 : 2 2024 : 5 2025 : 2 2026 : 2 2027 : 2 2028 : 4 2029 : 2 2030 : 1 2032 : 2 2033 : 3 2034 : 3
Dermatologie	55	34	21	Moyen : 54,4 Médian : 54 Min : 35 Max : 85	Droit : 7 2019 : 1 2021 : 1 2022 : 2 2023 : 3 2024 : 3 2025 : 2 2026 : 4 2027 : 1 2028 : 2 2029 : 1 2030 : 2 2032 : 4 2033 : 2 2034 : 2
Endocrinologie	12	8	4	Moyen : 48 Médian : 45,5 Min : 31 Max : 71	Droit : 1 2026 : 1 2029 : 3
Gastro-entérologie	27	5	22	Moyen : 53,4 Médian : 55 Min : 36 Max : 70	Droit : 1 2019 : 1 2020 : 1 2021 : 1 2022 : 1 2023 : 3 2024 : 1 2026 : 1 2027 : 1 2029 : 3 2031 : 3 2034 : 2
Généticien	3	3	0	Moyen : 51 Médian : 54 Min : 40 Max : 59	2025 : 1 2030 : 1
Gériatrie	14	8	6	Moyen : 47,5 Médian : 45 Min : 37 Max : 63	2021 : 1 2026 :1 2027 : 1 2029 : 1

Gynécologie-Obs.	**105**	**52**	**53**	**Moyen : 52,3** **Médian : 54** **Min : 31** **Max : 83**	**Droit : 10** **2019 : 2** **2020 : 2** **2021 : 4** **2022 : 2** **2023 : 4** **2024 : 6** **2025 : 3** **2026 : 3** **2027 : 4** **2028 : 7** **2029 : 3** **2030 : 5** **2031 : 2** **2032 : 4** **2033 : 4** **2034 : 2**
Hématologie	3	1	2	Moyen : 38 Médian : 38 Min : 34 Max : 42	Aucun
Médecine interne	90	29	61	Moyen : 55,1 Médian : 55 Min : 33 Max : 86	Droit : 16 2019 : 4 2020 : 2 2022 : 2 2023 : 3 2024 : 3 2025 : 6 2026 : 3 2027 : 1 2028 : 2 2029 : 5 2030 : 4 2031 : 3 2032 : 7 2033 : 4 2034 : 2
Médecine nucléaire	12	4	8	Moyen : 53,4 Médian : 57 Min : 32 Max : 67	Droit : 1 2019 : 1 2023 : 1 2024 : 1 2025 : 2 2028 : 1
Médecine physique	22	7	15	Moyen : 49,7 Médian : 50 Min : 33 Max : 68	Droit : 1 2022 : 2 2027 : 2 2030 : 3 2033 : 2 2034 : 2
Néphrologie	16	3	13	Moyen : 48,2 Médian : 46 Min : 32 Max : 68	Droit : 2 2024 : 1 2025 : 1 2027 : 1 2029 : 1 2031 : 1
Neurochirurgie	15	2	13	Moyen : 59,1 Médian : 57 Min : 43 Max : 75	Droit : 5 2020 : 1 2026 : 1 2027 : 1 2029 : 1 2030 : 2 2031 : 1 2033 : 3

Neurologie	39	12	27	Moyen : 52,2 Médian : 54 Min : 32 Max : 65	2019 : 1 2020 : 3 2021 : 3 2022 : 1 2023 : 1 2024 : 2 2025 : 2 2026 : 1 2028 : 3 2029 : 2 2030 : 1 2033 : 2 2034 : 1
Oncologie médicale	2	1	1	Moyen : / Médian : / Min : / Max : /	2030 : 1
Ophtalmologie	79	27	52	Moyen : 53,5 Médian : 54 Min : 34 Max : 77	Droit : 10 2019 : 2 2020 : 5 2021 : 3 2022 : 1 2023 : 3 2024 : 5 2025 : 3 2026 : 2 2027 : 1 2028 : 3 2029 : 1 2030 : 3 2031 : 3 2032 : 2 2033 : 2 2034 : 2
Orthopédie	66	11	55	Moyen : 50,7 Médian : 52 Min : 32 Max : 72	Droit : 5 2019 : 1 2023 : 2 2024 : 4 2025 : 3 2026 : 3 2027 : 2 2028 : 2 2029 : 2 2030 : 4 2031 : 3 2032 : 4 2034 : 1
ORL	49	4	45	Moyen : 55,2 Médian : 56 Min : 31 Max : 91	Droit : 8 2019 : 1 2020 : 1 2021 : 1 2022 : 1 2023 : 2 2025 : 3 2026 : 2 2027 : 2 2028 : 4 2029 : 2 2030 : 1 2032 : 2 2033 : 1 2034 : 3

Pédiatrie	107	60	47	Moyen : 50,9 Médian : 49 Min : 31 Max : 87	Droit : 14 2019 : 1 2020 : 1 2022 : 4 2023 : 2 2024 : 1 2025 : 3 2026 : 3 2027 : 3 2028 : 4 2029 : 4 2030 : 3 2031 : 1 2032 : 8 2034 : 1
Pneumologie	25	8	17	Moyen : 50,8 Médian : 52 Min : 36 Max : 67	Droit : 1 2021 : 1 2023 : 1 2024 : 1 2025 : 1 2026 : 2 2028 : 1 2029 : 1 2030 : 1 2031 : 2 2032 : 1 2033 : 1 2034 : 1
Psychiatrie + Neuropsychiatrie	119	55	64	Moyen : 53,8 Médian : 55 Min : 32 Max : 79	Droit : 18 2019 : 4 2020 : 3 2021 : 1 2022 : 7 2023 : 1 2024 : 3 2025 : 2 2026 : 3 2027 : 5 2028 : 8 2029 : 6 2030 : 5 2031 : 1 2032 : 6 2033 : 2 2034 : 2
Psychiatrie infantile	16	9	7	Moyen : 47,4 Médian : 42 Min : 36 Max : 67	Droit : 1 2023 : 1 2025 : 2 2032 : 2
Radiodiagnostic	66	16	50	Moyen : 50,5 Médian : 51 Min : 33 Max : 72	Droit : 3 2019 : 1 2020 : 1 2022 :2 2023 : 3 2024 : 2 2025 : 2 2026 : 2 2027 : 4 2028 : 5 2029 : 4 2030 : 1 2032 : 3 2034 : 1

Radiothérapie	6	3	3	Moyen : 49,5 Médian : 47 Min : 38 Max : 64	2020 : 1 2024 : 1 2030 : 1
Rhumatologie	21	11	10	Moyen : 54,9 Médian : 57 Min : 33 Max : 75	Droit : 4 2019 : 1 2021 : 1 2023 : 2 2026 : 1 2027 : 2 2028 : 2 2032 : 1 2034 : 1
Urologie	33	3	30	Moyen : 54,6 Médian : 55 Min : 32 Max : 87	Droit : 7 2019 : 1 2020 : 2 2022 : 1 2023 : 2 2024 : 2 2029 : 2 2030 : 2 2031 : 2
Remarque *					

*Légende : * : 17 cas de spécialité non attribuable*
Légende : Droit veut dire que les personnes ont dépassé l'âge de 65 ans et peuvent à tout moment exercer leur droit à la pension
Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019
Tab.7.30 : Départs prévisibles dans chacune des spécialités médicales avec hypothèse de départ en pension à 65 ans

Ce tableau permet d'identifier pour chacune des spécialités les départs prévisibles jusqu'en 2034.

7.5.14 Agréments des médecins spécialistes avec les institutions

Les médecins spécialistes peuvent avoir un agrément avec des institutions, ce qui leur permet de pratiquer des actes nécessitant un équipement spécifique et d'hospitaliser des patients en assurant leur suivi diagnostique et thérapeutique. Les agréments sont en grande majorité avec des établissements relevant de la loi sur les établissements hospitaliers.

Le tableau ci-après permet d'identifier le nombre d'agréments actifs en 2019, donnés par les institutions à des médecins spécialistes, retrouvés dans le registre des médecins du ministère de la santé.
Il faut noter qu'un médecin peut avoir un agrément dans la même discipline médicale avec plusieurs institutions, c'est pourquoi, il y a au total plus d'agréments que de médecins spécialistes.
Cet agrément peut donner lieu à un contrat de travail salarié ou à un exercice libéral de la médecine au sein de l'établissement.

Sont repris dans le tableau les médecins spécialistes intervenant directement dans la prise en charge et indirectement dans la prise en charge des patients.

Etablissements	Nombre d'agréments
Centre Hospitalier de Luxembourg	322
Centre Hospitalier Emile Mayrisch	176
Centre Hospitalier du Nord	118
Hôpitaux Robert Schuman	249
Institut National de Chirurgie et de Cardiologie Interventionnelle	23
Centre François Baclesse	6
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique	22
Rehazenter	11
Hôpital Intercommunal de Steinfort	2
Centre de Réhabilitation de Colpach	2
Domaine Thermal de Mondorf	3
LNS et Laboratoires	55
Autres	24
Total des agréments de MS dans les institutions	1.013
Cabinets seulement	374
Total général agréments + cabinets seulement	1.387
Total de MS dans le registre	1.364

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.31 : Nombre d'agréments de médecins spécialistes avec les institutions en 2019, à partir du registre des médecins du Ministère de la santé

Afin de valider les informations contenues dans le registre des médecins du Ministère de la santé concernant le nombre d'agréments, une comparaison a été faite avec le fichier des établissements hospitaliers. Il existe des différences très significatives qui diminuent la confiance apportée aux données du registre.

7.5.15 Comparaison des données d'agréments des médecins spécialistes du registre avec celles des fichiers des établissements hospitaliers

Etablissement	Nbre MS Registre MINSAN Mars 2019	Nbre MS fichier établissement 31-12-2018
CHL	322	204
CHEM	176	158
CHdN	118	127
HRS	249	253
INCCI	23	26 + 5 ponctuels
CFB	6	6
CHNP	22	21
HIS	2	2
Rehazenter	11	11
Colpach	2	1
Mondorf	3	6

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.32 : Comparaison du nombre d'agréments de médecins spécialistes avec les institutions en 2019, à partir du registre des médecins du Ministère de la santé et à partir du fichier des établissements hospitaliers

7.5.16 Constat

Les résultats obtenus en utilisant les données du registre des médecins du Ministère de la santé permettent normalement d'identifier tous les médecins spécialistes en exercice et ce quelque soit le lieu d'exercice.
Cependant, étant donné qu'il a été retrouvé un très grand nombre de médecins de plus de 65 ans chez les médecins spécialistes, et qu'il n'a pas été possible dans le temps imparti pour l'étude de réaliser une vérification complète des données avec les médecins concernés, la confiance dans le nombre de médecins spécialistes trouvés est limitée.
C'est pourquoi il a été jugé préférable dans l'analyse des données par spécialité médicale de bien faire la distinction entre d'un côté les médecins qui devraient déjà avoir exercé leurs droits à la pension, et de l'autre les départs prévisibles de ceux qui n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans.
Certaines spécialités médicales seront beaucoup plus affectées que d'autres pendant la période 2019-2034 par des départs prévisibles, d'autant que dans certaines disciplines le marché de l'emploi est extrêmement tendu.

Les résultats présentés et le tableau récapitulant les départs prévisibles par spécialité médicale devraient être utilisés par l'autorité publique et le comité de gouvernance à créer, afin de développer des stratégies de recrutement et d'adaptation. En effet, dans certaines disciplines, il paraît peu probable de trouver sur le marché un nombre de médecins suffisant pour combler les départs. De ce fait, les stratégies d'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles, de « task shifting » entre médecins spécialistes et médecins généralistes, de réorganisation des services de santé sont à discuter avec les acteurs. La pratique avancée chez les professions de santé sera aussi à développer pour soutenir les prises en charge des patients dans certaines spécialités médicales.
D'autre part, les départs prévisibles sont à faire connaître aux jeunes étudiants en médecine afin de les informer des places qui seront disponibles, ainsi qu'aux jeunes diplômés et aux médecins luxembourgeois installés à l'étranger.

Recommandations

- Examiner avec le comité de gouvernance, à créer, les départs prévisibles de médecins par spécialité médicale.
- Anticiper les recrutements de médecins spécialistes.
- Développer des stratégies pour prévenir les situations critiques pouvant provenir des difficultés de recrutement médical.
- Former un nombre de médecins qui pourrait permettre de couvrir les besoins.
- Réguler l'implantation de médecins spécialistes afin de ne pas surcharger les disciplines où la pyramide des âges est acceptable.
- Informer les étudiants en médecine des opportunités de disponibilité de postes.
- Optimiser l'utilisation des ressources médicales restantes en réorganisant les services de santé.
- Développer des incitatifs à l'installation dans certaines disciplines.
- Réaliser un task-shifting entre les médecins spécialistes et les médecins généralistes dans les disciplines où cela est possible.
- Envisager la pratique avancée de professions de santé dans les disciplines où cela améliorerait la disponibilité médicale, mais pour cela un niveau de Bachelor est requis pour l'infirmier.
- Développer, dans une dernière étape, la télémédecine, la télé-expertise dans les disciplines médicales où cela permettrait de gagner en efficience médicale.

7.6. Médecins spécialistes intervenant indirectement dans la prise en charge des patients

7.6.1 Nombre absolu des médecins spécialistes intervenant indirectement dans la prise en charge des patients

En 2019, au total 55 médecins spécialistes, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, interviennent indirectement dans les prises en charge de patients. Il s'agit de :

Type de spécialités médicales	Nombre
Médecins légistes	3
Médecins biologistes	31
Médecins en anatomo-pathologie	21
Total	55

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.33 : Nombre absolu de médecins spécialistes par spécialité, en 2019, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, intervenant indirectement dans la prise en charge des patients (n=55)

7.6.2 Répartition par sexe des médecins spécialistes intervenant indirectement dans la prise en charge des patients

Spécialité	Nbre femmes	% femmes	Nbre hommes	% hommes
Médecine légale	1	33,3	2	66,7
Biologie	13	41,9	18	58,1
Anatomo-path.	7	33,3	14	66,7

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.34 : Répartition par sexe des médecins spécialistes par spécialité, en 2019, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, intervenant indirectement dans la prise en charge des patients (n=55)

7.6.3 Age en années par spécialité des médecins spécialistes intervenant indirectement dans la prise en charge des patients

Spécialité	Age moyen	Age médian	Age minimal	Age maximal
Médecine légale	44	47	34	51
Biologie	51,8	53	33	75
Anatomo-path.	51,8	54	31	67

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.35 : Age des médecins spécialistes en 2019, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, intervenant indirectement dans la prise en charge des patients, par spécialité (n=55)

7.6.4 Estimation des départs prévisibles par spécialité par année

L'estimation a été réalisée jusqu'en 2034, car la formation des médecins spécialistes s'étale de 10 à 14 ans selon les spécialités médicales.

En prenant pour hypothèses que :

- l'autorité publique souhaitera conserver au minimum le même nombre de médecins spécialistes qu'en 2019,
- l'âge de la pension sera maintenu à 65 ans,

- les médecins exerceront leur droit d'accessibilité à la pension à l'âge de 65 ans,

le nombre prévisible de départs de médecins spécialistes a été calculé jusqu'en 2034 pour chacune des spécialités médicales.

Au total sur les 3 spécialités, **34** médecins spécialistes devront au minimum être remplacés, soit 61,82 % des médecins spécialistes actuels.

Cette estimation ne tient pas compte de l'augmentation de la population prévue par le STATEC, ni du vieillissement de la population qui devrait accroître le nombre de cancers, de maladies chroniques et le nombre d'analyses médicales de laboratoire.

Cette estimation ne prend pas en considération qu'au LNS des postes sont actuellement encore vacants. De ce fait, les besoins de recrutement dans les prochaines années sont sous-estimés.

Année	Médecine légale	Biologie	Anatomopathologie
65 ans dépassés		2	1
2019		1	1
2020		1	
2021			
2022			2
2023		1	
2024		2	1
2025			2
2026		2	
2027		2	1
2028		2	1
2029			1
2030		2	1
2031		2	
2032		1	
2033	1	1	3
2034			
Total	1	19	14

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.36 : Départs prévisibles de médecins spécialistes en 2019, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, intervenant indirectement dans la prise en charge des patients, par spécialité (n=55)

7.6.5 Densité par 1.000 habitants des médecins spécialistes intervenant indirectement dans la prise en charge des patients

En 2019, la population du Luxembourg est de 613.894 habitants.

Spécialité médicale	Nombre de médecins	Ratio / 1.000 habitants
Médecin légiste	3	0,005
Médecins biologistes	31	0,05
Médecins anatomo-path.	21	0,03

Source : Registre des médecins Ministère de la santé, 2019

Tab.7.37 : Ratio par 1.000 habitants de médecins spécialistes en 2019, recensés dans le registre des médecins du Ministère de la santé, intervenant indirectement dans la prise en charge des patients, par spécialité (n=55)

7.7. Autres professions dites « médicales » gérées par le Collège médical

D'autres professions dites « médicales » exercent au Luxembourg.
Elles n'ont cependant pas fait l'objet de l'étude, car elles ne faisaient pas partie du périmètre défini par le commanditaire.

7.7.1 Psychothérapeutes

Les psychothérapeutes font désormais partie des professions dites « médicales ». Mais leur reconnaissance dans la loi étant récente, il est encore trop tôt pour en faire un réel bilan.
De plus cette profession ne dispose pas encore à la date du présent rapport d'une nomenclature avec la CNS, ce qui rend complexe son déploiement sur le territoire. Les interventions sont encore à charge des patients, même si elles sont prescrites par un médecin psychiatre.
Pourtant cette profession pourrait apporter un très grand support dans les prises en charge des patients et pallier aux difficultés de recrutement de psychiatres, notamment en psychiatrie extrahospitalière.
L'autorité publique devrait donc veiller à ce que ce dossier évolue rapidement.

7.7.2 Pharmacien clinicien

Le périmètre de l'étude demandée par le Ministère de la santé et la Direction de la santé ne couvrait pas les pharmaciens. Il n'a donc pas été possible de présenter dans le rapport de résultats statistiques pour cette profession.
Cependant lors des rencontres avec les institutions et les professionnels, il est apparu que la fonction de Pharmacien clinicien s'est considérablement développée dans le milieu hospitalier, faisant même l'objet de négociations conventionnelles entre la FHL et la CNS en termes de dotation.
Cette spécialisation du pharmacien n'apparaît pas comme sur-spécialisation du pharmacien dans les textes de loi au Luxembourg. L'article 3 de la loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'exercer de la profession de pharmacien (texte coordonné au 24 décembre 2014) relatif aux activités du pharmacien ne précise aucune mission de la pharmacie clinique, telle qu'elle est désormais pratiquée en Europe et au Luxembourg.
Dans les autres pays européens, la pharmacie clinique est réservée au milieu hospitalier en priorité. Les universités étrangères ont mis en place une formation universitaire en pharmacie clinique. Les conseils de l'ordre des médecins ont pris position, tel qu'en Belgique, pour permettre l'accès au dossier médical du patient, par les pharmaciens cliniciens afin de leur permettre d'exercer leur rôle. Ils sont considérés comme membre à part entière de l'équipe thérapeutique hospitalière.
Dans la liste des 54 spécialités médicales reconnues au Luxembourg, fixée par le règlement grand-ducal du 10 juillet 2011, seule la pharmacologie est prévue.
Il y aurait lieu d'adapter la législation en ce sens, car ces professionnels interviennent directement dans les propositions thérapeutiques pour les patients.
Pour exemple, dans le cadre de la rédaction des projets de réseau de compétences (ex : concept de réseau de compétences en immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant), ils prennent une place dans le parcours clinique des patients.
Dans certains pays européens, les pharmaciens participent directement aux soins de santé. Ils ont un droit de vaccination, de conseil et d'éducation, de réalisation de certains tests de dépistage.

7.8 Liste des professions médicales

La liste des 54 spécialités médicales reconnues au Luxembourg est fixée par le règlement grand-ducal du 10 juillet 2011.
Lors de l'étude sur les professions médicales, il a été recensé des compétences médicales disponibles dans plusieurs disciplines non reconnues au Luxembourg, ce qui génère de l'insatisfaction chez les médecins, car ils sont le plus souvent assimilés à la médecine générale ou au diplôme le plus bas dans la discipline alors qu'ils ont suivi une formation complémentaire ayant abouti à un diplôme de sur-spécialisation.
Il s'agit des disciplines suivantes :

- médecine de réanimation intensive,
- médecine en soins palliatifs,
- médecine en algologie, alors que dans le cadre de la loi sur les établissements hospitaliers un réseau de compétences pour la douleur chronique est à mettre en place,
- médecine du sport, alors qu'il existe un service de médecine du sport pour les sportifs de haut niveau, et un service de médecine du sport au CHL,
- médecine de la nutrition,
- médecine en addictologie,
- médecine légale, alors que le LNS dispose d'un service de médecine légale et qu'il est le seul laboratoire habilité pour réaliser les autopsies,
- médecine d'assurance et d'expertises,
- médecine d'urgence non liée à la traumatologie, telle que reconnue dans 19 pays de l'Union Européenne et dans tous les pays anglo-saxons,
- hémato-oncologie pédiatrique assimilée à la pédiatrie,
- neurologie pédiatrique, assimilée à la pédiatrie,
- cardiologie pédiatrique, assimilée à la pédiatrie,
- chirurgie de la main assimilée à orthopédie, alors qu'il existe un service dédié aux HRS,
- réanimation pédiatrique,
- néonatologie,
- neuroradiologie,
- neuropathologie,
- hygiène, prévention et contrôle des infections, alors qu'il existe un Groupe National de Guidance dans la Prévention des Infections Nosocomiales, qu'il existe dans chaque établissement hospitalier un CPIN (Comité de Prévention des Infections Nosocomiales) et une UPI (Unité de Prévention des Infections) dans lesquels il est attendu de retrouver des médecins disposant de telles compétences.

Pourtant ces sur-spécialités sont reconnues dans les pays limitrophes par des diplômes universitaires complémentaires qui permettent l'ouverture de services hospitaliers spécifiques, tel que montré dans le tableau ci-après :

Spécialité	France	Belgique	Suisse	Allemagne
Chirurgie de la main	X		X	X
Hémato-oncologie pédiatrique	X	X	X	X
Neurologie pédiatrique	X	X	X	X
Cardiologie pédiatrique	X	X	X	X
Réanimation pédiatrique	X		X	
Néonatologie	X	X		X
Pharmacologie clinique	X (2016)	X	X	X
Médecine d'urgence	X	X		
Médecine légale	X		X	

Médecine d'expertises médicales	X	X		
Neuropathologie	X			X
Radiologie pédiatrique	X		X	X
Neuroradiologie	X		X	X
Addictologie	X			
Hygiène et prévention des infections	X	X	X	X
Médecine du sport	X			X
Nutrition appliquée	X			
Médecine palliative	X			X
Médecine de la douleur		X	X	X

Sources :
France : arrêté du 27 novembre 2017 relatif à l'organisation du 3ème cycle des études de médecine et l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du 3ème cycle des études de médecine
Belgique : service public fédéral, médecins spécialistes, avril 2016, les certificats universitaires complémentaires, l'arrêté ministériel du 10 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes
Suisse : SIWF,ISFM,FMH, réglementation pour la formation post-graduée, 20 juin 2000, révision le 27 septembre 2018
Allemagne : German Medical Association, Specialty Training Regulations 2003, as amended on 23/10/2015

Tab.38 : Comparaison des reconnaissances de compétences complémentaires chez les médecins entre 4 pays : France, Belgique, Suisse, Allemagne

Cette non reconnaissance des sur-spécialisations des médecins est un facteur faisant perdre de l'attractivité au Luxembourg lors des recrutements, notamment chez les médecins ayant développé ces compétences qui ne se voient pas reconnues. Leur assimilation à une spécialité de base est interprétée comme une régression professionnelle du médecin, que certains ne sont pas prêts à assumer pour venir s'installer au Luxembourg.

Recommandations :

- Revoir avec le Collège Médical la manière de reconnaître et valoriser les sur-spécialisations des médecins ayant développé des compétences complémentaires reconnues par un diplôme universitaire.
- Revoir la liste des spécialités médicales au Luxembourg.
- Veiller si une adaptation de la liste des spécialités médicales est faite, qu'elle soit transcrite de la même façon dans le fichier de la CNS.

Résumé de la partie 7 : Démographie médicale selon le registre des médecins du Ministère de la santé et autres professions médicales

Le registre des médecins tenu par le Ministère de la santé comporte des anomalies qui nécessitent d'être revues car elles introduisent des biais dans les analyses statistiques, notamment l'absence de sortie des médecins très âgés.

En raison du fait que le registre ne dispose d'aucune information sur la disponibilité des médecins, les statistiques issues du registre donnent un nombre de personnes médecins exerçant auprès des patients mais il n'est pas possible de conclure sur leur contribution réelle au système de santé. Cependant, il est certain que le nombre d'ETP médecins issu de ce registre est inférieur au nombre de personnes médecins dénombrées.

Bien que tout le soin nécessaire pour nettoyer au mieux la base de données ait été apporté, les statistiques produites sont donc imparfaites et à utiliser avec prudence. Elles doivent être plus interprétées comme une tendance globale que comme un état de fait strict. Il aurait été nécessaire d'avoir 6 mois de plus dans cette étude pour vérifier les données directement avec les médecins concernés, pour garantir la validité des résultats.

Les résultats ci-après concernent les médecins en exercice auprès des patients, qu'ils facturent ou non à la CNS.
Sont aussi présentés quelques résultats concernant les médecins qui interviennent indirectement dans la prise en charge des patients, tels que les biologistes, les médecins anatomopathologistes, les médecins légistes.

En complément, l'étude a mis en évidence l'importance de procéder à la révision de la liste des spécialités médicales afin de reconnaître certaines disciplines et sur-spécialisations, comme d'autres pays européens l'ont fait.
Il y a lieu aussi de faire avancer le dossier du psychothérapeute car cette profession devrait être d'une grande aide face à la pénurie de médecins psychiatres. Mais pour cela le dossier de la nomenclature avec la CNS doit être finalisé.
Les pharmaciens cliniciens existent sur le terrain et font même l'objet d'une norme conventionnelle entre la CNS et la FHL. Mais ils n'existent pas dans la liste des professions. Leur place dans le cadre d'une réorganisation des soins de santé au Luxembourg doit être réfléchie.

Grâce aux résultats issus du registre des médecins, il est néanmoins possible de se rendre compte de la situation très critique que le Luxembourg devra gérer pour au strict minimum remplacer les départs naturels de médecins généralistes et de médecins spécialistes. Tous les calculs ont été faits sans prendre en considération l'accroissement de la population ou son vieillissement, ni les extensions de structures actuelles.
Etant donné que la formation d'un médecin demande entre 10 et 14 ans, l'impact des mesures qui pourront être prises ne se fera sentir qu'aux alentours de 2035. C'est pourquoi, il faut absolument trouver des solutions intermédiaires qui pourront permettre de garantir la meilleure utilisation des ressources actuelles :

- rester en tant que pays attractif pour des médecins étrangers,
- regrouper les activités pour mieux mutualiser les ressources médicales,
- recentrer les médecins sur leurs activités clés et éviter une déperdition de ressources dans des activités ne contribuant pas au diagnostic, à la thérapie, au suivi des phases aiguës,
- développer les soins primaires et assurer du task shifting entre MS et MG,

- s’appuyer sur des infirmiers en pratique avancée pour les activités auprès de patients atteints de maladies chroniques, sous condition d’avoir des infirmiers de niveau bachelor, ayant fait un diplôme universitaire approprié,
- appuyer les soins de santé primaires sur des centres de santé multi-professionnels organisés et implantés sur l’ensemble du territoire,
- bien informer les étudiants en médecine sur les futurs postes à prévoir.

Indicateurs clés issus du registre des médecins du Ministère de la santé

Indicateurs	Valeur
Nombre absolu de médecins dentistes et stomatologues	619
Nombre absolu de médecins généralistes	555
Nombre absolu de médecins spécialistes	1.307
Total absolu de médecins	2.481
Médecins généralistes	
Pourcentage d'hommes	59 %
Age moyen	50,7 ans
Age médian	52 ans
Nombre de médecins généralistes de plus de 65 ans en 2019 dans le registre	68
Départs prévisibles si départ en pension à 60 ans	331
Départs prévisibles si départ en pension à 65 ans	250
Nationalité luxembourgeoise	63 %
Résidence au Luxembourg	79 %
Activité seulement en cabinet	79,63 %
Activité en cabinet et en institution	11,17 %
Activité seulement en institution	9,20 %
Disparité de répartition géographique des médecins généralistes dans le pays	OUI
Densité de médecins généralistes par 1.000 h	0,90
Densité ajustée[6] de médecins généralistes par 1.000 h	0,83
1er Pays de diplôme	France : 38 %
Deux modes d'exercice	62 médecins
Pas d'activité en cabinet	63 % de femmes
Durée moyenne de l'expérience professionnelle au Luxembourg	17,47 ans
Médecins spécialistes	
Nombre total absolu de médecins spécialistes exerçant auprès des patients	1.364
Nombre absolu de médecins spécialistes exerçant directement aux patients	1.309
Nombre absolu de médecins spécialistes exerçant indirectement aux patients	55
Pourcentage d'hommes	65 %
Age moyen	52,4 ans
Age médian	53 ans
Départs prévisibles si départ en pension à 60 ans	931
Départs prévisibles si départ en pension à 65 ans	785
Nationalité luxembourgeoise	44,92 %
Résidence au Luxembourg	66 %
Exercice seulement en cabinet	362
Exercice dans deux cabinet ou plus	12
Densité globale des médecins spécialistes	2,13
Densité ajustée des médecins spécialistes	3,188

[6] L'ajustement porte sur les médecins ne travaillant qu'en institution qui ont été retirés car non accessibles en cabinet à la population

-

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 8
Démographie médicale au Luxembourg selon les données de la CNS croisées avec le registre des médecins

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Contributeur au traitement des données:
Christophe SHINN, *IGSS*
Isabelle DEBOURGES, *IGSS*
Carlo HALLER, *IGSS*
Laurence WEBER, *IGSS*
Dr Athénaïs LAIR, *médecin de santé publique, master en épidémiologie*
Laurianne KREMER, *master en sciences de la santé publique, master en sciences en épidémiologie*

Sommaire

Partie 8 : Démographie médicale au Luxembourg selon les données de la CNS croisées avec le registre des médecins	**Page**
Glossaire	4
Préambule	5
8.1 Remarques méthodologiques	6
8.2 Nombre de médecins déclarés praticiens actifs mais sans facturation CNS en 2017	7
8.3 Nombre de médecins déclarés inactifs dans le registre avec une facturation CNS	7
8.4 Nombre de médecins avec une facturation CNS en 2017	8
8.5 Description des médecins ayant un volume d'honoraires > à 0 € et < à 18.000 €	9
8.6 Evolution du nombre absolu de médecins avec facturation CNS entre 2007 et 2017	10
8.7 Evolution de la proportion des types de médecins exerçant auprès des patients	11
8.8 Description par sexe des médecins exerçant auprès des patients	12
8.8.1 Répartition par sexe en 2017	12
8.8.2 Distribution des hommes et femmes médecins par type en 2017	13
8.8.3 Evolution de la distribution par sexe des médecins	14
8.8.4 Constat	16
8.9 Nationalité des médecins exerçant auprès des patients	17
8.9.1 Répartition des nationalités pour l'ensemble des médecins en 2017	17
8.9.2 Répartition des nationalités par type de médecins	17
8.9.3 Evolution du pourcentage de médecins de nationalité luxembourgeoise 2007-2017	19
8.10 Age des médecins exerçant auprès des patients	20
8.10.1 Pyramide des âges de tous les médecins en 2007 et en 2017	20
8.10.2 Pyramide des âges des médecins généralistes en 2007 et 2017	21
8.10.3 Pyramide des âges des médecins spécialistes en 2007 et 2017	22
8.10.4 Pyramide des âges des médecins dentistes en 2007 et 2017	23
8.10.5 Constat	24
8.11 Départs prévisibles des médecins	25
8.11.1 Remarque générale	25
8.11.2 Hypothèse 1 : départs prévisibles à 65 ans concernant tous les médecins	25
8.11.3 Hypothèse 2 : départs prévisibles à 60 ans concernant tous les médecins	26
8.11.4 Départs prévisibles de médecins généralistes à 60 ans	28
8.11.5 Départs prévisibles des médecins spécialistes à 60 ans	29
8.11.6 Départs prévisibles dans certaines spécialités médicales	30
8.11.7 Départs prévisibles des médecins dentistes à 60 ans	31
8.12 Départs prévisibles de médecins par canton	32
8.13 Pays de résidence des médecins	34
8.14 Mode d'exercice professionnel des médecins	36
8.14.1 Nombre absolu de médecins déclarés adhérents d'une association de médecins	36
8.14.2 Evolution de l'exercice professionnel des médecins en association de 2007 à 2017	37
8.14.3 Nombre d'associations de médecins par spécialité médicale en 2017	38
8.15 Statut d'exercice de l'activité médicale	39
8.15.1 Statut de l'exercice professionnel des médecins en 2017	39
8.15.2 Evolution du statut d'exercice libéral seul et/ou en association entre 2007 et 2017	40
8.16 Doubles autorisations d'exercer chez les médecins	42
8.17 Evolution du ratio de médecin généraliste /médecin spécialiste entre 2007 et 2017	43
8.18 Evolution du ratio de médecin généraliste /1.000 h et /1.000 PP de 2007 à 2017	44
8.19 Evolution du ratio de médecin spécialiste /1.000 h et /1.000 PP de 2007 à 2017	46
8.20 Evolution du ratio de médecin dentiste /1.000 h et /1.000 PP de 2007 à 2017	48
8.21 Evolution du ratio global de médecins /1.000 h et /1.000 PP de 2007 à 2017	50
8.22 Ratio/1.000 h par spécialité médicale en 2017	52
8.23 Evolution du ratio de médecins spécialistes de 2007 à 2017	53
8.24 Densité médicale globale par canton	54
8.25 Evolution de la production du médecin	60
8.25.1Préambule	60

8.25.2 Evolution des coefficients produits par type de médecins de 2007 à 2017	60
8.25.3 Evolution du ratio de coefficients produits par 10.000 habitants par type de médecin	61
8.26 Contribution des médecins à la production de coefficients selon le sexe et l'âge	62
8.261 Préambule	62
8.26.2 Contribution à la production de coefficients chez les femmes médecins dentistes	62
8.26.3 Contribution à la production de coefficients chez les hommes médecins dentistes	63
8.26.4 Contribution à la production de coefficients les médecins dentistes	64
8.26.5 Contribution à la production de coefficients chez les femmes médecins généralistes	65
8.26.6 Contribution à la production de coefficients chez les hommes médecins généralistes	66
8.26.7 Contribution à la production de coefficients chez les médecins généralistes	67
8.26.8 Contribution à la production de coefficients chez les femmes médecins spécialistes	68
8.26.9 Contribution à la production de coefficients chez les hommes médecins généralistes	69
8.26.10 Contribution à la production de coefficients chez les médecins généralistes	70
8.26.11 Constat	71
8.27 Volume de coefficients par sexe et par âge	72
8.27.1 Préambule	72
8.27.2 Exemples de volume de coefficients 2017 de quelques spécialités médicales	72
8.27.3 Constat	77
Résumé de la Partie 8 : Démographie médicale au Luxembourg selon les données de la CNS croisées avec le registre des médecins	78

Glossaire

Acronyme	Définition
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CNS	Caisse Nationale de Santé
ETP	Equivalent Temps Plein
IGSS	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
MD	Médecin Dentiste
MG	Médecin Généraliste
MEVS	Médecin en Voie de Spécialisation
MINSAN	Ministère de la Santé
MS	Médecin Spécialiste
PP	Personne Protégée

Préambule

L'équipe de l'IGSS, Mme Laurence Weber, Mme Isabelle Debourges, M. Christophe Shinn, M. Carlo Haller doivent être ici remerciés pour leur collaboration extrêmement active et professionnelle, pour leur compréhension de l'enjeu des questions posées et pour avoir fourni les données utiles pour l'étude, sur base des données de la CNS.

8.1. Remarques méthodologiques

Les résultats présentés dans ce chapitre sont issus d'un croisement entre le registre des médecins du MINSAN, la base de données fournisseurs de la CNS, le fichier de facturation de la CNS et l'enquête réalisée par l'IGSS auprès des établissements hospitaliers sur les médecins agréés.
Ce choix a été fait afin de pouvoir apprécier la contribution réelle de chaque médecin au système de santé luxembourgeois.
En effet, selon le sexe, selon l'âge et en fonction de la charge physique et mentale de la discipline, l'exercice professionnel peut varier en volume d'activité produit par année par un médecin.
Or, aucune base de données au pays ne recense la disponibilité médicale en heures par semaine ou par mois ou par an, étant donné que les médecins exercent en grande majorité en exercice libéral. De ce fait, ils décident du temps qu'ils consacrent à leur profession.
Mais lorsqu'ils sont comptabilisés dans les statistiques nationales, qu'ils travaillent 6 jours sur 7 ou deux jours par semaine, ils ont la même valeur unitaire de 1, ce qui manque d'exactitude pour apprécier la réelle densité médicale opérationnelle pour prendre en charge les patients.
D'autre part, l'analyse des données issues du registre des professions médicales a mis en évidence que des médecins étaient encore considérés actifs alors qu'ils avaient largement dépassé l'âge de la pension. Il est alors apparu nécessaire d'introduire un critère supplémentaire pour dénombrer le nombre de médecins praticiens véritablement actifs : la facturation d'honoraires médicaux à la CNS. Une limite a été choisie pour l'étude, à savoir qu'un médecin doit produire au minimum 18.000 € d'honoraires par an pour être considéré comme contributeur au système de santé luxembourgeois.

Les résultats sont présentés soit sur une période allant de 2007 à 2017, soit sur 2017. Il n'a pas été possible de produire des données plus récentes, car les médecins disposent de deux années pour faire parvenir leurs mémoires d'honoraires à la CNS ou au patient. Les patients disposent aussi de ce même délai de deux ans pour demander le remboursement des honoraires payés directement au prestataire. L'année 2017 a été considérée comme dernière année close et exploitable. Il est possible que la situation ait évolué favorablement ou défavorablement dans certaines disciplines entre le 31 décembre 2017 et la date du présent rapport.

Afin de s'aligner sur les statistiques réalisées au niveau international, les stomatologues, les médecins dentistes et les médecins dentistes spécialisés ont été insérés dans le groupe des médecins dentistes. Les résultats présentés concerneront donc ce regroupement.

Il faut aussi noter, que ces résultats n'incluent pas les médecins anatomo-pathologistes et les biologistes qui travaillent dans les laboratoires, car ils interviennent de manière indirecte dans le processus de prise en charge des patients au moment du diagnostic.

Les résultats présentés ci-après n'incluent pas les MEVS.

8.2. Nombre de médecins praticiens déclarés actifs dans le registre mais sans facturation CNS en 2017

Lors du croisement de la base de données du registre des médecins avec le fichier de facturation de la CNS, il est apparu qu'après exclusion des médecins administratifs et des MEVS, des médecins étaient déclarés actifs et exerçant aux patients dans le registre du MINSAN mais qu'ils n'avaient produit aucune facturation à la CNS en 2017. Ce type de médecins a été exclu des analyses pour chaque année étudiée.

Au total, **221 médecins** étaient concernés en 2017.
Les caractéristiques de ces médecins en sexe et en âge moyen étaient les suivantes:

Médecins sans facturation CNS	Femmes		Hommes		Total
Type de médecins	Nombre	Moyenne Age	Nombre	Moyenne Age	
Médecins généralistes (MG)	14	45	19	61	33
Médecins spécialistes (MS)	42	51	86	55	128
Médecins dentistes et stomatologues (MD)	18	45	42	52	60
Total	74	48	147	55	221

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS
Tab.8.1 : Distribution des médecins déclarés actifs dans le registre du Ministère de la santé sans facturation à la CNS en 2017, par type et par sexe

Parmi les médecins déclarés actifs dans le registre des médecins mais n'ayant pas eu de facturation d'honoraires à la CNS, 33,48 % étaient des femmes. Les hommes étaient plus âgés que les femmes de 7 ans en moyenne.

8.3. Nombre de médecins déclarés inactifs dans le registre avec une facturation à la CNS en 2017

Dans le registre du Ministère de la santé, des médecins étaient déclarés inactifs alors que dans le fichier de la CNS, certains de ces médecins avaient une facturation. Lorsqu'ils avaient une facturation à la CNS supérieure ou égale à 18.000 € pour l'année, ils ont été intégrés dans la population qui a servi de base aux analyses. Au total, **137** médecins déclarés inactifs dans le registre mais ayant une facturation CNS > à 0 € dans l'année ont été identifiés pour 2017 et **67** d'entre eux ont été retenus pour les analyses car ils avaient une facturation ≥ à 18.000 €.

8.4. Nombre de médecins avec une facturation CNS en 2017

La population totale de médecins actifs selon la facturation CNS en 2017, quelque soit le volume de facturation dans l'année était de 2.331 médecins.

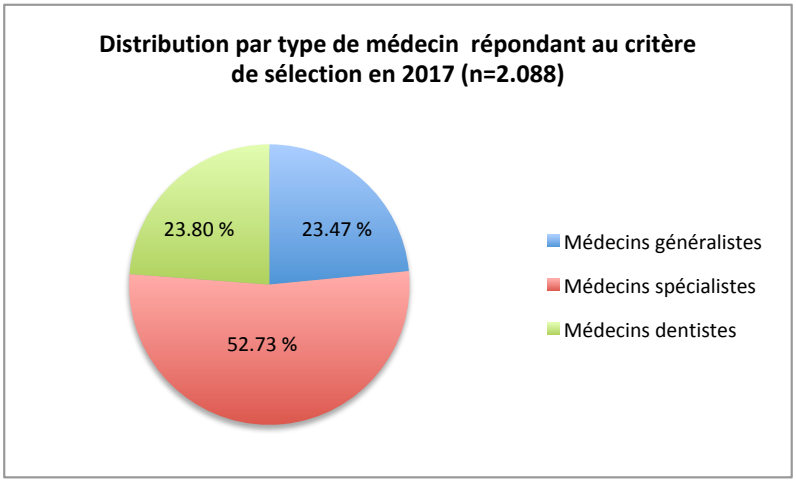
Après application du critère de sélection, à savoir, une facturation annuelle à la CNS ≥ à 18.000 €, le nombre de médecins appartenant à la population étudiée était de **2.088** en 2017, se distribuant comme suit :

Type de médecins avec facturation CNS	Montant ≥ 18.000 €	Montant > 0 et <18.000 €	Total
Médecins généralistes	490	65	555
Médecins spécialistes	1.101	116	1.217
Médecins dentistes et stomatologues	497	62	559
Total	2.088	243	**2.331**

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.2 : Nombre de médecins, par type, exerçant aux patients et ayant eu une facturation à la CNS en 2017, selon le montant d'honoraires facturés

En 2017, sur la totalité des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection, **52,73 %** étaient des médecins spécialistes.



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.1 : Pourcentage de médecins exerçant auprès des patients, par type, ayant eu une facturation à la CNS répondant au critère de sélection en 2017 (n=2.088)

8.5. Description des médecins exerçant auprès des patients ayant un volume d'honoraires en 2017 supérieur à 0 € mais inférieur à 18.000 €

Les caractéristiques des médecins exerçant auprès des patients ayant une activité annuelle en 2017 inférieure à 18.000 € mais supérieure à 0 €, étaient les suivantes :

Médecins avec facturation CNS > 0 et < 18.000 €	Femmes		Hommes		Total	
Type de médecins	Nombre	Moyenne Age	Nombre	Moyenne Age	Nombre	Moyenne Age
Médecins généralistes	25	49	40	58	65	55
Médecins spécialistes	29	45	87	58	116	55
Médecins dentistes et stomatologues	18	40	44	50	62	47
Total	72	45	171	56	243	53

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.3 : Distribution des médecins déclarés actifs dans le registre du Ministère de la santé ayant une facturation annuelle à la CNS en 2017 inférieure à 18.000 €, par type et par sexe

En 2017, sur un total de 243 médecins ayant facturé à la CNS des honoraires > à 0 € et < à 18.000 €, près de 30 % étaient des femmes. La moyenne d'âge des femmes était de 11 ans inférieure à celle des hommes.
Il est constaté que les médecins intervenant très peu dans le système de santé luxembourgeois ont une moyenne d'âge de 53 ans toutes disciplines confondues. Ils n'atteindront l'âge légal de départ à la retraite (65 ans) que dans 12 ans.

Au niveau des nationalités, ils se répartissaient comme suit :

Nationalité	Nbre MG	Nbre MS	Nbre MD	Total
Luxembourgeoise	27	42	15	84
Belge	7	14	14	35
Française	21	15	16	52
Allemande	7	33	8	48
Autres	3	12	9	24
Total	65	116	62	243

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecin généraliste, MS médecin spécialiste, MD médecin dentiste, dentiste spécialisé, stomatologue

Tab.8.4 : Distribution par nationalité des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS en 2017 inférieure à 18.000 € et supérieure à 0 €

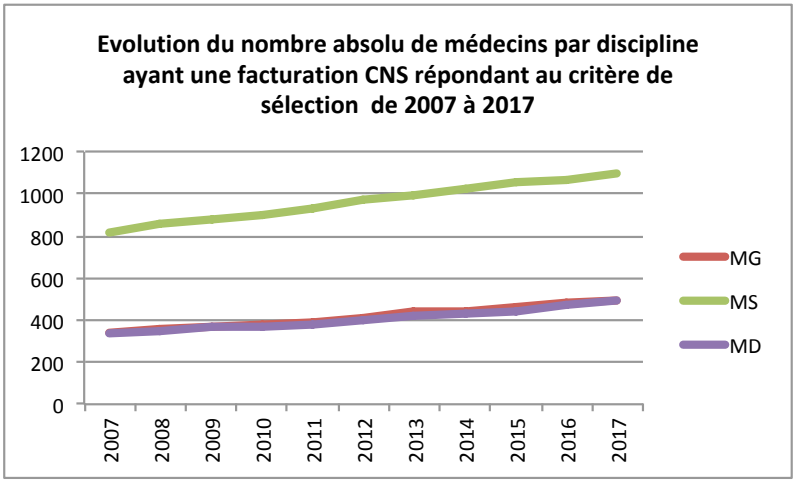
Près de 35 % des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle en 2017 supérieure à 0 € et inférieure à 18.000 € sont de nationalité luxembourgeoise. Il faut noter que les 51 médecins hommes généralistes et spécialistes de nationalité luxembourgeoise ont une moyenne d'âge de 64 ans, ce qui rend probable qu'il s'agisse de médecins ayant dépassé l'âge légal de départ à la retraite qui prestent encore quelques activités exceptionnelles.
Pour les médecins étrangers, il est possible que ces médecins soient des praticiens exceptionnels au Luxembourg, prestant quelques jours par an seulement (ex : urgentistes, remplaçants).

8.6. Evolution du nombre absolu de médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

Entre 2007 et 2017, une croissance du nombre absolu de médecins exerçant aux patients avec un volume d'honoraires facturés à la CNS répondant au critère de sélection a eu lieu chaque année et pour chaque type de médecins. La croissance totale a été de **597** médecins sur cette période dont **150** médecins généralistes, **286** médecins spécialistes et **161** médecins dentistes.
Le taux de croissance entre 2007 et 2017 des médecins a été plus faible chez les médecins spécialistes (35 %) que chez les médecins généralistes (44%) ou dentistes (48%).
Le taux de croissance n'est pas stable sur les années. Il peut varier de 1,39 % à 6,83 % chez les médecins généralistes, de 1,43 % à 4,79 % chez les médecins spécialistes et de 0,54 % à 7,03 % chez les médecins dentistes.
Cependant la croissance est très similaire entre les médecins généralistes et les médecins dentistes.

Année	MG	%	MS	%	MD	%	Total
2007	340		815		336		1.491
2008	359	5,59	854	4,79	351	4,46	1.564
2009	364	1,39	883	3,40	367	4,56	1.614
2010	374	2,75	903	2,27	369	0,54	1.646
2011	392	4,81	935	3,54	380	2,98	1.707
2012	410	4,59	974	4,17	396	4,21	1.780
2013	438	6,83	998	2,46	416	5,05	1.852
2014	444	1,37	1.021	2,30	433	4,09	1.898
2015	458	3,15	1.052	3,04	441	1,85	1.951
2016	478	4,37	1.067	1,43	472	7,03	2.017
2017	490	2,51	1.101	3,19	497	5,30	2.088
Croissance 2007-2017	150	44,12	286	35,09	161	47,92	597

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des professions médicales du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes, MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues
Tab.8.5 : Evolution du nombre absolu de médecins ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017, par type de médecin



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des professions médicales du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes, MD+S médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues
Fig.8.2 : Evolution du nombre absolu de médecins ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017, par type de médecin

8.7. Evolution de la proportion des types de médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

Sur le total de médecins par année répondant au critère de sélection, la proportion de médecins par type a été calculée.
Alors que la proportion de médecins généralistes et de médecins dentistes est très similaire ainsi que son évolution, passant de 22 % à 23 % sur la période considérée, une décroissance de la proportion des médecins spécialistes sur la période étudiée est notée passant de 54,66 % à 52,73 %.

Année	% MG	% MS	% MD
2007	22,80	54,66	22,54
2008	22,95	54,60	22,44
2009	22,55	54,71	22,74
2010	22,72	54,86	22,42
2011	22,96	54,77	22,26
2012	23,03	54,72	22,25
2013	23,65	53,89	22,46
2014	23,39	53,79	22,81
2015	23,48	53,92	22,60
2016	23,70	52,90	23,40
2017	23,47	52,73	23,80

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes, MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues
Tab.8.6: Evolution de la proportion des 3 types de médecins ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

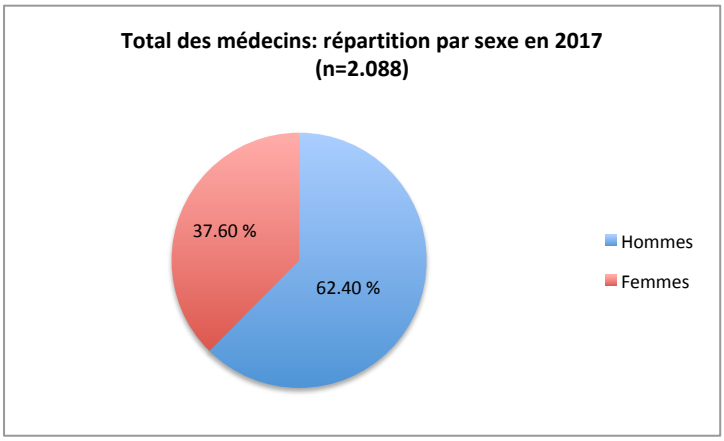
8.8. Description par sexe des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection

8.8.1 Répartition des médecins par sexe en 2017

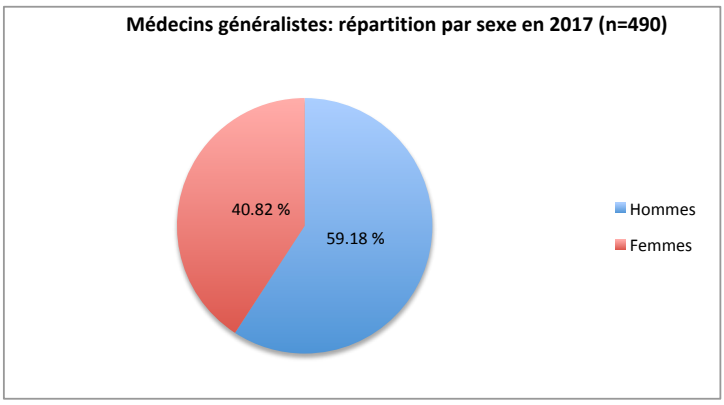
En 2017, chez les médecins généralistes, **40,82%** étaient des femmes, alors qu'elles étaient **34,60 %** chez les médecins spécialistes. La même proportion de femmes (**41,05%)** était retrouvée chez les médecins dentistes.
En 2017, sur l'ensemble des médecins exerçant aux patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection, **37,60 %** étaient des femmes.

Type médecins	Femmes	Hommes	Total
Médecins généralistes	200	290	490
Médecins spécialistes	381	720	1.101
Médecins dentistes	204	293	497
Total	785	1.303	2.088

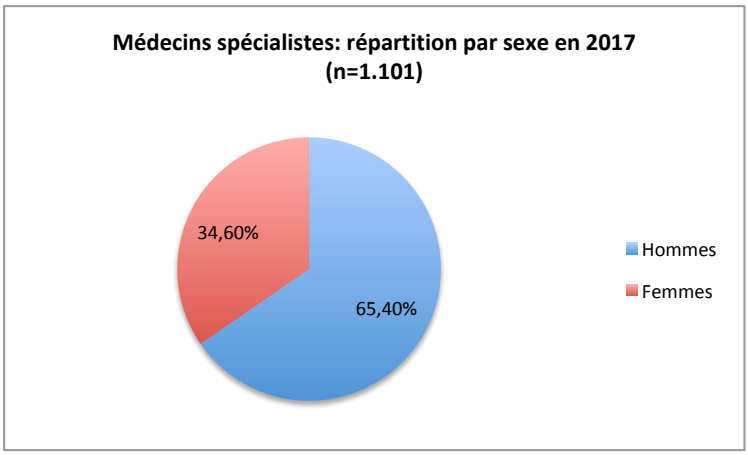
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecin généraliste, MS médecin spécialiste, MD médecin dentiste, dentiste spécialisé, stomatologue
Tab.8.7 : Distribution par sexe des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Fig.8.3 : Distribution par sexe des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=2.088)

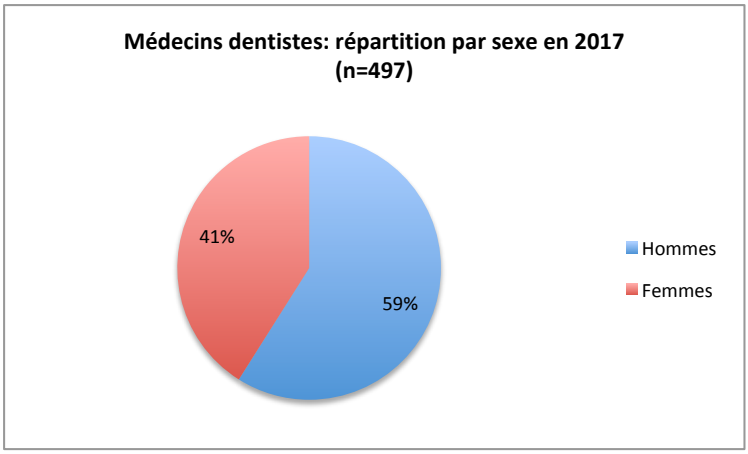


Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Fig.8.4 : Distribution par sexe des médecins généralistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=490)



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.5 : Distribution par sexe des médecins spécialistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=1.101)



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

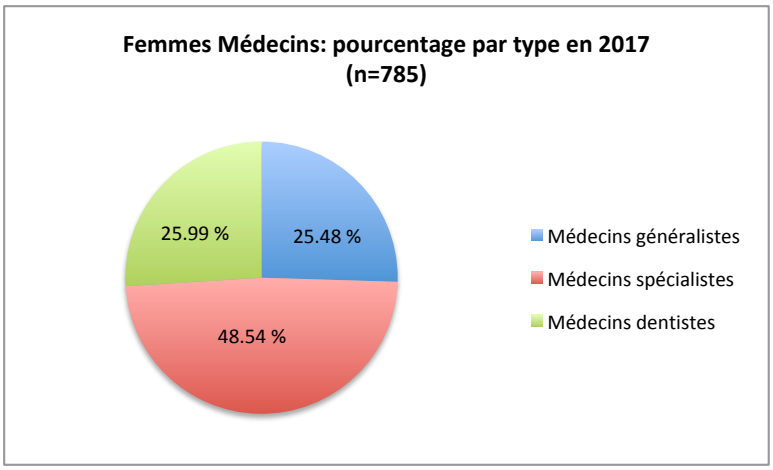
Fig.8.6 : Distribution par sexe des médecins dentistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=497)

8.8.2 Distribution des hommes et femmes médecins par type de médecin en 2017

En 2017, sur l'ensemble des femmes médecins, 25,48 % étaient médecins généralistes, 25,99 % étaient médecins dentistes et près de la moitié étaient médecins spécialistes (48,54 %).

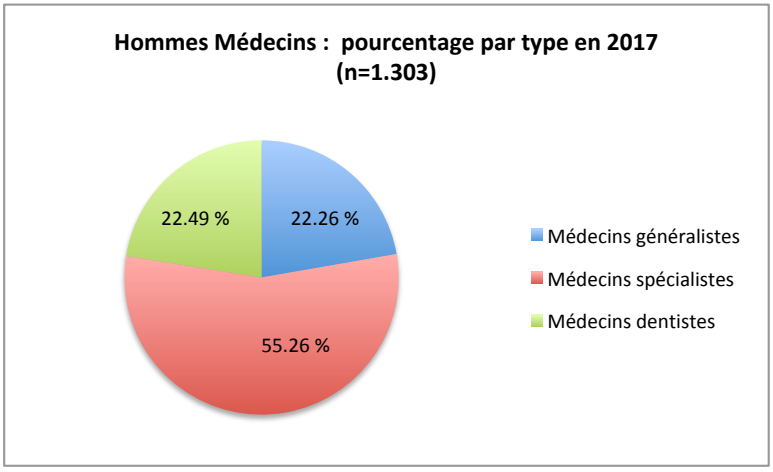
En 2017, sur l'ensemble des hommes médecins, 22,26 % étaient médecins généralistes, 22,49 % étaient médecins dentistes et plus de la moitié (55,26 %) étaient médecins spécialistes.

Par sexe, le profil de répartition entre les 3 types de médecins varie sur le pourcentage de médecins spécialistes en 2017.



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.7 : Chez les médecins femmes, distribution, par type, des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=785)

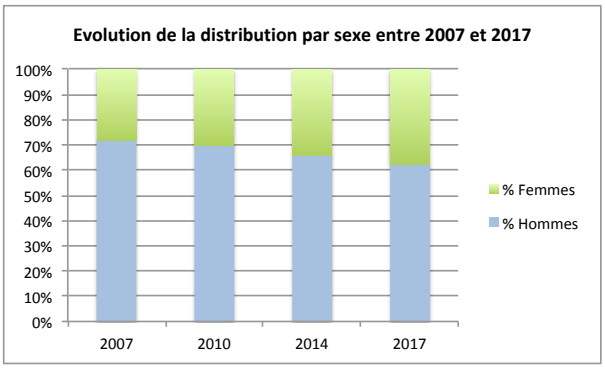


Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.8 : Chez les médecins hommes, distribution, par type, des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=1.303)

8.8.3 Evolution de la distribution par sexe des médecins entre 2007 et 2017

Le pourcentage de femmes chez les médecins s'est accru entre 2007 et 2017, passant pour la totalité des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection, de 28,4 % en 2007 à 37,6 % en 2017.

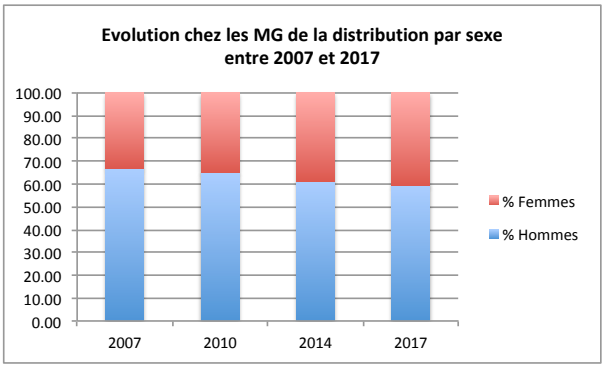


Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.9 : Evolution de la distribution par sexe des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

Cet accroissement du pourcentage des femmes s'est fait différemment selon le type de médecins.

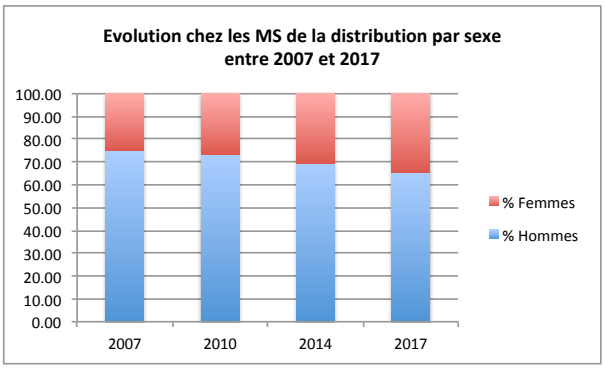
Chez les **médecins généralistes**, le pourcentage de femmes est passé de 33,14 % en 2007 à 40,82 % en 2017, soit une croissance de **+ 7,68%.**



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes

Fig.8.10 : Evolution de la distribution par sexe des médecins généralistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

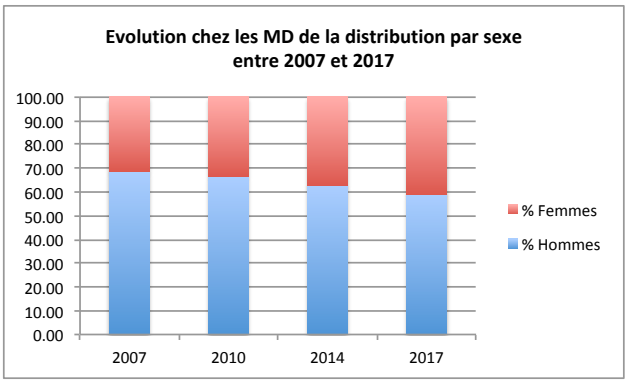
Chez les **médecins spécialistes**, le pourcentage de femmes est passé de 25,19 % en 2007 à 34,60 % en 2017, soit une croissance de **+ 9,41 %.**



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MS médecins spécialistes

Fig.8.11: Evolution de la distribution par sexe des médecins spécialistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

Chez les **médecins dentistes**, le pourcentage de femmes est passé de 31,25 % en 2007 à 41,05 % en 2017, soit une croissance de **+ 9,80%.**



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MD médecins dentistes-médecins dentistes spécialisés-stomatologues

Fig.8.12 : Evolution de la distribution par sexe des médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

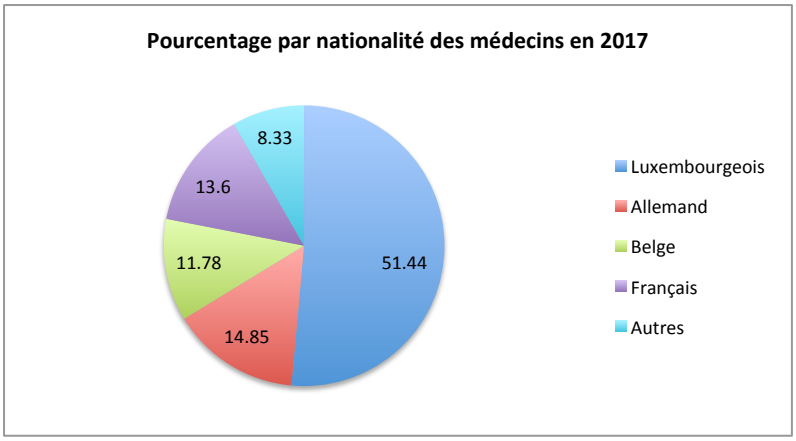
8.8.4 Constat

La proportion de femmes est similaire entre les médecins dentistes et les médecins généralistes aux alentours de 41 %, alors qu'elle est de 34,60 % chez les médecins spécialistes.
Entre 2007 et 2017, le pourcentage de femmes s'est accru dans tous les types de médecins, de + 7,68 % chez les médecins généralistes à + 9,8 % chez les médecins dentistes.
Chez les médecins hommes, 55,26 % sont des médecins spécialistes en 2017, contre 48,54 % chez les médecins femmes.

8.9. Nationalité des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection

8.9.1 Répartition des nationalités pour l'ensemble des médecins en 2017

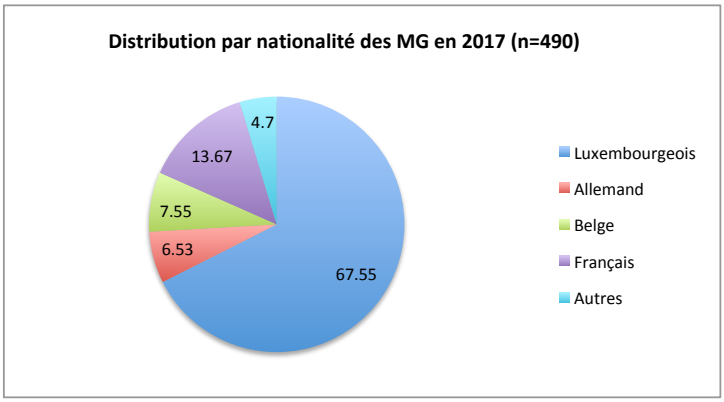
En 2017, sur l'ensemble des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, 51,44 % des médecins étaient de nationalité luxembourgeoise. Le pays n'est donc pas en mesure de faire fonctionner son système de soins de santé sans avoir recours à des médecins de nationalité étrangère.
Les médecins étrangers sont en priorité de nationalité allemande (14,85 %), puis française (13,6 %), puis belge (11,78 %). La part des autres nationalités (8,33 %) se compose de médecins portugais, roumains, espagnols, italiens, grecs et en provenance de multiples autres pays européens ou non européens.



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Fig.8.13 : Distribution par nationalité des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017

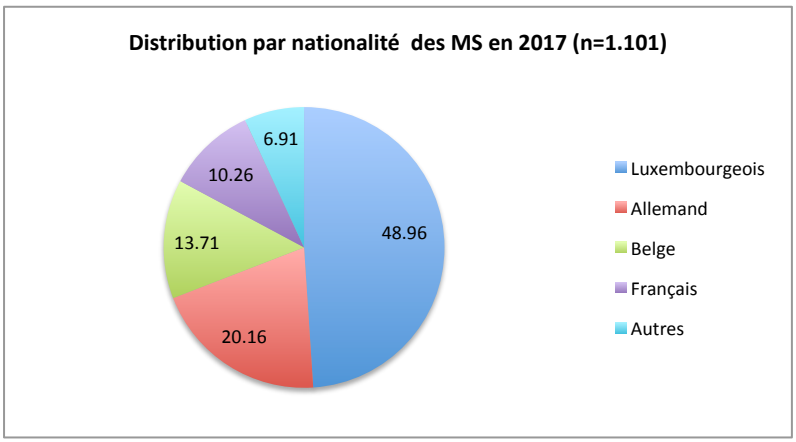
8.9.2 Répartition des nationalités par type de médecins

Chez les **médecins généralistes** exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, 67,55 % des médecins étaient de nationalité luxembourgeoise en 2017.



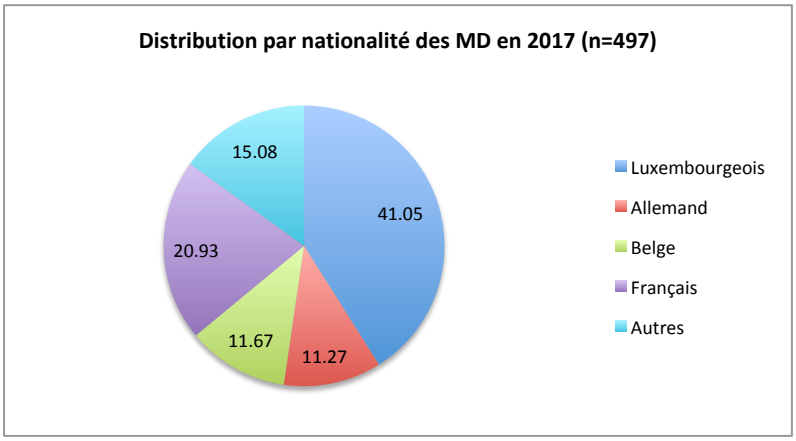
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes
Fig.8.14 : Distribution par nationalité des médecins généralistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=490)

Chez les **médecins spécialistes** exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, 48,96 % des médecins étaient, en 2017, de nationalité luxembourgeoise, soit moins de la moitié. L'Allemagne est le pays étranger fournissant le plus grand pourcentage de médecins spécialistes, suivie par la Belgique et la France. Les autres nationalités étaient principalement des italiens, espagnols, roumains, grecs.



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MS médecins spécialistes
Fig.8.15 : Distribution par nationalité des médecins spécialistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=1.101)

Chez les **médecins dentistes** exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, 41,05 % des médecins étaient, ne 2017, de nationalité luxembourgeoise, soit beaucoup moins de la moitié.
Les autres nationalités étaient principalement des portugais, des roumains, des italiens et des espagnols.



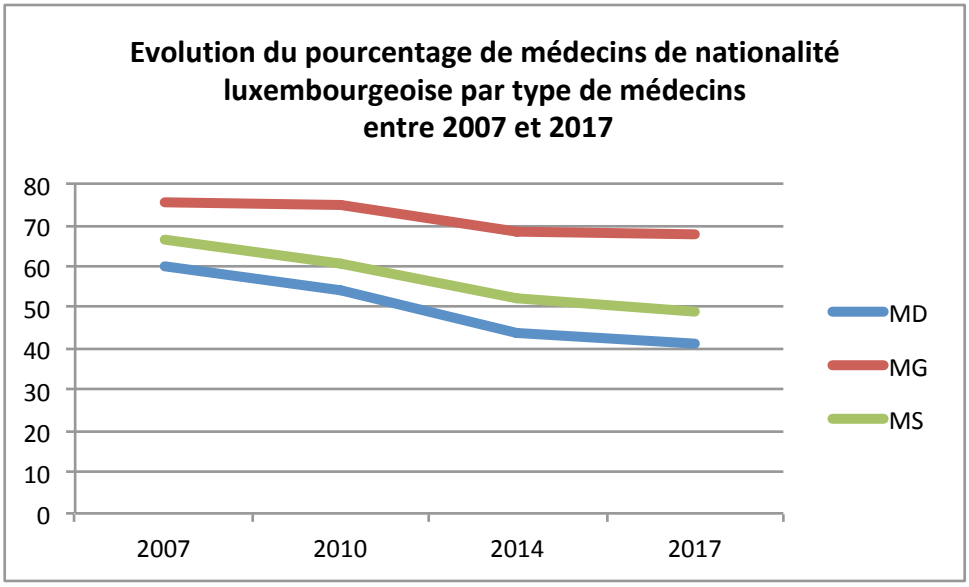
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MD Médecins dentistes, dentistes spécialisés et stomatologues
Fig.8.16 : Distribution par nationalité des médecins dentistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=497)

8.9.3 Evolution du pourcentage de médecins de nationalité luxembourgeoise par type entre 2007 et 2017

Entre 2007 et 2017, le pourcentage de médecins de nationalité luxembourgeoise est en décroissance pour tous les types de médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection : moins 8,04 % chez les médecins généralistes, moins 17,30 % chez les médecins spécialistes, moins 18,77 % chez les médecins dentistes.

% Luxembourgeois	2007	2010	2014	2017	Différence
MD	59,82	54,47	43,65	41,05	- 18,77
MG	75,59	74,87	68,47	67,55	-8,04
MS	66,26	60,58	52,30	48,96	-17,30

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecin généraliste, MS médecin spécialiste, MD médecin dentiste, dentiste spécialisé, stomatologue
Tab.8.8 : Evolution de la proportion de médecins de nationalité luxembourgeoise chez les médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, par type de médecin, de 2007 à 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes, MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues
Fig.8.17 : Evolution du pourcentage de médecins de nationalité luxembourgeoise exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, par type, de 2007 à 2017

8.10. Age des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection

8.10.1 Pyramide des âges de tous les médecins en 2007 et 2017

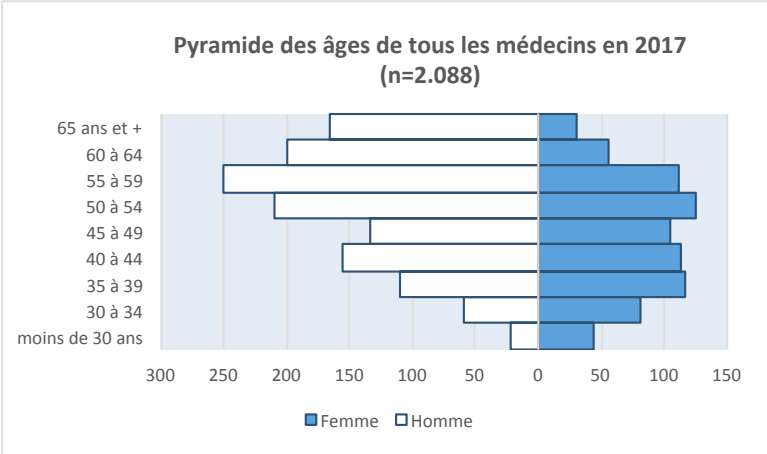
La pyramide des âges permet d'apprécier les départs prévisibles en pension et la capacité de remplacement des départs par les plus jeunes générations. Elle met en évidence les problèmes prévisibles auxquels le pays risque d'être confronté. Elle permet d'envisager les stratégies pour faire face aux difficultés, et ce de manière anticipée.

La pyramide des âges de l'ensemble des médecins en 2017, tous types de médecins confondus, montre qu'à cette époque 196 médecins avaient 65 ans et plus, et que 255 médecins avaient entre 60 et 64 ans, c'est-à-dire qu'ils ont en 2019 entre 62 et 66 ans.

Classes d'âge	Femmes 2017	Hommes 2017	Femmes 2007	Hommes 2007
65 ans et +	31	165	6	54
60 à 64 ans	56	199	7	92
55 à 59 ans	112	251	26	161
50 à 54 ans	125	209	66	196
45 à 49 ans	105	133	100	234
40 à 44 ans	114	155	90	176
35 à 39 ans	116	110	62	90
30 à 34 ans	82	59	51	51
moins de 30 ans	44	22	13	9
Total	785	1303	421	1.063

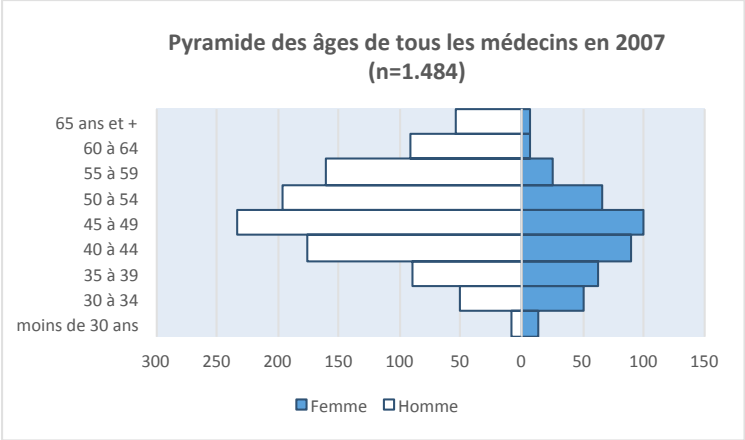
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.9 : Distribution par classes d'âge et par sexe des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2007 et 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.18 : Pyramide des âges des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=2.088)



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.19 : Pyramide des âges des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2007 (n=1.484)

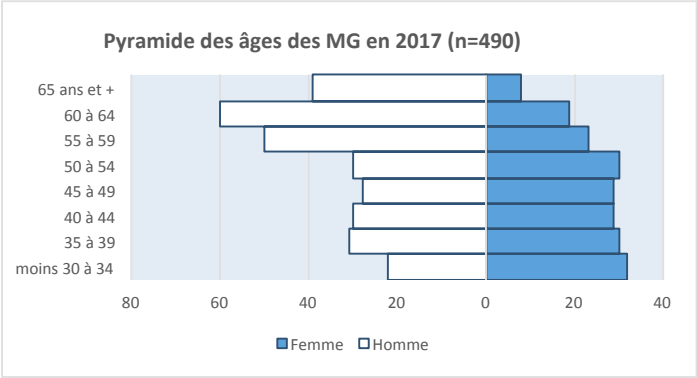
Alors qu'en 2007, l'entrée des jeunes médecins permettait de remplacer les départs en retraite des médecins plus âgés, ce n'est plus le cas en 2017.

8.10.2 Pyramide des âges des médecins généralistes en 2007 et 2017

Classes d'âge	Femmes MG 2017	Hommes MG 2017	Femmes MG 2007	Hommes MG 2007
65 ans et +	8	39	< à 3	9
60 à 64 ans	19	60	< à 3	15
55 à 59 ans	23	50	6	33
50 à 54 ans	30	30	22	60
45 à 49 ans	29	28	23	47
40 à 44 ans	29	30	18	28
35 à 39 ans	30	31	20	19
- de 30 ans à 34 ans	32	22	20	15
Total	200	290	112	226

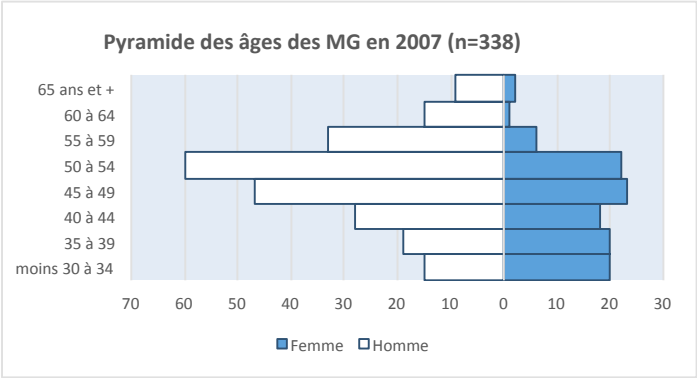
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecin généraliste

Tab.8.10 : Distribution par classes d'âge et par sexe des médecins généralistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2007 et 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.20 : Pyramide des âges des médecins généralistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=490)



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

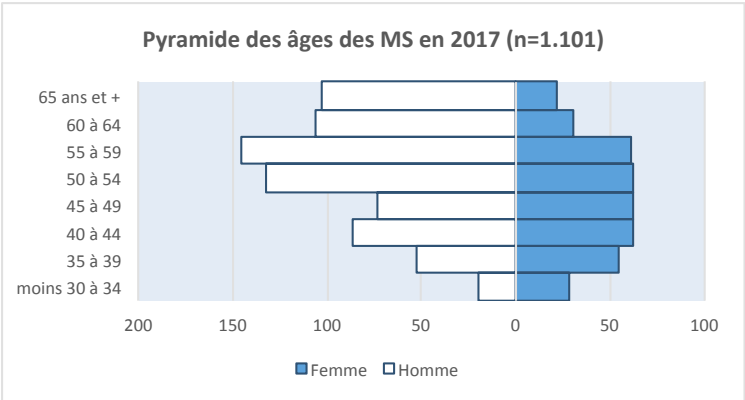
Fig.8.21 : Pyramide des âges des médecins généralistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2007 (n=338)

8.10.3 Pyramide des âges des médecins spécialistes en 2007 et 2017

Classes d'âge	Femmes MS 2017	Hommes MS 2017	Femmes MS 2007	Hommes MS 2007
65 ans et +	22	103	4	36
60 à 64 ans	30	106	6	65
55 à 59 ans	61	146	18	102
50 à 54 ans	62	132	34	99
45 à 49 ans	62	73	51	138
40 à 44 ans	62	87	45	104
35 à 39 ans	54	53	30	46
- de 30 à 34 ans	28	20	16	16
Total	381	720	204	606

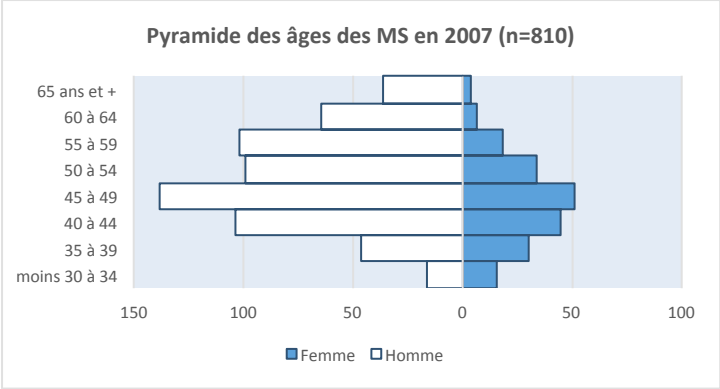
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS
Légende : MS médecin spécialiste

Tab.8.11 : Distribution par classes d'âge et par sexe des médecins spécialistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2007 et 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS
Légende : MS médecin spécialiste

Fig.8.22 : Pyramide des âges des médecins spécialistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=1.101)



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS
Légende : MS médecin spécialiste

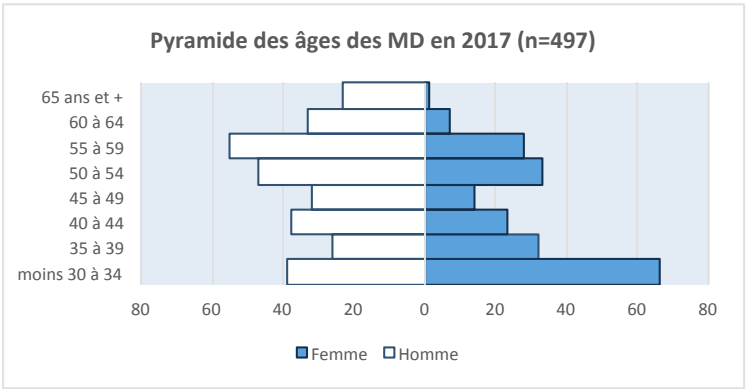
Fig.8.23 : Pyramide des âges des médecins spécialistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2007 (n=810)

8.10.4 Pyramide des âges des médecins dentistes en 2007 et 2017

Classes d'âge	Femmes MD 2017	Hommes MD 2017	Femmes MD 2007	Hommes MD 2007
65 ans et +	< à 3	23	0	9
60 à 64 ans	7	33	0	12
55 à 59 ans	28	55	< à 3	26
50 à 54 ans	33	47	10	37
45 à 49 ans	14	32	26	49
40 à 44 ans	23	38	27	44
35 à 39 ans	32	26	12	25
- de 30 à 34 ans	66	39	28	29
Total	204	293	105	231

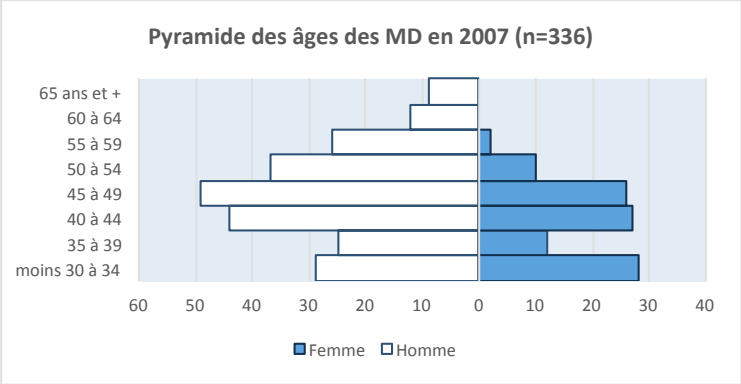
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS
Légende : MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues

Tab.8.12 : Distribution par classes d'âge et par sexe des médecins dentistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2007 et 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MD médecins dentistes-dentistes spécialisés- stomatologues

Fig.8.24 : Pyramide des âges des médecins dentistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=497)



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MD médecins dentistes-dentistes spécialisés- stomatologues

Fig.8.25 : Pyramide des âges des médecins dentistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2007 (n=336)

8.10.5 Constat

Les pyramides des âges pour les 3 types de médecins n'ont pas le même profil.
La pyramide des âges des médecins dentistes permet d'envisager plus sereinement l'avenir car beaucoup de jeunes médecins se sont installés au Luxembourg.
Par contre chez les médecins spécialistes, un grand nombre de médecins devront être remplacés dans un proche avenir, cependant le nombre de jeunes médecins spécialistes installés ne suffira pas à couvrir le nombre de médecins sortants en retraite, pour garder un nombre constant de médecins spécialistes.
Chez les médecins généralistes, la situation sera aussi très tendue dans les 10 prochaines années, en raison des départs prévisibles qui sont très nombreux.

8.11. Départs prévisibles de médecins

8.11.1 Remarque générale

Deux hypothèses ont été faites :

- **hypothèse 1** : l'âge légal de départ à la retraite étant à 65 ans, les médecins demandent à bénéficier de leurs droits à 65 ans,
- **hypothèse 2** : l'âge légal de départ à la retraite est ramené à 60 ans en raison de la prise en considération de 5 années d'études et d'une carrière de 35 années.

Dans chacune des hypothèses, il est présupposé que :

- tous les médecins feront valoir leur droit à la pension,
- les autorités publiques souhaiteront au moins maintenir le nombre actuel de médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection.

Sur cette base, une estimation des départs a été faite en partant des données 2017.
Pour chaque année à venir sur une période allant jusqu'en 2034, le nombre de médecins qui partiront normalement en retraite a été calculé.
Il a été tenu compte d'un décalage de 2 ans étant donné que les données disponibles datent de 2017.

Etant donné que les études de médecine durent entre 10 et 14 ans, l'estimation sur la période allant jusqu'en 2034 est nécessaire puisque pendant cette période même si le gouvernement prend des décisions en 2020 en faveur de la formation en médecine, elles n'auront un effet qu'entre 2030 et 2034.
Pendant ce laps de temps, le pays devra gérer son système de santé avec les médecins qui sortiront chaque année diplômés en médecine générale, avec les jeunes diplômés résidents du Luxembourg qui reviendront de l'étranger et avec les possibilités offertes par le marché de l'emploi européen.

8.11.2 Hypothèse 1 : Départs prévisibles à 65 ans concernant tous les médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection

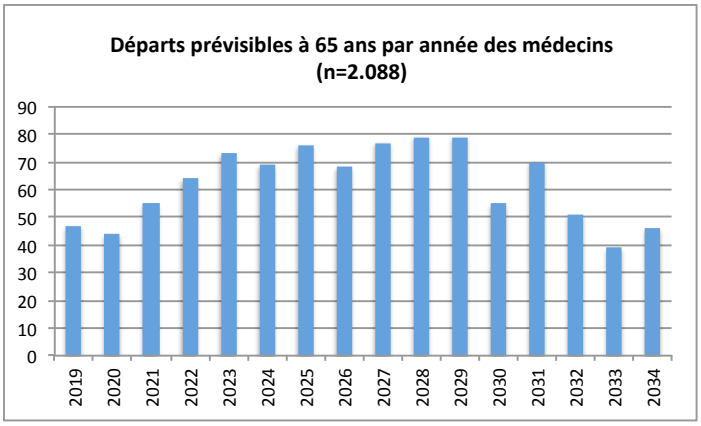
Sur base des données disponibles en 2017, il est prévisible que **1.233 médecins** partiront en pension jusqu'en 2034. Ce nombre comprend tous les médecins qui au cours de cette période atteindront l'âge de 65 ans (992 médecins), ainsi que les 241 médecins qui en 2017 avaient plus de 63 ans et qui donc ont plus de 65 ans en 2019.
Le nombre par année varie de 79 médecins les plus mauvaises années à 44 médecins les meilleures années.

Au total sur 16 ans, c'est 59,05 % de l'effectif actuel de médecins qu'il faudra remplacer si les autorités publiques souhaitent maintenir 2.088 médecins.
Le seul maintien du même nombre est déjà un objectif, qui ne tient pas compte des nouveaux besoins qui pourraient être issus de la croissance attendue de la population résidente et de son vieillissement.

Année	Départs Médecins
2019- 65 ans en 2019	47
2020- 64 ans en 2019	44
2021- 63 ans en 2019	55
2022- 62 ans en 2019	64
2023- 61 ans en 2019	73
2024- 60 ans en 2019	69
2025- 59 ans en 2019	76
2026- 58 ans en 2019	68
2027- 57 ans en 2019	77
2028- 56 ans en 2019	79
2029- 55 ans en 2019	79
2030- 54 ans en 2019	55
2031- 53 ans en 2019	70
2032- 52 ans en 2019	51
2033- 51 ans en 2019	39
2034- 50 ans en 2019	46
Total	**992**
Médecins de plus de 65 ans en 2019	**241**
Total global	**1.233**

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS

Tab.8.13 : Nombre de départs prévisibles de médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2034, dans l'hypothèse d'un départ en retraite à 65 ans



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS

Fig.8.26 : Nombre de départs prévisibles de médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2034, dans l'hypothèse d'un départ en retraite à 65 ans

8.11.3 Hypothèse 2 : Départs prévisibles à 60 ans concernant tous les médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection

Sur base des données disponibles en 2017, il est prévisible que **1.477 médecins** partiront à 60 ans en pension jusqu'en 2034. Ce nombre comprend tous les médecins qui au cours de cette période atteindront l'âge de 60 ans (953 médecins), ainsi que les 524 médecins qui en 2017 avaient plus de 58 ans et qui donc ont plus de 60 ans en 2019.

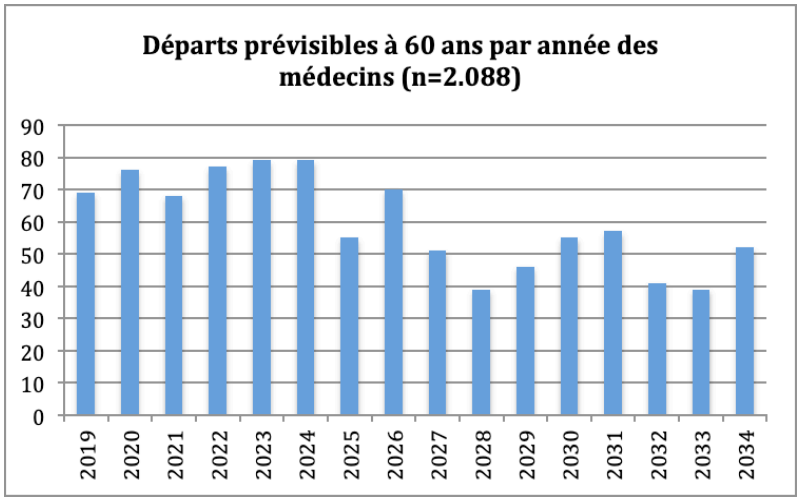
Le nombre par année varie de 79 médecins les plus mauvaises années à 39 médecins les meilleures années.

Au total sur 16 ans, c'est 70,73 % de l'effectif actuel de médecins qu'il faudra remplacer si les autorités publiques souhaitent maintenir 2.088 médecins.
Le seul maintien du même nombre est déjà un objectif, qui ne tient pas compte des nouveaux besoins qui pourraient être issus de la croissance attendue de la population résidente et de son vieillissement.

Année	Départs Médecins
2019- 60 ans en 2019	69
2020- 59 ans en 2019	76
2021- 58 ans en 2019	68
2022- 57 ans en 2019	77
2023- 56 ans en 2019	79
2024- 55 ans en 2019	79
2025- 54 ans en 2019	55
2026- 53 ans en 2019	70
2027- 52 ans en 2019	51
2028- 51 ans en 2019	39
2029- 50 ans en 2019	46
2030- 49 ans en 2019	55
2031- 48 ans en 2019	57
2032- 47 ans en 2019	41
2033- 46 ans en 2019	39
2034- 45 ans en 2019	52
Total	**953**
Médecins de plus de 60 ans en 2019	**524**
Total global	**1.477**

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS

Tab.8.14 : Nombre de départs prévisibles de médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2034, dans l'hypothèse d'un départ en retraite à 60 ans



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS

Fig.8.27 : Nombre de départs prévisibles de médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2034, dans l'hypothèse d'un départ en retraite à 60 ans.

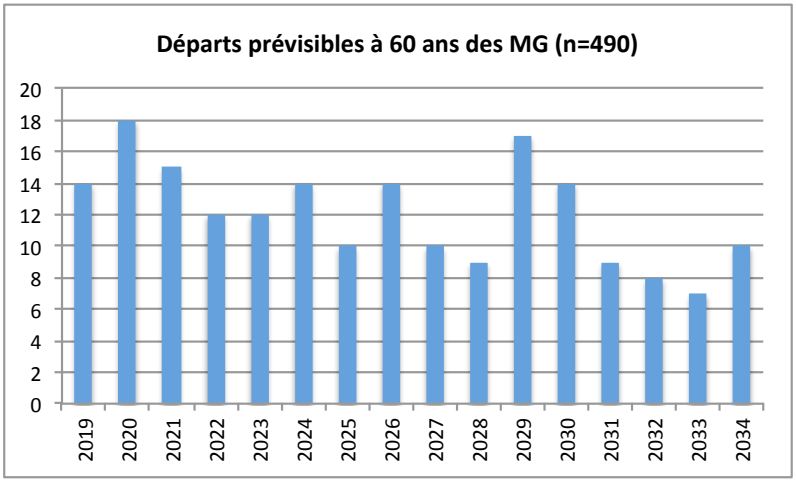
8.11.4 Départs prévisibles de médecins généralistes à 60 ans

Sur les 16 prochaines années, dans l'hypothèse d'un départ en retraite des médecins à 60 ans, **67,96 %** des médecins généralistes de 2017 devront être remplacés. Certaines années, comme en 2020 et 2029, il faudra remplacer jusqu'à 17 ou 18 médecins généralistes pour maintenir seulement le nombre actuel.
Si de plus, il est attendu d'inverser le ratio médecins généralistes sur médecins spécialistes, alors le nombre de médecins généralistes à recruter sera supérieur.

Année	Départs MG
2019- 60 ans en 2019	14
2020- 59 ans en 2019	18
2021- 58 ans en 2019	15
2022- 57 ans en 2019	12
2023- 56 ans en 2019	12
2024- 55 ans en 2019	14
2025- 54 ans en 2019	10
2026- 53 ans en 2019	14
2027- 52 ans en 2019	10
2028- 51 ans en 2019	9
2029- 50 ans en 2019	17
2030- 49 ans en 2019	14
2031- 48 ans en 2019	9
2032- 47 ans en 2019	8
2033- 46 ans en 2019	7
2034- 45 ans en 2019	10
Total	**193**
MG de plus de 60 ans en 2019	**140**
Total global	**333**

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes

Tab.8.15 : Nombre de départs prévisibles de médecins généralistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2034, dans l'hypothèse d'un départ en retraite à 60 ans



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes

Fig.8.28 : Nombre de départs prévisibles de médecins généralistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2034, dans l'hypothèse d'un départ en retraite à 60 ans

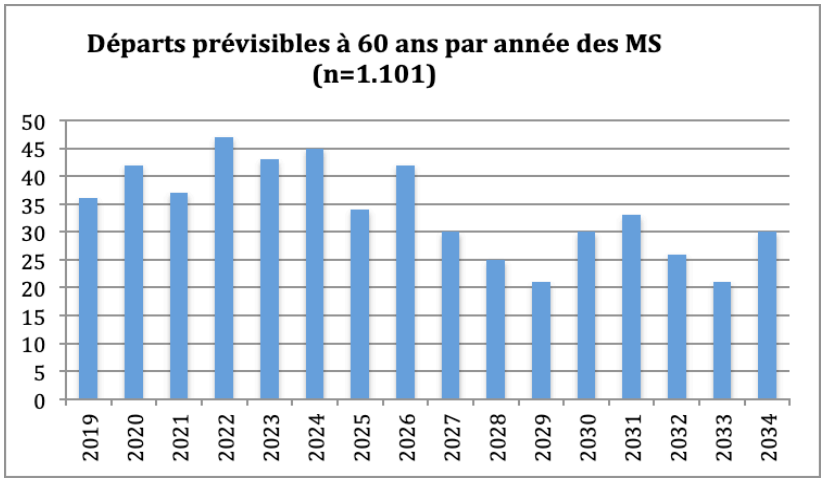
8.11.5 Départs prévisibles de médecins spécialistes à 60 ans

Sur les 16 prochaines années, 77,02 % des médecins spécialistes de 2017 devront être remplacés, ce qui est un défi majeur. Certaines années, comme en 2022 et 2024, il faudra remplacer jusqu'à 47 ou 45 médecins spécialistes pour maintenir le nombre actuel.

Année	Départs MS
2019- 60 ans en 2019	36
2020- 59 ans en 2019	42
2021- 58 ans en 2019	37
2022- 57 ans en 2019	47
2023- 56 ans en 2019	43
2024- 55 ans en 2019	45
2025- 54 ans en 2019	34
2026- 53 ans en 2019	42
2027- 52 ans en 2019	30
2028- 51 ans en 2019	25
2029- 50 ans en 2019	21
2030- 49 ans en 2019	30
2031- 48 ans en 2019	33
2032- 47 ans en 2019	26
2033- 46 ans en 2019	21
2034- 45 ans en 2019	30
Total	**542**
MG de plus de 60 ans en 2019	**306**
Total global	**848**

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-IGSS
Légende : MS médecins spécialistes

Tab.8.16 : Nombre de départs prévisibles de médecins spécialistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2034 dans l'hypothèse d'un départ à la retraite à 60 ans



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-IGSS
Légende : MG médecins spécialistes

Fig.8.29 : Nombre de départs prévisibles de médecins spécialistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2030

8.11.6 Départs prévisibles dans certaines spécialités médicales à 60 ans

Certaines spécialités sont plus touchées que d'autres.
Le tableau ci-après présente le nombre de départs prévisibles dans les 16 prochaines années par spécialité et le pourcentage que cela représente par rapport au nombre total de médecins spécialistes de la discipline en 2017.

Spécialité médicale	Nbre 2017	Départs prévisibles	Pourcentage
Anesthésie	97	74	76,29
Cardiologie	61	47	77,05
Chirurgie générale	75	56	74,67
Dermatologie	42	34	80,95
Endocrinologie	9	5	55,56
Gastro-entérologie	23	18	78,26
Gynécologie-Obstétrique	92	68	73,91
Hématologie	8	6	75,00
Médecine interne + Oncol	85	74	87,06
Médecine nucléaire	8	7	87,50
Médecine physique	21	17	80,95
Néphrologie	13	10	76,92
Neurochirurgie	12	10	83,33
Neurologie	37	33	89,19
Neuropsychiatrie	36	30	83,33
Oncologie*	/	/	/
Ophtalmologie	65	49	75,38
Orthopédie	56	43	76,79
ORL	39	34	87,18
Pédiatrie	103	72	69,90
Pneumologie	22	16	72,73
Psychiatrie	74	60	81,08
Psychiatrie infantile	11	7	63,64
Radiodiagnostic	60	42	70,00
Radiothérapie	9	4	44,44
Rhumatologie	18	15	83,33
Urologie	25	17	68,00
Total	1.101	848	77,02

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS
** : a été incluse dans la médecine interne car la spécialité est récente et l'oncologie est encore pratiquée par des médecins internistes*
Tab.8.17 : Nombre de départs prévisibles par discipline médicale de médecins spécialistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2034

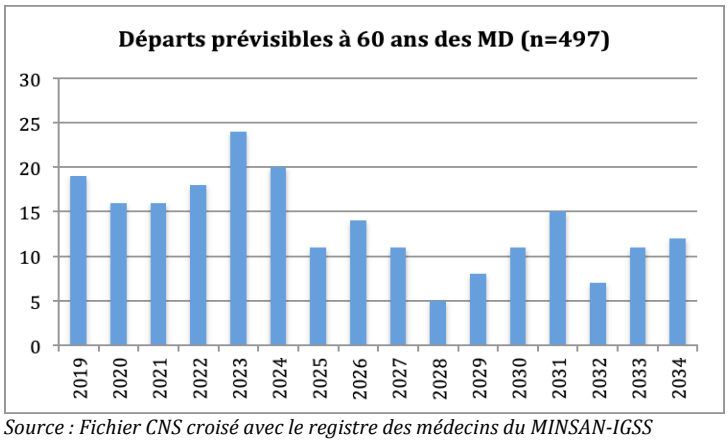
Dans plusieurs disciplines, le pourcentage de départs prévisibles dans les 16 prochaines années atteint 75 % du nombre de médecins de la discipline en 2017. Or plusieurs spécialités médicales concernées sont rares sur le marché de l'emploi : gastro-entérologie, médecine nucléaire, neurochirurgie, neurologie, psychiatrie…Ce qui induira une forte tension de recrutement.

8.11.7 Départs prévisibles de médecins dentistes à 60 ans

Année	Départs MD
2019- 60 ans en 2019	19
2020- 59 ans en 2019	16
2021- 58 ans en 2019	16
2022- 57 ans en 2019	18
2023- 56 ans en 2019	24
2024- 55 ans en 2019	20
2025- 54 ans en 2019	11
2026- 53 ans en 2019	14
2027- 52 ans en 2019	11
2028- 51 ans en 2019	5
2029- 50 ans en 2019	8
2030- 49 ans en 2019	11
2031- 48 ans en 2019	15
2032- 47 ans en 2019	7
2033- 46 ans en 2019	11
2034- 45 ans en 2019	12
Total	**218**
MD de plus de 60 ans en 2019	**78**
Total global	**296**

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS
Légende : MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues

Tab.8.18 : Nombre de départs prévisibles de médecins dentistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2034, dans l'hypothèse d'un départ à la retraite à 60 ans



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-IGSS
Légende : MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues

Fig.8.30 : Nombre de départs prévisibles de médecins dentistes exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2034, dans l'hypothèse d'un départ en retraite à 60 ans

8.12. Départs prévisibles par canton

Les départs prévisibles sont aussi analysés par canton afin d'évaluer une éventuelle fragilité de la densité médicale dans certaines zones géographiques du pays.
Dans chaque canton, ont été comptabilisés les médecins généralistes, spécialistes et dentistes en fonction de leur âge.
Les résultats ci-après apportent de l'information sur le nombre de départs prévisibles par type de médecins dans les 12 années à venir pour chacun des cantons, sur base d'une hypothèse de départ à 65 ans.
Tous les départs sont comptabilisés, y compris ceux des médecins qui ont dépassé l'âge de 65 ans.

Canton	Type de médecins	Nbre 2017	Départs	Pourcentage
Capellen	Médecin dentiste	41	14	34,15
	Médecin généraliste	40	20	50,00
	Médecin spécialiste	14	8	57,14
	Total	95	42	44,21
Clervaux	Médecin dentiste	5	4	80
	Médecin généraliste	16	8	50,00
	Médecin spécialiste	< à 4	< à 4	100
	Total	22	13	59,09
Diekirch	Médecin dentiste	23	10	43,48
	Médecin généraliste	32	19	59,38
	Médecin spécialiste	133	80	60,15
	Total	188	109	57,98
Echternach	Médecin dentiste	7	4	57,14
	Médecin généraliste	19	9	47,37
	Médecin spécialiste	15	11	73,33
	Total	41	24	58,54
Esch	Médecin dentiste	112	49	43,75
	Médecin généraliste	131	67	51,15
	Médecin spécialiste	214	145	67,76
	Total	457	261	57,11
Grevenmacher	Médecin dentiste	19	9	47,37
	Médecin généraliste	23	13	56,52
	Médecin spécialiste	18	12	66,67
	Total	60	34	56,67
Luxembourg	Médecin dentiste	248	103	41,53
	Médecin généraliste	160	76	47,50
	Médecin spécialiste	652	338	51,84
	Total	1060	517	48,77
Mersch	Médecin dentiste	15	7	46,67
	Médecin généraliste	20	8	40,00
	Médecin spécialiste	8	5	62,50
	Total	43	20	46,51
Redange	Médecin dentiste	4	4	100,00
	Médecin généraliste	21	10	47,62
	Médecin spécialiste	3	< à 3	66,67
	Total	28	16	57,14
Remich	Médecin dentiste	14	8	57,14
	Médecin généraliste	15	11	73,33

	Médecin spécialiste	23	16	69,57
	Total	52	35	67,31
Vianden	Médecin dentiste	/	/	/
	Médecin généraliste	/	/	/
	Médecin spécialiste	/	/	/
	Total	/	/	/
Wiltz	Médecin dentiste	8	3	37,50
	Médecin généraliste	9	6	66,67
	Médecin spécialiste	20	14	70,00
	Total	37	23	62,16

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS

Tab.8.19 : Nombre de départs prévisibles de médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, sur la période 2019-2030, par type et par canton

Le canton de Vianden comporte la particularité d'avoir une densité médicale très inférieure à celle de tous les autres cantons. Ce canton est donc extrêmement fragile dans les offres de soins pour la population, puisque tout départ des médecins induit une désertification médicale sur cette partie du territoire. Il mérite d'être considéré séparément afin de développer des stratégies permettant à la population d'avoir le même accès aux soins que dans les autres cantons. C'est pourquoi, il n'a pas été considéré dans ce chapitre.

Certains cantons perdront sur la période 2019-2030 plus de 50 % des médecins généralistes, tels que le canton de Wiltz, de Remich, de Grevenmacher, de Diekirch. La question de la continuité de soins primaires pourrait se poser dans certaines régions. La réflexion sur un nouveau concept d'organisation des soins primaires et d'incitatifs à l'installation prend tout son sens.

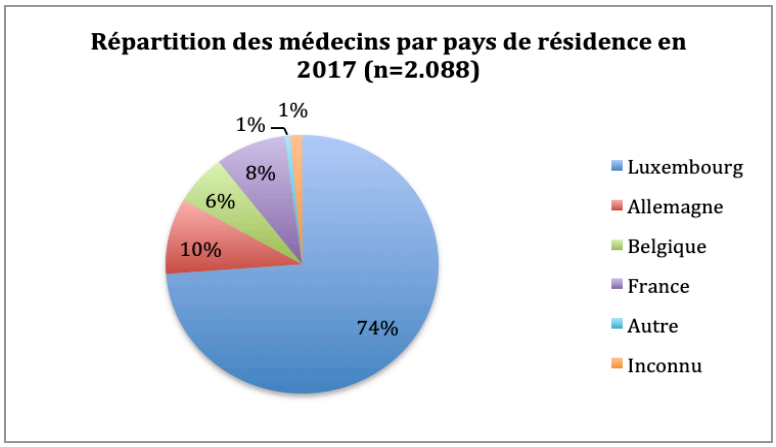
8.13. Pays de résidence des médecins

Pour l'ensemble des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection, la répartition des pays de résidence était la suivante en 2017 :

Pays de résidence	Nombre
Luxembourg	1.541
Allemagne	197
Belgique	132
France	175
Autres	14
Inconnu	29
Total	2.088

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS

Tab.8.20 : Distribution par pays de résidence des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS

Fig.8.31 : Distribution par pays de résidence des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017 (n=2.088)

Sur l'ensemble des médecins, toutes spécialités confondues, 73,80 % des médecins résident au Luxembourg. Un quart des médecins environ habitent dans les pays frontaliers.
Le pourcentage de médecins résidant au Luxembourg varie selon le type de médecins, comme il est montré dans le tableau ci-après :

Type de médecins	Luxembourg	Total	Pourcentage
Médecins Dentistes	349	497	70,22
Médecins Généralistes	408	490	83,27
Médecins Spécialistes	784	1.101	71,21
Total	1.541	2.088	73,81

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.21 : Distribution des médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, résidant au Luxembourg en 2017, par type

Une proportion plus importante de médecins généralistes réside au Luxembourg, par rapport aux médecins dentistes et aux médecins spécialistes qui ont un taux de 70,22 respectivement 71,21 %. Mais il faut noter que chez les MG, 67,55 % sont de nationalité luxembourgeoise. Environ 15 % de MG sont de nationalité étrangère mais résident au Luxembourg.
Il est plus facile pour un médecin dentiste de ne pas résider au Luxembourg étant donné qu'il n'y a pas de garde à assurer.
Par contre, pour les médecins spécialistes, le fait de ne pas résider au Luxembourg et d'assurer la garde hospitalière impose alors certaines contraintes notamment de rester sur place en chambre de garde ou de disposer d'un pied-à-terre au Luxembourg, afin de pouvoir être disponible dans des délais raisonnables.
Ce résultat confirme les propos tenus par les médecins lors des interviews, à savoir qu'une partie des médecins habitent à l'étranger, ce qui augmente la pénibilité associée à la garde ou à l'astreinte. Ce choix des médecins serait lié à diverses causes : le pays d'origine du médecin, les enfants restant dans leur système scolaire, le conjoint conservant son travail dans le pays d'origine, le coût d'achat de l'habitat au Luxembourg.

Au sein des spécialités médicales, il existe des variations importantes entre les disciplines concernant le pays de résidence, qui sont présentées entre parenthèses et correspondent au pourcentage de médecins de la spécialité médicale résidant au Luxembourg :

- certaines disciplines ne nécessitant pas de garde : médecine nucléaire (25%), radiothérapie (44 %),
- certaines disciplines s'exerçant en cabinet libéral sans être de 1ère garde hospitalière : rhumatologie (55 %), psychiatrie infantile (54 %),
- les disciplines appelées régulièrement en garde hospitalière : chirurgie générale (77 %), cardiologie (80 %).

8.14. Mode d'exercice professionnel

Il peut être distingué différents modes d'exercice professionnel chez les médecins exerçant auprès des patients

- médecin travaillant seul dans son cabinet libéral,
- médecin membre d'une association[1] de médecins de la même spécialité.

La mise en association permet de partager des locaux de consultation, les investissements en équipement non réglementé, le personnel de secrétariat et d'assistance, les coûts d'infrastructures informatiques, de se remplacer mutuellement pendant les congés annuels, les weekends pour la continuité des soins hospitaliers et d'avoir une plus grande visibilité auprès de la population. L'exercice en association permet aussi à un jeune confrère de pouvoir bénéficier du support de collègues plus expérimentés, s'il le souhaite.
Afin d'étudier le comportement des médecins dans ce domaine, les associations déclarées à la CNS ont été étudiées, ainsi que le nombre de médecins adhérents d'une association.

Un médecin peut être déclaré membre d'une association sans pour autant facturer à la CNS par le code de l'association. Il a trois possibilités : facturer essentiellement avec le code de l'association, facturer avec son code individuel, facturer partiellement avec son code d'association et partiellement avec le code individuel.

Remarque : La gestion des sorties des associations n'est à la date du présent rapport pas garantie. Des médecins peuvent encore à plus de 80 ans être toujours considéré dans la base de données de la CNS comme membre d'une association de médecins, car ils n'ont pas signalé leur sortie de l'association. Ils peuvent ne plus avoir du tout d'activité au sein de l'association. Cela engendre des biais d'analyse lorsque tous les médecins de l'association facturent avec le code de l'association. Il est dans ce cas impossible de déterminer l'activité réelle de chaque associé et donc sa contribution au système de soins de santé.

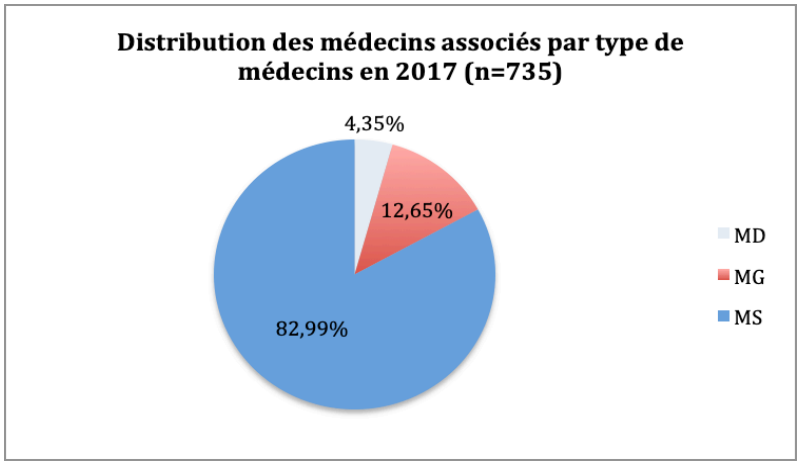
8.14.1 Nombre absolu de médecins déclarés adhérents d'une association

En 2017, 735 médecins sont déclarés adhérents d'une association, soit 35,20 % de l'ensemble des médecins répondant au critère de sélection, se déclinant comme suit :

- 32 médecins dentistes,
- 93 médecins généralistes,
- 610 médecins spécialistes.

Sur l'ensemble des médecins associés, 82,99 % sont des médecins spécialistes.

[1] Le recensement des associations a été fait sur base de la définition légale de l'association entre médecins



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecin généraliste, MS médecin spécialiste, MD médecin dentiste-dentiste spécialisé-stomatologue
Fig.8.32 : Distribution des médecins exerçant en association en 2017, par type (n=735)

Lorsqu'est pris pour référence le nombre de médecins qui ont été considérés actifs quelque soit le volume d'honoraires annuel, les médecins associés représenteraient par type en 2017 :

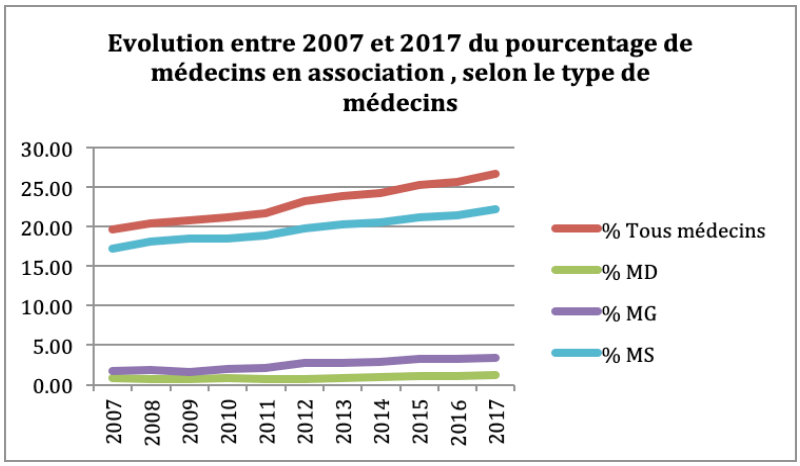
Type de Médecins	Total Médecins	Nombre Médecins Associés	Pourcentage
Médecins dentistes	559	32	5,72
Médecins généralistes	555	93	16,76
Médecins spécialistes	1.217	610	50,12
Total	2.088	735	35,20

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Tab. 8.22: Pourcentage des médecins exerçant en association en 2017 au sein de chaque type de médecins

La pratique d'exercice en association est courante chez les médecins spécialistes puisqu'ils sont 50,12 % à être associés en 2017, alors que la pratique est moins fréquente chez les médecins généralistes et très rare chez les médecins dentistes.
Cette information est capitale lorsqu'il est envisagé de soutenir la constitution de cabinets de groupe. En effet, les médecins généralistes ayant plutôt, selon ces chiffres, une conception individuelle de leur pratique professionnelle, une analyse des freins à l'association devrait être réalisée pour envisager avec eux des modèles innovants.
Lors des interviews, les médecins généralistes ont expliqué qu'ils collaborent ensemble, se remplacent mutuellement, mais ne signent pas obligatoirement un contrat d'association.

8.14.2 Evolution de l'exercice professionnel des médecins en association de 2007 à 2017

La tendance observée concernant l'exercice professionnel des médecins en association a été étudiée de 2007 à 2017, en pourcentage de médecins associés sur l'ensemble des médecins considérés actifs.
Chez tous les types de médecins, cette tendance est en croissance passant de 0,84 % à 1,16 % chez les médecins dentistes, de 1,72 % à 3,38 % chez les médecins généralistes et de 17,13 % à 22,17 % chez les médecins spécialistes.



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS
Légende : MG médecin généraliste, MS médecin spécialiste, MD médecin dentiste-dentiste spécialisé-stomatologue
Fig.8.33 : Evolution du pourcentage des médecins exerçant en association entre 2007 et 2017 par type de médecins

8.14.3 Nombre d'associations de médecins par spécialité médicale en 2017

En 2017, il existait au total **121 associations de médecins enregistrées par la CNS**, dont 11 en médecine dentaire, 18 en médecine générale et 92 en médecine spécialisée.

8.15. Statut d'exercice de l'activité médicale

Une des caractéristiques de l'exercice de la médecine au Luxembourg est l'exercice libéral.
Dans cet état des lieux, il est apparu utile de donner une image de cet exercice des médecins, étant donné les multiples formes d'exercices possibles.

Il a été retrouvé les diverses situations suivantes :

- **exercice libéral seul** : le médecin a un ou plusieurs lieux d'exercice libéral, il n'est pas membre d'une association, il facture à la CNS avec son code individuel, il peut avoir un agrément avec un établissement en conservant une activité libérale,
- **exercice libéral seul et en association** : le médecin exerce en libéral dans un ou plusieurs lieux d'exercice, il est déclaré membre d'une association, il facture soit sous son code individuel soit sous le code de l'association. La CNS connaît sa date d'entrée dans l'association mais ne connaît pas sa date de sortie si le médecin ne lui signale pas. La CNS ne connaît pas le volume d'activité de ce médecin dans l'association car la facturation faite par l'association comporte le code de l'association mais ne comporte pas le code individuel du médecin,
- **salarié médical seul**: le médecin est salarié d'un établissement, preste des activités auprès des patients et n'a pas d'autres activités libérales,
- **salarié autre seul** : le médecin travaille comme salarié dans un établissement ou une association[2] mais pas auprès des patients, il n'a pas d'autre activité libérale,
- **activité mixte** :
    - **libéral seul et salarié médical** : le médecin a un cabinet médical libéral et exerce en plus auprès des patients en tant que salarié d'une institution,
    - **libéral seul et salarié autre** : le médecin a un cabinet médical libéral et exerce en plus une activité salariée dans un établissement mais sans contact direct avec les patients,
    - **libéral seul et en association, et salarié médical** : le médecin exerce en cabinet libéral et est déclaré membre d'une association. Il facture cependant à la CNS partiellement ou en totalité avec son code individuel. Il exerce en plus une activité salariée auprès de patients dans une institution,
    - **libéral seul et en association, et salarié autre** : le médecin exerce en cabinet libéral et est déclaré membre d'une association. Il facture à la CNS partiellement ou en totalité avec son code individuel. En sus, il exerce une activité salariée dans une institution sans contact direct avec les patients.

8.15.1 Statut de l'exercice professionnel des médecins en 2017

Sur les médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère de sélection, les divers statuts d'activité professionnelle sont répartis comme suit en 2017:

[2] Le médecin peut travailler dans une administration comme le Contrôle médical de la sécurité sociale, dans une Asbl, dans une entreprise mais pas auprès de patients, ou comme directeur d'établissement

Types de statuts d'activité des médecins en 2017	Nbre Médecins	Pourcentage
Activité Mixte - Libéral seul - Salarié autre ou salarié médical	23	1,10
Activité Mixte - Libéral seul + association - Salarié autre	17	0,81
Activité Mixte - Libéral seul + association - Salarié médical	26	1,25
Libéral seul	1.329	63,65
Libéral seul + association	465	22,27
Salarié autre	5	0,24
Salarié médical	223	10,68
Total général	2.088	100,00

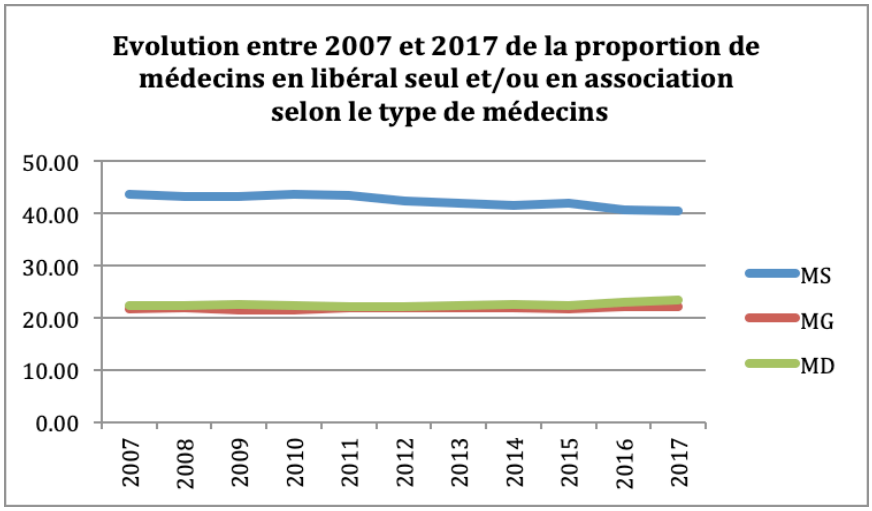
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN-Traitement IGSS

Tab.8.23 : Distribution des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère, en 2017, selon le type de statut d'activité

Sur l'ensemble des médecins, 63,65 % des médecins travaillent en libéral seul et 22,27% en association, soit au total **85,92 % des médecins travaillant en exercice libéral seul ou en association**.
Près de 11 % des médecins sont essentiellement salariés, la majorité 10,68 % étant salariée pour un exercice auprès des patients.
Seulement 3,16 % des médecins ont une activité mixte de cabinet libéral et d'activité salariée.

8.15.2 Evolution du statut d'exercice libéral seul et/ou en association entre 2007 et 2017

La proportion de médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère, travaillant en exercice libéral seul et/ou en association a légèrement diminué de 2007 à 2017 passant de 87,59 % à 85,92 %.



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes, MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues

Fig.8.34 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation à la CNS répondant au critère, travaillant en exercice libéral seul et/ou en association, selon le type de médecin

La proportion de médecins généralistes travaillant en exercice libéral seul ou en association a légèrement augmenté de 21,66 % à 22,08 % sur la période étudiée, alors que celui des médecins spécialistes a légèrement diminué passant de 43,53 % en 2007 à 40,42 % en 2017.

8.16. Doubles autorisations d'exercer chez les médecins

Il a été retrouvé dans le fichier un certain nombre de médecins disposant de plusieurs autorisations d'exercer dans des disciplines médicales différentes.
Le médecin peut demander un code CNS pour chacune des spécialités qu'il exerce. Il peut alors facturer dans l'une ou l'autre des disciplines.
Cependant c'est toujours le médecin qui choisit le code CNS qu'il utilise pour la facturation.

Lors de la présente étude, afin de ne pas compter doublement le nombre de personnes médecins, il a été attribué à ces médecins une spécialité principale basée sur le volume le plus important des coefficients facturés par le médecin dans chacune des spécialités pour lesquelles il a un code de facturation.

Au total en 2017, **113 médecins avaient une double spécialité médicale**.
Il s'agit le plus souvent de médecins généralistes ayant complété leur formation par un diplôme, entres autres, en :

- pédiatrie : 17 médecins,
- endocrinologie : 6 médecins,
- médecine du travail : 7 médecins,
- médecine interne : 7 médecins.

Ont été aussi retrouvés les psychiatres ayant aussi la compétence en neuropsychiatrie : 17 médecins.
D'autres associations en plus faible fréquence ont été retrouvées chez des médecins généralistes : MG et cardiologie, MG et pneumologie…

8.17. Evolution du rapport médecins généralistes / médecins spécialistes chez les médecins exerçant auprès des patients ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

Le rapport du nombre de médecins généralistes exerçant auprès des patients et répondant au critère de sélection sur le nombre de médecins spécialistes répondant au critère de sélection a évolué comme suit sur la période 2007 à 2017 :

Année	Ratio MG/MS
2007	0,42
2008	0,42
2009	0,41
2010	0,41
2011	0,42
2012	0,42
2013	0,44
2014	0,43
2015	0,44
2016	0,45
2017	0,45

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes
Tab.8.24 : Evolution du ratio des médecins généralistes par rapport aux médecins spécialistes, chez les médecins ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

Le ratio nombre de médecins généralistes sur nombre de médecins spécialistes a évolué favorablement mais très légèrement sur la période considérée passant de 0,42 à 0,45. Ceci témoigne d'une amorce de changement de la répartition entre ces deux groupes, en faveur des soins primaires.

8.18. Evolution du ratio de médecins généralistes exerçant auprès des patients et répondant au critère de sélection, pour 1.000 habitants et pour 1.000 personnes protégées de 2007 à 2017

Afin de mesurer la densité en médecins généralistes, deux indicateurs ont été utilisés :

- le nombre de médecins généralistes pour 1.000 habitants,
- le nombre de médecins généralistes pour 1.000 personnes protégées.

En effet, il ressort de l'étude de la consommation des soins que les médecins au Luxembourg prennent en charge de plus en plus de frontaliers assurés, comme montré dans le chapitre 4.2. En 2017, le pourcentage de consommation de soins médicaux par les frontaliers représentait 5,9 % de la consommation totale annuelle[3].

Année	Nombre MG	Habitants	Personnes protégées	MG par 1000 h	MG par 1000 pers. protégées
2007	340	476187	643880	0,71	0,53
2008	359	483799	666314	0,74	0,54
2009	364	493500	681958	0,74	0,53
2010	374	502066	699539	0,74	0,53
2011	392	512353	720310	0,77	0,54
2012	410	524853	739862	0,78	0,55
2013	438	537039	756185	0,82	0,58
2014	444	549680	773061	0,81	0,57
2015	458	562958	793044	0,81	0,58
2016	478	576249	813124	0,83	0,59
2017	490	590667	835002	0,83	0,59
2017 *	480	590667	835002	0,81	0,57

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Source de la population : STATEC
Source des personnes protégées : IGSS
Légende : MG médecins généralistes
** sans les 10 médecins salariés en 2017*

Tab.8.25 : Evolution de la densité des médecins généralistes par 1.000 habitants et par 1.000 personnes protégées, chez les médecins généralistes ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

Alors que la population a eu un taux d'accroissement entre 2007 et 2017, de + 24,04 %, le taux d'accroissement du nombre de médecins généralistes était pendant la même période de 41,17 %.

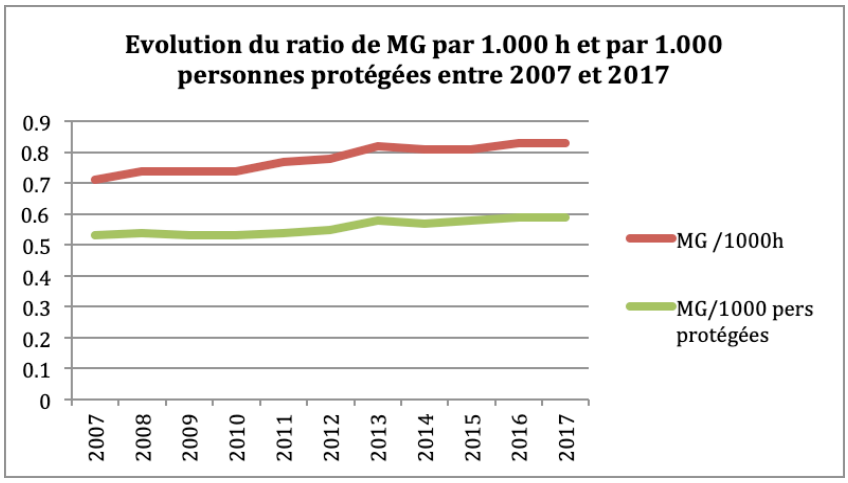
Le ratio des médecins généralistes par 1.000 habitants évolue favorablement entre 2007 et 2017 passant de 0,71 à 0,83 (+0,12), signifiant que le nombre de médecins généralistes s'installant au Luxembourg a augmenté.

Cependant, ce ratio est biaisé car il comprend les médecins gériatres qui sont classés par la CNS dans le groupe des médecins généralistes. Il comprend aussi les médecins généralistes travaillant dans les institutions comme salariés par exemple au service d'urgences en tant que médecins urgentistes (ex : CHL).

[3] La consommation a été mesurée en nombre de coefficients facturés dans l'année par les médecins

Si les 10 médecins salariés auprès des patients sont retirés afin de trouver la densité réelle de médecins généralistes accessibles à la population en cabinet libéral, le nombre de médecins généralistes en 2017 est alors de **480 MG** et la densité de médecins généralistes passe à **0,81 MG** pour 1.000 habitants à la place de 0,83.

Le ratio des médecins généralistes par 1.000 personnes protégées est beaucoup plus bas que par 1.000 habitants, mais évolue lui aussi favorablement entre 2007 et 2017 passant de 0,53 à 0,59 (+0,06).



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes

Fig.8.35 : Evolution de la densité des médecins généralistes par 1.000 habitants et par 1.000 personnes protégées, chez les médecins généralistes ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

8.19. Evolution du ratio de médecins spécialistes exerçant auprès des patients et répondant au critère de sélection, pour 1.000 habitants et pour 1.000 personnes protégées de 2007 à 2017

Afin de mesurer la densité en médecins spécialistes, deux indicateurs ont été utilisés :

- le nombre de médecins spécialistes pour 1.000 habitants,
- le nombre de médecins spécialistes pour 1.000 personnes protégées.

En effet, il ressort de l'étude de la consommation des soins, que les médecins au Luxembourg prennent en charge de plus en plus de frontaliers assurés.
En 2017, le pourcentage de consommation de soins médicaux par les frontaliers représentait 5,9 % de la consommation totale annuelle[4].

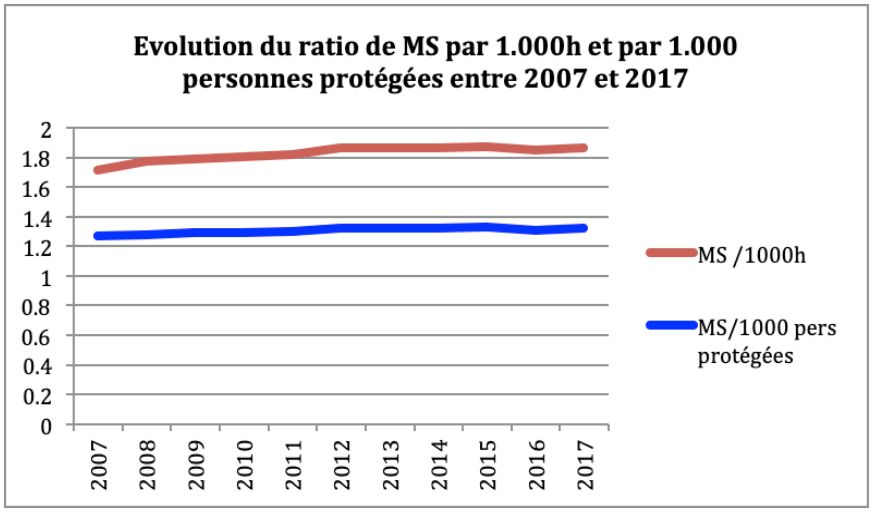
Le ratio des médecins spécialistes répondant au critère de sélection évolue favorablement sur la période 2007 à 2017, passant de 1,71 à 1,86 (+0,15) par 1.000 habitants et de 1,27 à 1,32 (+0,05) par 1.000 personnes protégées.

Toutefois, il faut noter que depuis 2012, le ratio s'est stabilisé et n'évolue plus. La couverture en médecins spécialistes reste stable malgré l'augmentation de la population.
Cependant, pour les médecins spécialistes, cette analyse primaire n'est pas suffisante puisque toutes les spécialités sont incluses dans ce calcul du ratio. Or, il peut avoir baissé dans certaines disciplines et être plus élevé dans d'autres. C'est pourquoi cette analyse sera aussi appliquée à différentes disciplines médicales dans un prochain paragraphe.

Année	MS	Habitants	Pers. protégées	MS /1000 h	MS /1000 pers. protégées
2007	815	476187	643880	1,71	1,27
2008	854	483799	666314	1,77	1,28
2009	883	493500	681958	1,79	1,29
2010	903	502066	699539	1,80	1,29
2011	935	512353	720310	1,82	1,30
2012	974	524853	739862	1,86	1,32
2013	998	537039	756185	1,86	1,32
2014	1021	549680	773061	1,86	1,32
2015	1052	562958	793044	1,87	1,33
2016	1067	576249	813124	1,85	1,31
2017	1101	590667	835002	1,86	1,32

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MS médecins spécialistes
Tab.8.26 : Evolution de la densité des médecins spécialistes par 1.000 habitants et par 1.000 personnes protégées, chez les médecins spécialistes ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

[4] La consommation a été mesurée en nombre de coefficients facturés dans l'année par les médecins



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Source pour le nombre d'habitants : STATEC
Source pour le nombre de personnes protégées : IGSS
Légende : MS médecins spécialistes

Fig.8.36 : Evolution de la densité des médecins spécialistes par 1.000 habitants et par 1.000 personnes protégées, chez les médecins spécialistes ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

8.20. Evolution du ratio de médecins dentistes exerçant auprès des patients et répondant au critère de sélection, pour 1.000 habitants et pour 1.000 personnes protégées de 2007 à 2017

Afin de mesurer la densité en médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues, deux indicateurs ont été utilisés :

- le nombre de médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues pour 1.000 habitants,
- le nombre de médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues pour 1.000 personnes protégées.

En effet, il ressort de l'étude de la consommation des soins, que les médecins au Luxembourg prennent en charge de plus en plus de frontaliers assurés, comme montré dans le chapitre 26.2. En 2017, le pourcentage de consommation de soins médicaux par les frontaliers représentait 5,9 % de la consommation totale annuelle[5].

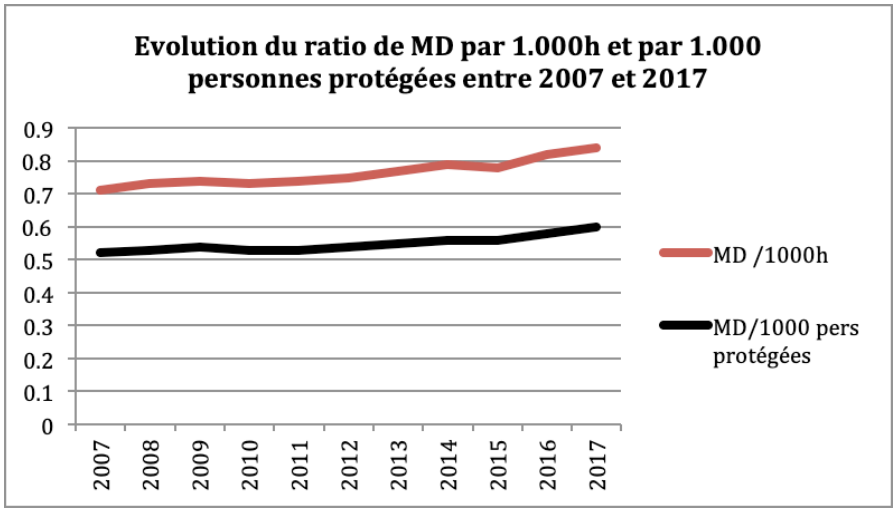
Le ratio par 1.000 habitants des médecins dentistes exerçant auprès des patients et répondant au critère de sélection, a évolué favorablement de 2007 à 2017 passant de 0,71 à 0,84 (+0,13). De même le ratio par 1.000 personnes protégées est passé de 0,52 à 0,60 (+0,08).

Année	MD	Habitants	Pers. protégées	MD /1000 h	MD /1000 pers. protégées
2007	336	476187	643880	0,71	0,52
2008	351	483799	666314	0,73	0,53
2009	367	493500	681958	0,74	0,54
2010	369	502066	699539	0,73	0,53
2011	380	512353	720310	0,74	0,53
2012	396	524853	739862	0,75	0,54
2013	416	537039	756185	0,77	0,55
2014	433	549680	773061	0,79	0,56
2015	441	562958	793044	0,78	0,56
2016	472	576249	813124	0,82	0,58
2017	497	590667	835002	0,84	0,60

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Source pour la population : STATEC
Source pour le nombre de personnes protégées : IGSS
Légende : MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues

Tab.8.27 : Evolution de la densité des médecins dentistes par 1.000 habitants et par 1.000 personnes protégées, chez les médecins dentistes ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

[5] La consommation a été mesurée en nombre de coefficients facturés dans l'année par les médecins



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues

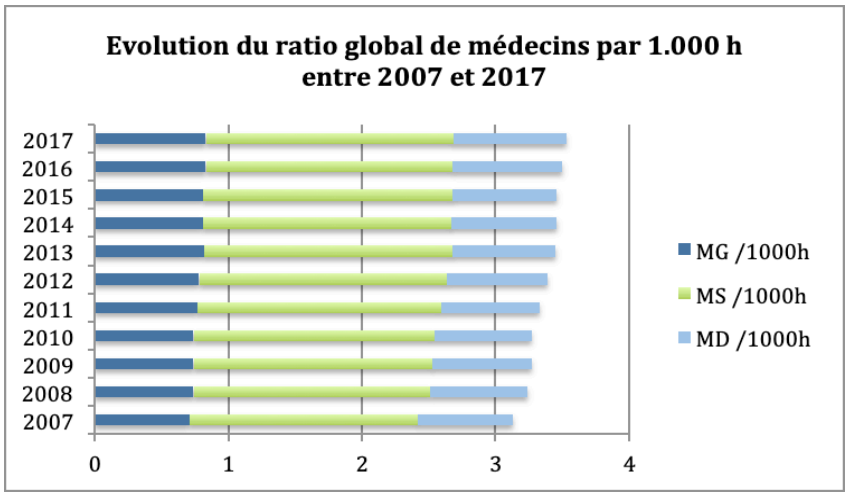
Fig.8.37 : Evolution de la densité des médecins dentistes par 1.000 habitants et par 1.000 personnes protégées, chez les médecins dentistes ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

8.21. Evolution du ratio global de médecins exerçant auprès des patients et répondant au critère de sélection, par 1.000 habitants et par 1.000 personnes protégées

Le ratio global des médecins exerçant auprès des patients et répondant au critère de sélection pour 1.000 habitants a évolué favorablement sur la période de 2007 à 2017 passant de 3,13 médecins tout types confondus en 2007 à 3,53 en 2017, soit une croissance de 0,40 pour 1.000 habitants sur 11 ans.

Année	MG /1000h	MS /1000h	MD /1000h	Med/1000h
2007	0,71	1,71	0,71	3,13
2008	0,74	1,77	0,73	3,24
2009	0,74	1,79	0,74	3,27
2010	0,74	1,80	0,73	3,27
2011	0,77	1,82	0,74	3,33
2012	0,78	1,86	0,75	3,39
2013	0,82	1,86	0,77	3,45
2014	0,81	1,86	0,79	3,46
2015	0,81	1,87	0,78	3,46
2016	0,83	1,85	0,82	3,50
2017	0,83	1,86	0,84	3,53

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecin généraliste, MS médecin spécialiste, MD médecin dentiste-dentiste spécialisé-stomatologue, Med médecins
Tab.8.28 : Evolution de la densité des médecins par 1.000 habitants exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes, MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues
Fig.8.38 : Evolution de la densité des médecins par 1.000 habitants exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

Le ratio global des médecins exerçant auprès des patients et répondant au critère de sélection pour 1.000 personnes protégées a évolué favorablement sur la période de 2007 à 2017 passant de 2,32 médecins tout types confondus en 2007 à 2,51 en 2017, soit une croissance de 0,19 pour 1.000 personnes protégées sur 11 ans.

Année	MG/ 1.000 PP	MS/ 1.000 PP	MD/ 1.000 PP	Total/ 1.000 PP
2007	0,53	1,27	0,52	2,32
2008	0,54	1,28	0,53	2,35
2009	0,53	1,29	0,54	2,36
2010	0,53	1,29	0,53	2,35
2011	0,54	1,3	0,53	2,37
2012	0,55	1,32	0,54	2,41
2013	0,58	1,32	0,55	2,45
2014	0,57	1,32	0,56	2,45
2015	0,58	1,33	0,56	2,47
2016	0,59	1,31	0,58	2,48
2017	0,59	1,32	0,6	**2,51**

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecin généraliste, MS médecin spécialiste, MD médecin dentiste-dentiste spécialisé-stomatologue, Med médecins, PP personne protégée

Tab.8.29 : Evolution de la densité des médecins par 1.000 personnes protégées exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017

8.22. Ratio pour 1.000 habitants par spécialité médicale des médecins spécialistes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection en 2017

La classification des spécialités médicales retenue pour cette analyse est celle utilisée par la CNS qui regroupe certaines spécialités médicales ensemble. Par exemple, l'allergologie est intégrée dans la médecine interne, la gériatrie est regroupée avec la médecine générale.
Afin que le médecin ne soit comptabilisé qu'une seule fois, le médecin qui a plusieurs autorisations d'exercer a été classé dans la spécialité médicale dans laquelle son volume annuel de coefficients était le plus élevé. Ce choix sous estime le nombre de médecins dans la spécialité secondaire du médecin puisque sa contribution est considérée comme nulle et surestime dans la spécialité principale puisque sa contribution est considérée active en totalité.

Spécialités médicales	Nombre absolu	Ratio par 1.000 habitants
Anesthésie	97	0,16
Cardiologie	61	0,10
Chirurgie générale	75	0,13
Dermatologie	42	0,07
Endocrinologie	9	0,02
Gastro-entérologie	23	0,04
Gynécologie-Obs.	92	0,36*
Hématologie	8	0,01
Médecine interne + Oncologie	85	0,14
Médecine nucléaire	8	0,01
Médecine physique	21	0,04
Néphrologie	13	0,02
Neurochirurgie	12	0,02
Neurologie	37	0,06
Neuropsychiatrie	36	0,06
Oncologie médicale	/	/
Ophtalmologie	65	0,11
Orthopédie	56	0,09
ORL	39	0,07
Pédiatrie	103	1,07**
Pneumologie	22	0,04
Psychiatrie	74	0,13
Psychiatrie infantile	11	0,11**
Radiodiagnostic	60	0,10
Radiothérapie	9	0,02
Rhumatologie	18	0,03
Urologie	25	0,04
Total Ratio ajusté		**3,05**

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Source de population : STATEC

- ** ajustement fait sur le nombre de femmes 2017 de 15 ans et + soit 252.228 femmes*
- ***ajustement fait sur le nombre d'enfants de 0 à 14 ans inclus en 2017 soit 95.923 enfants*

Tab.8.30 : Densité de médecins par 1.000 habitants exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017, par spécialité médicale CNS

8.23. Evolution de 2007 à 2017 du ratio pour 1.000 habitants des médecins spécialistes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

Pour certaines spécialités médicales, le ratio est resté très stable pendant la période étudiée, ce qui signifie que les nouveaux médecins ont comblé juste les départs en pension et ont permis de faire face à la croissance démographique. Aucune capacité supplémentaire n'a été générée.
Ce constat ne veut pas dire que le ratio est suffisant pour répondre adéquatement aux besoins de la population. Il acte essentiellement que sur onze années, un nombre constant de médecins dans ces spécialités pour 1.000 habitants était en exercice et avait une activité de plus de 18.000 €.
C'est le cas des spécialités suivantes :

- dermatologie,
- endocrinologie,
- gastro-entérologie,
- médecine physique et de réadaptation,
- néphrologie,
- neurochirurgie,
- neurologie,
- neuropsychiatrie,
- ophtalmologie,
- ORL,
- pneumologie,
- psychiatrie,
- psychiatrie infantile,
- radiothérapie,
- rhumatologie,
- urologie.

Par contre, dans quatre disciplines, le ratio a diminué au cours de la période 2007 à 2017.

Année	Chirurgie Gén.	Méd Interne + Oncologie	Méd. Nucléaire	Radiodiagnostic
2007	0,15	0,16	0,02	0,11
2008	0,16	0,15	0,02	0,11
2009	0,16	0,16	0,02	0,11
2010	0,15	0,16	0,02	0,11
2011	0,16	0,16	0,02	0,12
2012	0,15	0,16	0,02	0,12
2013	0,15	0,15	0,01	0,11
2014	0,15	0,15	0,01	0,10
2015	0,14	0,15	0,01	0,09
2016	0,13	0,14	0,01	0,09
2017	0,13	0,14	0,01	0,10

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Tab.8.31 : Evolution de la densité par 1.000 habitants de médecins de 4 spécialités, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

8.24. Densité médicale par canton des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

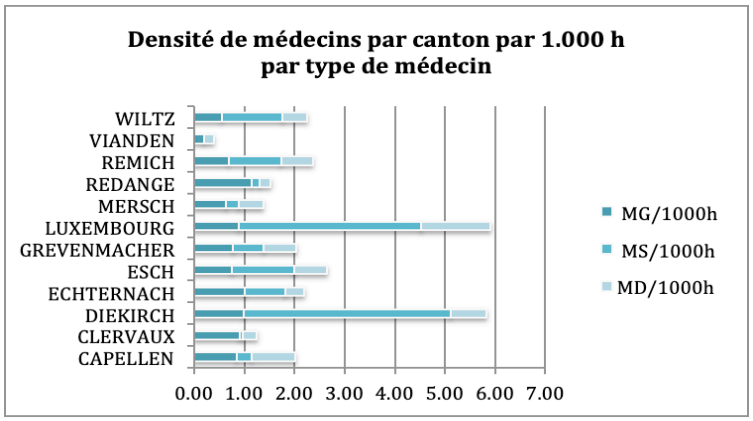
8.24.1 Densité médicale globale par canton

La densité des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection est la suivante en 2017 :

Canton	MG/1.000 h	MS/1.000 h	MD/1.000 h	Med./1.000 h
Capellen	0,85	0,30	0,87	2,01
Clervaux	0,91	0,06	0,28	1,25
Diekirch	0,99	4,12	0,71	5,83
Echternach	1,02	0,80	0,37	2,19
Esch	0,76	1,24	0,65	2,65
Grevenmacher	0,78	0,61	0,64	2,03
Luxembourg	0,89	3,63	1,38	5,91
Mersch	0,64	0,26	0,48	1,37
Redange	1,14	0,16	0,22	1,53
Remich	0,68	1,05	0,64	2,37
Vianden	0,19	0	0,19	0,39
Wiltz	0,55	1,22	0,49	2,25
Total	0,83	1,86	0,84	3,53

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecin généraliste, MS médecin spécialiste, MD médecin dentiste-dentiste spécialisé-stomatologue, Med médecins
Tab.8.32 : Densité par 1.000 habitants par canton de médecins par type, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

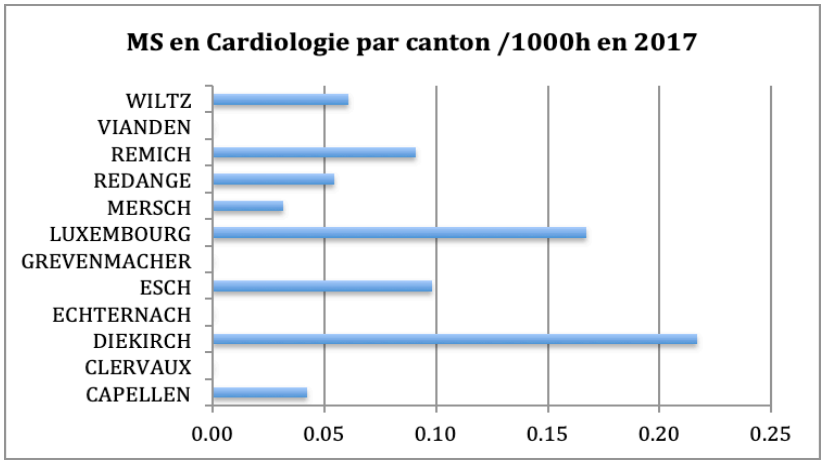
Les cantons ayant un ou des centres hospitaliers sur leur territoire présentent une densité médicale plus élevée en raison de la plus forte densité de médecins spécialistes.
La densité des médecins généralistes varie de 0,19 MG par 1.000 habitants pour le canton de Vianden à 1,14 MG dans le canton de Redange.
Il existe une grande disparité géographique concernant la densité en médecins généralistes.
Il en est de même pour la densité des médecins dentistes par 1.000 habitants, qui varie de 0,19 MD dans le canton de Vianden à 1,38 dans le canton de Luxembourg.



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes, MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues
Fig.8.39 : Densité par 1.000 habitants par canton de médecins par type, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

Afin d'atténuer l'effet d'implantation des centres hospitaliers dans les cantons, la densité médicale a été étudiée pour certaines spécialités qui devraient être accessibles à la population avant même d'accéder au plateau technique hospitalier. Il s'agit des spécialités telles que la cardiologie, l'endocrinologie, la gastro-entérologie, la gynécologie, la médecine interne, la neurologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la pneumologie, la psychiatrie et la neuropsychiatrie réunies, la rhumatologie.

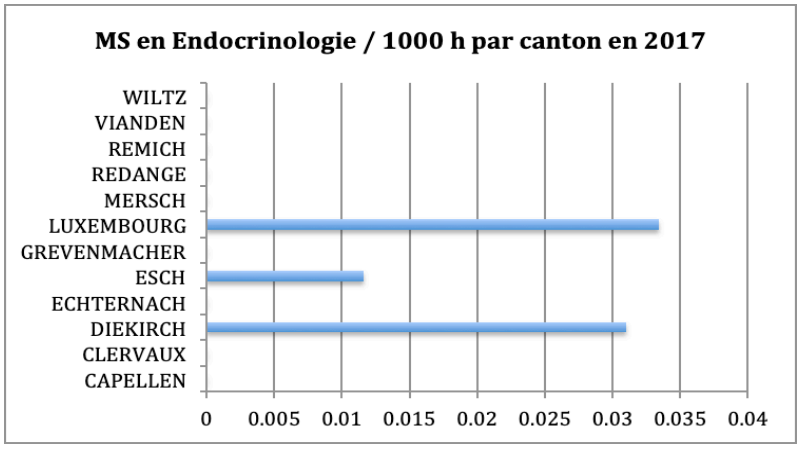
8.24.2 Densité pour 1.000 h des médecins spécialistes en cardiologie en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.40 : Densité par 1.000 habitants par canton des médecins spécialistes en cardiologie, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017

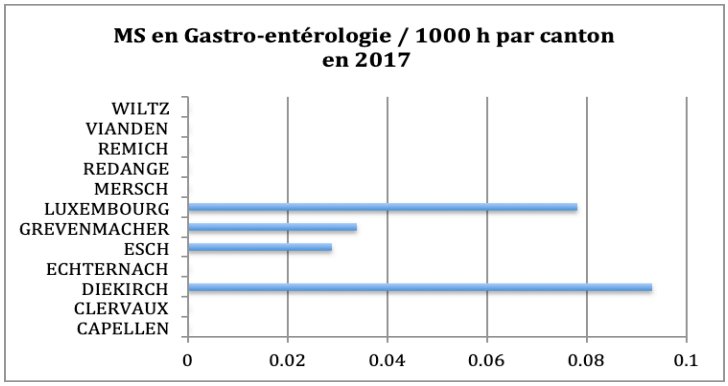
8.24.3 Densité pour 1.000 h des médecins spécialistes en endocrinologie en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.41 : Densité par 1.000 habitants par canton des médecins spécialistes en endocrinologie, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017

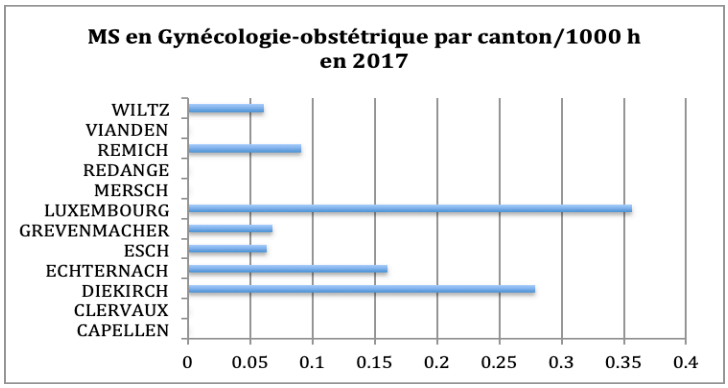
8.24.4 Densité pour 1.000 h des médecins spécialistes en gastro-entérologie en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.42 : Densité par 1.000 habitants par canton des médecins spécialistes en gastro-entérologie, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017

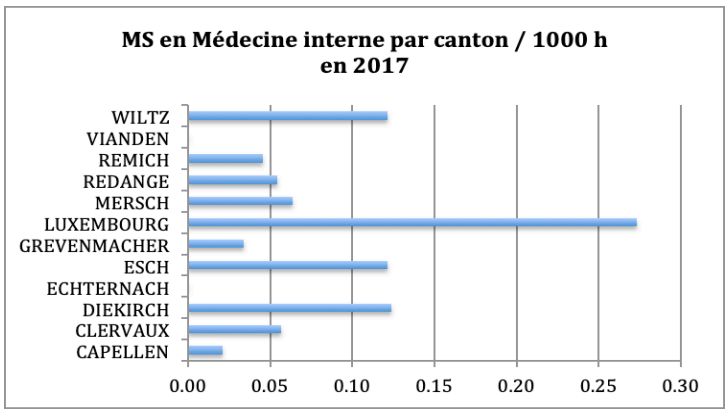
8.24.5 Densité pour 1.000 h des médecins spécialistes en gynécologie en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.43 : Densité par 1.000 habitants par canton des médecins spécialistes en gynécologie, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017, sans ajustement au nombre de femmes du canton

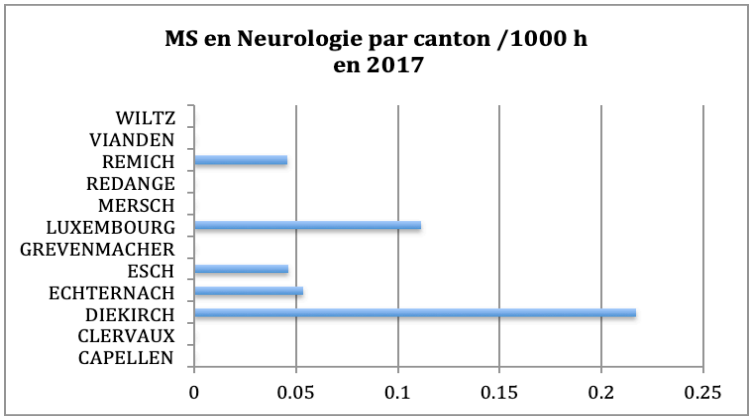
8.24.6 Densité pour 1.000 h des médecins spécialistes en médecine interne en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.44 : Densité par 1.000 habitants par canton des médecins spécialistes en médecine interne, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

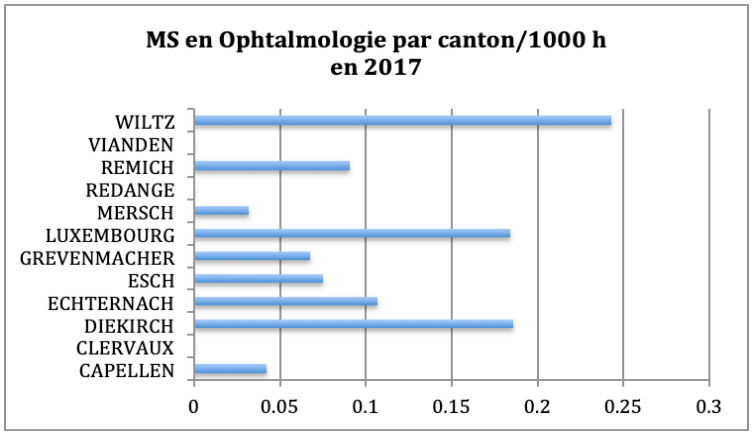
8.24.7 Densité pour 1.000 h des médecins spécialistes en neurologie en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.45 : Densité par 1.000 habitants par canton des médecins spécialistes en neurologie, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017

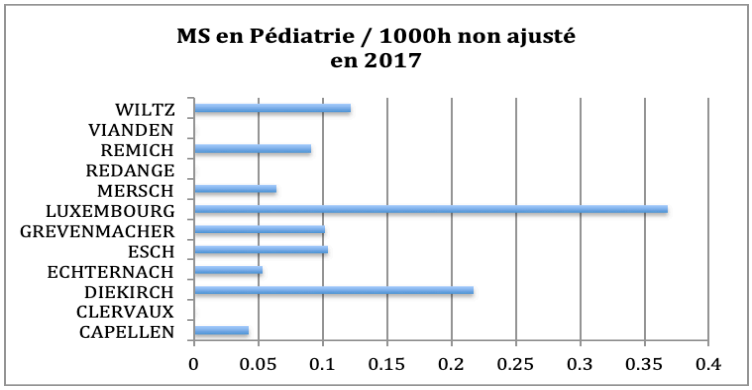
8.24.8 Densité pour 1.000 h des médecins spécialistes en ophtalmologie en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.46 : Densité par 1.000 habitants par canton des médecins spécialistes en ophtalmologie, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017

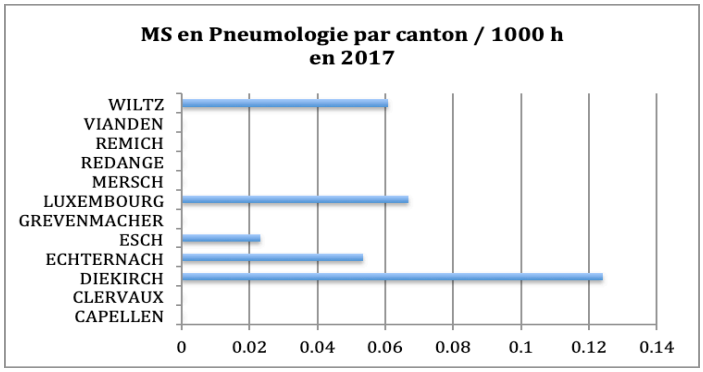
8.24.9 Densité pour 1.000 h des médecins spécialistes en pédiatrie en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.47: Densité par 1.000 habitants par canton des médecins spécialistes en pédiatrie, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017, sans ajustement au nombre d'enfants du canton, en 2017

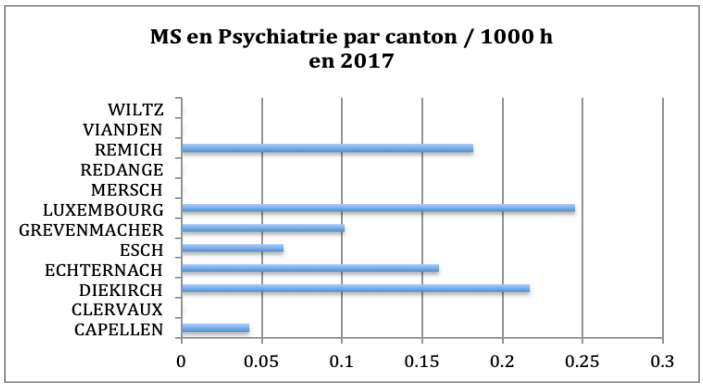
8.24.10 Densité pour 1.000 h des médecins spécialistes en pneumologie en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.48 : Densité par 1.000 habitants par canton des médecins spécialistes en pneumologie, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017

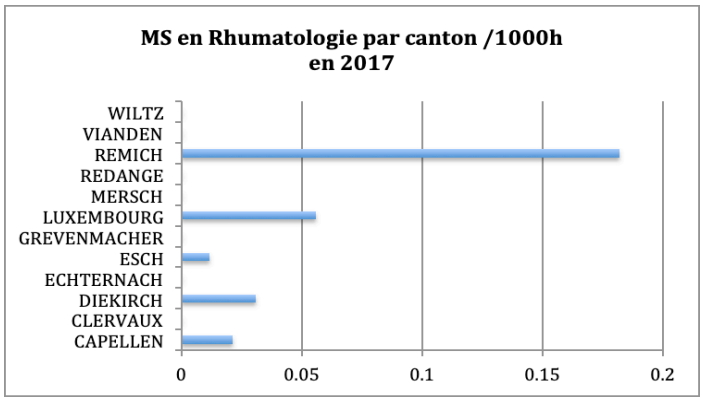
8.24.11 Densité pour 1.000 h des médecins spécialistes en psychiatrie en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.49 : Densité par 1.000 habitants par canton des médecins spécialistes en psychiatrie, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017

8.24.12 Densité pour 1.000 h des médecins spécialistes en rhumatologie en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.50 : Densité par 1.000 habitants par canton des médecins spécialistes en rhumatologie, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en 2017

8.24.13 Constat

Quatre cantons n'ont pas d'offre en cardiologie.
Neuf cantons n'ont pas d'offre en endocrinologie.
Huit cantons n'ont pas d'offre en gastro-entérologie.
Cinq cantons n'ont pas d'offre en gynécologie.
Sept cantons n'ont pas d'offre en neurologie.
Trois cantons, Clervaux, Redange, Vianden n'ont pas d'offre en ophtalmologie alors que des personnes âgées de plus de 65 ans résident sur leur territoire.
Trois cantons, Clervaux, Redange, Vianden, n'ont pas d'offre en pédiatrie alors que des enfants de moins de 14 ans résident sur leur territoire.
Sept cantons n'ont pas d'offre de prestations médicales en pneumologie.
Cinq cantons ne disposent pas de ressources médicales en psychiatrie : Clervaux, Mersch, Redange, Vianden, Wiltz.
La densité médicale en rhumatologie est sur-représentée dans le canton de Remich en raison de la présence de 4 médecins au sein du Domaine Thermal.

Bien entendu, il n'est pas obligatoirement nécessaire d'avoir une offre de toutes les spécialités médicales dans chaque canton. De ce fait, il faut réfléchir à des pratiques innovantes pour développer l'accessibilité de la population de certains territoires aux compétences médicales. Car les cantons du Nord du pays présentent des densités médicales beaucoup plus faibles que d'autres cantons.
Cette cartographie de la densité médicale doit intervenir comme outil de régulation et doit intervenir si des incitatifs à l'installation médicale étaient mis en place.

8.25. Evolution de la production des médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

8.25.1 Préambule

Les chapitres précédents ont pu montrer une croissance du nombre absolu de médecins entre 2007 et 2017, ainsi que l'amélioration du ratio de médecins par 1.000 habitants pendant cette période.

Afin de savoir si cet accroissement a eu un impact pour la population, ce chapitre présente l'évolution du nombre de coefficients produits par les médecins pendant cette période, selon le type de médecins.

Un ratio du nombre de coefficients produits par 10.000 habitants a été calculé. L'accroissement de la production de coefficients ne permet pas de conclure que la population a été mieux soignée. Cela permet juste de conclure que plus de coefficients ont été produits, qu'ils aient été justifiés ou non.

En effet, l'accroissement du nombre de médecins peut avoir plusieurs effets, dont :

- une meilleure prise en charge des patients : meilleur diagnostic, précocité du diagnostic, suivi plus régulier…
- une plus grande fréquence de consommation des soins médicaux par les patients l'accessibilité étant plus aisée,
- une sur-prescription d'actes non justifiés selon les recommandations de bonne pratique.

Dans le cadre de cette étude, l'objet était essentiellement de mesurer l'évolution de la production des médecins à travers le temps et de la caractériser selon certaines variables.

Pour ce faire, l'analyse a été faite sur le nombre de coefficients produits et non pas sur les montants d'honoraires en euros produits, afin d'annuler l'effet de la variation de l'échelle mobile des salaires (indexation) pendant la période.

8.25.2 Evolution des coefficients produits par type de médecins de 2007 à 2017

Année	Coefficients MD	Coefficients MG	Coefficients MS	Total Coefficients
2007	13.510.722	13.380.099	66.675.912	93.566.732
2008	13.978.918	13.941.769	70.335.291	98.255.979
2009	14.186.112	15.143.443	70.832.696	100.162.251
2010	14.585.176	14.907.298	73.023.581	102.516.055
2011	15.288.061	15.938.277	74.873.785	106.100.123
2012	15.597.413	16.289.116	77.013.459	108.899.988
2013	15.523.134	17.241.005	78.885.453	111.649.592
2014	16.071.862	17.550.083	81.890.641	115.512.586
2015	16.357.749	17.779.685	83.244.882	117.382.316
2016	16.974.191	18.481.786	87.444.287	122.900.264
2017	17.394.061	19.475.480	88.615.786	125.485.326
Total	169.467.398	180.128.042	852.835.771	1.202.431.211
Croissance 2007-2017	3.883.339	6.095.381	21.939.874	31.918.594
%	28,74	45,56	32,91	34,11

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes, MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues

Tab.8.33 : Evolution entre 2007 et 2017 des coefficients produits par les médecins par type, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

Dans chaque groupe de médecins, il y a eu une croissance de la production des coefficients sur la période 2007 à 2017.
Le taux de croissance global des coefficients a été de + 34,11 % entre 2007 et 2017, alors que le taux de croissance de croissance de la population sur la même période est de + 24,04 %.
Le taux d'accroissement des coefficients varie selon le type de médecins :

- médecins dentistes : + 28,74 %
- médecins généralistes : + 45,56 %
- médecins spécialistes : + 32,91 %.

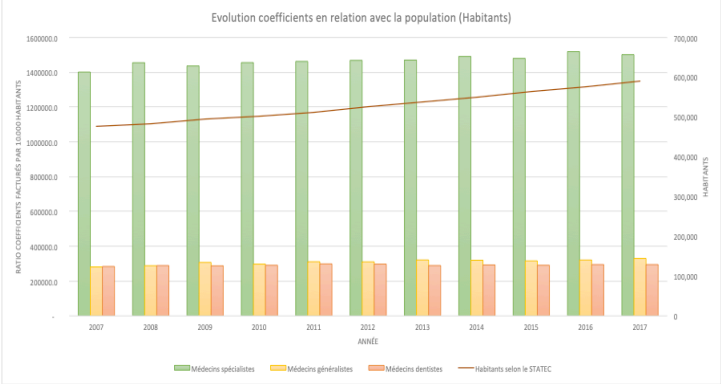
Le taux de croissance le plus élevé s'est fait chez les médecins généralistes, pour lesquels une amélioration du ratio MG/MS a eu lieu pendant la période considérée.

8.25.3 Evolution du ratio de coefficients produits par 10.000 habitants selon le type de médecins

Année	MD Coeff./10.000 h	MG Coeff./10.000 h	MS Coeff./10.000 h
2007	283.727	280.984	1.400.204
2008	288.941	288.173	1.453.812
2009	287.459	306.858	1.435.313
2010	290.503	296.919	1.454.462
2011	298.389	311.080	1.461.371
2012	297.177	310.356	1.467.334
2013	289.050	321.038	1.468.896
2014	292.386	319.278	1.489.788
2015	290.568	315.826	1.478.705
2016	294.563	320.726	1.517.474
2017	294.482	329.720	1.500.266
Croissance 2007-2017	10.754	48.736	100.062
%	3,79	17,34	7,15

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Légende : MG médecins généralistes, MS médecins spécialistes, MD médecins dentistes-dentistes spécialisés-stomatologues
Tab.8.34 : Evolution entre 2007 et 2017 du ratio pour 10.000 habitants des coefficients produits par les médecins par type, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

Le ratio de coefficients par 10.000 habitants a évolué plus fortement chez les médecins généralistes que chez les médecins spécialistes.



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Fig.8.51 : Evolution des coefficients produits par les médecins exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, entre 2007 et 2017, selon le type de médecins

8.26. Contribution des médecins à la production de coefficients selon le sexe et l'âge exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

8.26.1 Préambule

Lors des interviews, il a souvent été fait allusion au fait que les médecins femmes contribuaient moins à la production de prestations médicales et que les médecins en début ou en fin de carrière n'avaient pas la même contribution au système de santé, les plus jeunes allouant moins de temps à la vie professionnelle.
Afin de pouvoir confirmer ou infirmer cette position, une analyse de la production de coefficients a été réalisée par type de médecins en y associant les variables de l'âge et du sexe.
Cette approche n'a pas pour objectif de porter un quelconque jugement de valeur, mais bien d'objectiver la situation afin de pouvoir en tenir compte si nécessaire dans les recommandations.
L'analyse a été réalisée sur la période 2007 à 2017. Cinq classes d'âge ont été choisies :

- classe 25-40 ans représentant le début de carrière et la période de fécondité chez les femmes,
- classe 41-50 ans représentant la phase de maturité et d'expansion professionnelle, tout en étant la phase d'éducation des enfants,
- classe 51-60 ans représentant la phase d'apogée et de stabilisation des activités professionnelles,
- classe 60-65 ans représentant la phase de préparation à la pension.

8.26.2 Contribution à la production de coefficients selon le sexe et l'âge chez les femmes médecins dentistes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

	MEDECINS DENTISTES - FEMMES									
	Pourcentage de coefficients facturé					Nombre de médecins				
Années	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans
2007	39,07%	56,71%	4,22%	0,00%	0,00%	45	52	8	0	0
2008	36,84%	53,35%	9,81%	0,00%	0,00%	47	52	12	0	0
2009	40,35%	47,47%	12,18%	0,00%	0,00%	52	53	13	0	0
2010	41,16%	40,78%	18,06%	0,00%	0,00%	55	48	21	0	0
2011	42,71%	35,88%	21,41%	0,00%	0,00%	56	46	26	0	0
2012	40,28%	36,92%	22,61%	0,19%	0,00%	60	49	28	1	0
2013	41,86%	33,34%	24,59%	0,21%	0,00%	69	48	34	1	0
2014	44,13%	27,12%	27,84%	0,90%	0,00%	77	39	43	3	0
2015	43,60%	25,36%	29,64%	1,40%	0,00%	75	43	45	4	0
2016	44,94%	24,60%	29,29%	1,16%	0,00%	91	42	51	5	0
2017	46,81%	21,51%	28,35%	3,33%	0,00%	101	40	55	8	0

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.35 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par les médecins dentistes femmes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge

En 2017, les 101 femmes médecins dentistes de la classe d'âge 25-40 ans ont facturé 46,81% de l'ensemble des coefficients produits par les femmes médecins dentistes. La tranche d'âge la moins contributive chez les femmes médecins dentistes était en 2017 la tranche 41-50 ans avec 21,51 % de coefficients facturés.
Sur la période 2007-2017, la part de contribution à la production de coefficients chez les femmes a augmenté de 39,07 % à 46,81 % pour la classe d'âge des 25-40 ans, qui a doublé en nombre de médecins. Par contre, la part assumée par les femmes médecins dentistes de la classe d'âge 41-50 ans a diminué de moitié passant de 56,71 % à 21,51%. Cette diminution est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre des médecins dans les 3 autres classes d'âge et à la diminution du nombre de médecins dentistes de

cette classe d'âge (perte de 12 médecins) sur la période considérée. La contribution des femmes médecins dentistes âgées de 51 à 60 ans s'est accrue sur la période considérée, en lien certainement avec la croissance du nombre de médecins dentistes dans cette classe (+587%).
En 2017, les 55 médecins dentistes femmes de la classe 51-60 ans, soit un peu plus de la moitié des médecins dentistes de la classe d'âge 25-40 ans, assuraient avec 28,35 % un peu plus que la moitié des coefficients produits par les 101 médecins de la classe d'âge 25-40 ans (46,81%).

Le ratio de production par individu médecin dentiste femme selon la classe d'âge dans la catégorie des femmes médecins dentistes était en 2017 :

Classe d'âge	Nombre MD 2017	% coefficients	% coefficients par MD
25-40 ans	101	46,81	0,46
41-50 ans	40	21,51	0,53
51-60 ans	55	28,35	0,51

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Tab.8.36 : Pourcentage de coefficients facturés par médecin dentiste femme, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge

Sur la totalité des coefficients générés par les femmes médecins dentistes, les femmes dentistes des classes d'âge 41-50 ans sont les plus contributives à la production de coefficients par individu. Les plus jeunes ont un ratio plus faible par individu que les plus âgés.

8.26.3 Contribution à la production de coefficients selon le sexe et l'âge chez les hommes médecins dentistes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

	MEDECINS DENTISTES - HOMMES									
	Pourcentage de coefficients facturé					Nombre de médecins				
Années	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans
2007	22,65%	46,05%	25,60%	5,45%	0,25%	58	101	51	18	3
2008	21,58%	41,74%	30,91%	3,54%	2,22%	61	96	60	15	8
2009	23,64%	38,73%	32,07%	3,39%	2,18%	64	93	69	15	8
2010	23,71%	34,88%	32,74%	6,46%	2,20%	62	88	71	16	8
2011	24,32%	32,02%	35,34%	6,45%	1,87%	65	83	76	21	7
2012	23,85%	29,92%	35,66%	8,37%	2,20%	64	81	81	22	10
2013	22,09%	28,74%	37,51%	9,26%	2,41%	62	80	87	26	9
2014	22,49%	27,88%	37,41%	10,09%	2,13%	64	71	95	30	11
2015	22,62%	25,55%	37,52%	11,31%	2,99%	61	63	100	36	14
2016	24,66%	22,39%	38,04%	11,62%	3,28%	71	60	103	35	14
2017	24,68%	23,68%	33,70%	14,33%	3,61%	73	67	96	40	17

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS
Tab.8.37 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par les médecins dentistes hommes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge

Alors que chez les dentistes femmes, il n'y avait aucun individu dans la classe d'âge des + de 65 ans, chez les hommes il y avait 15 dentistes en 2017 dans cette classe.
En 2017, la part la plus importante de coefficients facturés par les médecins dentistes hommes est assurée par les médecins dentistes de la classe d'âge 51-60 ans, qui sont aussi les plus nombreux (96).
Au cours de la période, la contribution de la classe d'âge des 41-50 ans a diminué et celle des 51-60 ans a augmenté, à relier au nombre de dentistes présents dans les classes d'âges respectives.

Le ratio de production de coefficients par individu selon les classes d'âge était le suivant chez les hommes médecins dentistes en 2017 :

Classes d'âge	Nombre MD 2017	% coefficients	% coefficients par MD
25-40 ans	73	24,68	0,34
41-50 ans	67	23,68	0,35
51-60 ans	96	33,70	0,35
61-65 ans	40	14,33	0,36
+ de 65 ans	17	3,61	0,21

Tab.8.38 : Pourcentage de coefficients facturés par médecin dentiste homme, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge

Sur la totalité des coefficients facturés par les hommes médecins dentistes, ce sont les médecins dentistes hommes de la classe d'âge + de 65 ans qui sont les moins contributifs à l'ensemble, en 2017.
Les différentes autres classes d'âge contribuent, en 2017, de manière quasi identique à la production de coefficients.

8.26.4 Contribution à la production de coefficients selon le sexe et l'âge chez les médecins dentistes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

	MEDECINS DENTISTES - TOUS									
	Pourcentage de coefficients facturé					Nombre de médecins				
Années	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans
2007	27,17%	48,99%	19,71%	3,95%	0,18%	103	153	59	18	3
2008	25,93%	45,05%	24,90%	2,53%	1,59%	108	148	72	15	8
2009	28,47%	41,26%	26,32%	2,41%	1,55%	116	146	82	15	8
2010	28,87%	36,62%	28,40%	4,56%	1,55%	117	136	92	16	8
2011	29,96%	33,21%	31,07%	4,47%	1,29%	121	129	102	21	7
2012	29,03%	32,13%	31,54%	5,79%	1,51%	124	130	109	23	10
2013	28,55%	30,24%	33,28%	6,30%	1,62%	131	128	121	27	9
2014	29,74%	27,63%	34,20%	7,01%	1,42%	141	110	138	33	11
2015	29,77%	25,49%	34,84%	7,93%	1,97%	136	106	145	40	14
2016	31,95%	23,19%	34,90%	7,86%	2,10%	162	102	154	40	14
2017	33,04%	22,86%	31,68%	10,17%	2,24%	174	107	151	48	17

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.39 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par tous les médecins dentistes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge

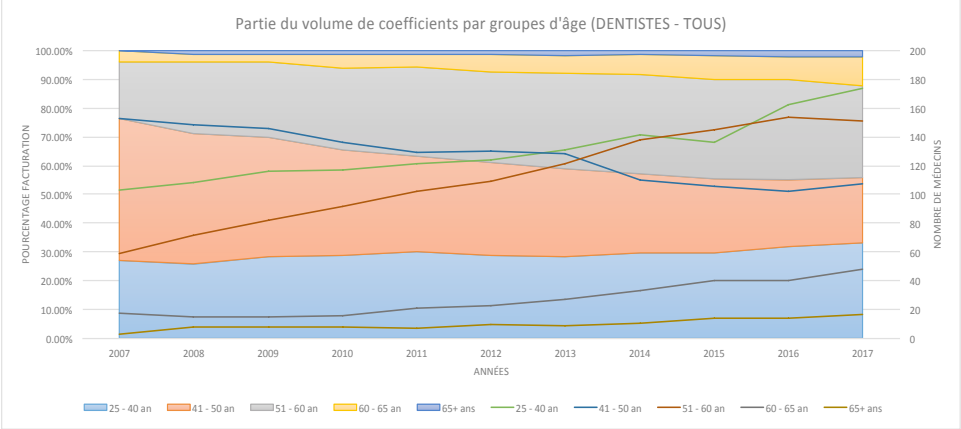
Sur l'ensemble des médecins dentistes hommes et femmes confondus en 2017, c'est la classe d'âge des 25-40 ans qui est la plus contributive à la production de coefficients avec 33,04 % de la production totale, réalisée avec 174 individus.
La contribution des 41-50 ans a diminué de moitié sur la période 2007-2017, alors que celle des 51-60 ans a augmenté de 60,73 %. Ces variations sont à relier au nombre de médecins dentistes dans les classes d'âge respectives. Les 60-65 ans restent actifs en apportant 10,17 % de la production de coefficients en 2017.

Le ratio de production de coefficients par individu selon les classes d'âge était le suivant chez tous les médecins dentistes en 2017:

Classes d'âge	Nombre MD 2017	% coefficients	% coefficients par MD
25-40 ans	174	33,04	0,19
41-50 ans	107	22,86	0,21
51-60 ans	151	31,68	0,21
61-65 ans	48	10,17	0,21
+ de 65 ans	17	2,24	0,13

Tab.8.40: Pourcentage de coefficients facturés par un médecin dentiste homme ou femme, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de la classe d'âge, en 2017

En 2017, entre 41 et 65 ans, les médecins dentistes contribuent de manière équivalente à la production de coefficients quelle que soit la classe d'âge. Ce sont les plus jeunes et les plus âgés qui contribuent le moins.



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.52 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par tous les médecins dentistes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge et de leur nombre

8.26.5 Contribution à la production de coefficients selon le sexe et l'âge chez les médecins généralistes femmes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

	MEDECINS GENERALISTES - FEMMES									
	Pourcentage de coefficients facturé					Nombre de médecins				
Années	**25 - 40 ans**	**41 - 50 ans**	**51 - 60 ans**	**60 - 65 ans**	**65+ ans**	**25 - 40 ans**	**41 - 50 ans**	**51 - 60 ans**	**60 - 65 ans**	**65+ ans**
2007	38,83%	35,88%	23,85%	0,57%	0,89%	45	41	24	1	2
2008	37,86%	35,13%	25,49%	0,72%	0,80%	47	42	28	2	2
2009	38,74%	33,06%	24,86%	2,59%	0,77%	47	41	28	4	2
2010	35,07%	38,14%	22,13%	4,04%	0,62%	43	51	30	5	2
2011	34,45%	37,39%	23,36%	4,31%	0,50%	48	53	33	7	2
2012	33,04%	36,11%	26,39%	3,57%	0,89%	51	51	42	5	4
2013	32,05%	38,82%	23,62%	4,86%	0,65%	56	56	42	8	3
2014	33,47%	36,48%	23,21%	6,31%	0,53%	60	54	44	12	3
2015	32,75%	35,22%	23,43%	7,07%	1,52%	62	53	44	15	5
2016	31,67%	36,60%	21,09%	8,12%	2,53%	64	57	43	21	6
2017	31,71%	34,31%	23,94%	7,62%	2,43%	69	57	47	19	8

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.41 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par les médecins généralistes femmes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge

En 2017, c'est la classe d'âge des 41-50 ans qui a assumé la part la plus importante de la production des coefficients faits par les femmes médecins généralistes (34,31 %). Alors qu'il n'y avait pas de femmes médecins dentistes de plus de 65 ans et peu dans la classe d'âge 60-65 ans, il y en a chez les médecins généralistes femmes et ce de 2007 à 2017.
En 2017, 19 médecins généralistes femmes avaient entre 60 et 65 ans et 8 avaient plus de 65 ans.

Le ratio de production de coefficients par individu selon les classes d'âge était le suivant chez les médecins généralistes femmes en 2017 :

Classes d'âge	Nombre MG 2017	% coefficients	% coefficients par MG
25-40 ans	69	31,71	0,46
41-50 ans	57	34,31	0,60
51-60 ans	47	23,94	0,51
61-65 ans	19	7,62	0,40
+ de 65 ans	8	2,43	0,30

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.42 : Pourcentage de coefficients facturés par un médecin généraliste femme, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de la classe d'âge en 2017

En 2017, chez les médecins généralistes femmes, la classe d'âge 41-50 ans est la plus productive de coefficients par individu. Ce ratio diminue avec les classes d'âge suivantes. Les jeunes de 25-40 ans produisent par individu, en 2017, plus de coefficients que la classe d'âge 61-65 ans.

8.26.6 Contribution à la production de coefficients selon le sexe et l'âge chez les médecins généralistes hommes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

	MEDECINS GENERALISTES - HOMMES									
	Pourcentage de coefficients facturé					Nombre de médecins				
Années	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans
2007	12,56%	37,62%	40,40%	7,91%	1,51%	38	82	83	17	7
2008	14,95%	32,48%	43,56%	7,22%	1,80%	46	76	92	16	8
2009	17,01%	28,31%	43,81%	9,00%	1,87%	44	73	96	20	9
2010	16,29%	26,27%	44,04%	11,36%	2,05%	45	66	96	29	7
2011	16,65%	23,79%	45,71%	11,50%	2,35%	43	63	103	31	9
2012	17,35%	23,70%	43,23%	12,70%	3,02%	50	62	101	35	9
2013	18,17%	22,87%	39,17%	15,64%	4,15%	55	62	97	45	14
2014	17,48%	22,92%	36,50%	19,50%	3,60%	54	59	91	56	11
2015	17,93%	22,00%	35,49%	20,25%	4,33%	57	56	93	59	14
2016	17,50%	22,80%	29,98%	23,74%	5,98%	59	54	83	69	22
2017	18,81%	21,97%	27,63%	25,02%	6,57%	62	53	76	73	26

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.43 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par les médecins généralistes hommes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge

En 2017, la contribution la plus importante à la production des coefficients des médecins généralistes hommes est assumée par la classe d'âge des 51-60 ans qui est la plus nombreuse avec 76 médecins.
Les 2 classes d'âge 51-60 ans et 60-65 ans apportent plus de la moitié des coefficients générés par les médecins généralistes hommes en 2017.
La classe d'âge des 51-60 ans a diminué sa contribution sur la période de 2007 à 2017 alors que son nombre de médecins est resté presque constant, alors que la classe d'âge

des 60-65 ans a augmenté la sienne pendant la même période et a accru son nombre de médecins généralistes de 17 médecins en 2007 à 73 médecins en 2017.
Tout en augmentant de 63,16 % son nombre de médecins généralistes hommes, la classe d'âge des 25-40 ans n'a fait croitre sa contribution à la production de coefficients chez les hommes généralistes que de 6,25 % pendant la période étudiée.
Il reste en 2017 un nombre élevé (26) de médecins généralistes hommes de plus de 65 ans qui répondent au critère de sélection.
Le nombre de médecins dans le groupe d'âge 65+ a quadruplé sur la période étudiée et, en 2017, elle produit presque 7% du total des coefficients facturés.

Le ratio de production de coefficients par individu selon les classes d'âge était le suivant chez les médecins généralistes hommes en 2017 :

Classes d'âge	Nombre MG 2017	% coefficients	% coefficients par MG
25-40 ans	62	18,81	0,30
41-50 ans	53	21,97	0,41
51-60 ans	76	27,63	0,36
61-65 ans	73	25,02	0,34
+ de 65 ans	26	6,57	0,25

Tab.8.44 : Pourcentage de coefficients facturés par un médecin généraliste homme, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de la classe d'âge, en 2017

En 2017, tout comme chez les médecins généralistes femmes, la classe d'âge des 41-50 ans est celle qui contribue le plus par individu à la production des coefficients générés par les hommes médecins généralistes.
La contribution décroit ensuite à partir de 51 ans de manière régulière.

8.26.7 Contribution à la production de coefficients selon le sexe et l'âge chez tous les médecins généralistes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

	MEDECINS GENERALISTES - TOUS									
	Pourcentage de coefficients facturé					Nombre de médecins				
Années	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 asn	65+ ans	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans
2007	18,68%	37,22%	36,54%	6,20%	1,37%	83	123	107	18	9
2008	20,35%	33,10%	39,30%	5,68%	1,56%	93	118	120	18	10
2009	22,28%	29,46%	39,21%	7,45%	1,60%	91	114	124	24	11
2010	21,17%	29,35%	38,34%	9,46%	1,68%	88	117	126	34	9
2011	21,56%	27,54%	39,55%	9,52%	1,84%	91	116	136	38	11
2012	21,75%	27,18%	38,51%	10,14%	2,42%	101	113	143	40	13
2013	22,22%	27,52%	34,63%	12,49%	3,13%	111	118	139	53	17
2014	22,39%	27,09%	32,42%	15,45%	2,66%	114	113	135	68	14
2015	22,54%	26,11%	31,74%	16,16%	3,46%	119	109	137	74	19
2016	22,05%	27,24%	27,12%	18,72%	4,87%	123	111	126	90	28
2017	23,08%	26,06%	26,41%	19,25%	5,20%	131	110	123	92	34

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.45 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par tous les médecins généralistes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge

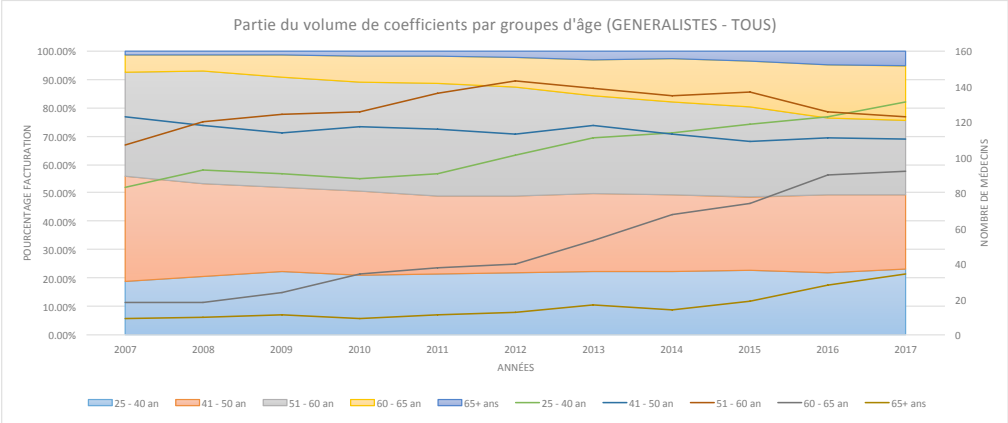
En 2017, les deux classes d'âge 41-50 ans et 51-60 ans produisent chacune un peu plus d'un quart des coefficients produits par l'ensemble des médecins généralistes. Au total en 2017, il y avait encore 34 médecins généralistes de plus de 65 ans répondant au critère de sélection, produisant ensemble environ 5% des coefficients facturés.
Sur le total des 490 médecins, le nombre le plus important (131) se trouve dans la classe d'âge des 25-40 ans, mais cette classe produit un peu moins de coefficients que les deux classes suivantes.

Le ratio de production de coefficients par individu selon les classes d'âge était le suivant chez tous les médecins généralistes en 2017 :

Classes d'âge	Nombre MG 2017	% coefficients	% coefficients par MG
25-40 ans	131	23,08	0,18
41-50 ans	110	26,06	0,24
51-60 ans	123	26,41	0,21
61-65 ans	92	19,25	0,21
+ de 65 ans	34	5,20	0,15

Tab.8.46 : Pourcentage de coefficients facturés par un médecin généraliste homme ou femme, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de la classe d'âge

La classe 41-50 ans est la classe la plus contributive à la production de coefficients chez tous les médecins généralistes en 2017.



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.53 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par tous les médecins généralistes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge et de leur nombre

8.26.8 Contribution à la production de coefficients selon le sexe et l'âge chez les médecins spécialistes femmes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

	MEDECINS SPECIALISTES - FEMMES									
	Pourcentage de coefficients facturé					Nombre de médecins				
Années	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans
2007	23,36%	50,26%	23,17%	1,92%	1,29%	57	94	46	6	4
2008	19,82%	51,65%	24,07%	3,39%	1,08%	53	104	47	9	4
2009	19,35%	50,00%	25,84%	4,12%	0,69%	54	104	54	11	3
2010	18,84%	44,10%	32,16%	4,07%	0,82%	55	104	69	11	4
2011	19,04%	40,84%	33,28%	6,05%	0,78%	51	104	77	15	4
2012	19,41%	38,87%	32,89%	7,96%	0,87%	61	111	79	21	5
2013	18,57%	35,92%	33,87%	10,61%	1,03%	68	104	84	29	6
2014	22,67%	34,54%	32,84%	8,47%	1,48%	79	110	91	24	9
2015	23,08%	31,38%	35,16%	8,19%	2,20%	89	109	99	30	14
2016	21,41%	31,91%	36,41%	8,22%	2,05%	87	118	101	34	18
2017	21,65%	31,82%	35,82%	8,37%	2,34%	93	124	112	33	19

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.47 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par les médecins spécialistes femmes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge

En 2017, la contribution la plus importante à la production des coefficients des femmes médecins spécialistes est assurée par la classe d'âge de 51-60 ans. Cette classe a doublé en effectif entre 2007 et 2017. Par contre la classe d'âge des 41-50 ans a augmenté son effectif sur la même période de 31,91 % sans pour autant produire une augmentation proportionnelle de coefficients (baisse de 37 %).

Le ratio de production de coefficients par individu selon les classes d'âge était le suivant chez les médecins spécialistes femmes en 2017 :

Classes d'âge	Nombre MS 2017	% coefficients	% coefficients par MS
25-40 ans	93	21,65	0,23
41-50 ans	124	31,82	0,26
51-60 ans	112	35,82	0,32
61-65 ans	33	8,37	0,25
+ de 65 ans	19	2,34	0,12

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.48 : Pourcentage de coefficients facturés par un médecin spécialiste femme, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de la classe d'âge, en 2017

8.26.9 Contribution à la production de coefficients selon le sexe et l'âge chez les médecins spécialistes hommes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

	MEDECINS SPECIALISTES - HOMMES									
	Pourcentage de coefficients facturé					Nombre de médecins				
Années	**25 - 40 ans**	**41 - 50 ans**	**51 - 60 ans**	**60 - 65 ans**	**65+ ans**	**25 - 40 ans**	**41 - 50 ans**	**51 - 60 ans**	**60 - 65 ans**	**65+ ans**
2007	12,44%	45,21%	30,27%	9,50%	2,59%	77	258	172	71	30
2008	12,80%	43,05%	31,55%	10,30%	2,30%	85	254	191	73	34
2009	13,33%	38,31%	33,81%	11,12%	3,43%	89	239	204	81	44
2010	12,55%	37,48%	33,67%	12,62%	3,69%	81	229	209	91	50
2011	12,79%	35,69%	33,37%	14,54%	3,62%	90	220	212	111	51
2012	12,99%	33,30%	34,78%	13,83%	5,11%	99	207	220	107	64
2013	13,77%	30,65%	37,03%	13,18%	5,37%	98	197	240	107	65
2014	14,16%	25,79%	39,16%	15,49%	5,40%	97	173	252	120	66
2015	12,47%	25,35%	41,53%	15,21%	5,43%	92	166	266	115	72
2016	11,88%	26,33%	40,13%	15,86%	5,80%	90	163	258	123	75
2017	12,98%	24,65%	38,69%	16,55%	7,12%	96	156	260	123	85

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.49 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par les médecins spécialistes hommes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge

En 2017, la classe d'âge 51-60 ans, la plus grande (260 individus), est aussi celle qui produit la plus grande proportion de coefficients facturés par les médecins spécialistes hommes.
Le nombre de médecins spécialistes de plus de 65 ans est encore très élevé en 2017, à savoir 85 individus.
La classe d'âge des 41-50 ans a diminué ses effectifs de 39 % entre 2007 et 2017.
Seule la classe d'âge des 25-40 ans reste stable au niveau de ses effectifs depuis 2011.
La classe d'âge 41-50 ans contribue le plus par individu à la production totale des coefficients des médecins spécialistes hommes.

Le ratio de production de coefficients par individu selon les classes d'âge était le suivant chez les médecins spécialistes hommes en 2017 :

Classes d'âge	Nombre MS 2017	% coefficients	% coefficients par MS
25-40 ans	96	12,98	0,13
41-50 ans	156	24,65	0,16
51-60 ans	260	38,69	0,15
61-65 ans	123	16,55	0,13
+ de 65 ans	85	7,12	0,08

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.50 : Pourcentage de coefficients facturés par un médecin spécialiste homme, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de la classe d'âge, en 2017

8.26.10 Contribution à la production de coefficients selon le sexe et l'âge chez tous les médecins spécialistes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection

	MEDECINS SPECIALISTES - TOUS									
	Pourcentage de coefficients facturé					Nombre de médecins				
Années	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans	25 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	60 - 65 ans	65+ ans
2007	14,47%	46,14%	28,95%	8,09%	2,35%	134	352	218	77	34
2008	14,15%	44,70%	30,12%	8,98%	2,06%	138	358	238	82	38
2009	14,50%	40,59%	32,26%	9,76%	2,89%	143	343	258	92	47
2010	13,79%	38,79%	33,37%	10,93%	3,12%	136	333	278	102	54
2011	14,05%	36,73%	33,35%	12,82%	3,04%	141	324	289	126	55
2012	14,32%	34,45%	34,38%	12,62%	4,23%	160	318	299	128	69
2013	14,75%	31,74%	36,38%	12,65%	4,48%	166	301	324	136	71
2014	16,02%	27,70%	37,78%	13,96%	4,54%	176	283	343	144	75
2015	14,95%	26,76%	40,05%	13,57%	4,68%	181	275	365	145	86
2016	14,17%	27,67%	39,23%	14,02%	4,90%	177	281	359	157	93
2017	15,20%	26,49%	37,96%	14,45%	5,89%	189	280	372	156	104

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.51 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par tous les médecins spécialistes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge

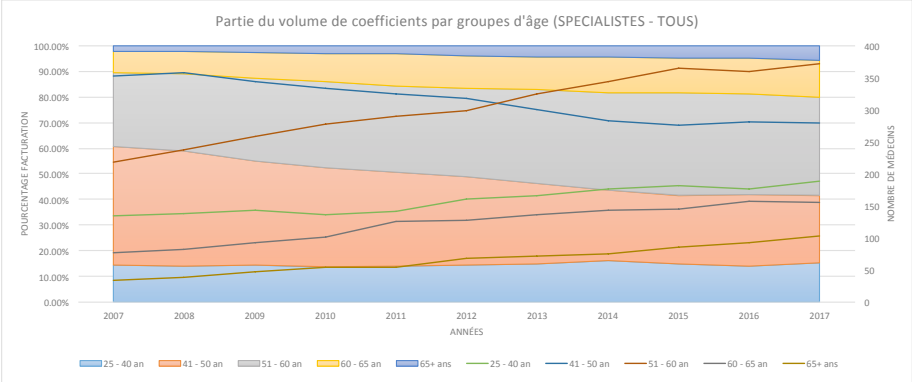
En 2017, la proportion la plus importante de production de coefficients chez les médecins spécialistes est réalisée par la classe d'âge 51-60 ans, qui est aussi la plus nombreuse (372 individus).
La contribution des 25-40 ans n'a pas évolué entre 2007 et 2017. Celle des 41-50 ans a diminué de 42,59 % alors que celle des personnes de 60-65 ans a presque doublé au cours de la période.

Le ratio de production de coefficients par individu selon les classes d'âge était le suivant chez tous les médecins spécialistes en 2017 :

Classes d'âge	Nombre MS 2017	% coefficients	% coefficients par MS
25-40 ans	189	15,20	0,08
41-50 ans	280	26,49	0,09
51-60 ans	372	37,96	0,10
61-65 ans	156	14,45	0,09
+ de 65 ans	104	5,89	0,06

Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Tab.8.52 : Pourcentage de coefficients facturés par un médecin spécialiste homme ou femme, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de la classe d'âge, en 2017



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.54 : Evolution entre 2007 et 2017 du pourcentage de coefficients facturés par tous les médecins spécialistes, exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS répondant au critère de sélection, en fonction de leur classe d'âge et de leur nombre

8.26.11 Constat

Selon le type de médecins (MD,MG,MS), la contribution des individus à la production des coefficients varie différemment selon la classe d'âge et selon le sexe.
De manière générale, en 2017, par rapport à la production de leur groupe, la classe d'âge la plus jeune 25-40 ans présente une proportion de production de coefficients par individu plus faible que les deux classes d'âge suivantes, ce qui tendrait à confirmer que les plus jeunes contribuent moins à la production des prestations par rapport aux plus anciens.
Chez les médecins spécialistes, en 2017, c'est la classe d'âge des 51-60 ans qui contribue le plus par individu alors que chez les médecins généralistes c'est la classe 41-50 ans qui est la plus productive par individu.
Il faut d'autre part noter, en 2017, un nombre important de médecins de plus de 65 ans encore actifs. Leur contribution par individu perd entre 30 % à 50 % de la contribution de la classe d'âge immédiatement inférieure (61-65 ans).
En 2017, chez les médecins généralistes et chez les médecins dentistes, la contribution par individu est identique dans la classe d'âge des 61-65 ans avec la classe d'âge des 51-60 ans. Par contre, chez les médecins spécialistes la contribution des 61-65 ans est légèrement inférieure à celle de la classe d'âge 51-60 ans. Ces chiffres ne permettent pas de conclure qu'il y aurait une diminution de la contribution à la production de coefficients chez les médecins de 61-65 ans.

8.27. Volume de coefficients par sexe et par âge

8.27.1 Préambule

Dans le chapitre précédent, l'analyse a permis de mettre en évidence la contribution de chaque classe d'âge à la production totale de coefficients réalisée par chacun des sexes chez les 3 types de médecins (MD, MG, MS).
Mais cela n'a pas permis de répondre à la question : un individu médecin recensé peut-il être comptabilisé pour 1 médecin contribuant à « temps plein » au système de santé?
Les médecins étant majoritairement en exercice libéral, il n'y a pas d'enregistrement de leur temps de travail. Celui-ci n'est ni fixé par la loi, ni par leur contrat d'agrément.
Il est de ce fait compliqué de déterminer correctement la véritable dotation médicale du pays.
En 2017, le Luxembourg disposait de 2.088 médecins répondant au critère de sélection.
Il n'est pas possible de conclure que le pays disposait de 2.088 ETP médecins.
La seule donnée disponible permettant de graduer la disponibilité médicale est l'activité médicale réalisée, traduite par la facturation d'honoraires à la CNS.
Il a été retenu d'utiliser pour chacun des médecins répondant au critère de sélection de l'étude, le volume annuel de coefficients facturés à la CNS en 2017, la variable classe d'âge, la variable sexe et la variable spécialité médicale pour classer l'individu.
Des box-plots ou « boites à moustaches » ont ensuite été construits permettant de situer les différences de production de coefficients entre les individus selon leur dispersion autour de la médiane et leur positionnement par rapport à la moyenne, les différences entre les sexes et les différences entre classes d'âge.
Cette approche ne permet pas de quantifier les individus médecins en ETP mais permet de savoir si tous les médecins de la discipline ont une production homogène de coefficients ou si des médecins produisent moins que la moyenne et de ce fait pourraient être considérés comme contribuant à temps partiel au système de santé.
Cela permettrait alors de conclure que :

- le nombre absolu de médecins dans un registre est surestimé,
- la densité médicale selon le type de médecins (MD,MG,MS) ou selon la discipline est surestimée ,
- l'offre de services est moindre que celle considérée comme disponible par l'autorité publique.

Cet exercice a été réalisé sur plusieurs spécialités médicales afin de voir si cette approche offrait de la pertinence pour démontrer une différence de production de coefficients pour chaque type de médecins selon le sexe et selon l'âge, et de pouvoir éventuellement plus tard déterminer un coefficient de correction à appliquer au nombre absolu de médecins recensés, afin de tenir compte du travail à temps partiel des médecins libéraux.

Remarque : il a volontairement été enlevé toute échelle sur les graphiques présentés afin de ne pas détourner l'attention du lecteur vers la question de la rémunération des médecins qui n'est pas le propos du présent rapport.

8.27.2 Exemples de volumes de coefficients 2017 dans quelques spécialités médicales selon le sexe et les classes d'âge

Plusieurs disciplines médicales et chirurgicales ont été observées, dont les graphiques sont présentés ci-après.
Pour plusieurs spécialités médicales, telles que la cardiologie, la chirurgie générale, la dermatologie, la pédiatrie, la médecine générale, la psychiatrie, l'ophtalmologie, il peut être démontré que les femmes médecins, quelle que soit leur classe d'âge, contribuent

moins que les médecins hommes au système de soins de santé, si l'analyse se limite au volume de coefficients produits par année. En gynécologie-obstétrique, par contre, dans la classe d'âge 51-60 ans, les femmes produisent autant que les hommes.

D'autre part, il ressort que la classe d'âge des plus jeunes médecins peut dans certaines disciplines contribuer autant que les deux classes d'âges 41-50 ans et 51-60 ans qui correspondent à la maturité et à l'apogée professionnelle, comme par exemple en cardiologie, en gynécologie-obstétrique, en médecine dentaire.
Cependant cette classe d'âge peut aussi produire moins de coefficients dans certaines spécialités médicales, telles que la chirurgie générale, la dermatologie, la pédiatrie. Cela s'explique par le fait qu'en médecine libérale, le jeune médecin doit se faire connaître et construire peu à peu sa patientèle ou doit acquérir plus d'expérience professionnelle.

Dans presque toutes les spécialités médicales à l'exception de la psychiatrie, un déclin de la production de coefficients se note pour la classe d'âge de 60 à 65 ans, ce qui s'explique par la fatigue professionnelle, qui touche aussi les médecins libéraux. Ce phénomène est mis en évidence en cardiologie, en dermatologie, en chirurgie générale, en dermatologie, en gynécologie-obstétrique, en pédiatrie, en ophtalmologie…

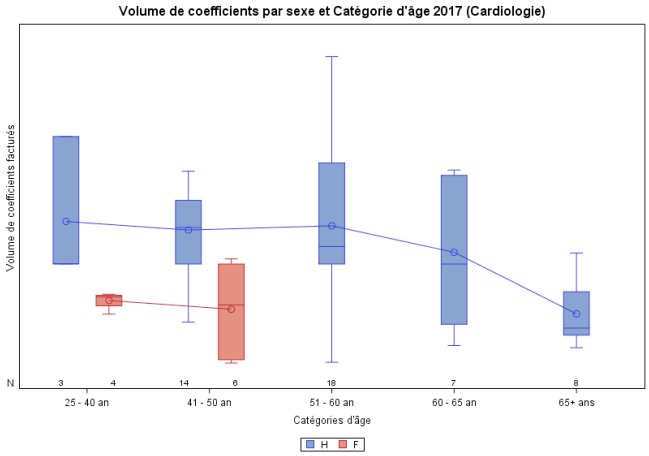
Il peut être retrouvé des médecins hommes ou femmes qui dans leur classe d'âge contribuent beaucoup plus à la production de coefficients que leurs collègues et s'écartent de ce fait très fortement de la médiane, ainsi que des médecins qui contribuent très peu. Cela se traduit sur les graphiques par un allongement de la boite et des « moustaches » allongées dans le 1er et le dernier quartile. Cela témoigne d'une grande dispersion de la production de coefficients dans la classe d'âge. Cet exemple se trouve en chirurgie générale chez les hommes de la classe d'âge 60 ans et plus.

Par contre, l'inverse peut aussi être retrouvé, à savoir dans certaines classes d'âge, il peut exister une forte homogénéité de production de coefficient se concrétisant par un resserrement de la boite autour de la médiane et des « moustaches » très courtes. C'est le cas, par exemple, en chirurgie générale chez les médecins hommes de la classe d'âge 41-50 ans.

Chez les médecins généralistes, les femmes produisent moins de coefficients que les hommes mais présentent strictement la même évolution à travers les classes d'âge.

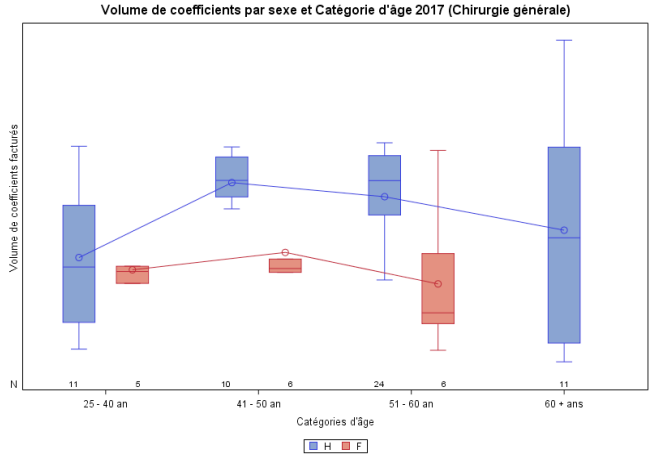
Chez les médecins dentistes, il existe très peu de différence dans la production de coefficients entre les hommes et les femmes. C'est seulement dans la classe d'âge des 60 ans et + que les femmes produisent moins de coefficients.

Remarque : l'interprétation des résultats est plus difficile dans les disciplines ayant peu de médecins qui sont de plus subdivisés en 4 à 5 classes d'âges. Afin de veiller à la protection des données individuelles et éviter que des médecins soient identifiables, les groupes composés d'un seul médecin ont été exclus. Pour les groupes ne présentant que deux individus, seulement la moyenne a été indiquée, sans présentation du boxplot.



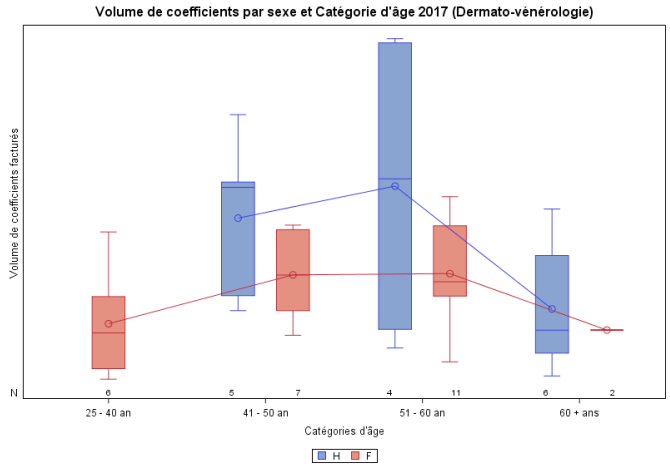
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.55 : Distribution par classes d'âge et selon le sexe du volume de coefficients produits en 2017 par les médecins spécialistes en cardiologie



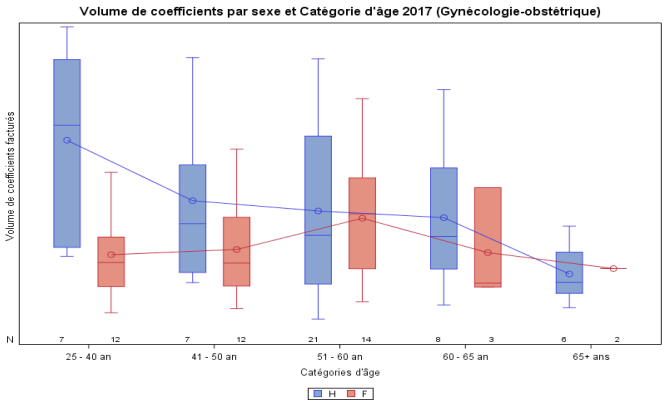
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.56 : Distribution par classes d'âge et selon le sexe du volume de coefficients produits en 2017 par les médecins spécialistes en chirurgie générale



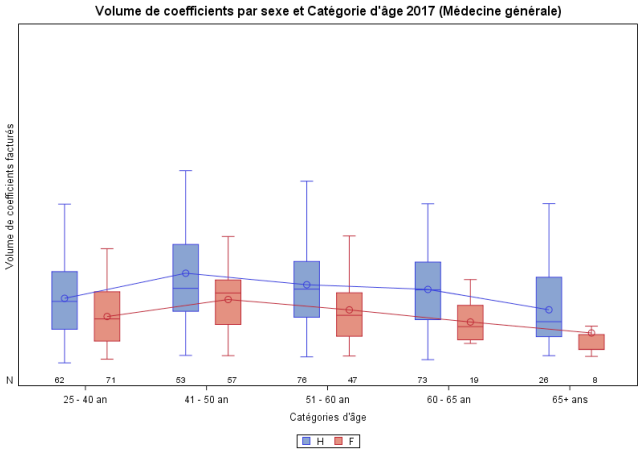
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.57 : Distribution par classes d'âge et selon le sexe du volume de coefficients produits en 2017 par les médecins spécialistes en dermato-vénérologie



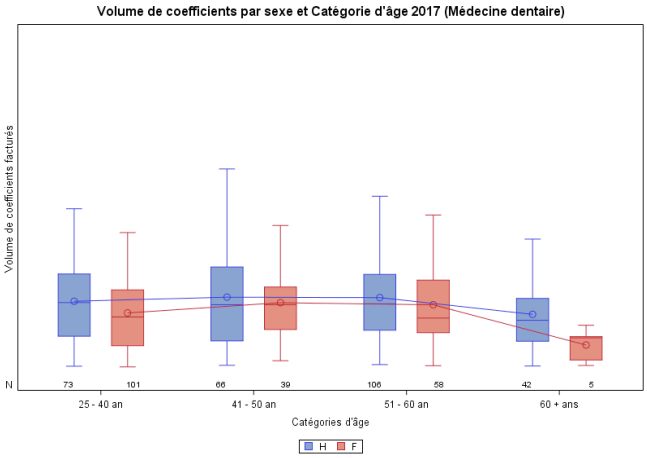
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.58 : Distribution par classes d'âge et selon le sexe du volume de coefficients produits en 2017 par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique



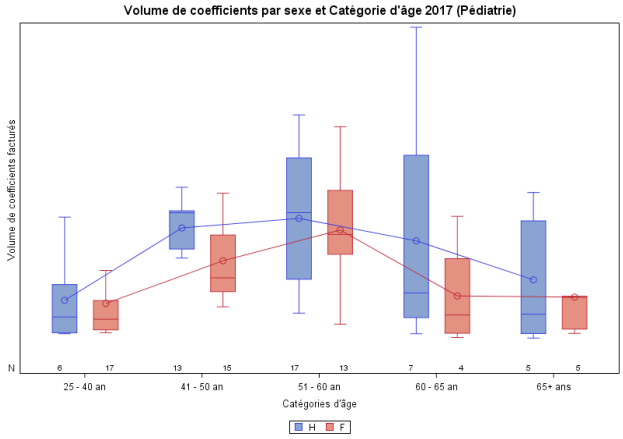
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.59 : Distribution par classes d'âge et selon le sexe du volume de coefficients produits en 2017 par les médecins spécialistes en médecine générale



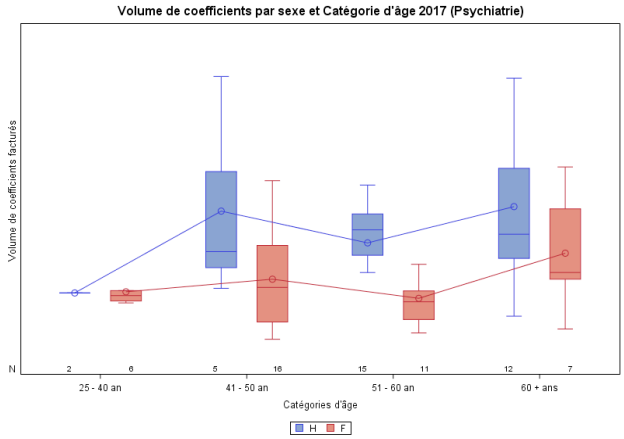
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.60 : Distribution par classes d'âge et selon le sexe du volume de coefficients produits en 2017 par les médecins spécialistes en médecine dentaire



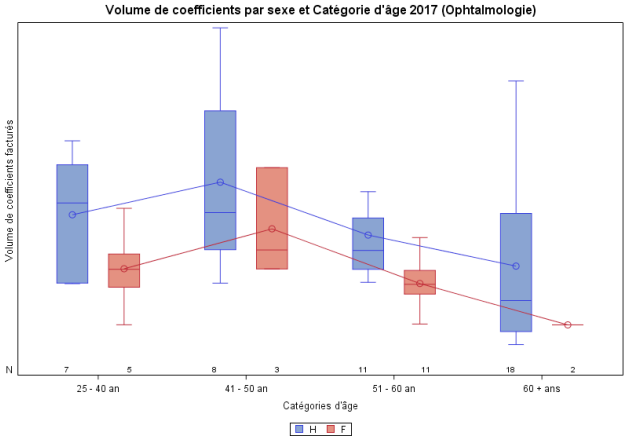
Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.61 : Distribution par classes d'âge et selon le sexe du volume de coefficients produits en 2017 par les médecins spécialistes en pédiatrie



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.62 : Distribution par classes d'âge et selon le sexe du volume de coefficients produits en 2017 par les médecins spécialistes en psychiatrie



Source : Fichier CNS croisé avec le registre des médecins du MINSAN- Traitement IGSS

Fig.8.63 : Distribution par classes d'âge et selon le sexe du volume de coefficients produits en 2017 par les médecins spécialistes en ophtalmologie

8.27.3 Constat

L'analyse de l'activité médicale à partir du volume de coefficients annuels produits permet de mettre en évidence les éléments clés suivants :

- les femmes médecins contribuent moins que les hommes médecins à la production de coefficients et ce dans de nombreuses disciplines, à l'exception de la médecine dentaire où le profil est quasi similaire,
- les périodes d'apogée professionnelle et de production de coefficients se situent généralement dans toutes les disciplines sur les deux classes d'âge 41-50 ans et 51-60 ans,
- le déclin de production de coefficients commence généralement dans toutes les disciplines à partir de 60 ans, à l'exception de la psychiatrie,
- il existe, chez les jeunes médecins, un temps de démarrage de la production de coefficients variable selon les disciplines.

Résumé de la partie 8 : Démographie médicale au Luxembourg selon les données de la CNS croisées avec le registre professionnel

Le croisement du registre des médecins, de la base de données CNS des fournisseurs, du fichier de facturation de la CNS et du registre des agréments des médecins dans les hôpitaux a permis une analyse plus fine de l'exercice médical au Luxembourg et a permis d'estimer au plus près la dotation médicale effective du pays facturant des honoraires à la CNS.
Les données présentées dans cette partie du rapport ne concernent que les médecins exerçant auprès des patients facturant à la CNS.
Les résultats ne prennent pas en considération :

- les médecins salariés par des institutions qui ne facturent pas à la CNS,
- les médecins qui interviennent dans le processus de prise en charge des patients de manière indirecte comme les biologistes ou les anatomopathologistes,
- les médecins occupant des fonctions administratives,
- les médecins en voie de formation,
- les médecins du travail,
- les médecins de santé publique,
- les médecins dans le domaine de la recherche,
- les médecins du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les résultats présentés ne peuvent donc pas refléter le nombre total de médecins exerçant au Luxembourg.

Cette analyse a mis en évidence des problèmes méthodologiques qu'il faudra solutionner dans l'avenir, concernant la qualité des données du registre, la non harmonisation des spécialités médicales entre la CNS et le Ministère de la santé, l'absence de gestion des sorties d'association entre médecins, l'absence du code individuel de prestataire du médecin sur les mémoires d'honoraires édités par les médecins pratiquant en association, l'absence de données centralisées sur les MEVS, tout cela nuisant à l'analyse des données et générant des biais dans les résultats fournis.

La pratique libérale de la médecine induit une méconnaissance du temps réellement consacré par le médecin à la pratique médicale. Il n'y a pas d'enregistrement de cette information, chaque médecin étant libre de décider du temps qu'il consacre à son activité professionnelle.
De ce fait, toute personne médecin dans le registre est considérée pour une valeur de 1 lors du dénombrement des médecins exerçant au patient. Or, la réalité montre que les médecins pratiquent aussi le temps partiel.
L'objet de l'étude était de donner une description de la démographie médicale pour la dernière année connue et de voir son évolution sur 10 ans. Elle avait aussi pour objectif de vérifier si le nombre absolu de médecins très souvent publié dans les statistiques pour les comparaisons internationales était un chiffre que l'autorité publique pouvait considérer comme offre de disponibilité médicale pour la population. Enfin, l'étude devait pouvoir apporter des informations précises sur les départs prévisibles de médecins pour les prochaines années afin de bâtir des stratégies de planification.

Les résultats présentés dans cette partie sont issus des données de 2007 à 2017, dernière année consolidée au niveau de la CNS pour tout ce qui concerne la facturation de soins médicaux. Sur le plan méthodologique, il a été choisi de comptabiliser tous les médecins mais de ne faire ensuite l'analyse que sur les médecins ayant facturé un montant de 18.000 € ou plus dans l'année. En effet, un montant moindre correspond à une activité très occasionnelle du médecin au Luxembourg et ne peut de ce fait pas être considérée comme une ressource permanente au service de la population.

Le tableau ci-après comprend les chiffres clés à retenir relatifs aux médecins exerçant auprès des patients.

Indicateurs issus des données de la CNS croisées avec d'autres sources	Résultats
Médecins déclarés actifs dans le registre des médecins mais n'ayant pas de facturation à la CNS	221
Médecins déclarés inactifs dans le registre des médecins mais ayant une facturation à la CNS	137 dont 67 avec une facturation > 18.000 €
Nombre de médecins ayant facturé en 2017 à la CNS quelque soit le montant de facturation	2.331 dont MG : 555 MS : 1217 MD : 559
Nombre de médecins ayant facturé en 2017 à la CNS un montant d'honoraires < à 18.000 €	243 dont 84 luxembourgeois
Nombre de médecins ayant facturé en 2017 à la CNS un montant d'honoraires > ou = à 18.000 €	2.088 dont MG : 490 MS : 1.101 MD : 497
Distribution des médecins ayant facturé en 2017 à la CNS un montant d'honoraires > ou = à 18.000 € (N=2088)	MG : 23,47 % MS : 52,73 % MD : 23,80 %
Distribution par sexe des médecins ayant facturé en 2017 à la CNS un montant d'honoraires > ou = à 18.000 € (N=2088)	Hommes : 62,40 % Femmes : 37,60 %
Distribution par sexe des médecins généralistes ayant facturé en 2017 à la CNS un montant d'honoraires > ou = à 18.000 € (N=490)	Hommes : 59,18 % Femmes : 40,82 %
Distribution par sexe des médecins spécialistes ayant facturé en 2017 à la CNS un montant d'honoraires > ou = à 18.000 € (N=1101)	Hommes : 65,40 % Femmes : 34,60 %
Distribution par sexe des médecins dentistes ayant facturé en 2017 à la CNS un montant d'honoraires > ou = à 18.000 € (N=497)	Hommes : 58,95 % Femmes : 41,05 %
Distribution des hommes médecins par type de médecin	MG : 22,26 % MS : 55,26 % MD : 22,49 %
Distribution des femmes médecins par type de médecin	MG : 25,48 % MS : 48,54 % MD : 25,99 %
Evolution de la proportion de femmes entre 2007 et 2017	2007 : 28,5 % 2017 : 37,6 %
Croissance de la proportion des femmes entre 2007 et 2017 par type de médecin	MG : + 7,68 % MS : + 9,41 % MD : + 9,80 %
Distribution des nationalités des médecins ayant facturé en 2017 à la CNS un montant d'honoraires > ou = à 18.000 € (N=2088)	Luxembourg : 51,44 % Allemagne : 14,85 % Belgique : 11,78 % France : 13,6 % Autres : 8,33 %
Pourcentage de médecins de nationalité luxembourgeoise par type de médecins	MG : 67,55 % MS : 48,96 % MD : 41,05 %
Evolution 2007-2017 du pourcentage de médecins luxembourgeois	En baisse pour MG, MD, MS

Pyramide des âges par type de médecins	MG : tendue MS : critique MD : correcte
Départs prévisibles de médecins en pension de 2019 à 2034 Hypothèse 60 ans	1.477 médecins dont MG : 193 + 140 droits MS : 542+ 306 droits MD : 218 + 78 droits
Affectation des cantons par les départs prévisibles	Oui avec des pertes de 50 % de MG
Distribution des pays de résidence des médecins ayant facturé en 2017 à la CNS un montant d'honoraires > ou = à 18.000 € (N=2088)	Luxembourg : 73,80 % Allemagne : 9,43 % Belgique : 6,32 % France : 8,38 % Autres : 0,67 %
Pays de résidence Luxembourg selon le type de médecin	MG : 83,27 % MS : 71,21 % MD : 70,22 %
Nombre d'associations de médecins en 2017	121
Nombre de médecins membres d'une association de médecins en 2017	735 dont 83 % sont MS
Nombre de médecins avec double autorisation d'exercer en 2017	113
Pourcentage de médecin en cabinet libéral seul et/ou en association	85,92 %
Augmentation du nombre absolu de médecins de 2007 à 2017	597 dont MG : 150 MS : 286 MD : 161
Ratio MG / MS	2007 : 0,42 2017 : 0,45
Ratio MG / 1.000 habitants en 2017	0,83 0,81 sans MG salariés
Ratio MG / 1.000 personnes protégées en 2017	0,59 0,57 sans MG salariés
Ratio MS /1.000 habitants en 2017	1,86
Ratio MS / 1.000 personnes protégées en 2017	1,32
Ratio MD / 1.000 habitants en 2017	0,84
Ratio MD / 1.000 personnes protégées en 2017	0,60
Ratio global de médecins en 2017 (N=2088) / 1.000 habitants	3,54
Evolution du Ratio par spécialité médicale / 1.000 habitants entre 2007 et 2017	Baisse pour chirurgie générale, médecine interne, médecine nucléaire, radiologie
Densité médicale pour 1.000 habitants par canton en 2017	Disparité dans les cantons de Clervaux, Mersch, Redange et Vianden
Production de coefficients entre 2007 et 2017 / 10.000 habitants	Augmentation
Contribution des femmes à la production de coefficients	Moins que les hommes
Contributions des médecins de 25 à 40 ans à la production de coefficients	Moins que les autres classes d'âge
Contributions des médecins de 60 ans et + à la production de coefficients	Moins que les autres classes d'âge
Classes d'âge correspondant à l'apogée professionnelle se mesurant par la production de coefficients	Classe 41-50 ans et Classe 51-60 ans
Pourcentage de coefficients prestés à des frontaliers en 2017	5,9 %

Tab.8.53 : Récapitulatif des résultats clés issus de l'analyse des données de la CNS

L'étude montre des disparités géographiques d'accès aux prestations médicales pour la population, dans certains cantons, sans pour autant que des mesures soient mises en place. Il n'y a pas de nécessité d'avoir dans chaque canton toutes les spécialités médicales représentées, mais une planification raisonnable et raisonnée serait utile dans le cadre d'une gouvernance et une régulation pourrait aider à mettre en place des moyens innovants ainsi que des incitatifs pour les disciplines qui sont nécessaires, notamment la médecine générale pour garantir les soins primaires.

Les résultats montrent que les femmes, les jeunes médecins et les médecins de plus de 60 ans n'ont pas le même niveau de production de coefficients que les hommes, respectivement les autres classes d'âge.
Le registre du MINSAN surestime donc le nombre de médecins vraiment disponibles pour la population, mais le calcul du degré de surestimation ne faisait pas partie de la mission. Le ratio calculé pour 2017 de 3,53 est donc certainement surestimé, mais il reste probablement au dessus du ratio de 2,9 déclaré par le Luxembourg à l'OCDE pour l'année 2015. Par comparaison, en 2015, la Belgique avait un ratio de 3, la France de 3,3 (mais il comprenait les médecins administratifs et les médecins universitaires), l'Allemagne de 4,1, la Suisse de 4,2 et l'Autriche de 5,1.

L'étude a permis, d'autre part, de montrer que le Luxembourg est dépendant des pays frontaliers pour faire fonctionner son système de santé et apporter des soins médicaux à sa population. Il dispose d'une proportion plus importante de médecins luxembourgeois chez les médecins généralistes.
Sur la période 2007-2017 il y a eu un accroissement du nombre de médecins qui a permis un accroissement de la production de coefficients auprès de la population.

Le pays sera confronté jusqu'en 2034 à des départs prévisibles de médecins qui demanderont l'ouverture de leurs droits à la pension. Or de nombreux médecins spécialistes sont concernés. Le marché de l'emploi est très tendu pour de nombreuses disciplines en Europe et le risque est élevé pour le pays d'être confronté à une pénurie effective engendrant une difficulté à assurer certains services publics. La durée de formation des médecins ne permet pas d'envisager des solutions avec un retour sur investissement immédiat. Il est donc nécessaire de développer des stratégies à divers niveaux pour mieux optimiser les ressources médicales disponibles actuellement mais aussi les ressources à venir, ainsi que de développer la pratique avancée avec droit de prescription et de prestation de certains actes chez les professions de santé ayant réalisé des diplômes universitaires appropriés.

Le rapport MG/MS, bien que s'étant amélioré entre 2007 et 2017, n'est toujours pas favorable au développement des soins primaires tel que voulu par l'autorité publique. Il est donc nécessaire de réfléchir à la régulation nécessaire et aux stratégies à mettre en place dans le cadre d'une approche multi-professionnelle.

Recommandations :

- Dans le cadre de la gouvernance nationale à mettre en place, intégrer le nombre de départs prévisibles jusqu'en 2034 afin de développer une stratégie nationale anticipative pour gérer la situation et planifier l'avenir.
- Développer des incitatifs à l'installation au Luxembourg prioritairement pour les jeunes diplômés provenant du pays.
- Développer des incitatifs à l'installation pour réguler les disparités entre les cantons et améliorer l'accessibilité notamment de la médecine générale dans les cantons fortement touchés.

- Développer des méthodes innovantes pour permettre aux populations de certains cantons d'accéder à des compétences de médecins spécialistes sans pour autant que le spécialiste ait un cabinet sur le territoire cantonal.
- Etudier avec les femmes médecins toutes les mesures à mettre en place en leur faveur pour augmenter leur taux de production de coefficients dans les disciplines ou dans les cantons où le ratio par 1.000 h est faible.
- Etudier avec les organes représentatifs des médecins et les établissements hospitaliers les mesures à mettre en place pour permettre aux jeunes médecins qui s'installent d'être en mesure de développer leur contribution au système de santé plus rapidement.
- Etudier toutes les mesures qui visent à permettre aux médecins qui s'installent au Luxembourg de pouvoir y habiter dans des conditions raisonnables afin de diminuer les contraintes négatives sur les gardes hospitalières notamment.
- Analyser avec les médecins généralistes les freins actuels à la constitution d'associations de MG afin d'en tenir compte dans la mise en place de centres de santé multi-professionnels, pour donner toutes les chances de réussite à ce projet.
- Apporter des aménagements techniques au fichier de la CNS:
    - Pour les médecins en association, avoir sur le mémoire d'honoraires le code de l'association et le code individuel du médecin, afin de mieux exploiter les données d'activité médicale.
    - Harmoniser la classification des spécialités médicales de la CNS avec les spécialités médicales autorisées au Luxembourg.
    - Mettre en place un système de gestion des sorties d'associations de médecins afin d'avoir une comptabilisation à jour en temps réel.
- Mettre en place des contrôles qualité du registre des médecins afin d'augmenter la qualité des données qui doivent être réconciliées avec les données de la CNS pour diverses études.
- Développer dans l'avenir un coefficient de correction à appliquer au nombre absolu de médecins en activité, pour mieux déterminer la véritable disponibilité médicale, en tenant compte pour chaque type de médecins (MG,MS,MD) du profil du groupe en termes de répartition des âges et du sexe.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 9
Professions de santé réglementées au Luxembourg

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Contributeur au traitement des données du registre:
Laurianne KREMER, *master en sciences de la santé publique, master en sciences en épidémiologie*

Contributeurs au traitement des données de la CNS:
Christophe SHINN, *IGSS*
Isabelle DEBOURGES, *IGSS*
Carlo HALLER, *IGSS*
Laurence WEBER, *IGSS*

Sommaire

Partie 9 : Professions de santé réglementées au Luxembourg	**Page**
9.1 Préambule	5
9.2 Remarques méthodologiques	5
9.3 Liste des professions de santé	6
9.3.1 Professions de santé réglementées	6
9.3.2 Professions de santé réglementées vouées à disparaitre	6
9.3.3 Professions de santé réglementées à réunir sous une seule dénomination	7
9.3.4 Professions de santé réglementées à renommer	8
9.4 Demandes de nouveaux types d'infirmiers spécialisés	9
9.5 Rôle des professions de santé	12
9.6 Attributions professionnelles	14
9.7 Sous utilisation de ressources professionnelles	15
9.8 Place de l'aide-soignant à l'hôpital	16
9.9 Profession cadre de santé	17
9.10 Normes de qualifications professionnelles	18
9.11 Evolution des charges des professions de santé	19
9.12 Promotion des professions de santé	20
9.13 Programmes de fidélisation des professions de santé	21
9.14 Indicateurs globaux sur l'ensemble des professions de santé	23
9.14.1 Note méthodologique	23
9.14.2 Nombre absolu de professions de santé réglementées en 2019	23
9.14.3 Répartition par profession de santé et mode d'exercice en 2019	23
9.14.4 Répartition des professions de santé par sexe en 2019	25
9.14.5 Répartition des professions de santé par nationalité en 2019	26
9.14.6 Répartition des professions de santé par pays de résidence en 2019	27
9.14.7 Répartition des professions de santé par secteur d'activité en 2019	27
9.14.8 Ratio par 1.000 habitants des professions de santé en 2019	28
9.14.9 Age moyen et âge médian par profession de santé en 2019	31
9.14.10 Départs prévisibles des professions de santé jusqu'en 2034	32
9.15 Indicateurs particuliers	35
9.16 Présentation des professions	40
9.16.1 Profession d'aide-soignant	41
9.16.2 Profession d'assistant senior	46
9.16.3 Profession d'assistant d'hygiène sociale	48
9.16.4 Profession d'assistant social	52
9.16.5 Profession d'ATM de chirurgie	57
9.16.6 Profession d'ATM de laboratoire	62
9.16.7 Profession d'ATM de radiologie	67
9.16.8 Profession de diététicien	72
9.16.9 Profession d'ergothérapeute	77
9.16.10 Profession d'infirmier	81
9.16.11 Profession d'infirmier en anesthésie et réanimation	86
9.16.12 Profession d'infirmier gradué	91
9.16.13 Profession d'infirmier en pédiatrie	95
9.16.14 Profession d'infirmier psychiatrique	100
9.16.15 Profession de kinésithérapeute	105
9.16.16 Profession de masseur	110
9.16.17 Profession de laborantin	114
9.16.18 Profession d'orthophoniste	119
9.16.19 Profession d'orthoptiste	124
9.16.20 Profession de pédagogue curatif	129
9.16.21 Profession de podologue	134
9.16.22 Profession de rééducateur en psychomotricité	138
9.16.23 Profession de sage-femme	143

9.17 Professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS	148
9.17.1 Préambule	148
9.17.2 Nombre absolu de professions de santé en 2017 ayant présenté des MH à la CNS	148
9.17.3 Distribution des professions de santé en 2017 ayant présenté des MH à la CNS	149
9.17.4 Evolution des professions de santé entre 2009 et 2017 ayant présenté des MH	149
9.17.5 Nationalité des professions de santé ayant présenté des MH à la CNS en 2017	150
9.17.6 Evolution de la nationalité luxembourgeoise chez les PS entre 2009 et 2017	151
9.17.7 Mode d'exercice par profession de santé ayant présenté des MH à la CNS en 2017	151
9.17.8 Répartition par canton des PS indépendants et mixtes en 2017	152
Résumé de la partie 9 sur les professions de santé réglementées	155

Glossaire

Accronyme	Définition
ATM	Assistant Technique Médical
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CEDIES	Centre de Documentation et d'Information sur l'Enseignement Supérieur
CCT	Convention Collective de Travail
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CNS	Caisse Nationale de Santé
CSPS	Conseil Supérieur des Professions de Santé
DAP	Diplôme d'Aptitude Professionnelle
DU	Diplôme Universitaire
ETP	Equivalent Temps Plein
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
IAR	Infirmier en anesthésie et réanimation
LTPS	Lycée Technique pour Professions de Santé
MG	Médecin Généraliste
MH	Mémoire d'Honoraire
MS	Médecin Spécialiste
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PS	Profession de santé
PSR	Profession de santé réglementée
RGD	Règlement Grand-Ducal

9.1. Préambule

La partie ci-après est consacrée aux professions de santé réglementées, c'est-à-dire aux 24 professions de santé inscrites à l'article 1er du chapitre 1er du texte coordonné au 6 septembre 2018 de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines des professions de santé.
Certaines professions ont été inscrites dans la loi récemment, telle que l'ostéopathe (21 août 2018) ou le podologue (14 juillet 2010).
Cette partie présente chacune des professions selon un modèle type, permettant de fournir des données chiffrées, de présenter le positionnement de la profession dans le système de soins de santé et d'exposer les problématiques rencontrées.
En sus de cette description, des aspects plus globaux pour l'ensemble des professions de santé réglementées sont abordés, tel que le rôle des professionnels.
Afin de sortir d'une vision en îlot de chacune des professions de santé et d'entrer dans une véritable culture de la multi-professionnalité lors de l'analyse d'un système de soins de santé et de ses besoins en professionnels de la santé, les résultats relatifs aux professions de santé seront aussi analysés par le biais de ratio de couverture par rapport à la population, ainsi que de ratios par rapport aux médecins ou de ratios entre professions de santé.
Une mise en perspective des besoins en professions de santé jusqu'en 2034 est présentée, afin de soutenir l'autorité publique dans les stratégies à développer pour maintenir un système de santé durable et de bonne qualité.

Les données présentées par profession permettront d'avoir une visibilité sur le nombre total de professionnels portant le titre, ainsi que sur le nombre réel de professionnels actifs, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires de l'assurance dépendance ou de l'action sociale.
Tous les résultats présentés ci-après sont issus des données du registre du Ministère de la santé en mars 2019. Ils donnent donc une image actuelle de la situation. En complément, un chapitre présente les informations obtenues relatives aux professions de santé exerçant en libéral et présentant des mémoires d'honoraires à la CNS.

9.2. Remarques méthodologiques

Le fichier du registre des professions de santé du Ministère de la santé est mis à jour annuellement, ce qui lui donne une meilleure fiabilité que le fichier issu du registre des médecins.
La proportion de professions de santé salariées étant très grande, les employeurs sont chargés de cette mise à jour.
Il est possible que des employeurs soient oubliés et qu'il existe une sous-déclaration de professions de santé, dont l'importance n'a pas pu être mesurée au cours de l'étude. Cependant, les plus gros employeurs étant impliqués dans cette mise à jour, ils couvrent la majorité des professions de santé du pays. De ce fait, le degré de confiance dans les résultats obtenus est élevé.
Afin de pouvoir faire confiance à la base de données du registre du Ministère de la santé, les fichiers hospitaliers au 31 décembre 2018 ont été utilisés pour vérifier.
Les anomalies retrouvées dans le fichier ont pu être en partie corrigées. Lorsque cela n'était pas possible, les individus n'ont pas été considérés lors de certaines analyses. C'est pourquoi le nombre de cas ayant servi pour certains résultats peut être inférieur au nombre global d'individus exerçant auprès des patients dans la profession considérée.

9.3. Liste des professions de santé

9.3.1 Professions réglementées

La liste des professions de santé à la date du présent rapport comprend 24 professions, à savoir :

- aide-soignant,
- assistant senior,
- assistant d'hygiène sociale,
- assistant social,
- assistant technique médical de chirurgie,
- assistant technique médical de laboratoire,
- assistant technique médical de radiologie,
- diététicien,
- ergothérapeute,
- infirmier,
- infirmier en anesthésie et réanimation,
- infirmier en pédiatrie,
- infirmier psychiatrique,
- infirmier gradué
- laborantin,
- masseur,
- masseur-kinésithérapeute,
- orthophoniste,
- orthoptiste,
- ostéopathe,
- pédagogue curatif,
- podologue,
- rééducateur en psychomotricité,
- sage-femme.

9.3.2 Professions vouées à disparaître

Force est de constater que certaines professions sont en voie de disparition car leur formation n'existe plus au Luxembourg ou n'existera plus dans un très proche avenir à l'étranger:

- masseur,
- assistant senior,
- infirmier gradué.

Ces professions répondaient initialement à un besoin spécifique. En disparaissant, le besoin n'en est pas pour autant disparu. Mais, il existe d'autres manières d'y répondre.

La profession de masseur concerne prioritairement le Domaine thermal de Mondorf et ce point sera traité dans le focus consacré à cet établissement. Le recrutement se faisait en Allemagne jusqu'à présent. La fermeture de ces formations ne permet plus d'envisager des recrutements. La disparition progressive de cette profession se traduit par le nombre de masseurs (34 en 2019) et par l'âge moyen dans la profession (53,4 ans). Les départs en retraite engendreront l'extinction de la profession. Cette profession devrait disparaître de la prochaine liste des professions de santé réglementée, même si le titre acquis par les individus encore en exercice pourrait être conservé jusqu'à leur départ en pension. Par contre plus aucune autorisation d'exercer ne devrait être attribuée.

La profession d'assistant senior concerne encore à ce jour 5 individus. Cette profession s'éteint d'elle même par les départs en pension. Elle devrait être retirée dans la prochaine liste des professions de santé réglementées. Par contre, pour répondre aux besoins de compétence dans la prise en charge des personnes âgées et des personnes dépendantes, un choix devra se faire, soit :

- permettre en 3ème année de formation d'aide-soignant une spécialisation soit vers le milieu hospitalier, soit vers le milieu de la dépendance, soit vers le milieu de l'enfance. Cette option à l'avantage de ne pas allonger la durée de formation, mais elle oriente le professionnel dans un domaine spécifique. Pour en sortir et s'orienter dans un autre milieu professionnel, il devra compléter sa formation initiale,
- développer un module de pratique avancée pour les aides-soignants, à faire après le DAP afin de renforcer leurs connaissances et leurs compétences dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées et des personnes dépendantes avec ou sans troubles cognitifs et troubles du comportement. Cette option est plus ouverte, elle permet à l'aide-soignant de circuler à travers les différents milieux professionnels et de ne réaliser ce module de pratique avancée que s'il travaille dans le secteur des personnes âgées et de la dépendance. Il permet aussi aux employeurs de déterminer le pourcentage, adapté à leur milieu, de professionnels ayant une compétence avancée. Cette option offrirait alors une nouvelle perspective professionnelle à une profession qui aujourd'hui n'a presqu'aucune perspective de développement.

La **profession d'infirmier gradué** ne dispose plus de formation au Luxembourg. Il existe encore un certain nombre de professionnels disposant de ce titre. Cependant le concept initial est largement dépassé et n'est plus adapté aux besoins du système de santé. Ce diplôme ne sert plus pour devenir enseignant au LTPS. Il est éventuellement utilisé pour l'accessibilité aux fonctions de management. Cette profession devrait disparaître de la liste des professions de santé lors de la prochaine révision. Aucune homologation de diplôme ne devrait être attribuée sur ce titre professionnel. Il y a lieu de s'orienter vers la reconnaissance dans les textes de loi, règlements et normes conventionnelles, de la fonction de cadre de santé qui peut s'appliquer à n'importe quelle profession de santé de base, sous réserve d'une formation, à définir par niveau hiérarchique.

9.3.3 Professions à réunir sous une seule dénomination

Deux groupes de professions sont concernés. Il s'agit des professions d'ATM de laboratoire et de Laborantin, ainsi que des professions d'Assistant d'Hygiène Sociale et d'Assistant Social.
Sur le terrain, il n'existe pas de véritable différence dans l'exercice professionnel. Les missions et les tâches sont identiques.

ATM de Laboratoire et Laborantin
Il y a lieu de s'orienter vers la détermination d'une seule profession pour les laboratoires, de niveau Bachelor (Bac +3), qui pourrait être dénommée comme à l'étranger : Technologue ou Technicien de laboratoire.
Malgré l'automatisation du secteur et le regroupement des activités, le besoin de recrutement perdure dans les laboratoires. De nouvelles analyses médicales se développent et les compétences des professionnels du laboratoire doivent devenir plus approfondies (génétique, biologie moléculaire,…). En raison des départs prévisibles d'ATM de laboratoire et de Laborantins, qui devront être compensés, il est recommandé d'ouvrir de nouveau une formation au Luxembourg, mais de niveau Bac +3, en ayant au

préalable inscrit un nouveau titre professionnel et en supprimant de la liste les titres de Laborantin et d'ATM de laboratoire. Les professionnels ayant le titre de Laborantin et d'ATM de laboratoire le conserverait jusqu'à leur départ en pension.

Assistants d'hygiène sociale et Assistants sociaux

L'assistant d'hygiène sociale, basé sur 2 années d'infirmier et 2 années de formation sociale, disparaît peu à peu (51 individus et un âge moyen de 52,5 ans). Il n'y a pas de formation au Luxembourg.

Sur le terrain, à part quelques exceptions en médecine scolaire qui permet à l'assistant d'hygiène sociale de prester des actes (prise de température par exemple), le travail au quotidien est similaire à celui de l'assistant social. L'approche santé intégrée à l'approche sociale constitue une richesse mais ne peut être une motivation pour conserver deux professions distinctes dont il est difficile de distinguer les attributions lorsqu'elles exercent au terrain. Il est préférable d'intégrer des aspects santé dans la formation dispensée aux futurs assistants sociaux à l'Université du Luxembourg.

Les institutions qui recrutent, emploient désormais majoritairement des assistants sociaux formés avec un Bachelor (Bac+3) et si possible ayant une parfaite connaissance des dispositifs sociaux au Luxembourg.

Seule la profession d'assistant social devrait être maintenue dans la liste des professions de santé. Les assistants d'hygiène sociale devraient être autorisés à conserver leur titre professionnel jusqu'à leur départ en pension.

9.3.4 Titre des professions à modifier

Le titre d'une profession exerce un rôle dans l'attractivité que la profession peut avoir auprès d'un jeune public peu averti de la réalité de l'exercice professionnel. Le titre d'une profession est porteur de sens. Il s'inscrit dans une époque et est le témoignage de l'histoire des professions, des relations entre les professions au sein de la société, et très certainement des rapports entre les genres.

Le milieu des professions de santé est un milieu resté très féminisé. Il porte donc l'histoire des relations hommes-femmes au sein du corps professionnel dans le domaine de la santé. La relation patriarcale entre l'homme et la femme s'est aussi inscrite dans les relations entre le médecin et les professions de santé. Cette relation imprime certains titres professionnels choisis tels que les Assistants Techniques Médicaux.

Depuis cette époque, l'environnement s'est modifié. Les assistants sont devenus aujourd'hui de véritables professions avec un savoir et des compétences qui permettent des prises de décision et de responsabilité. Un ATM de radiologie fait aujourd'hui de la reconstruction d'image, extrêmement utile au diagnostic.

Dans une société qui a évolué et développe une approche de la multi-professionnalité au service des patients, la nécessité d'identifier clairement chacune des professions devient une évidence, ce qui signifie assumer une mission, prendre des responsabilités et ne pas se cacher derrière le médecin.

En Europe, les titres d'assistant médical ont été généralement remplacés par des titres professionnels de Technologue de laboratoire, Technologue en imagerie médicale, Infirmier de bloc opératoire (France, Belgique, Suisse).

Il faut noter que les ATM de chirurgie au Luxembourg ne souhaitent pas changer de dénomination.

Le champ de l'infirmier psychiatrique n'est pas essentiellement celui de la pathologie. Limiter son titre à cela, c'est aussi limiter son champ d'intervention à la maladie. L'OMS parle de santé mentale. Il est temps de renommer cette profession en Infirmier de santé mentale.

La profession de masseur kinésithérapeute est à renommer en kinésithérapeute.

9.4. Demandes de nouveaux types d'infirmiers spécialisés

L'accord de coalition gouvernementale 2018-2023 prévoit la création de nouvelles professions : infirmier en oncologie, infirmier en gérontologie-gériatrie.
Cependant, l'étude qualitative a mis en évidence un besoin d'expertise chez les professions de santé quelque soit le secteur d'activité et quelle que soit la profession.

Dans la liste des expertises complémentaires nécessaires à une prise en charge actualisée des patients ou des bénéficiaires de l'assurance dépendance ou du secteur de l'action sociale, il a été retrouvé les besoins suivants :

- expertise en soins oncologiques (breast care nurse, tumeurs solides care nurse),
- expertise en soins en endocrinologie-diabétologie,
- expertise en soins en pneumologie pour les insuffisants respiratoires (BPCO, asthme, mucoviscidose…),
- expertise en soins en neurologie et explorations neurologiques,
- expertise dans la prise en charge de l'obésité,
- expertise en soins de plaies et brûlures,
- expertise en soins palliatifs,
- expertise en gestion de la douleur,
- expertise en soins aux personnes atteintes de maladies rhumatismales chroniques,
- expertise en échographie en cardiologie, en gynécologie, en imagerie médicale,
- expertise en rythmologie cardiaque,
- expertise dans la prise en charge des troubles du sommeil,
- expertise en soins aux personnes âgées dépendantes et démentes,
- expertise en soins aux personnes handicapées,
- expertise en dialyse,
- expertise en endoscopie,
- expertise en robotique chirurgicale,
- expertise en soins d'urgence et en accueil et orientation des patients,
- expertise en prélèvement d'organes,
- expertise en médecine de catastrophe,
- expertise en santé communautaire,
- expertise en recherche,
- expertise en conseil de génétique humaine,
- expertise en case management,
- expertise en éducation à la santé,
- expertise en éthique et droit de la santé,
- expertise en technologies de l'information et de la communication…

Cette liste montre que tous les secteurs, toutes les disciplines médicales et divers types de professionnels de la santé, du médecin au soignant, sont concernés par le développement d'une expertise clinique complémentaire. Alors que chez les médecins se sont développées des sur-spécialités, des compétences cliniques avancées se sont développées pour les soignants.
Il devient alors très compliqué de transformer tous ces besoins d'expertise clinique complémentaire en une nouvelle profession. Car pourquoi un infirmier spécialisé en oncologie et pas un infirmier spécialisé en dialyse ou en endoscopie ? Pourquoi avoir un infirmier spécialisé en gériatrie et pas un infirmier spécialisé en endocrinologie-diabétologie ou en neurologie?
Il ne paraît pas raisonnable de créer certaines professions spécialisées pour certains types de patients en leur apportant une compétence clinique supplémentaire et de laisser de côté des disciplines où les patients sont atteints de maladies chroniques et invalidantes à terme. En effet, ce choix serait porteur de discrimination.

De plus créer de nouvelles professions spécialisées seulement pour l'infirmier limite l'accès à d'autres professions de santé (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens…) alors que dans l'étude, il ressort que ces professions ont aussi un besoin de spécialisation clinique dans certains domaines.
Enfin, il faut être conscients que créer un grand nombre de nouvelles professions n'est pas gérable au niveau du service juridique du Ministère de la santé, les ressources étant particulièrement limitées. L'introduction de nouvelles professions en grand nombre génèrera des délais de création probablement très longs, imposera pour chacune des professions un règlement d'attributions, des mises à jour régulières. Or, à la date du présent rapport, il est clairement établi que les délais actuels de révision des attributions sont d'environ 4 années pour aboutir. Il faut donc envisager une solution plus souple pour gérer le besoin incontestable d'expertises cliniques complémentaires chez les professions de santé.

Les besoins d'expertises cliniques complémentaires peuvent être comblés par des formations universitaires de type Diplôme Universitaire (DU), d'une durée de 1 à 2 années selon le sujet, proposés par les facultés de médecine en général. Elles sont accessibles à la fois aux médecins et dans certains cas aux professions de santé avec Bac +3. Ces formations peuvent aussi se faire par les facultés de sciences infirmières (Belgique, Suisse, Canada) qui délivrent des diplômes de pratique clinique avancée ou de compétences cliniques avancées.
Actuellement, au Luxembourg, plusieurs individus appartenant aux professions de santé réglementées disposent de ces diplômes obtenus à l'étranger, qui permettent d'améliorer la connaissance, les compétences, le savoir être et le savoir technique. Mais au retour après le diplôme, il n'existe aucun cadre permettant de reconnaître cette nouvelle compétence, de la mettre en place sur le terrain et de la valoriser. Des attributions spécifiques ne sont pas reliées dans un texte légal ou réglementaire à l'acquisition de cette compétence. Pourtant, ces compétences de pratique clinique avancée sont utiles et nécessaires à la prise en charge des patients. De ce fait, ce sont le plus souvent les directions des soins qui prennent la responsabilité de la mise en pratique des compétences acquises par les professions de santé.
Il faut noter que l'accès dans ces formations de pratique clinique avancée n'étant souvent possible qu'avec un Bac +3, les diplômés infirmiers du Luxembourg ne peuvent y entrer puisqu'ils ne disposent que d'un BTS de niveau Bac +2. Leur horizon est bloqué pour développer leur expertise professionnelle au niveau clinique, alors que leurs collègues étrangers disposant d'un Bac +3 travaillant au Luxembourg y ont accès. Le système de formation luxembourgeois génère donc une discrimination entre ses propres professions de santé, ressortissants du pays, et les professions de santé étrangères qu'il recrute. Il existe une perte de chance de développement professionnel clinique pour les diplômés infirmiers luxembourgeois en raison du système de formation mis en place au Luxembourg.
Or, offrir des perspectives professionnelles est un facteur contribuant positivement à fidéliser les individus dans leur profession et est un facteur positif dans la qualité de prise en charge des patients.

Pour à la fois augmenter le niveau de compétence clinique des professionnels afin de répondre à l'évolution scientifique des soins et pallier à la rareté des ressources médicales, plusieurs pays ont introduit le concept de « pratique clinique avancée » qui permet d'accéder, après avoir réalisé une formation bien définie, à la pratique de certains actes techniques ou à la prescription de certains tests et médicaments ou au droit de vacciner, dans un cadre parfaitement explicite.
Plusieurs pays européens (Suisse, France, Angleterre, Pays-Bas…) ont mis en place ce concept. Le Canada et les USA ont implanté cette fonction depuis de nombreuses années.

Il paraît plus judicieux pour le Luxembourg de s'engager sur cette voie pour développer la compétence clinique des professions de santé dans divers domaines de prise en charge des patients, d'autant que cette voie est déjà démarrée et qu'il existe sur le terrain des professionnels ayant fait ce type de formation.
Par contre, il faut créer un cadre strict, qui devrait être inscrit dans la loi sur les professions de santé et réglementé afin de ne pas donner un statut de pratique clinique avancée à des professionnels sans la garantie d'acquisition de compétences. Le statut de « profession de santé avec une compétence clinique avancée dans le domaine de… » ne devrait être reconnu qu'après l'obtention d'un diplôme universitaire ou d'un diplôme de faculté des sciences infirmières. Le droit d'exercice de la pratique clinique avancée avec des attributions spécifiques ne pourrait avoir lieu que si le statut de pratique clinique avancée est obtenu.
Ce statut devrait être reconnu et valorisé dans les CCT.
Un dispositif de promotion professionnelle contractuelle, à savoir réalisation de la formation avec maintien du salaire par l'employeur pendant la durée de la formation sous réserve d'un contrat d'exercice professionnel pendant plusieurs années, devrait soutenir la réalisation des formations pour l'obtention d'un statut de compétence clinique avancée.
Un certain pourcentage de professions de santé de compétence clinique avancée dans les divers services hospitaliers ou institutions de l'assurance dépendance devrait être considéré requis pour garantir la qualité des prises en charge des patients ou des bénéficiaires.

Il faut enfin acter que le statut de « compétence clinique avancée » n'est pas à confondre avec l'accessibilité à une formation continue. Il ne s'agit pas de formation continue pour l'actualisation de connaissances mais constitue une acquisition de connaissances et de compétences nouvelles permettant la réalisation de nouvelles attributions professionnelles.
Dans le cadre de la rareté de ressources médicales, cette compétence clinique avancée, peut dans certaines disciplines permettre de réaliser du « task-shifting » entre les médecins et les professions de santé, comme cela se pratique déjà dans plusieurs pays où la rareté médicale est un fait.
Cela permet aussi d'organiser des cliniques ambulatoires monothématiques avec une collaboration médecin-profession de santé très efficiente.
Enfin, la possibilité d'acquérir une compétence clinique avancée dans divers domaines engendre une diversification des compétences disponibles au sein des équipes, renforçant ainsi la qualité des prises en charge des patients.
Il est nécessaire de préciser que ces professions de santé avec compétences cliniques avancées ne sont pas de nouveaux cadres soignants, mais restent essentiellement des cliniciens prestant des soins aux patients.

9.5. Rôle des professions de santé réglementées

Plusieurs professions de santé ont dans leurs attributions professionnelles un rôle clairement énoncé de promotion de la santé physique, mentale et sociale, ainsi que de prévention. L'OMS plaide en faveur des soins de santé primaires considérant que la promotion de la santé et la prévention sont moins coûteuses que le traitement des maladies. Elle invite les pays à développer des politiques efficaces de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce.
C'est pourquoi, l'OMS recommande d'investir dans le rôle de promoteur de santé des professionnels de la santé qu'ils soient médecins ou professions de santé.

La présente étude a permis de mettre en évidence les points suivants :

- l'autorité publique demande dans les plans nationaux aux professions de santé et aux médecins généralistes d'intervenir dans la promotion et la prévention de la santé,
- cependant, le financement de ces activités n'est pas souvent prévu,
- même si les attributions des professions de santé prévoient ce rôle de promotion, d'éducation à la santé et de prévention, leurs nomenclatures des actes et services, dans le cadre de leur convention avec la CNS, contiennent principalement des actes curatifs et très peu d'actes préventifs, ce qui limite considérablement leur intervention dans le champ de la promotion, de la prévention et de l'éducation à la santé,
- certains actes appartenant au rôle propre des professions de santé ne peuvent être réalisés que sur prescription médicale.

L'analyse de la nomenclature des actes et services infirmiers pris en charge par l'assurance maladie en 2019 montre que sur 52 actes pouvant être réalisés dans le secteur des soins à domicile, aucun ne relève de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé ou de la prévention. Tous les soins sont des soins curatifs à faire essentiellement sur prescription médicale. Il est facilement compréhensible alors que les soins de santé primaires, dont une des composantes est normalement la prévention des risques et l'éducation à la santé, soient si pauvrement développés puisque les professionnels de la santé, médecins et infirmiers, ne sont pas financés pour ce type d'activité.

Chez les kinésithérapeutes, la nomenclature des actes prévoit 8 codes de rééducation correspondant à des interventions curatives, dont les techniques sont à choisir par le kinésithérapeute, reconnaissant ainsi la capacité de décision de ce professionnel. Un code ZB10 intitulé « Bilan » a été introduit. Il s'agit d'une avancée dans la nomenclature de cette profession, mais il ne peut être remboursé par la CNS que sur prescription médicale. Il n'y a dans la nomenclature aucun code pouvant correspondre à la promotion de la santé ou à la prévention par exemple des troubles musculo-squelettiques qui représentent pourtant une part importante des dépenses de santé, si sont considérés les arrêts de travail et les prises d'antalgiques.

La nomenclature des rééducateurs en psychomotricité comporte 9 codes, tous centrés sur une rééducation et donc appartenant au champ d'intervention du curatif. Aucun acte de promotion de la santé et de prévention n'est prévu. Ces actes doivent être tous autorisés préalablement par le contrôle médical de la sécurité sociale, témoignant ainsi du manque de confiance de l'autorité publique dans la compétence d'un professionnel à déterminer le besoin de rééducation en psychomotricité.

Dans la nomenclature des sages-femmes, le code S14 s'appliquant à la période prénatale « consultation au cours de la grossesse : préparation aux changements et /ou préparation à l'accouchement » et le code S26 qui s'applique à la période post-natale normale, imposent une prescription médicale. Pourtant, il s'agit d'une prise en charge de la grossesse normale, attribution reconnue à la sage-femme dans la réglementation de cette profession. La demande d'une prescription médicale alors qu'il s'agit d'une attribution professionnelle de la sage-femme met cette profession sous tutelle du médecin, en ne reconnaissant pas son rôle. Cela engendre un coût supplémentaire et une consommation de ressources médicales, alors qu'il s'agit du corps de métier de cette profession.

Il existe donc un décalage et une incohérence entre les attributions professionnelles et le financement des prestations des professions de santé. L'autorité publique doit donc clarifier son positionnement :

- soit le développement de la promotion de la santé, de la prévention et des soins de santé primaires sont un axe stratégique fort et dans ce cas, les attributions et l'autonomie de décision des professionnels doivent être renforcées et un financement doit être prévu pour ces interventions sous des modalités à définir,
- soit les professionnels de la santé, médecins et soignants, ne sont affectés qu'au traitement curatif et dans ce cas, il faut retirer de leurs attributions les missions de promotion et de prévention de la santé et ne plus vouloir promouvoir les soins de santé primaires.

9.6. Attributions professionnelles

A l'exception des pédagogues curatifs qui ne disposent pas d'attributions professionnelles réglementées, toutes les autres professions de santé ont un règlement grand-ducal qui précise leurs attributions.
Le texte le plus ancien date de 1969. Il concerne les infirmiers gradués et n'a pas été actualisé.
Il n'existe pas de processus d'actualisation systématique des attributions, par exemple tous les 5 ans, afin de tenir compte des bouleversements auxquels le système de santé est soumis.
De ce fait, il existe un décalage entre les pratiques professionnelles sur le terrain et les attributions prévues dans le règlement grand-ducal, dans presque toutes les professions de santé, à l'exception des attributions de l'ATM de chirurgie qui ont fait l'objet d'une révision, ont été publiées en mars 2019, tiennent compte de l'évolution de la chirurgie avec robotisation et ont intégré l'aide opératoire.

Le processus de révision des attributions professionnelles est long. Il peut durer jusqu'à 4 années entre la 1ère demande et la publication du nouveau règlement grand-ducal.
Les associations professionnelles font généralement la demande de révision auprès de l'autorité publique et proposent les adaptations du texte réglementaire, afin d'y intégrer les nouveautés liées à l'évolution des thérapies et à l'utilisation des équipements.

Etant donné que certaines professions de santé, telles que l'infirmier et l'aide-soignant, exercent dans les 3 secteurs (hospitalier, assurance dépendance, secteur de l'action sociale), l'exercice professionnel et le champ des interventions peuvent varier. Cependant, les spécificités de chacun des secteurs ne sont pas obligatoirement considérées, rendant alors l'application de la réglementation difficile.
Dans certains cas, comme celui des attributions professionnelles de l'aide-soignant, il s'avère que certaines attributions publiées par le RGD du 25 juillet 2002 portant sur l'exercice de la profession d'aide-soignant, ne sont applicables ni dans le secteur hospitalier, ni dans les réseaux de soins à domicile, ni dans les établissements de l'AD, selon les conditions émises par le texte réglementaire. Il s'agit des attributions que l'aide soignant réalise sur prescription médicale et qui doivent être réalisées en présence d'un professionnel de qualification supérieure. Or, les dotations actuelles en personnel infirmier dans ces secteurs ne permettent pas que l'acte soit réalisé en présence de l'infirmier. De ce fait, pour lever cette contrainte, les directions des soins ont pris la décision soit de laisser faire l'acte par l'aide soignant seul sans la présence de l'infirmier et donc de déroger à la réglementation, ou de demander aux aides-soignants de renoncer à ces attributions en affectant ces actes aux infirmiers. Ceci entraîne une démobilisation des aides-soignants qui se voient retirer une partie de leurs attributions. Cela coûte plus cher au système de santé puisque l'acte est fait par une qualification supérieure. Et cela représente un coût caché contreproductif puisque les aides-soignants avaient été formés après 2002 pour pouvoir réaliser ces actes. Cet investissement est à perte dans certains établissements hospitaliers. Ce problème, qui date de 2002, n'a à ce jour pas encore été solutionné.

Le système actuel manque de souplesse pour s'adapter facilement et rapidement aux changements incontournables de la pratique professionnelle, étant donné que les attributions définissent des tâches très précisément. Toute nouvelle prestation demandée par le médecin ou par le cadre de santé du service, non inscrite dans le RGD, peut en cas de problème, impliquer la responsabilité du professionnel qui a réalisé l'acte mais aussi la direction qui l'a laissé faire. De ce fait, il existe des zones de tension régulières dans l'exercice des professions de santé.

9.7. Sous-utilisation de ressources professionnelles

En période de rareté de ressources en professions de santé obligeant à recruter en dehors des frontières, il y a lieu de s'intéresser à l'optimisation des ressources actuellement disponibles.
Il s'avère que l'étude a mis en évidence une sous-utilisation flagrante d'au moins trois professions de santé : sage-femme, infirmière en pédiatrie, infirmier.

Pour la profession de sage femme, les attributions professionnelles prévoient la surveillance de la grossesse normale, la réalisation des examens nécessaires à la surveillance de l'évolution de la grossesse normale, la pratique de l'accouchement normal avec une présentation du sommet, y compris la réalisation d'une épisiotomie.
Ces attributions sont conformes à ce qui est pratiqué dans les autres pays européens.
Mais au Luxembourg, il s'avère que les sages-femmes sont loin de réaliser au quotidien ces attributions dans l'ensemble des maternités, les médecins spécialistes en gynécologie obstétrique prenant en charge le suivi des grossesses normales et réalisant aussi les accouchements normaux. Malgré cela, le Luxembourg conserve un taux élevé de césariennes (32 % en 2014-2015-2016)[1] largement supérieur à celui de la France (20,2% en 2015) alors que dans ce pays les accouchements normaux sont gérés en totalité par les sages-femmes.

Dans le cadre des décisions relatives à l'organisation de la pédiatrie sur le territoire national, il a été choisi de centraliser la prise en charge des enfants sur la Kannerklinik du CHL. Le besoin en infirmiers de pédiatrie a été plus grand dans cet établissement pour faire face à l'afflux d'enfants. Cependant dans la région Nord, des infirmiers en pédiatrie exerçaient auparavant auprès des enfants hospitalisés. La grande diminution de l'activité pédiatrique au Nord a induit la réaffectation des infirmiers de pédiatrie dans des services d'hospitalisation d'adultes, engendrant une insatisfaction de ces professionnels, mais surtout entraînant une perte de compétences par absence de pratique, alors que le pays a besoin de ces qualifications dans la région Centre.
Cet exemple montre que toute décision politique doit s'accompagner d'une analyse d'impact sur les ressources professionnelles, de propositions de mobilité professionnelle, afin d'éviter de gâcher des ressources rares. Ce 2ème exemple est significatif d'une sous–utilisation des ressources disponibles en infirmiers en pédiatrie.

Le troisième exemple est celui des infirmiers ou des sages-femmes travaillant dans les laboratoires privés d'analyses médicales, qui pratiquent essentiellement les prélèvements. Il s'agit d'une sous-utilisation des compétences globales des infirmiers ou des sages-femmes. Un métier de préleveuse pourrait répondre aux besoins des laboratoires, ce qui permettrait de remettre sur le marché de l'emploi des infirmiers ou des sages-femmes ayant bien d'autres compétences à offrir dans le système de soins de santé luxembourgeois.

[1] Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg. Rapport sur les naissances 2014-2015-2016 et leur évolution depuis 2001. Ministère de la Santé-Direction de la Santé-LIH 2019

9.8. Place de l'aide-soignant à l'hôpital

Alors que les aides soignants représentent 25,12 % du total des professions de santé en 2019, soit 3.784 individus, force est de constater que la place de l'aide-soignant à l'hôpital disparaît peu à peu, puisqu'elles ne sont plus que 499 à y travailler en 2019. Cette profession a été remplacée par des infirmiers, car cela offrait plus de souplesse dans la gestion des ressources, notamment lors des remplacements pour congés maladie de courte durée ou pour garantir les nuits. Alors que l'infirmier peut réaliser tous les soins, que ce soit les soins de base ou les soins techniques ou éducatifs, l'aide-soignant a un champ d'intervention plus restreint.
Lors du cursus de formation, 1 seul stage est proposé en milieu hospitalier aux élèves aides-soignants.
Le risque est donc de voir disparaître cette profession de l'hôpital.

Pourtant, cette profession reste appréciée par les patients car elle leur apporte le bien être par les soins de base et leur offre un espace de communication et d'écoute.
L'aide-soignant est d'autre part en mesure de soutenir l'organisation des services hospitaliers.
En période de rareté de ressources médicales, les infirmiers sont généralement beaucoup plus sollicités pour coordonner le parcours de soins et réaliser des actes techniques. L'aide-soignant prend alors en charge d'autres missions s'il est formé pour le faire et si ses attributions sont officiellement élargies.

9.9. Profession de cadre de santé

Alors que les règlements grand-ducaux relatifs à la loi sur l'assurance dépendance abordent les fonctions managériales et définissent quelques profils pouvant y accéder en fonction du type de structure, la loi concernant le secteur hospitalier est relativement muette sur ce sujet.
En dehors de l'article 31 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers, qui crée la fonction de directeur des soins dans les hôpitaux de plus de 200 lits sans en préciser les exigences de formation, le management des établissements hospitaliers n'est pas défini. Seuls des médecins coordinateurs sont inscrits dans la loi.
Pourtant, au quotidien, les établissements hospitaliers sont gérés conjointement au niveau des pôles d'activité par des médecins et des soignants.
Il serait impensable de faire fonctionner l'hôpital sans les cadres soignants. Ils sont la colonne vertébrale des établissements. Ils garantissent l'organisation des prises en charge, le bon fonctionnement journalier des structures, l'encadrement des ressources humaines et le développement des compétences de leurs collaborateurs. Ils veillent à la maintenance des équipements. Ils assurent le développement des projets. Ils garantissent la documentation et la mise en place de la traçabilité. Ils préparent les services à l'accréditation et supervisent l'application des normes qualité. Ils veillent à l'adaptation des nouvelles techniques et recommandations de bonne pratique. Ils s'engagent dans la maîtrise des coûts. Ils gèrent les plaintes et les évènements indésirables et assurent la communication avec les patients et leurs proches.
Ils donnent une âme au service de santé qu'ils gèrent, introduisent des concepts de soins et par leur leadership vont entraîner leur équipe à innover. L'attention qu'ils portent à leur équipe aura un impact sur la productivité, l'efficience, le bien être au travail. Ils sont sollicités en permanence pour réaliser le reporting des activités.
Il s'agit donc d'un métier à part entière, qui nécessite des connaissances afin de ne pas être un simple exécutant de directives mais bien un acteur indispensable du système de santé pour le rendre durable. Il est attendu de ces acteurs un professionnalisme qu'il leur faut apprendre. Il est possible d'être un excellent médecin ou un excellent soignant sans pour autant être un excellent cadre de santé. D'autres compétences sont à mobiliser.
Leur rôle est d'autant plus important que la médecine hospitalière est majoritairement libérale. Pour le bon fonctionnement des soins, ils sont amenés à intervenir au quotidien dans la coordination des activités médicales, dans l'harmonisation des pratiques, dans le respect des règles d'accréditation.
Ils ont un rôle clé, et pourtant ils n'existent nulle part : ni dans la loi, ni dans les règlements d'application. Dans les normes conventionnelles de services entre la CNS et la FHL, les cadres intermédiaires sont identifiés, mais les cadres de services n'apparaissent que pour certains types de services médico-techniques : bloc opératoire, salle de réveil, dialyse, anesthésie, endoscopie.
Il n'existe pas d'exigences quant à leur formation.

9.10. Normes de qualifications professionnelles

Les services de santé nécessitent une expertise clinique spécialisée dans certains secteurs d'activité :

- le bloc opératoire avec l'ATM de chirurgie,
- l'anesthésie et les services de soins intensifs ainsi que le service d'aide médicale urgente avec l'infirmier en anesthésie et réanimation,
- la néonatologie et la pédiatrie, ainsi que le secteur de la petite enfance avec l'infirmière en pédiatrie,
- la psychiatrie hospitalière et extrahospitalière ainsi que le secteur de la santé mentale avec l'infirmier psychiatrique,
- les salles d'accouchement et les services de maternité avec les sages-femmes.

Le pays organise des formations au LTPS pour ces professions, dont le contenu est défini. Ces professions ont des attributions inscrites dans des règlements grand-ducaux.
Cependant, elles ne font l'objet d'aucunes normes minimales inscrites dans l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers, qui définit les différents services hospitaliers. De même, ces professions spécialisées n'apparaissent pas dans les normes conventionnelles entre la CNS et la FHL.
Bien que formant des professionnels spécialisés, l'autorité publique ne reconnaît pas leur valeur ajoutée dans le processus de prise en charge des patients, puisqu'elle n'exige pas un certain quota de qualification pour la prise en charge de certains types de patients.
Ce choix présente un risque pour la population. En effet, pour des raisons financières, il pourrait être un jour décidé de ne plus reconduire par exemple des formations coûteuses avec de si petits volumes de professionnels formés. La profession pourrait disparaître d'elle même.
Pourtant, l'apport de ces professionnels est essentiel dans la qualité de prise en charge. Les compétences développées sont directement transposables aux patients.
Aujourd'hui, il serait possible de décider de faire fonctionner les blocs opératoires sans ATM de chirurgie, le service de néonatologie sans infirmier de pédiatrie ou le service de psychiatrie sans infirmier psychiatrique.
Bien évidemment, cette absence de norme de qualifications professionnelles dans le secteur hospitalier a permis, et permet encore, une grande souplesse dans la gestion des ressources humaines dans des périodes de pénurie nationale. Pouvoir combler un manque d'infirmier spécialisé par un infirmier de soins généraux disponible sur le marché de l'emploi a permis de continuer à faire fonctionner les structures de santé. Mais par contre, cela n'a pas incité le pays à développer des stratégies pour former ces professionnels spécialisés, puisqu'aucun quota n'était fixé.
Fixer un quota minimal de qualification professionnelle dans la réglementation donne un minimum de garantie aux patients.

9.11. Evolution des charges des professions de santé

Les interviews réalisés dans le cadre de la présente étude ont permis de mettre en évidence à grande échelle, un même constat tant chez les professions de santé que chez les médecins : une augmentation du temps consacré à la documentation et aux obligations de traçabilité.
Le bien fondé de ces activités est parfois mis en cause, car la plus value pour le patient est difficile à démontrer. Mais en général les professionnels reconnaissent que ces obligations dans le cadre de l'accréditation garantissent plus de sécurité aux patients. Ils s'accordent aussi pour dire que la documentation est un élément fondamental de la continuité des soins et donc de la qualité de la prise en charge.
Mais, ce dont les professionnels se plaignent, c'est surtout des outils électroniques mis à leur disposition, de leur absence d'interopérabilité qui engendre une perte de temps. Ils estiment que les outils proposés répondent en priorité aux besoins de reporting mais n'améliorent pas l'efficience des professionnels.
Médecins et professions de santé attendent des outils fonctionnels, communiquant entre eux, qui intègrent les besoins des utilisateurs.
Le DSP, les dossiers électroniques hospitaliers ne sont pas cités comme des outils conviviaux ayant apporté une plus value dans les prises en charge des patients. Ils sont appréciés comme des mangeurs de temps professionnel.
Les professions de santé ont le sentiment de passer plus de temps à la documentation qu'aux soins.
Plusieurs exemples à l'étranger ont mesuré cet effet indésirable de l'implémentation des dossiers électroniques médicaux. Peuvent être cités :

- le Kaiser Health Plan à Oakland aux USA qui montre que les médecins passent entre 30 et 75 minutes par jour en plus en raison de l'utilisation des outils cliniques électroniques,
- le Cedars Sinaï Medical Center de Los Angeles aux USA qui calcule le nombre de clics que doit faire le médecin pour insérer le diagnostic du patient,
- la RAND survey qui montre l'augmentation du temps passé à l'ordinateur au lieu d'être utilisé comme temps clinique, la baisse du temps de face à face avec le patient et l'augmentation de l'insatisfaction des patients.

Il y a donc à réinventer les outils électroniques à utiliser dans le secteur de la santé afin de les rendre plus communicants, plus performants et plus conviviaux. L'utilisation de l'intelligence artificielle et des systèmes vocaux devrait dans l'avenir améliorer cette situation.

9.12. Promotion des professions de santé

Le Luxembourg dispose de 42 % de professions de santé de nationalité luxembourgeoise. Il est tenu pour faire fonctionner le système de santé de recruter 58 % des professions de santé de nationalité étrangère, qui résident pour 95 % d'entre eux à l'étranger dans les pays limitrophes.
Le pays ne produit pas assez de professions de santé à partir de sa propre population pour répondre aux besoins en professions de santé.
Plusieurs hypothèses ont été émises par les acteurs rencontrés lors des interviews pour l'étude :

- image peu positive des métiers de la santé auprès de la population et des jeunes,
- contraintes liées aux métiers non compatibles avec les attentes de la jeunesse,
- formation peu qualifiante par rapport à d'autres professions (BTS),
- autres secteurs plus compétitifs pour les jeunes : emplois à l'Etat ou dans le secteur financier.

Il n'a pas été retrouvé d'étude récente permettant de connaître l'image des professions de santé au sein de la population adulte en général, ainsi qu'auprès des jeunes, qui pourrait servir de support pour construire une action médiatique de promotion des professions de santé.

D'autre part, il n'a pas été retrouvé de campagne de promotion médiatique en faveur des métiers de la santé menée soit par l'autorité publique, soit par les associations professionnelles ou le CSPS. Pourtant le pays a des besoins non satisfaits par ses propres ressources. Seule la présence au salon de l'étudiant permet d'établir quelques contacts.
Le fascicule du CEDIES sur la présentation des métiers de la santé et des lieux de formation peut être considéré comme une action de promotion des métiers de la santé. Mais cela n'est pas suffisant.

Il y a donc lieu de s'interroger sur les moyens de promotion utilisés par le pays depuis les 20 dernières années pour tenter d'accroître sa capacité d'attraction des jeunes vers les professions de la santé : quel est le bilan des actions existantes? Les actions sont-elles suffisantes ? Sont-elles adaptées au public-cible ? Les professions de santé sont-elles toutes connues du grand public ? L'image des professions de santé dans la population et chez les jeunes est-elle en faveur de l'orientation des jeunes vers ces professions de santé ?

9.13. Programme de fidélisation des professions de santé

En raison de la rareté des ressources en professions de santé au Luxembourg et de la nécessité de recruter à l'étranger, l'importance doit être donnée au maintien en emploi des ressources existantes le plus longtemps possible.
Tous les programmes visant à fidéliser les professions de santé sont considérés par l'OMS comme un outil de lutte contre la pénurie de professionnels de la santé.
Ces programmes, en améliorant le bien être des professions de santé et la satisfaction au travail, ont en général deux effets :

- allonger la durée de vie au travail des professions de santé,
- améliorer la qualité de la délivrance des soins, les patients et la population en étant alors les bénéficiaires indirects.

Lors de l'étude, les professions de santé ont généralement constaté que les conditions de travail prévues par les CCT sont favorables, comparées aux conditions de travail à l'étranger. Seules les différences salariales entre CCT-FHL et CCT-SAS sont relevées comme un facteur favorisant les difficultés de recrutement dans ce secteur.
L'accès au congé parental est vécu par les professions de santé, qui sont à 80 % des femmes, comme un facteur positif pour se maintenir au travail tout en assumant son rôle parental.
L'accès au temps partiel, bien que reconnu compliqué en terme de maintien des connaissances, est considéré par les professions de santé comme un moyen de rester dans la vie professionnelle.
Mais les attentes des professions de santé résident à un autre niveau : avoir la possibilité de se développer au cours de la carrière non dans le domaine managérial mais dans le domaine clinique. Il s'agit donc de garantir un développement durable dans la profession.
Or le dispositif actuel de formation professionnelle continue permet de contribuer à quelques formations continues mais ne permet pas une orientation vers l'acquisition de nouveaux diplômes en cours d'emploi. Il n'existe pas de dispositif de promotion professionnelle contractuelle.
Il est attendu aussi de pouvoir aménager les fins de carrière des professions de santé usées par un exercice professionnel aux contraintes diverses (horaires de nuit, lourdes charges physiques, charge mentale liée aux situations de stress ou de mort) afin de ne pas perdre les compétences cliniques disponibles au sein de la communauté professionnelle et les transmettre aux générations futures. Le développement de programmes de « mentoring » pourrait concourir à maintenir au travail tout en contribuant au développement professionnel des plus jeunes.
Enfin, le mode de management est considéré par les professions de santé rencontrées lors de l'étude comme un facteur clé de la longévité professionnelle. Les éléments clés qui ont pu être relevés sont :

- avoir une mission claire,
- être reconnu pour la contribution apportée à la santé du patient, du bénéficiaire ou du citoyen,
- avoir une égalité de traitement entre toutes les professions, chacune contribuant en complémentarité aux résultats de santé du patient ou du bénéficiaire
- pouvoir prendre des décisions si les connaissances et les compétences sont présentes,
- travailler dans un environnement professionnel transparent, cohérent, respectueux des individus,
- pouvoir proposer des changements et pouvoir innover,
- être intégrés dans une communauté professionnelle,
- pouvoir évoluer au cours de la vie professionnelle.

Ces attentes repose donc sur la qualité de management des cadres de santé, sur leur niveau de maturité, leurs compétences techniques de management, leurs compétences relationnelles et leur leadership.

Au cours de l'étude, ont aussi été relevés quelques programmes visant au développement du bien être au travail, organisés principalement dans le secteur hospitalier. La cohésion d'entreprise est aussi recherchée par divers programmes de loisirs au sein des structures.

Prendre soin des patients et des bénéficiaires nécessite de prendre soins des professions de santé et des professions médicales.

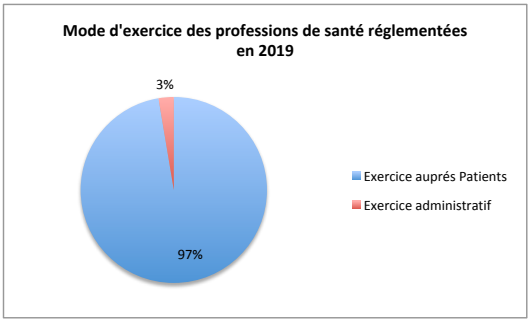
9.14. Indicateurs globaux sur l'ensemble des professions de santé

9.14.1 Note méthodologique

Etant donné que le classement des professionnels au niveau du mode d'exercice professionnel a été fait directement par le service du registre du Ministère de la santé, cette information n'a pas été modifiée pour l'étude.
Cependant, ce classement n'a pas pu être vérifié.
Il apparaît que dans certaines professions, le nombre des professionnels classés en mode d'exercice administratif est élevé (ex : assistants sociaux). C'est pourquoi, il a été choisi de présenter les résultats avec la totalité des données, pour avoir une vue complète de la situation en professionnels dans le pays. Cependant, dans chaque fiche de profession de santé réglementée, sont exposés les résultats des professionnels déclarés comme exerçant aux patients.
La terminologie « exerçant aux patients » comprend aussi bien l'exercice auprès des patients, que l'exercice auprès des bénéficiaires de l'assurance dépendance ou des bénéficiaires de l'action sociale.

9.14.2 Nombre absolu de professions de santé réglementées en 2019

En 2019, le Luxembourg dispose de **15.062** professions de santé réglementées en activité, dont 14.666 exercent auprès des patients (97 %) ou bénéficiaires de l'assurance dépendance ou de l'action sociale, et 396 exercent dans des fonctions administratives (3%).



Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
Fig.9.1 : Répartition des modes d'exercice des professions de santé réglementées en 2019 (n=15.062)

9.14.3 Répartition par profession et mode d'exercice des professions de santé réglementées en 2019

Les infirmiers représentent 41,26 % de l'ensemble des professions de santé en 2019. C'est le groupe professionnel le plus important. Il est suivi par les aides-soignants (25,12 %) et les kinésithérapeutes (8,60 %).

Les professions d'infirmiers spécialisés, d'ATM de chirurgie, de sages-femmes, d'ATM de radiologie et d'infirmiers en anesthésie-réanimation comptent entre 200 et 400 professionnels.

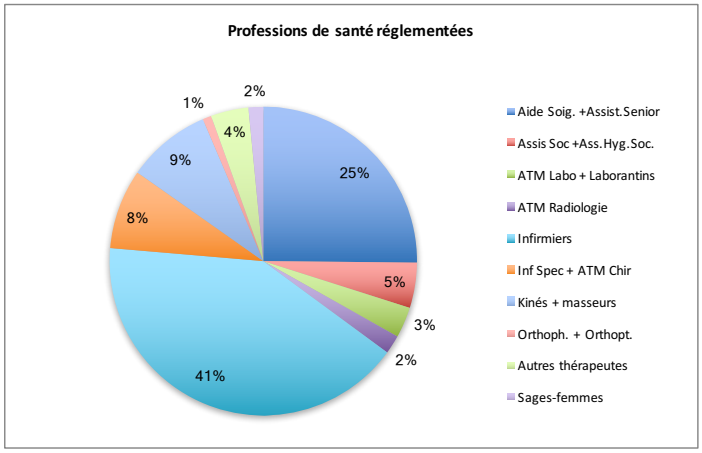
Il existe de très petits groupes, tels que les assistants seniors (5) et masseurs (36).

La distribution par profession et par mode d'exercice des professions de santé réglementées, en 2019, est la suivante :

Professions de santé réglementées	Nombre	Pourcentage	Ex.Patients	Administratifs
Aides-soignants	3.784	25,12	3.740	44
ATM Chirurgie	207	1,37	203+3	1
ATM Laboratoire	202	1,34	174	28
ATM Radiologie	295	1,96	294	1
Assistants d'hygiène sociale	82	0,54	51	31
Assistants senior	5	0,03	5	0
Assistants sociaux	634	4,21	560	74
Diététiciens	99	0,66	96	3
Ergothérapeutes	331	2,2	330	1
Infirmiers	6.214	41,26	6.153	61
Infirmiers anesthésie réanimation	409	2,72	407	2
Infirmiers en pédiatrie	268	1,78	261	7
Infirmiers en psychiatrie	246	1,63	197	49
Infirmiers gradués	132	0,88	109	23
Laborantins	283	1,88	247	36
Masseurs	36	0,24	34	2
Masseurs Kinésithérapeutes	1296	8,6	1293	3
Orthophonistes	116	0,77	103	13
Orthoptistes	21	0,14	14	7
Pédagogues curatifs	38	0,25	32	6
Podologues	26	0,17	26	0
Rééducateurs en psychomotricité	104	0,69	103	1
Sages-femmes	234	1,55	231	3
Total	15.062	100	14.666	396

Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019

Tab.9.1 : Répartition par profession et par mode d'exercice des professions de santé réglementées, en 2019 (n=15.062)

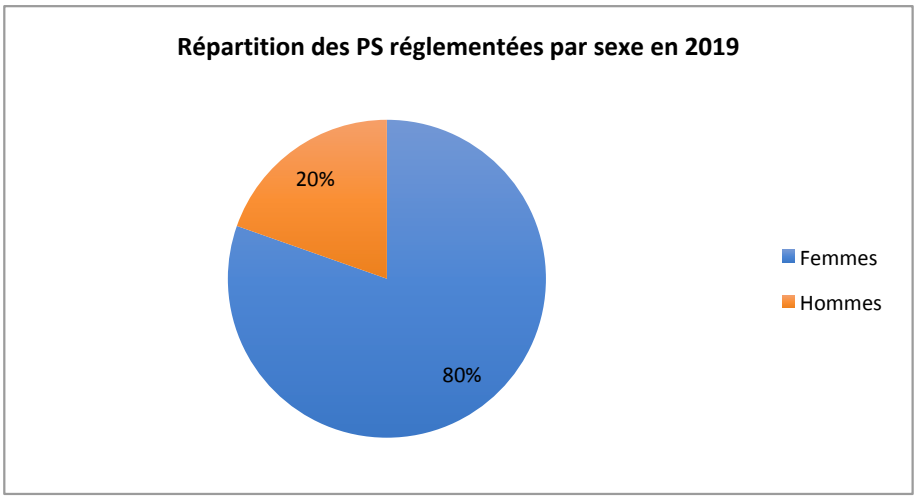


Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019

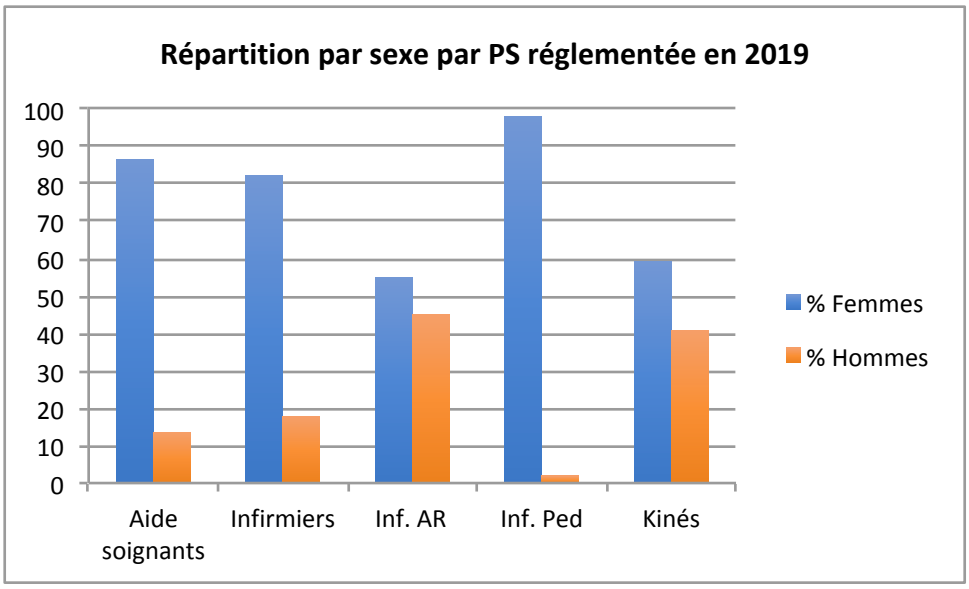
Fig.9.2 : Répartition par groupes de professions et par mode d'exercice des professions de santé réglementées, en 2019 (n=15.062)

9.14.4 Répartition par sexe des professions de santé réglementées en 2019

En 2019, 80 % des professions de santé sont des femmes. La répartition est de 12.106 femmes et de 2.953 hommes.
Cette répartition varie selon la profession, avec par exemple chez les sages-femmes essentiellement des femmes.
Cette composition a des répercussions sur les besoins en contrats de type CDD pour les remplacements de congés maternité et congés parentaux.



Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
Légende : PS professions de santé
Fig.9.3 : Répartition par sexe des professions de santé réglementées, en 2019 (n=15.059)



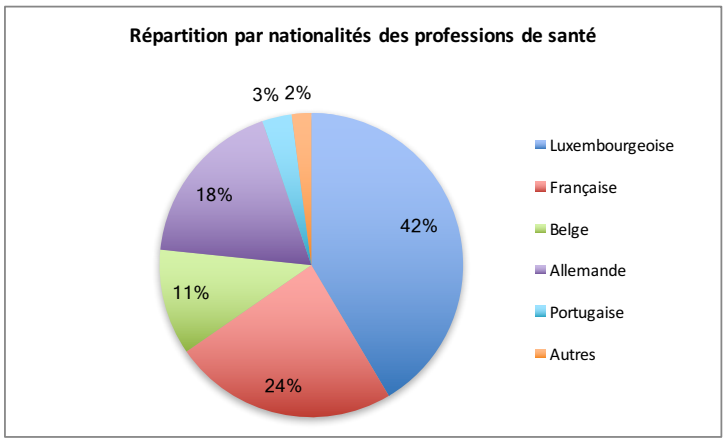
Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
Légende : PS professions de santé, Inf.AR infirmier en anesthésie réanimation, Inf. Ped. Infirmier en pédiatrie
Fig.9.4 : Répartition par sexe dans certaines professions de santé réglementées, en 2019

9.14.5 Répartition par nationalité des professions de santé réglementées en 2019

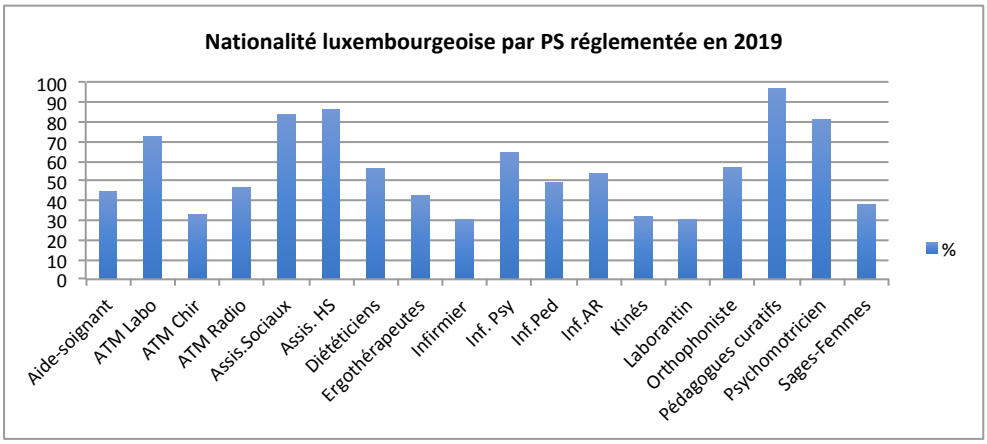
En 2019, sur l'ensemble des professions de santé, quelque soit le mode d'exercice, 42 % des personnes sont de nationalité luxembourgeoise.
La proportion de personnes de nationalité luxembourgeoise varie selon la profession.
La question linguistique se pose donc à la fois dans la communication avec les patients ou les bénéficiaires, mais aussi au sein des équipes de soins.

Nationalité	Nombre
Luxembourgeoise	6.242
Française	3.598
Belge	1.693
Allemande	2.732
Portugaise	474
Autres	313
Total	15.052

Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
Tab.9.2 : Répartition par nationalité des professions de santé réglementées, en 2019



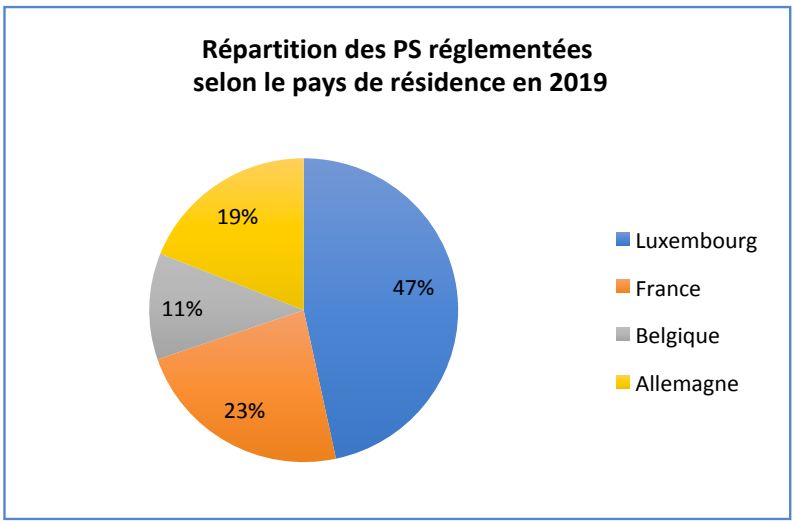
Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
Légende : PS professions de santé
Fig.9.5 : Répartition par nationalité des professions de santé réglementées, en 2019 (n=15.052)



Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
Légende : PS professions de santé, Inf.AR infirmier en anesthésie réanimation, Inf. Ped. Infirmier en pédiatrie
Fig.9.6 : Répartition par nationalité des professions de santé réglementées, en 2019 (n=15.052)

9.14.6 Répartition par pays de résidence des professions de santé réglementées en 2019

En 2019, 47% des professions de santé réglementées résident au Luxembourg.
Ce qui veut dire que 5 % de professions de santé réglementées de nationalité étrangère résident aussi au Luxembourg, à savoir 3% de portugais, 1% d'allemands et 1 % de français.



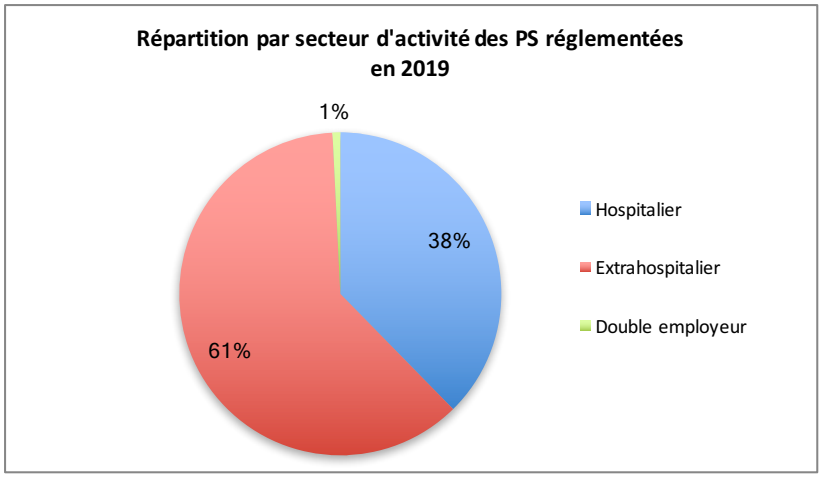
Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
Légende : PS professions de santé
Fig.9.7 : Répartition par pays de résidence des professions de santé réglementées, en 2019 (n=15.059)

9.14.7 Répartition par secteur d'activité des professions de santé réglementées en 2019

En 2019, 38 % des professions de santé réglementées, quelque soit leur mode d'exercice, travaillent dans le secteur hospitalier. Les autres travaillent dans le secteur extrahospitalier comprenant l'assurance dépendance, le secteur de l'action sociale et l'extrahospitalier.
Environ 1 % des professions de santé ont un double employeur.
Cette répartition impose donc de tenir compte des besoins propres à chacun des secteurs. Le modèle d'exercice hospitalier ne peut plus être la seule référence pour l'exercice professionnel.

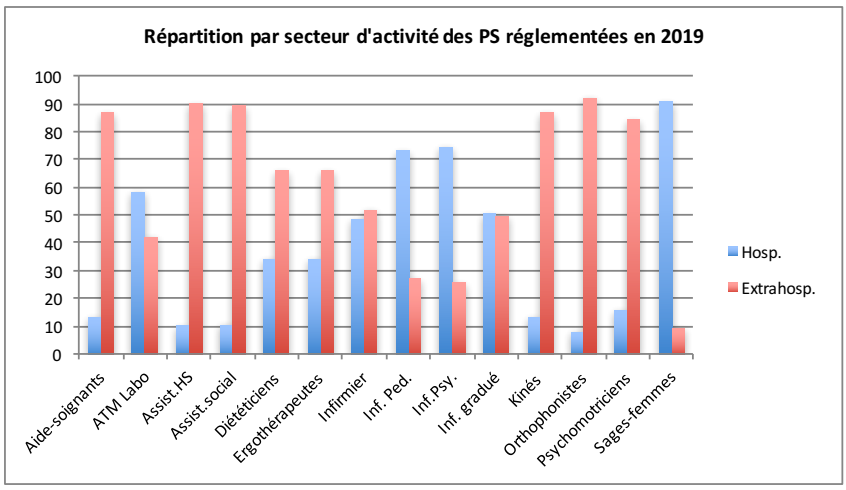
Secteur activité	Nombre
Hospitalier	5.671
Extrahospitalier	9.274
Double employeur	117
Total	15.062

Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
Tab.9.3 : Répartition par secteur d'activité des professions de santé réglementées, en 2019 (n=15.062)



Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019

Fig.9.8 : Répartition en pourcentage par secteur d'activité des professions de santé réglementées, en 2019 (n=15.062)



Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019

Fig.9.9 : Répartition en pourcentage par secteurs d'activité de certaines professions de santé réglementées en 2019

9.14.8 Ratio par 1.000 habitants des professions de santé réglementées en 2019

Le ratio par 1.000 habitants est un ratio communément admis pour établir des comparaisons dans le temps et des comparaisons internationales.
Le ratio global a été calculé, puis le ratio par profession de santé réglementée.
Les ratios ont été calculés sur base de la population résidant au Luxembourg établie par le STATEC, à savoir 613.894 résidents.
Pour le ratio des sages-femmes, celui-ci a été calculé par rapport au nombre de femmes en âge de procréer en 2019, à savoir de 15 à 49 ans: 150.050 femmes
Pour le ratio des infirmiers en pédiatrie, le ratio a été calculé par rapport au nombre d'enfants de moins de 15 ans, à savoir : 98.607 enfants.

En 2019, le ratio global est de **24,54** professions de santé par 1.000 habitants (n=15.062), quelque soit le mode d'exercice.

En 2019, le ratio global ajusté aux professions de santé en exercice auprès des patients et bénéficiaires est de **23,89** professions de santé par 1.000 habitants (n= 14.666).

Le ratio par profession de santé réglementée par 1.000 habitants ajusté pour les sages-femmes et les infirmiers pédiatriques en 2019, quelque soit le mode d'exercice, est le suivant :

Professions de santé réglementées	Nombre	Ratio/1.000h
Aides-soignants	3.784	6,16
ATM Chirurgie	207	0,34
ATM Laboratoire	202	0,33
ATM Radiologie	295	0,48
Assistants d'hygiène sociale	82	0,13
Assistants senior	5	0,01
Assistants sociaux	634	1,03
Diététiciens	99	0,16
Ergothérapeutes	331	0,54
Infirmiers	6.214	10,12
Infirmiers anesthésie réanimation	409	0,67
Infirmiers en pédiatrie	268	2,72**
Infirmiers en psychiatrie	246	0,40
Infirmiers gradués	132	0,22
Laborantins	283	0,46
Masseurs	36	0,06
Masseurs Kinésithérapeutes	1296	2,11
Orthophonistes	116	0,19
Orthoptistes	21	0,03
Pédagogues curatifs	38	0,06
Podologues	26	0,04
Rééducateurs en psychomotricité	104	0,17
Sages-femmes	234	1,56*
Total	15062	**27,99**

Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
*** ajustement sur 98.607 enfants de moins de 15 ans*
** ajustement sur 150.050 femmes en âge de procréer*
Tab.9.4 : Ratio par 1.000 habitants par profession de santé réglementée quelque soit le mode d'exercice, ajusté pour les sages-femmes et les infirmiers pédiatriques, en 2019 (n=15.062)

Le ratio par profession de santé réglementée par 1.000 habitants ajusté pour les sages-femmes et les infirmiers pédiatriques en 2019, seulement pour les professionnels exerçant auprès des patients, est le suivant :

Professions de santé réglementées exerçant auprès des patients ou bénéficiaires	Nombre	Ratio/1000h
Aides-soignants	3.740	6,09
ATM Chirurgie	203***	0,33
ATM Laboratoire	174	0,28
ATM Radiologie	294	0,48
Assistants d'hygiène sociale	51	0,08
Assistants senior	5	0,01
Assistants sociaux	560	0,91
Diététiciens	96	0,16
Ergothérapeutes	330	0,54
Infirmiers	6.153	10,02
Infirmiers anesthésie réanimation	407	0,66
Infirmiers en pédiatrie	261	2,65*
Infirmiers en psychiatrie	197	0,32
Infirmiers gradués	109	0,18
Laborantins	247	0,40
Masseurs	34	0,06
Masseurs Kinésithérapeutes	1.293	2,11
Orthophonistes	103	0,17
Orthoptistes	14	0,02
Pédagogues curatifs	32	0,05
Podologues	26	0,04
Rééducateurs en psychomotricité	103	0,17
Sages-femmes	231	1,54**
Total	14.666	**27,27**

Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
** ajustement sur 98.607 enfants de moins de 15 ans*
*** ajustement sur 150.050 femmes en âge de procréer*
**** : 3 ATM de chirurgie ont été retirés car déclarés travailler aux patients dans un établissement sans bloc opératoire*

Tab.9.5 : Ratio par 1.000 habitants par profession de santé réglementée exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires, ajusté pour les sages-femmes et les infirmiers pédiatriques, en 2019 (n=14.666)

Synthèse des ratios par 1.000 habitants

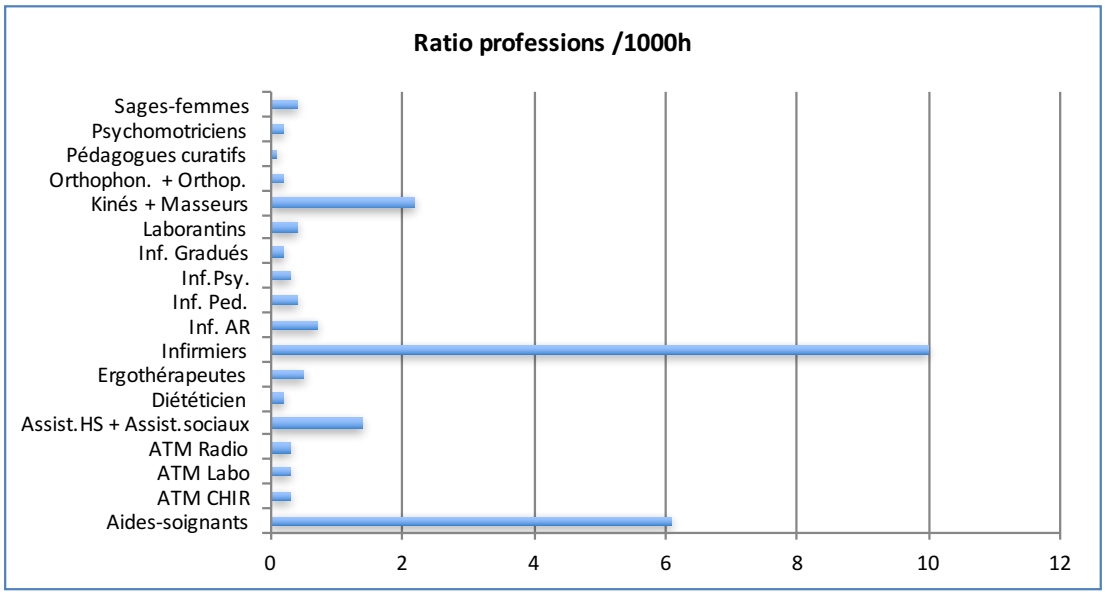
Type de ratio par 1.000 habitants	Valeur
Ratio global de professions de santé réglementées sans ajustement de population spécifique quelque soit le mode d'exercice professionnel	24,54
Ratio global de professions de santé réglementées exerçant auprès des patients ou bénéficiaires sans ajustement de population spécifique	23,89
Ratio global de professions de santé réglementées avec ajustement de population spécifique quelque soit le mode d'exercice professionnel	27,99
Ratio global de professions de santé réglementées exerçant auprès des patients ou bénéficiaires avec ajustement de population spécifique	27,27

Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
** ajustement sur 98.607 enfants de moins de 15 ans, ** ajustement sur 150.050 femmes en âge de procréer*

Tab.9.6 : Comparaison des ratios par 1.000 habitants par profession de santé réglementée exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires, ajusté ou non pour les sages-femmes et les infirmiers pédiatriques, en 2019, selon les modes d'exercice

Le ratio le plus important est celui des infirmiers en soins généraux avec 10,02 infirmiers pour 1.000 habitants, suivi du ratio des aides-soignants avec 6,09 aides-soignants pour 1.000 habitants.

Les infirmiers en pédiatrie ont un ratio de 2,65 pour 1.000 enfants de moins de 15 ans.



Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
** ajustement sur 98.607 enfants de moins de 15 ans*
*** ajustement sur 150.050 femmes en âge de procréer*
Fig.9.10 : Ratio par 1.000 habitants par profession de santé réglementée exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires, ajusté pour les sages-femmes et les infirmiers pédiatriques, en 2019 (n=14.666)

9.14.9 Age moyen et âge médian par profession de santé réglementée en 2019

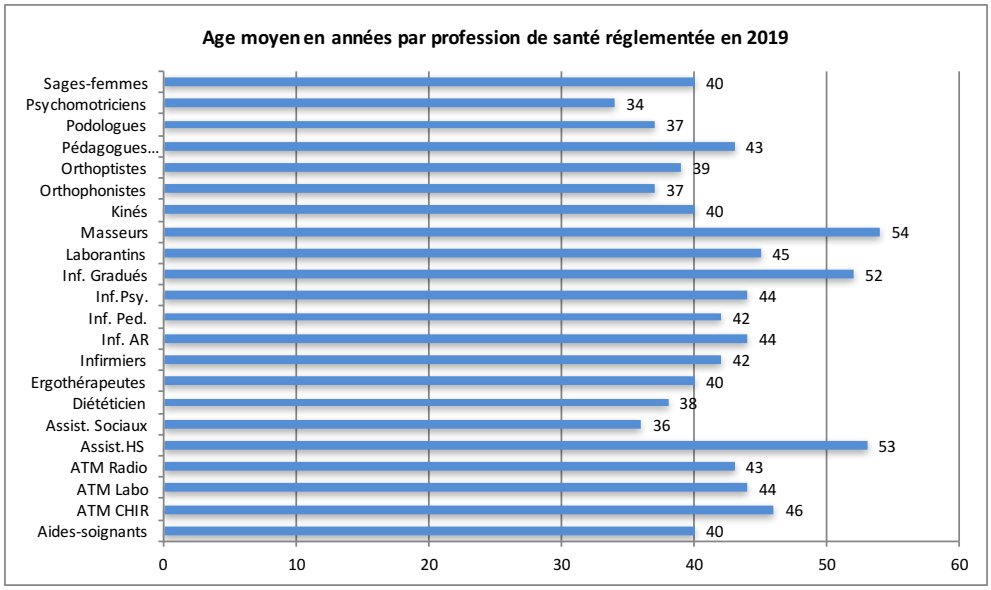
En 2019, l'âge moyen global de toutes les professions de santé réglementées confondues est de **41,41 ans**, et l'âge médian est de 41 ans.

En 2019, l'âge moyen global des professions de santé réglementées exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires est de **41,20 ans** et l'âge médian de 41 ans.

En 2019, l'âge moyen global des professions de santé réglementées administratives est de **48,9 ans** et l'âge médian est à 50 ans.
Les professionnels administratifs sont donc globalement plus âgés que les personnels exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires, de 7,5 années en moyenne et de 9 ans sur l'âge médian.

En 2019, les professions de santé réglementées les plus jeunes sont les rééducateurs en psychomotricité (34 ans), les assistants sociaux (36 ans), les podologues et les orthophonistes (37ans).

En 2019, les professions de santé réglementées les plus âgées sont les masseurs (54 ans), les assistants d'hygiène sociale (53 ans), les infirmiers gradués (52 ans), qui sont 3 professions en extinction. Il n'y a plus de nouvelles recrues, ce qui a pour effet d'élever l'âge moyen.



Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019
Légende : Inf.Psy infirmiers psychiatriques, Inf.Ped. infirmiers en pédiatrie, Inf.AR infirmier en anesthésie réanimation, Assis.HS assistants d'hygiène sociale
Fig.9.11 : Age moyen en années par profession de santé réglementée, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires, en 2019 (n=14.662)

9.14.10 Départs prévisibles des professions de santé réglementées

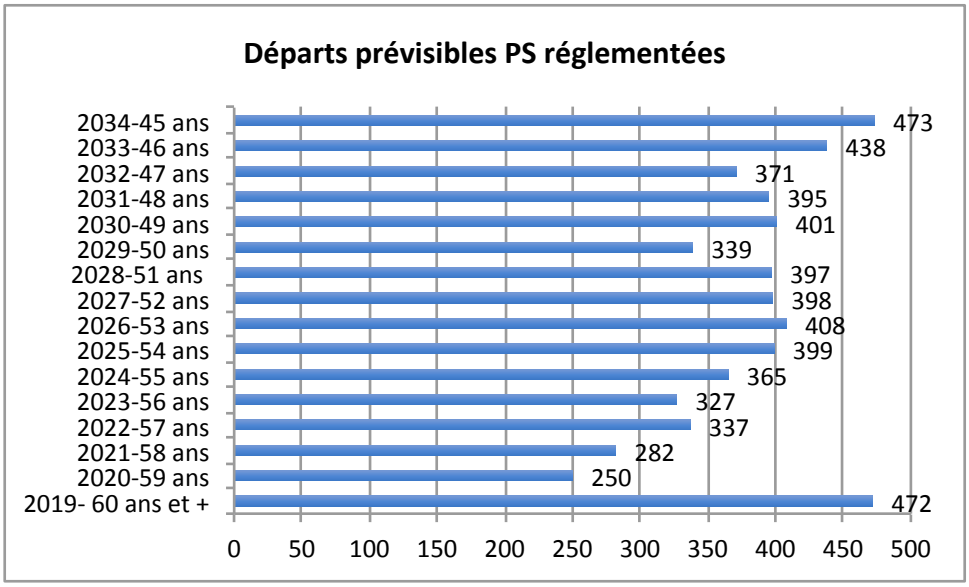
En considérant que l'âge de départ à la retraite se situe aux alentours de 60 ans[2] en raison de la comptabilisation des années d'études, des droits pour les enfants, des années de travail, il a été choisi de prendre ce seuil pour calculer par année le nombre de départs prévisibles de professionnels de santé.
Dans ce chapitre, seuls les départs prévisibles globaux seront présentés, car les données par profession de santé réglementée seront disponibles dans la fiche descriptive de chacune des professions.
Les départs ont été calculés à partir de l'année 2019 jusqu'en 2034 afin de permettre à l'autorité d'avoir une visibilité sur les besoins en formation.
Dans ces départs prévisibles, certains pourront être maîtrisables car les formations sont organisées au Luxembourg, d'autres ne le pourront pas car les formations sont réalisées à l'étranger.

Les départs chez les ATM de laboratoire et chez les laborantins peuvent être cumulés afin de connaître le besoin d'étudiants à former si ces deux professions sont rassemblées dans l'avenir dans une formation de technologue de laboratoire.

Les départs chez les aides-soignants et chez les assistants seniors ont été cumulés en raison du faible nombre d'assistants seniors.

Au total le besoin de remplacement de professions de santé entre 2019 et 2034 s'élève à 6.052 personnes, sans estimation d'une croissance liée à l'évolution de la démographie au Luxembourg, sans prise en considération du vieillissement de la population et sans tenir compte d'éventuelles ouvertures de nouvelles structures tel que prévu dans l'accord de coalition gouvernementale 2018-2023 ou d'agrandissement des établissements hospitaliers tel que prévu dans les autorisations d'exploitation.

[2] La recommandation de l'IGSS est de prendre le seuil de 60 ans pour comptabiliser les départs prévisibles



Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019

Fig. 9.12: Départs prévisibles de professions de santé réglementées sur la période 2019-2034 par année, calculés à partir de l'âge en 2019

Professions	Départs 2019-2034
Aides-Soignants + Assistants Seniors	**1.440**
Assistants sociaux + Assistants Hygiène Sociale	181
ATM CHIR	121
ATM Labo + Laborantins	**273**
ATM Radio	131
Dietéticiens	22
Ergothérapeutes	103
Infirmiers en Anesthésie Réanimation	202
Infirmiers Gradués	106
Infirmiers Pédiatriques	112
Infirmiers Psychiatriques	142
Infirmiers	**2.621**
Kinésithérapeutes	**409**
Masseurs	39
Orthophonistes	31
Orthoptistes	9
Pédagogues curatifs	11
Psychomotriciens	10
Podologues	8
Sages-femmes	81
Total	**6.052**

Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019

Tab.9.7 : Départs prévisibles de professions de santé réglementées sur la période 2019-2034 calculés à partir de l'âge en 2019, par profession

Sur l'ensemble des départs prévisibles sur la période 2019-2034, 194 ne peuvent être régulés par le Luxembourg, car les formations se déroulent à l'étranger.
Cela ne constitue que 3,21 % de l'ensemble des départs prévisibles.
Pour le reste des départs, les formations se déroulant sur le territoire luxembourgeois, l'autorité publique est en mesure d'intervenir et de prendre des décisions pour réguler les formations.
Cette information offre aussi à un comité de gouvernance, à créer, la possibilité de faire des choix stratégiques en proposant par exemple d'investir prioritairement dans les 10 prochaines années sur la formation d'infirmiers et d'aides soignants, ou de se concentrer sur la réponse aux professions spécialisées et autres technologues…
Ces choix doivent être raisonnés sur base des résultats obtenus.

9.15. Indicateurs particuliers

Plusieurs exemples d'indicateurs à suivre au niveau national par un comité de gouvernance, à créer, sont présentés ci-après.
Ils permettent de fixer des objectifs spécifiques pour certaines professions, d'évaluer chaque année l'évolution de l'indicateur, de réguler si besoin.
Ils permettent de définir précisément les besoins en formation à partir des ratios à atteindre.
Ce sont des outils dynamiques qu'une autorité publique doit s'approprier pour réguler le système de soins de santé par le recrutement à l'international ou par la formation.
Il n'existe pas toujours de comparaison à l'étranger pour ces indicateurs, chaque pays fixant le ratio à atteindre dans les diverses situations en fonction de son état de pénurie médicale et en fonction de la formation des professionnels.
Bien entendu, ces indicateurs ont une visée prospective puisque les durées de formation ne permettent souvent de répondre aux objectifs à atteindre qu'au bout des années de formation.
Pendant ce temps, la population est en croissance et vieillit. D'où la nécessité d'adapter régulièrement les ratios lorsque les professions de santé sont plus sollicitées par le vieillissement.

9.15.1 Ratio infirmiers exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires par médecin généraliste et spécialiste en 2019

Données	Résultat
Nombre d'infirmiers exerçant auprès des patients ou bénéficiaires	**6.153**
Nombre de médecins généralistes (MG)	**490**
Nombre de médecins spécialistes (MS)	**1.101**
Total MG + MS	**1.591**
Ratio infirmier exerçant auprès des patients ou bénéficiaires par MG et MS	**3,87**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab. 9.8: Ratio infirmiers exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires par médecin généraliste et spécialiste, en 2019

9.15.2 Ratio infirmiers, infirmiers spécialisés et sages-femmes exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires par médecin généraliste et spécialiste en 2019

Données	Résultat
Nombre d'infirmiers exerçant auprès des patients ou bénéficiaires	**6.153**
Nombre d'infirmiers spécialisés (ATM Chir+ Inf AR + Inf Ped + Inf Psy) exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires)	**1.068***
Nombre de sages femmes exerçant auprès des patients	**231**
Total des professions de santé considérées pour le calcul du ratio	**7.452**
Nombre de médecins généralistes (MG)	**490**
Nombre de médecins spécialistes (MS)	**1.101**
Total MG + MS	**1.591**
Ratio infirmier exerçant auprès des patients ou bénéficiaires par MG et MS	**4,68**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019
Légende : 3 ATM de chirurgie ne sont pas comptabilisés car déclarés exerçant auprès des patients mais travaillant dans des institutions ne disposant pas de bloc opératoire et n'ayant pas d'activité chirurgicale

Tab.9.9 : Ratio infirmiers + infirmiers spécialisés + sages-femmes exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires par médecin généraliste et spécialiste, en 2019

9.15.3 Ratio aides-soignants et assistants seniors par infirmier, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019

Données	Résultat
Nombre d'infirmiers exerçant auprès des patients ou bénéficiaires	**6.153**
Nombre d'aides-soignants et assistants seniors exerçant auprès des patients ou bénéficiaires	**3.745**
Ratio aides-soignants et assistants seniors par infirmier exerçant auprès des patients ou bénéficiaire	**0,62**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.10 : Ratio aides-soignants et assistants seniors exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires par infirmier exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires, en 2019

9.15.4 Ratio équipe multi-professionnelle par infirmier, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019

L'équipe multi-professionnelle est composée, pour le calcul de ce ratio, des professions suivantes : assistants sociaux, assistants d'hygiène sociale, diététiciens, ergothérapeutes, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédagogues curatifs, podologues, rééducateurs en psychomotricité.

Données	Résultat
Nombre d'infirmiers exerçant auprès des patients ou bénéficiaires	**6.153**
Nombre de PS d'équipe multi-professionnelle exerçant auprès des patients ou bénéficiaires	**2.642**
Ratio PS équipe multi-professionnelle par infirmier exerçant auprès des patients ou bénéficiaires	**0,43**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.11 : Ratio de professions de santé d'équipe multi-professionnelle par infirmier, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires, en 2019

9.15.5 Ratio ATM de laboratoire par laborantin, en exercice clinique, en 2019

Données	Résultat
Nombre d'ATM de laboratoire	**174**
Nombre de Laborantins	**247**
Ratio ATM de laboratoire par laborantin	**0,70**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.12 : Ratio d'ATM de laboratoire par laborantin, en exercice clinique, en 2019

9.15.6 Ratio ergothérapeute par kinésithérapeute, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019

Données	Résultat
Nombre d'ergothérapeutes exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**330**
Nombre de kinésithérapeutes exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**1.293**
Ratio d'ergothérapeutes par kinésithérapeutes exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**0,25**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.13 : Ratio d'ergothérapeute par kinésithérapeute, en 2019

9.15.7 Ratio infirmiers en pédiatrie par infirmier de soins généraux, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019

Données	Résultat
Nombre d'infirmiers exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**6.153**
Nombre d'infirmiers pédiatriques exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**261**
Ratio d'infirmier en pédiatrie par infirmier exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**0,04**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.14 : Ratio d'infirmier en pédiatrie par infirmier, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019

9.15.8 Ratio infirmiers psychiatriques par infirmier de soins généraux, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019

Données	Résultat
Nombre d'infirmiers exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**6.153**
Nombre d'infirmiers psychiatriques exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**197**
Ratio d'infirmier psychiatrique par infirmier exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**0,03**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.15 : Ratio d'infirmier en psychiatrie par infirmier, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019

9.15.9 Ratio infirmier en anesthésie réanimation par infirmier de soins généraux exerçant auprès des patients ou bénéficiaires, en 2019

Données	Résultat
Nombre d'infirmiers exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**6.153**
Nombre d'infirmiers en anesthésie réanimation exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**407**
Ratio d'infirmier en anesthésie réanimation par infirmier exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**0,07**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.16 : Ratio d'infirmier en anesthésie réanimation par infirmier, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019

9.15.10 Ratio ATM de chirurgie par infirmier de soins généraux, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires, en 2019

Données	Résultat
Nombre d'infirmiers exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**6.153**
Nombre d'ATM de chirurgie exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**203***
Ratio d'ATM de chirurgie par infirmier exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**0,03**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

*Légende : * 3 ATM de chirurgie sont déclarées exerçant aux patients dans des institutions ne disposant ni d'une activité chirurgicale, ni d'un bloc opératoire*

Tab.9.17 : Ratio d'ATM de chirurgie par infirmier, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019

9.15.11 Ratio ATM de chirurgie par infirmier en anesthésie réanimation, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires, en 2019

Données	Résultat
Nombre d'infirmiers en anesthésie réanimation exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**407**
Nombre d'ATM de chirurgie exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**203***
Ratio d'ATM de chirurgie par infirmier en anesthésie réanimation exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires	**0,50**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019
*Légende : * 3 ATM de chirurgie sont déclarées exerçant aux patients dans des institutions ne disposant ni d'une activité chirurgicale, ni d'un bloc opératoire*
Tab.9.18 : Ratio d'ATM de chirurgie par infirmier en anesthésie réanimation, exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019

9.15.12 Différents ratios relatifs aux professions de santé réglementées exerçant auprès des patients dans les hôpitaux, en 2018, en personnes et en ETP

Ces ratios ont été calculés sur base des fichiers des hôpitaux de 2018.

Types de ratios hospitaliers en 2018	Résultat
Ratio ATM de chirurgie / Infirmier en anesthésie réanimation	**0,57**
Ratio ETP en ATM de chirurgie / ETP en Infirmier en anesthésie réanimation	**0,56**
Ratio Infirmier en pédiatrie / Infirmier	**0,08**
Ratio ETP en infirmier en pédiatrie / ETP Infirmier	**0,08**
Ratio Infirmier psychiatrique / infirmier	**0,03**
Ratio ETP Infirmier psychiatrique / ETP Infirmier	**0,04**
Ratio ATM de chirurgie / Infirmier	**0,08**
Ratio ETP ATM de chirurgie / ETP Infirmier	**0,08**
Ratio Sage-Femme / Infirmier	**0,08**
Ratio ETP Sage-Femme / ETP Infirmier	**0,08**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019
Tab.9.19 : Différents ratios de professions de santé réglementées en 2018, dans les hôpitaux, en personnes et en ETP

9.15.13 Différents ratios de professions de santé réglementées par rapport aux médecins

Ces ratios ont été calculés sur base des données 2019 du registre des professions de santé réglementées et des données 2019 du registre des médecins et selon le nombre de médecins effectifs lors du croisement du registre avec le fichier de la CNS.
Seules les professions de santé réglementées exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires ont été considérées dans le calcul des ratios ci-après.

Types de ratios	Résultat
Ratio Infirmiers en anesthésie réanimation (407) / Médecin anesthésiste (107), selon les registres 2019	**3,80**
Ratio Infirmier en anesthésie réanimation (407) / Médecin anesthésiste (97) selon fichier CNS 2017	**4,20**
Ratio Sages-Femmes (231) / Médecin en gynécologie obstétrique (105), selon les registres 2019	**2,20**
Ratio Sages-Femmes (231) / Médecin en gynécologie obstétrique (92) selon fichier CNS 2017	**2,51**
Ratio Infirmiers en pédiatrie (261) / Médecin pédiatre (107) selon les registres 2019	**2,44**
Ratio Infirmiers en pédiatrie (261) / Médecin pédiatre (103) selon le fichier CNS 2017	**2,53**
Ratio ATM de radiologie (294) / médecin en radiodiagnostic (66) selon les registres 2019	**4,45**
Ratio ATM de radiologie (294) / médecin en radiodiagnostic (60) selon le fichier CNS 2017	**4,90**
Ratio Infirmiers psychiatriques (197) / médecin psychiatre + neuropsychiatre+ pédopsychiatre (135) selon les registres 2019	**1,46**
Ratio Infirmiers psychiatriques (197) / médecin psychiatre + neuropsychiatre + pédopsychiatre (121) selon le fichier CNS 2017	**1,63**

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab. 9.20: Différents ratios de professions de santé réglementées par rapport aux médecins spécialistes, selon les registres en 2019 ou selon le fichier de la CNS pour les médecins en 2017

9.16. Présentation des professions

Toutes les professions sont présentées selon le même modèle :

- nombre total,
- nombre individus exerçant auprès des patients,
- nombre individus administratifs,
- répartition par sexe,
- répartition des nationalités,
- répartition par pays de résidence
- répartition par type d'employeurs
- taux d'occupation par catégorie
- taux d'occupation moyen par semaine
- ratio par 1.000 habitants sur le total de personnes dans la profession
- ratio par 1.000 habitants sur les personnes exerçant auprès des patients
- départs prévisibles globaux par année entre 2019 et 2034
- graphiques
- remarques sur la profession

Les données présentées proviennent du registre des professions du Ministère de la santé et sont datées de mars 2019.

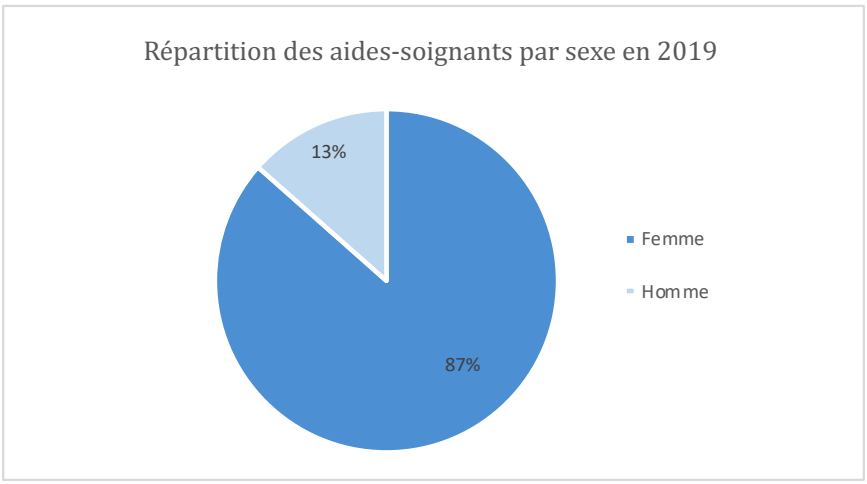
9.16.1 Profession d'aide-soignant

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N = 3.784	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		3.740	98,83
Nombre administratifs		44	1,17
Caractéristiques des aides–soignants exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N = 3.740	100
	Féminin	3.235	86,5
	Masculin	505	13,5
Nationalités		N = 3.736	100
	Luxembourgeoise	1678	44,9
	Allemande	679	18,2
	Belge	107	2,9
	Française	954	25,5
	Portugaise	197	5,3
	Autres	121	3,2
Pays de résidence		N = 3.740	100
	Luxembourg	1.912	51,20
	Allemagne	760	20,29
	Belgique	134	3,58
	France	932	24,88
	Autres	2	0,12
Employeurs		N = 3.739	100
	Cabinet	6	0,2
	COPAS et FEDAS	3.219	86,1
	Hôpitaux	499	13,3
	Ministères	1	0,0
	Associatifs	13	0,3
	Organismes Etatiques	1	0,0
Taux occupation (heures par semaine)		N = 3.732	100
	Mi-temps < ou = à 20h	475	12,7
	> à 20h et < à 37,5h	1.245	33,4
	> ou = à 37,5h	2.012	53,9
Taux occupation moyen (heures par semaine)		33,9	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		6,09	
Age en années			
	Age moyen	40,2	
	Age minimum	19	
	Age maximum	66	
	Age médian	39	
Départs prévisibles		N=3.740	
	2034-45 ans	77	
	2033-46 ans	89	
	2032-47 ans	80	
	2031-48 ans	88	
	2030-49 ans	99	

	2029-50 ans	77	
	2028-51 ans	101	
	2027-52 ans	100	
	2026-53 ans	102	
	2025-54 ans	104	
	2024-55 ans	90	
	2023-56 ans	81	
	2022-57 ans	85	
	2021-58 ans	74	
	2020-59 ans	63	
	2019-60 ans et plus	125	

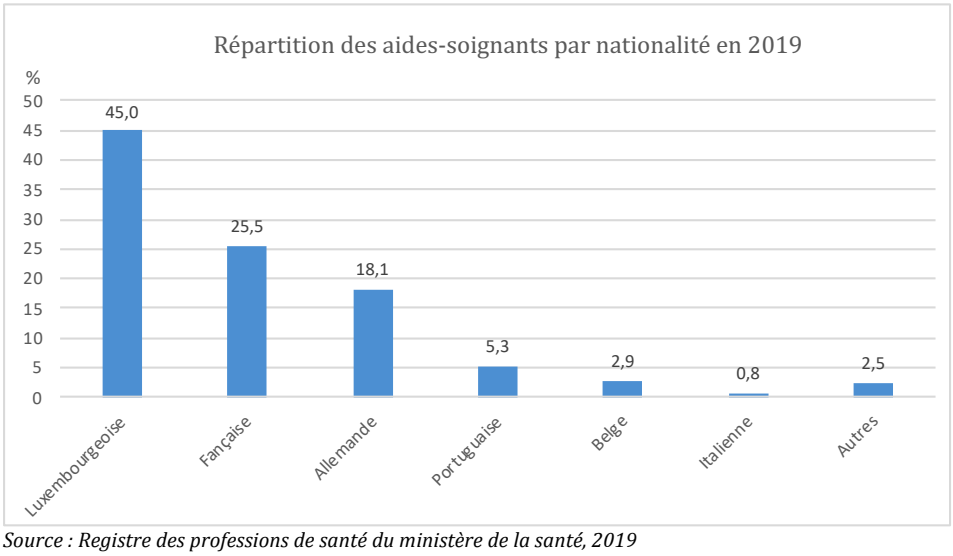
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.21 : Caractéristiques de la profession d'aide-soignant exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=3740)



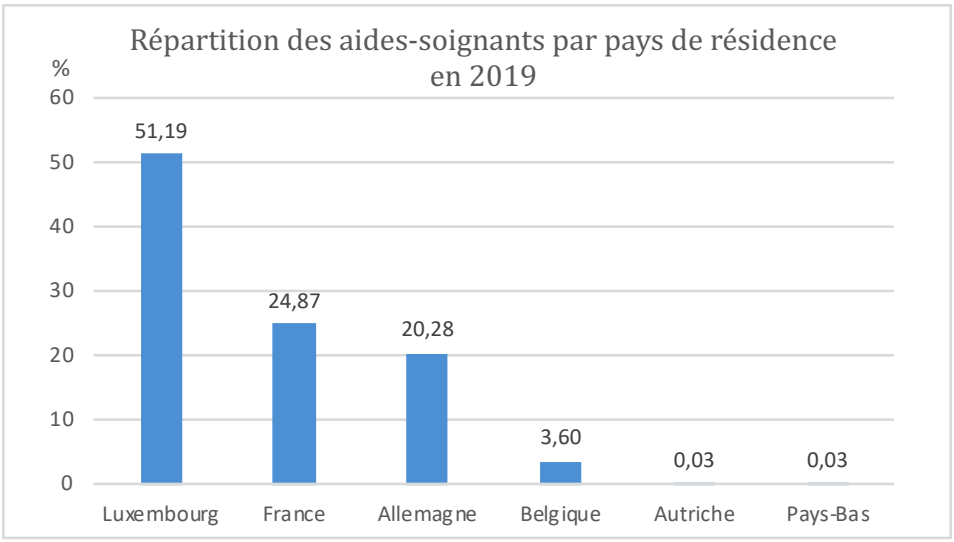
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.13 : Répartition par sexe de la profession d'aide-soignant exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=3740)



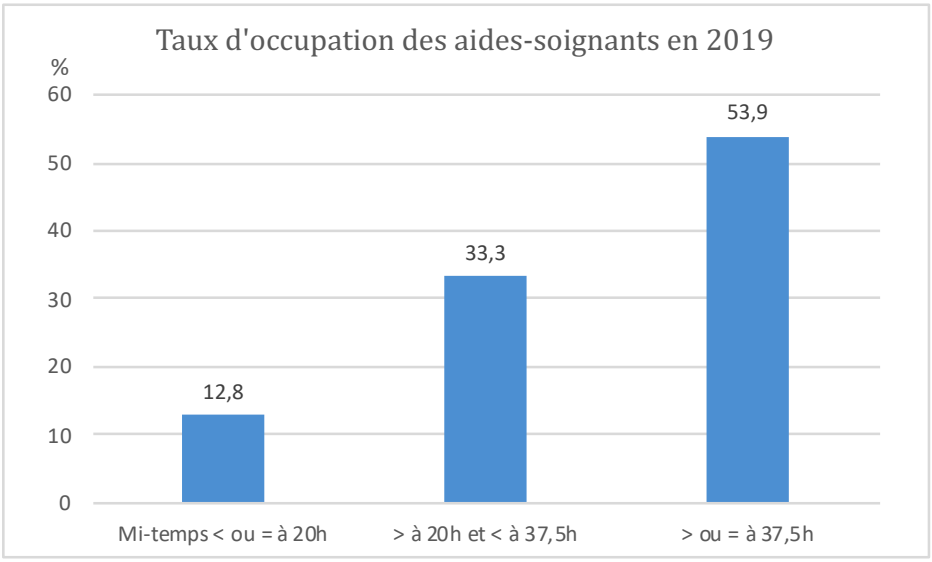
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.14 : Répartition par nationalité de la profession d'aide-soignant exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=3740)



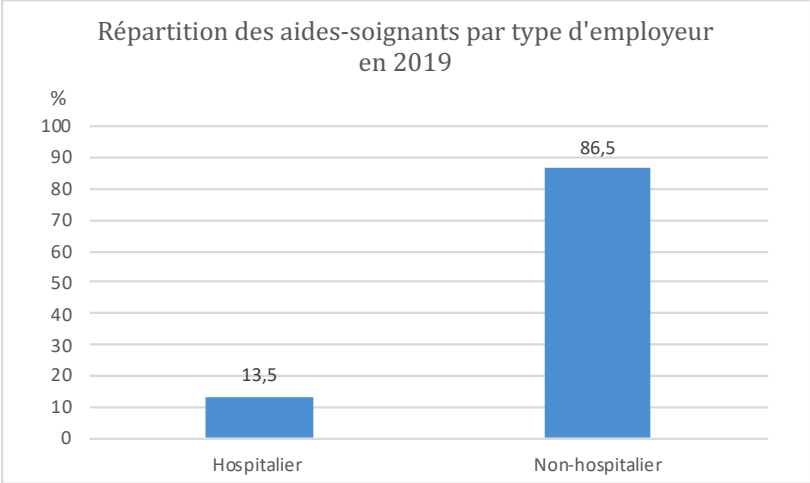
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.15 : Répartition par pays de résidence de la profession d'aide-soignant exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=3740)



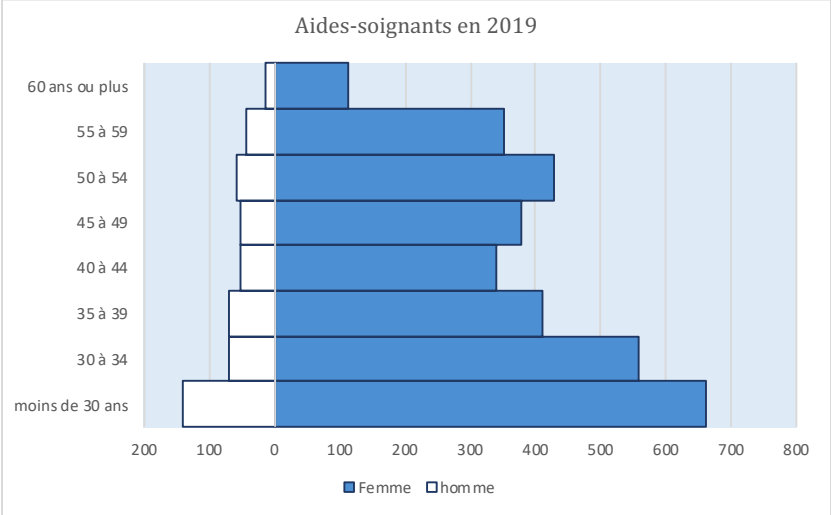
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.16 : Taux d'occupation des aides-soignants exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=3740)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.17 : Répartition par type d'employeur des aides-soignants exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=3740)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.18. : Pyramide des âges des aides-soignants exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=3740)

Remarques sur la profession d'aide-soignant :

- la profession est majoritairement féminine (87%),
- seulement 45 % des aides-soignants sont de nationalité luxembourgeoise,
- difficulté pour recruter des aides-soignants de formation luxembourgeoise, ce qui engendre un recrutement à l'étranger,
- la France fournit 25 % des aides-soignants nécessaires au système de santé luxembourgeois,
- les aides-soignants de nationalité portugaise résident au Luxembourg,
- 45 % des aides-soignants travaillent à temps partiel,
- proportion très faible d'aides-soignants dans le secteur hospitalier,
- attributions à revoir en raison de leur inadaptation aux besoins des secteurs d'activité : hôpital, réseau de soins à domicile, institutions de long séjour,
- besoin d'avoir chez les aides-soignants des compétences plus spécifiques dans la prise en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, des patients aigus, des enfants, en psychiatrie : cela pourrait se faire par un module complémentaire après les 3 années de formation. Cela permettrait d'offrir des

perspectives de développement à cette profession. Cela pourrait donner un diplôme de technicien.

- il n'existe pas de dispositif de promotion professionnelle contractuelle qui permettrait à un aide-soignant de continuer vers une formation d'infirmier ou vers un module complémentaire pour un diplôme de technicien, avec maintien de son salaire contre un engagement à travailler chez son employeur pendant une durée à définir entre 3 et 5 ans,
- la voie de formation en cours d'emploi est à légaliser,
- faire le bilan de la voie de formation en apprentissage pour adulte,
- le nombre de départs prévisibles total d'aides-soignants entre 2019 et 2034 est de 1.435 personnes soit 37,92 % de l'effectif total actuel, ce qui impose au Luxembourg de fournir en moyenne par année 89 diplômés. Cet objectif peut être atteint. A cela doivent s'ajouter les besoins nouveaux lors de l'ouverture de structures ainsi que l'objectif de l'OMS de réduire de 50 % le recrutement de personnel à l'étranger. En diplômant 150 aides-soignants par an, le Luxembourg pourrait atteindre cet objectif,
- la pratique des 3 langues devrait être un objectif à atteindre dans cette profession notamment avec les personnes âgées et dépendantes avec troubles cognitifs ou comportementaux,
- les tuteurs de stage sont formés et gérés par la Chambre de commerce, différemment des tuteurs des étudiants infirmiers. Pourtant, il serait logique d'avoir une même formation de tous les tuteurs quelle que soit la profession à former,
- pendant la formation de 3 années, varier les types de stage pour faire découvrir l'ensemble possible des soins et l'ensemble des domaines d'activité,
- les aides-soignants des terrains encadrent sur le terrain mais n'interviennent pas dans la formation au LTPS. Cependant, il y a de l'intérêt à faire participer les professionnels aux enseignements pour valoriser le métier,
- l'entrée dans la formation se fait à 15 ans ce qui est trop jeune pour être confronté principalement au secteur de la dépendance,
- les aides-soignants frontaliers doivent réaliser un stage obligatoire, rémunéré comme auxiliaire de vie,
- les aides-soignants ne se sentent pas représentés dans le Conseil Supérieur des Professions de Santé dans son modèle actuel.

9.16.2 Profession d'assistant senior

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=5	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		5	100
Nombre administratifs		0	0
Caractéristiques des assistants seniors exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=5	100
	Féminin	4	80
	Masculin	1	20
Nationalités		N=5	100
	Luxembourgeoise	4	80
	Autres	1	20
Pays de résidence		N=5	100
	Luxembourg	5	100
Employeurs		N=5	100
	COPAS	5	100
Taux occupation (heures par semaine)		N=5	100
	Mi-temps < ou = à 20h	0	0,0
	> à 20h et < à 37,5h	2	40,0
	> ou = à 37,5h	3	60,0
Taux occupation moyen (heures par semaine)		35,60	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0	
Age en années		N= 5	
	Age moyen	55,0	
	Age minimum	50	
	Age maximum	60	
	Age médian	56	
Départs prévisibles		N=5	
	2029-50 ans	1	
	2028-51 ans	0	
	2027-52 ans	0	
	2026-53 ans	1	
	2025-54 ans	0	
	2024-55 ans	0	
	2023-56 ans	2	
	2022-57 ans	0	
	2021-58 ans	0	
	2020-59 ans	0	
	2019-60 ans et plus	1	

Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.22 : Caractéristiques de la profession d'assistant senior exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019

Remarques sur la profession :

- profession en voie d'extinction, pourtant elle répondait aux besoins spécifiques des personnes dépendantes âgées,
- graphiques non présentés en raison du faible nombre d'individus dans cette profession.

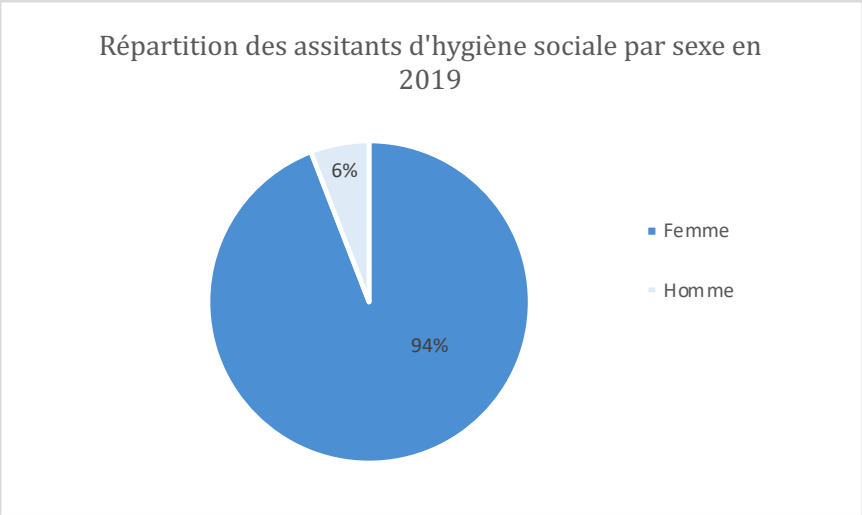
9.16.3 Profession d'assistant d'hygiène sociale

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N = 82	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		51	62,19
Nombre administratifs		31	37,81
Caractéristiques des assistants d'hygiène sociale exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N = 51	
	Féminin	48	94,1
	Masculin	3	5,9
Nationalités		N = 51	100
	Luxembourgeoise	44	86,3
	Allemande	1	2,0
	Belge	6	11,8
Pays de résidence		N = 51	100
	Luxembourg	43	84
	Allemagne	1	2
	Belgique	6	12
	France	1	2
Employeurs		N = 51	100
	Communes et offices sociaux	8	15,7
	COPAS et FEDAS	25	49,0
	Hôpitaux	5	9,8
	Ministères	6	11,8
	Associatifs	5	9,8
	Organismes Etatiques	1	2,0
	Autres	1	2,0
Taux occupation (heures par semaine)		N = 51	100
	Mi-temps < ou = à 20h	21	41,2
	> à 20h et < à 37,5h	16	31,4
	> ou = à 37,5h	14	27,5
Taux occupation moyen (heures par semaine)		28,3	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,08	
Age en années		N = 51	
	Age moyen	52,5	
	Age minimum	44	
	Age maximum	65	
	Age médian	52	
Départs prévisibles		N=51	
	2034-45 ans	0	
	2033-46 ans	4	
	2032-47 ans	3	
	2031-48 ans	1	
	2030-49 ans	0	
	2029-50 ans	6	
	2028-51 ans	6	
	2027-52 ans	7	

	2026-53 ans	3	
	2025-54 ans	3	
	2024-55 ans	1	
	2023-56 ans	3	
	2022-57 ans	3	
	2021-58 ans	2	
	2020-59 ans	1	
	2019-60 ans et plus	5	

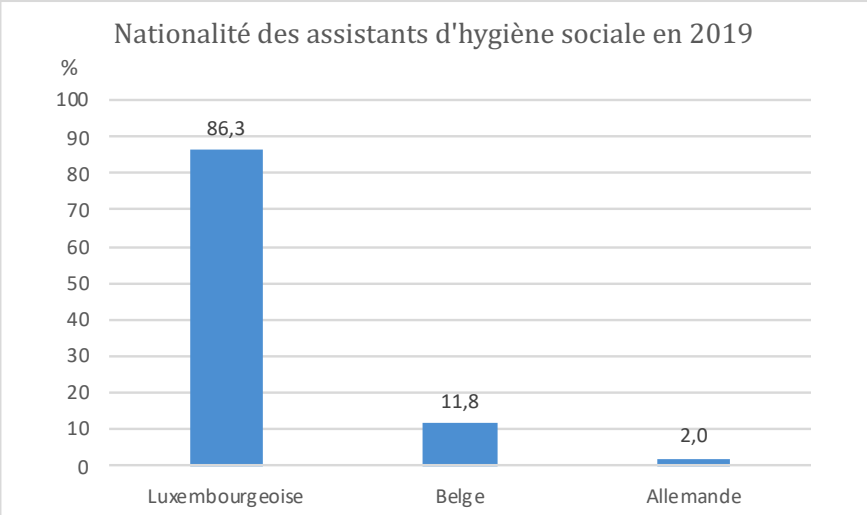
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.23 : Caractéristiques de la profession d'assistant d'hygiène sociale exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019



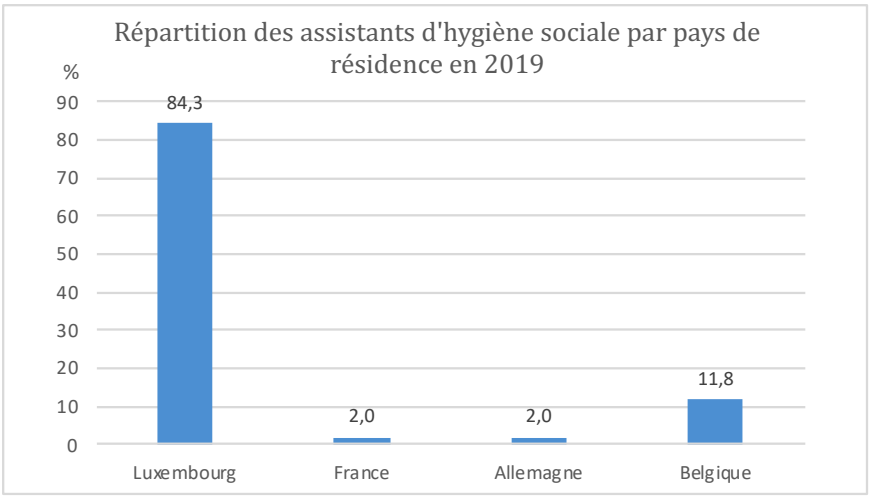
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.19 : Répartition par sexe de la profession d'assistant d'hygiène sociale exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=51)



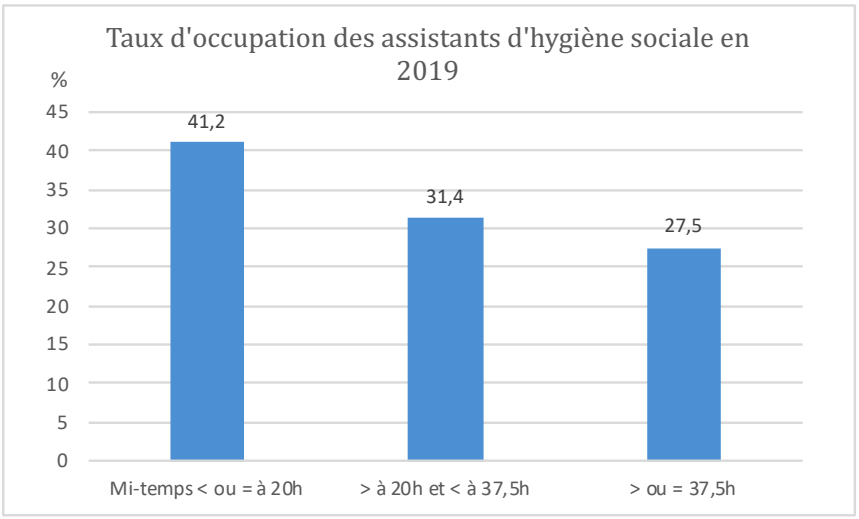
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.20 : Répartition par nationalité de la profession d'assistant d'hygiène sociale exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=51)



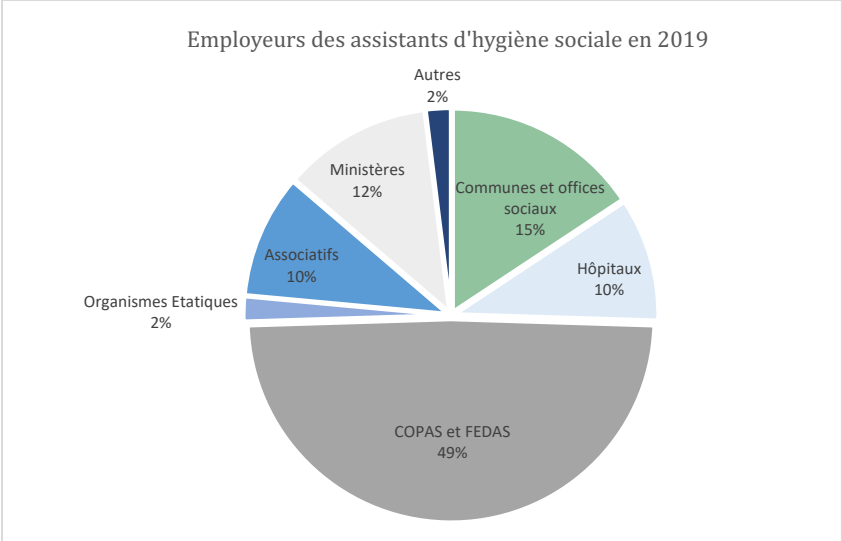
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.21: Répartition par pays de résidence de la profession d'assistant d'hygiène sociale exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=51)



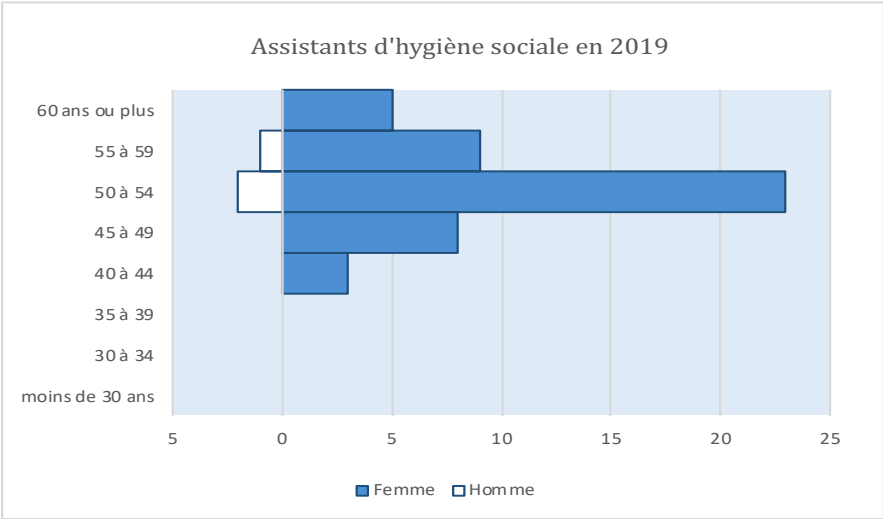
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.22 : Taux d'occupation des assistants d'hygiène sociale exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=51)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.23 : Répartition par type d'employeur des assistants d'hygiène sociale exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=51)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.24 : Pyramide des âges des assistants d'hygiène sociale exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=51)

Remarques relatives à la profession d'assistant d'hygiène sociale :

- il n'existe plus de formation au Luxembourg pour cette profession, qui disparaît donc peu à peu,
- profession proche sur le terrain de la profession d'assistante sociale bien qu'elle ait un côté soignant plus marqué,
- âge moyen (52,5 ans) plus élevé que l'âge moyen des assistants sociaux (36 ans) et des autres professions de santé réglementées (41,41 ans),
- la majorité (94%) des assistants d'hygiène sociale sont des femmes,
- la majorité (86%) des assistants d'hygiène sociale sont de nationalité luxembourgeoise,
- la majorité (84%) des assistants d'hygiène sociale résident au Luxembourg,
- plus de 72% des assistants d'hygiène sociale travaillent à temps partiel,
- la COPAS et la FEDAS sont le plus gros employeur d'assistants d'hygiène sociale (49%).

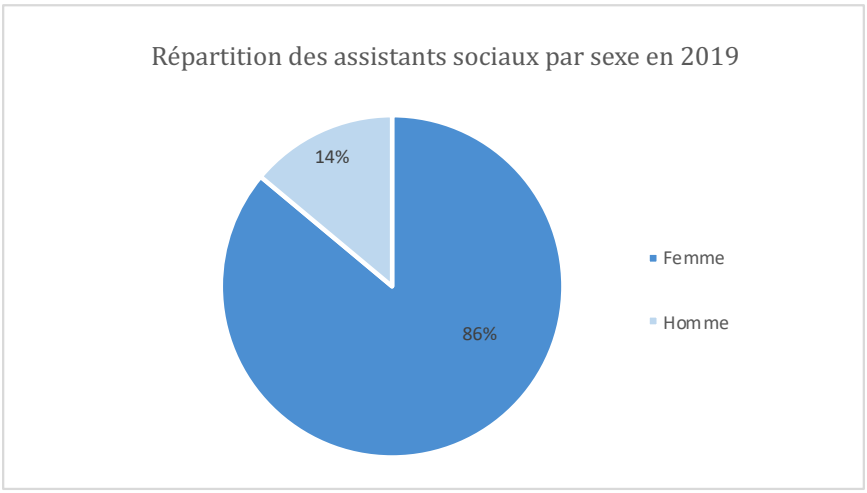
9.16.4 Profession d'assistant social

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=634	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		560	88,33
Nombre administratifs		74	11,67
Caractéristiques d'assistant social exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=560	
	Féminin	482	86,1
	Masculin	78	13,9
Nationalités		N=560	
	Luxembourgeoise	470	83,9
	Allemande	11	2,0
	Belge	52	9,3
	Française	8	1,4
	Portugaise	14	2,5
	Autres	5	0,9
Pays de résidence		N=560	
	Luxembourg	471	84,1
	Allemagne	13	2,3
	Belgique	69	12,3
	France	7	1,3
Employeurs		N=551	
	Cabinet libéral	1	0,2
	Communes et Offices sociaux	60	10,9
	COPAS et FEDAS	195	35,4
	Hôpitaux	59	10,7
	Ministères	46	8,3
	Associatifs	103	18,7
	Organismes Etatiques	87	15,8
Taux occupation (heures par semaine)		N=550	
	Mi-temps < ou = à 20h	93	16,9
	> à 20h et < à 37,5h	115	20,9
	> ou = à 37,5h	342	62,2
Taux occupation moyen (heures par semaine)		34,4	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,91	
Age en années		N=560	
	Age moyen	36,0	
	Age minimum	22	
	Age maximum	65	
	Age médian	33	
Départs prévisibles		N=560	
	2034-45 ans	9	
	2033-46 ans	11	
	2032-47 ans	2	
	2031-48 ans	7	
	2030-49 ans	5	

	2029-50 ans	5	
	2028-51 ans	7	
	2027-52 ans	8	
	2026-53 ans	5	
	2025-54 ans	9	
	2024-55 ans	3	
	2023-56 ans	7	
	2022-57 ans	2	
	2021-58 ans	6	
	2020-59 ans	3	
	2019-60 ans et plus	12	

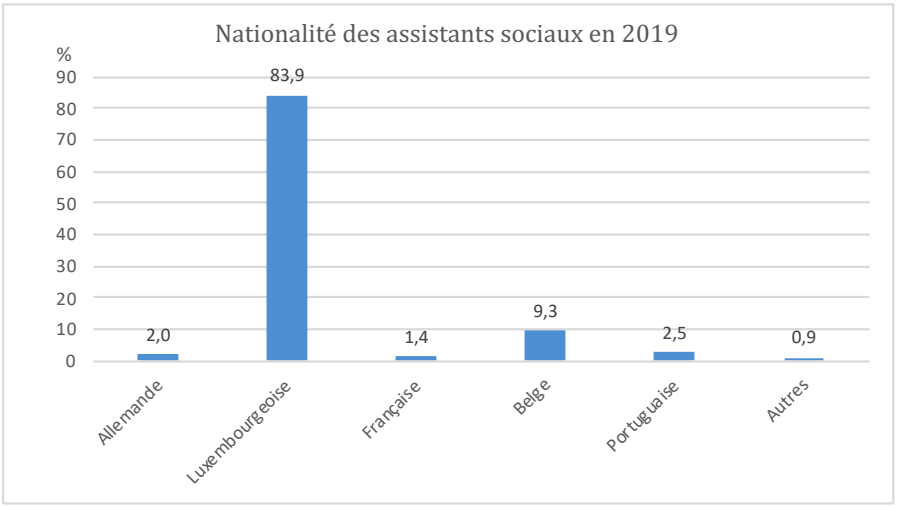
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab. 9.24: Caractéristiques de la profession d'assistant social exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019



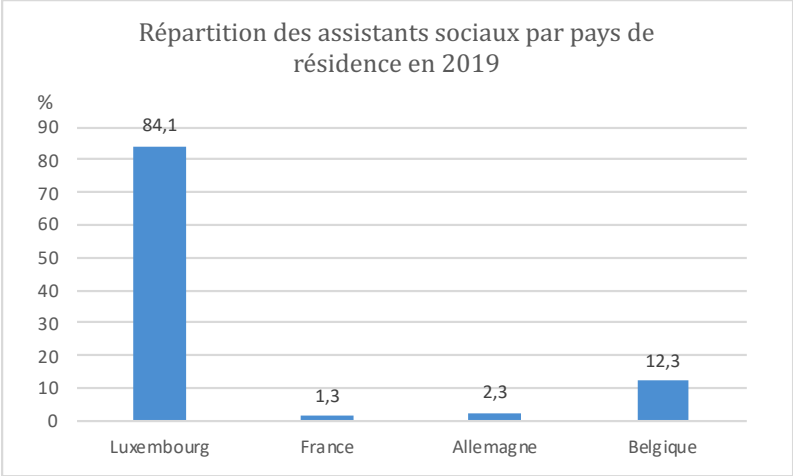
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.25 : Répartition par sexe de la profession d'assistant social exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=560)



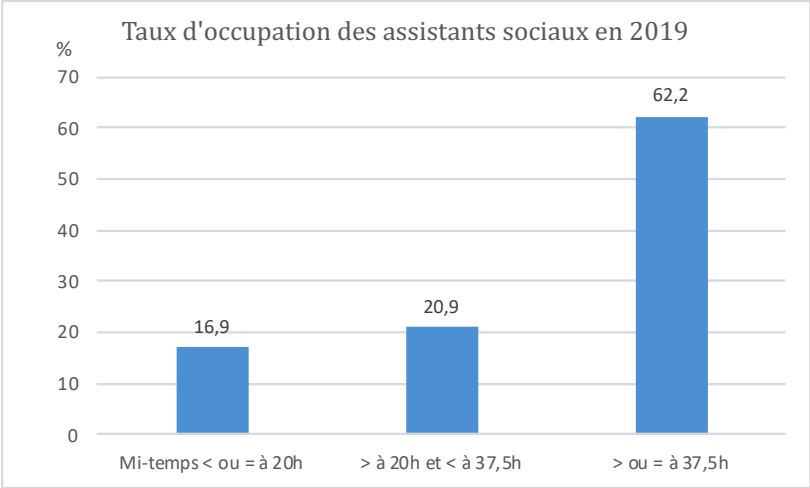
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.26 : Répartition par nationalité de la profession d'assistant social exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=560)



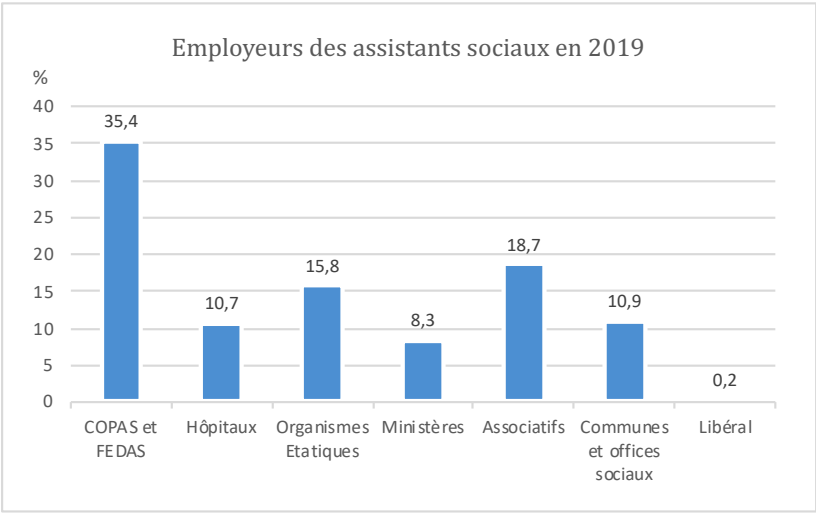
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.27 : Répartition par pays de résidence de la profession d'assistant social exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=560)



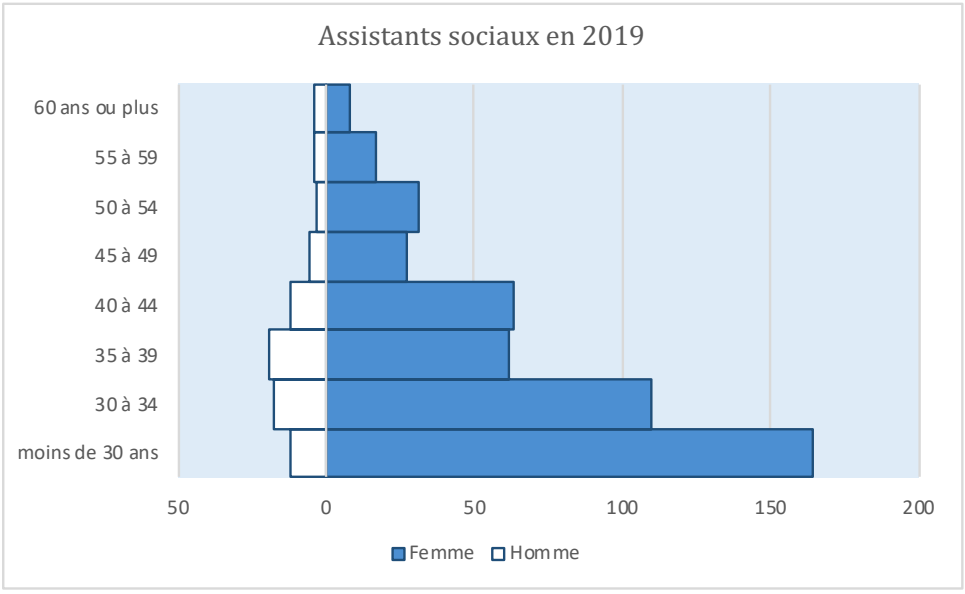
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig. 9.28: Taux d'occupation des assistants sociaux exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=560)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.29 : Répartition par type d'employeur des assistants sociaux exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=560)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.30 : Pyramide des âges des assistants sociaux exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=560)

Remarques sur la profession d'assistant social :

- la formation d'assistant social peut être réalisée à l'Université du Luxembourg ou dans des universités à l'étranger,
- il s'agit d'une formation académique de niveau Bac +3 permettant l'obtention d'un Bachelor selon les critères de Bologne. Dans certains pays étrangers, la formation est de type Master (Bac+5). C'est le cas au Portugal, en Tchéquie, en Italie, en Grande-Bretagne,
- un certain nombre d'étudiants luxembourgeois font leur formation à Arlon car une partie des cours est donnée par des professionnels ce qui renforce l'identification au métier. Ce point est à réfléchir pour introduire ce concept dans la formation dispensée aujourd'hui à l'Université du Luxembourg, afin de donner de la réalité aux enseignements qui sont destinés à un exercice professionnel. Les aspects déontologiques, situationnels de terrain doivent être plus développés,
- cette profession est répartie sur le territoire pour mieux répondre aux besoins des citoyens,
- l'exercice libéral est très rare car cela demande au client de payer la prestation, mais des besoins existent chez des personnes qui nécessitent temporairement un soutien. La Ligue médico-sociale réalise des accompagnements mais le nombre de demandes est supérieur aux ressources disponibles,
- les assistants sociaux ont leur place dans les professions de santé et revendiquent d'y rester,
- cette profession apporte des compétences dans l'équipe multi-professionnelle,
- son intervention en amont permet de faire de la prévention sociale qui peut éviter des coûts dans le système de santé tels que des ré-hospitalisations,
- sa place est donc importante dans les soins de santé primaires,
- cette profession pourrait être intégrée dans les centres de santé multi-professionnels,
- la profession est composée à 86 % de femmes,
- 38 % des assistants sociaux travaillent à temps partiel,

- 84 % des assistants sociaux sont de nationalité luxembourgeoise,
- 84 % des assistants sociaux résident au Luxembourg,
- la COPAS et la FEDAS sont le 1er employeur des assistants sociaux,
- entre 2019 et 2034, le nombre total de départs prévisibles est de 133 personnes, soit 20,98 % de l'effectif total,
- le nombre d'assistants sociaux déclarés dans le registre comme ayant un exercice administratif est important (74 individus), il serait de ce fait utile de clarifier la définition d'une fonction administrative afin de s'assurer que la répartition obtenue est valide,
- l'assistant social étranger passe une épreuve d'aptitude pour pouvoir exercer au Luxembourg permettant de vérifier ses connaissances légales. Un stage d'intégration dans le système sanitaire et social au Luxembourg n'est pas obligatoire pour le professionnel venant de l'étranger, ce qui aurait de l'intérêt pour développer la compétence à utiliser toutes les ressources du pays au bénéfice des citoyens. C'est un apprentissage « sur le tas » qui se fait,
- la pratique des 3 langues devrait être un objectif qualité dans cette profession en raison du contact important avec les citoyens,
- il existe des postes vacants dans cette profession,
- les attributions professionnelles de l'assistant social datent de 2013, sont globalement adaptées à l'exercice professionnel,
- les assistants sociaux ne se sentent pas correctement représentés par le CSPS. Ils préfèreraient avoir un ordre professionnel.

9.16.5 Profession d'ATM de chirurgie

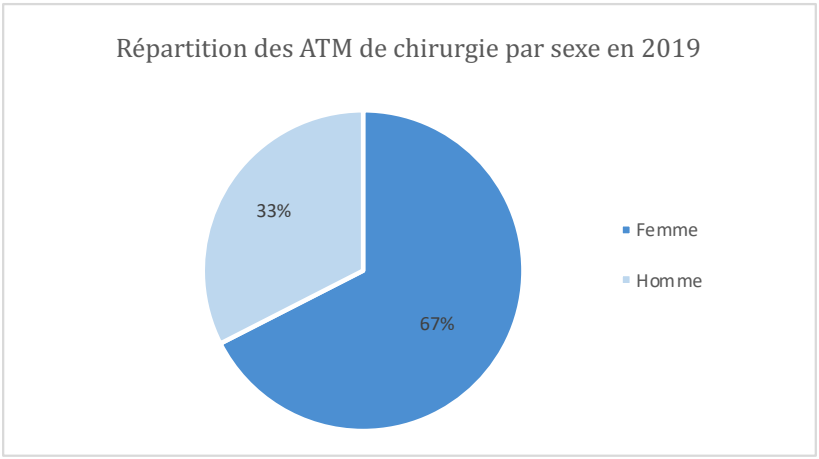
Les résultats ci-après portent sur 203 ATM de chirurgie car 3 individus sont déclarés dans le registre comme ATM de chirurgie mais travaillent dans des institutions ne disposant pas de bloc opératoire et ne disposant pas d'activité chirurgicale. Il s'agit de personnes ayant réorienté leur carrière professionnelle.

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=207	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		203	98,06
Nombre administratifs ou milieu professionnel sans bloc OP		4	1,94
Caractéristiques des ATM de chirurgie exerçant auprès des patients			
Sexe		N=203	100
	Féminin	137	67,5
	Masculin	66	32,5
Nationalités		N=203	100
	Luxembourgeoise	67	33,0
	Allemande	57	28,1
	Belge	27	13,3
	Française	44	21,7
	Portugaise	4	2,0
	Autres	4	2,0
Pays de résidence		N=203	100
	Luxembourg	79	38,9
	Allemagne	62	30,5
	Belgique	24	11,8
	France	38	18,7
Employeurs		N=203	100
	CHL	31	15,27
	CHEM	38	18,72
	CHdN	35	17,24
	HRS	85	41,87
	INCCI	14	6,89
Taux occupation (heures par semaine)		N=203	
	Mi-temps < ou = à 20h	18	8,9
	> à 20h et < à 37,5h	45	22,2
	> ou = à 37,5h	140	69,0
Taux occupation moyen (heures par semaine)		34,2	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,33	
Age en années			
	Age moyen	46	
	Age minimum	24	
	Age maximum	66	
	Age médian	47	

Départs prévisibles	N=203
2034-45 ans	6
2033-46 ans	11
2032-47 ans	7
2031-48 ans	8
2030-49 ans	8
2029-50 ans	5
2028-51 ans	7
2027-52 ans	9
2026-53 ans	7
2025-54 ans	5
2024-55 ans	13
2023-56 ans	2
2022-57 ans	11
2021-58 ans	8
2020-59 ans	4
2019-60 ans et plus	8

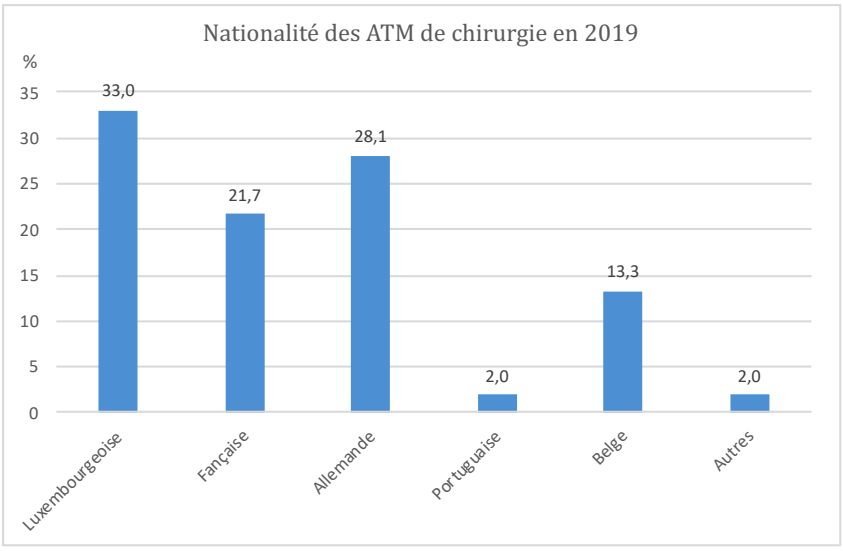
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.25 : Caractéristiques de la profession d'ATM de chirurgie exerçant auprès des patients en 2019



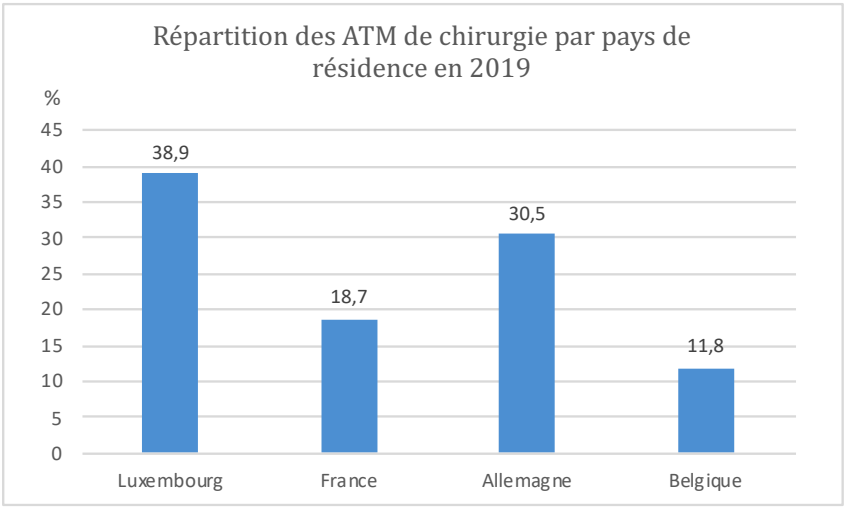
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.31 : Répartition par sexe de la profession des ATM de chirurgie exerçant auprès des patients en 2019 (n=203)



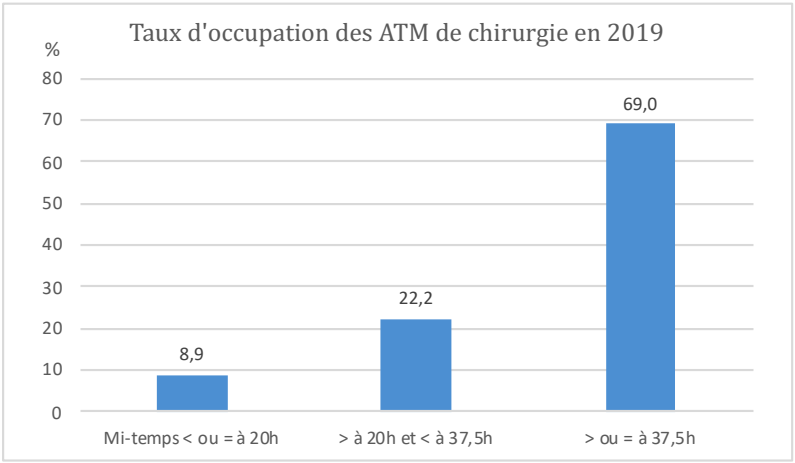
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.32 : Répartition par nationalité de la profession d'ATM de chirurgie exerçant auprès des patients en 2019 (n=203)



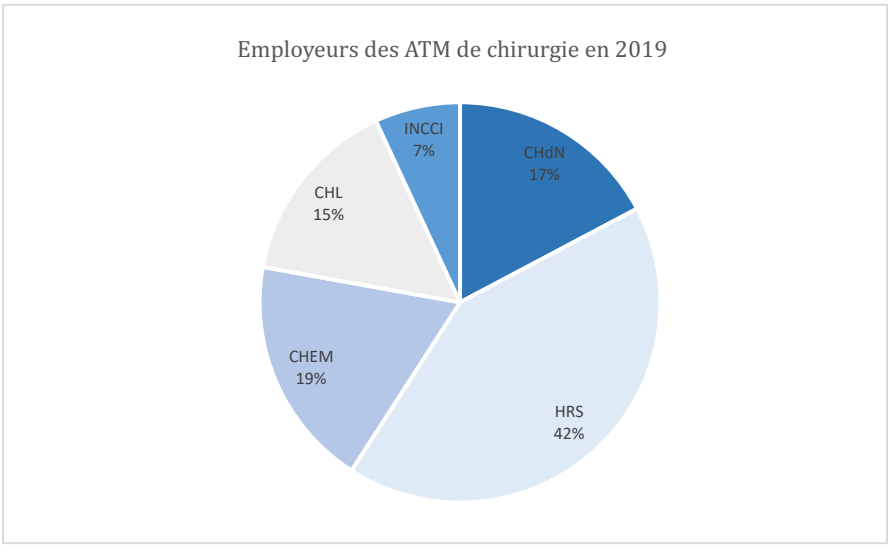
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.33 : Répartition par pays de résidence de la profession d'ATM de chirurgie exerçant auprès des patients en 2019 (n=203)



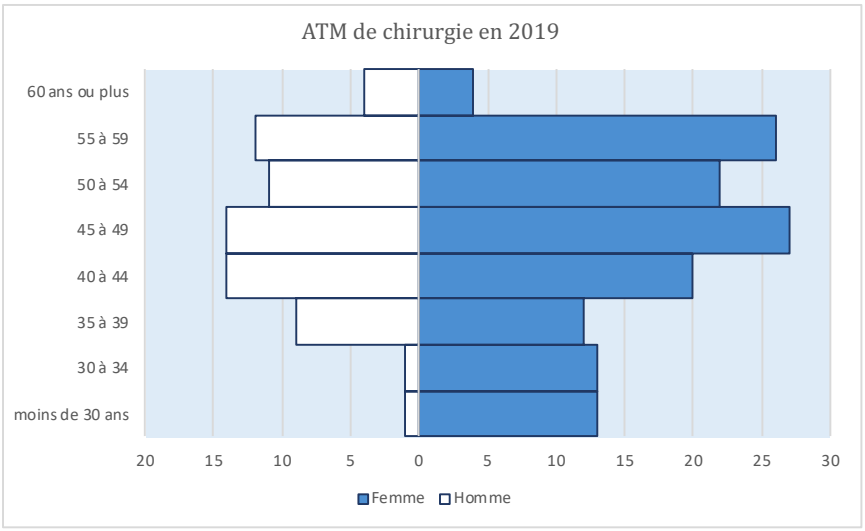
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.34 : Taux d'occupation des ATM de chirurgie exerçant auprès des patients en 2019, par classe d'heures par semaine (n=203)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.35 : Répartition par type d'employeur des ATM de chirurgie exerçant auprès des patients en 2019 (n=203)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.36 : Pyramide des âges des ATM de chirurgie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=203)

Remarques relatives à la profession d'ATM de chirurgie :

- profession majoritairement féminine (67,5 %),
- nationalité luxembourgeoise 1ère représentée (33 %),
- 1er pays fournisseur d'ATM de chirurgie pour le Luxembourg : Allemagne,
- 38,9 % des ATM de chirurgie habitent au Luxembourg,
- la plus importante proportion d'ATM de chirurgie se trouve aux HRS,
- 31 % des ATM de chirurgie travaillent à temps partiel,
- l'association des ATM de chirurgie souhaite conserver le nom d'ATM,
- publication de nouvelles attributions professionnelles en 2019 prenant en considération l'aide opératoire fréquemment réalisée sur le terrain, ainsi que la robotique chirurgicale,
- bien qu'étant une profession spécialisée, les ATM de chirurgie ont besoin d'un encadrement de nouveau collaborateur de 3 mois minimum en doublure. Ce

temps n'est pas comptabilisé actuellement dans les normes conventionnelles entre la CNS et la FHL,

- les techniques chirurgicales évoluant rapidement, cette profession d'ATM de chirurgie a besoin d'une formation continue régulière de 40 h telle que prévue dans la loi , ce qui n'est à ce jour pas réalisé pour tous,
- cette profession est très souvent remplacée par des infirmiers en soins généraux pour combler les difficultés de recrutement, ce qui nécessite de 6 mois à 2 ans d'encadrement et de doublure sur le terrain pour le nouveau collaborateur, en fonction de son expérience professionnelle antérieure. Ce temps n'est pas comptabilisé actuellement dans les normes conventionnelles entre la CNS et la FHL,
- la formation est réalisée au Luxembourg au LTPS, elle peut se faire en cours d'emploi, elle n'a pas de reconnaissance académique,
- le nombre de places de stage est à rediscuter avec les hôpitaux afin d'ouvrir plus de potentialités de formation,
- cette profession devrait pouvoir bénéficier d'un dispositif de promotion professionnelle contractuelle, afin :
    - d'augmenter le nombre d'infirmiers formés,
    - de pouvoir dans le cursus de formation exiger de réaliser tous les stages de manière alternative dans l'ensemble des établissements, du pays ainsi qu'à l'étranger,
- inscrire un quota minimal d'ATM de chirurgie dans le règlement grand-ducal des normes hospitalières pour le bloc opératoire et la stérilisation ou inscrire un quota dans les normes conventionnelles entre CNS et FHL,
- adapter le niveau de diplôme pour valoriser la profession et inciter de jeunes infirmiers à se former,
- entre 2019 et 2034, le nombre de départs prévisibles est de 121 ATM de chirurgie, soit 59,60 % de l'effectif actuel. Le Luxembourg devra pour couvrir ce besoin diplômer en moyenne 8 ATM par année, ce qui a été possible en 2017 et en 2018. Il faut donc mettre en place une politique volontariste car en sus de ces départs, il faudra former plus au Luxembourg dans les 12 prochaines années pour atteindre l'objectif de l'OMS à savoir réduire de 50 % le recrutement à l'étranger
- les critères linguistiques pour l'accessibilité à la formation sont à rediscuter.

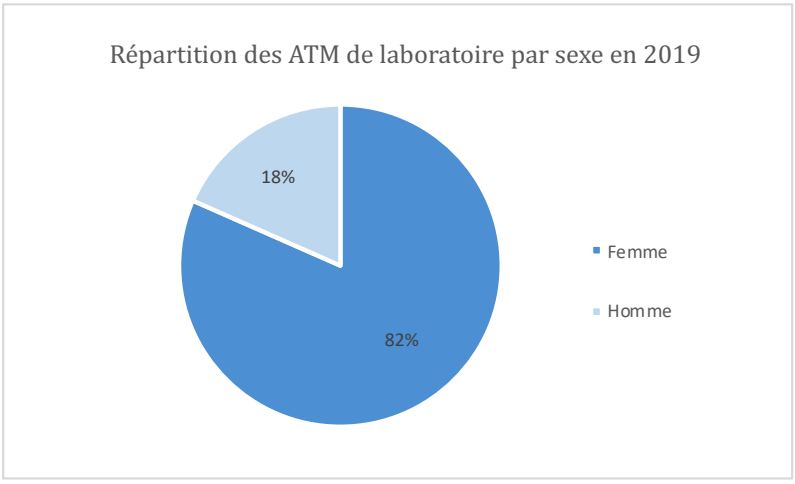
9.16.6 Profession d'ATM de laboratoire

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=202	100
Nombre exerçant auprès des patients		174	86,14
Nombre administratifs		28	13,86
Caractéristiques des ATM de laboratoire exerçant auprès des patients			
Sexe		N=174	
	Féminin	142	81,6
	Masculin	32	18,4
Nationalités		N=174	
	Luxembourgeoise	126	72,4
	Allemande	35	20,1
	Française	7	4,0
	Portugaise	3	1,7
	Autres	3	1,7
Pays de résidence		N=174	
	Luxembourg	125	71,8
	Allemagne	38	21,8
	France	10	5,7
	Autres	1	0,6
Employeurs		N=174	
	Laboratoire du CHL	31	17,8
	Laboratoire du CHEM	20	11,5
	Laboratoire du CHdN	12	6,9
	Laboratoire des HRS	38	21,8
	LNS	14	8,0
	Laboratoire Croix Rouge	11	6,3
	Laboratoire Ketterthill	8	4,6
	Laboratoires réunis	37	21,3
	Laboratoire des Forges du Sud	1	0,6
	Fast-Track	2	1,1
Taux occupation (heures par semaine)		N=174	
	Mi-temps < ou = à 20h	39	22,4
	> à 20h et < à 37,5h	49	28,2
	> ou = à 37,5h	86	49,4
Taux occupation moyen (heures par semaine)		31,3	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,28	
Age en années		N=174	
	Age moyen	44	
	Age minimum	21	
	Age maximum	65	
	Age médian	45	
Départs prévisibles		N=174	
	2034-45 ans	6	
	2033-46 ans	5	
	2032-47 ans	6	

	2031-48 ans	10	
	2030-49 ans	5	
	2029-50 ans	4	
	2028-51 ans	7	
	2027-52 ans	5	
	2026-53 ans	5	
	2025-54 ans	7	
	2024-55 ans	7	
	2023-56 ans	5	
	2022-57 ans	5	
	2021-58 ans	5	
	2020-59 ans	3	
	2019-60 ans et plus	7	

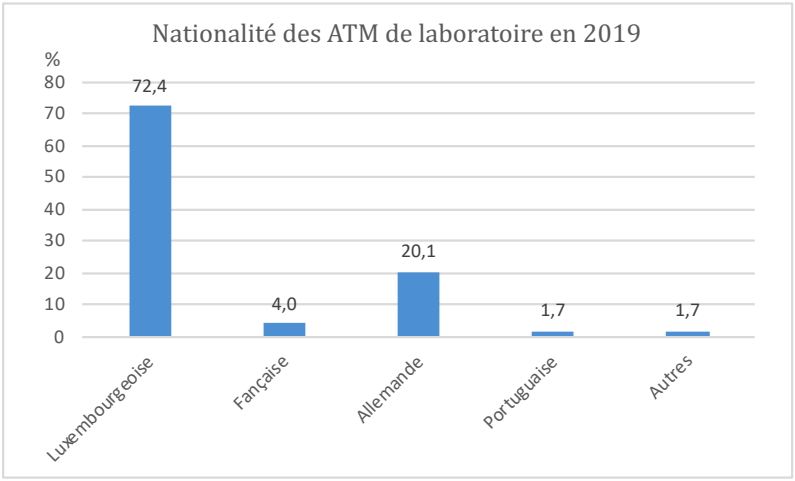
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.26 : Caractéristiques de la profession d'ATM de laboratoire en 2019



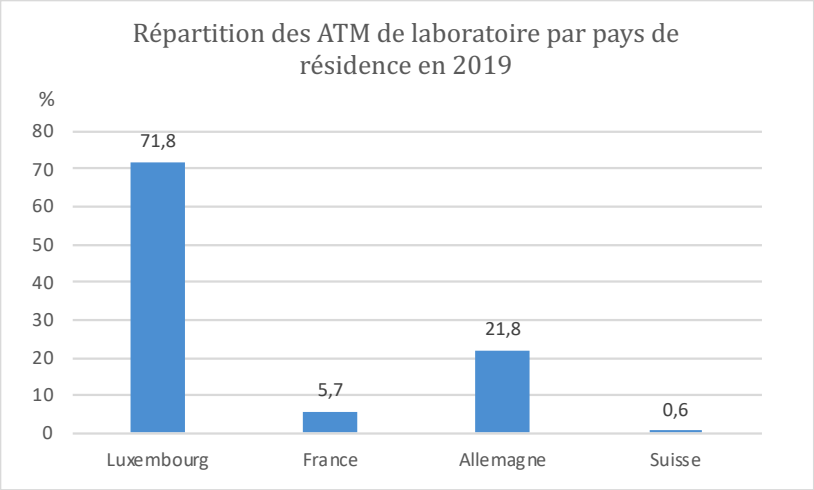
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig. 9.37: Répartition par sexe de la profession des ATM de laboratoire en 2019 (n=174)



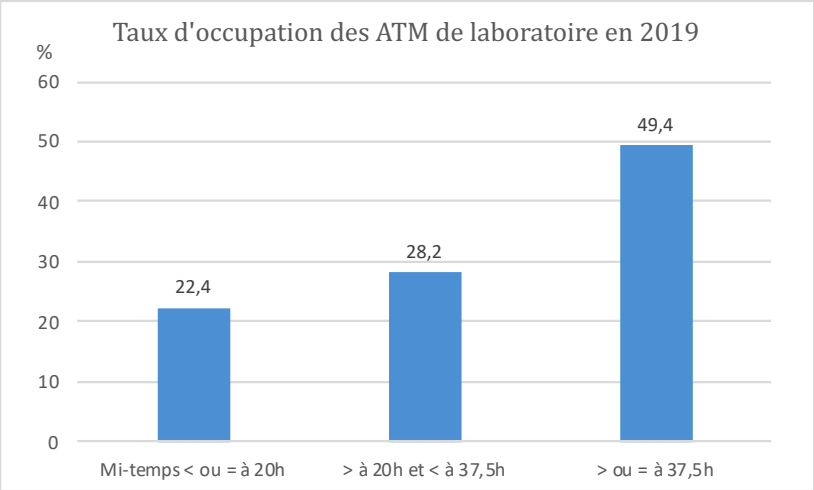
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.38 : Répartition par nationalité de la profession d'ATM de laboratoire en 2019 (n=174)



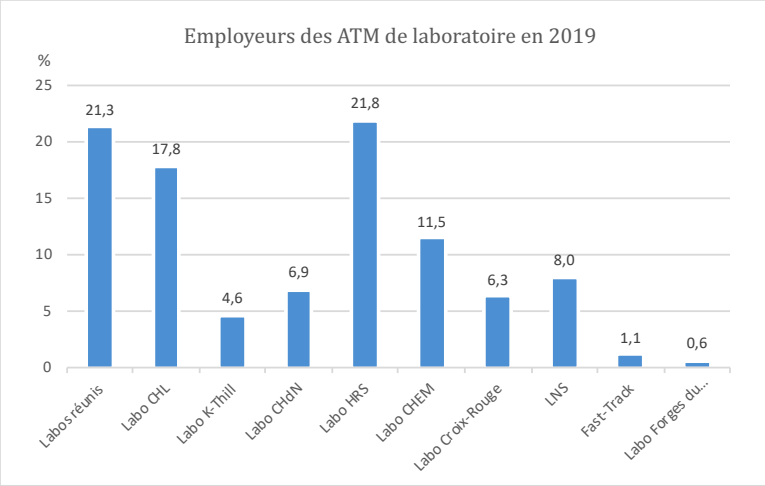
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.39 : Répartition par pays de résidence des ATM de laboratoire en 2019 (n=174)



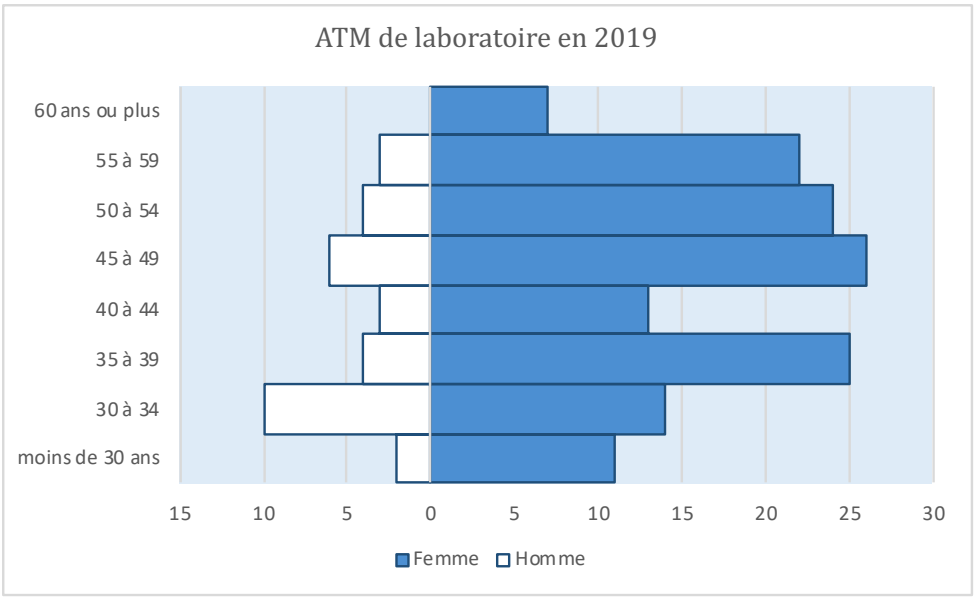
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.40 : Répartition par taux d'occupation des ATM de laboratoire en 2019 (n=174)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.41 : Répartition par employeur des ATM de laboratoire en 2019 (n=174)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.42 : Pyramide des âges des ATM de laboratoire en 2019 (n=174)

Remarques concernant la profession d'ATM de laboratoire :

- profession composée de 82 % de femmes,
- 72 % des ATM de laboratoire sont de nationalité luxembourgeoise,
- l'Allemagne fournit 1/5ème des besoins en ATM de laboratoire,
- 72 % des ATM de laboratoire résident au Luxembourg,
- les laboratoires hospitaliers sont les plus grands employeurs d'ATM de laboratoire en occupant 58 % des ATM de laboratoire,
- 51 % des ATM de laboratoire travaillent à temps partiel,
- des départs prévisibles seront à remplacer dans les toutes prochaines années (114 entre 2019 et 2034, soit 56,43 % de l'effectif actuel),
- il n'y a plus de formation au Luxembourg depuis 2012,
- en raison de la pénurie d'ATM de laboratoire formés au Luxembourg, le recrutement est fait à l'étranger,
- l'exercice sur le terrain de l'ATM de laboratoire ne se distingue pas de celui du laborantin, il n'y a donc pas nécessité d'avoir deux professions,
- l'exercice professionnel s'est adapté à l'automatisation,
- de nouvelles disciplines de laboratoire existent désormais et nécessitent plus de connaissances de la part de l'ATM de laboratoire (biologie moléculaire, génétique…),
- cette profession demande un temps d'encadrement du nouveau collaborateur pouvant aller de 1 mois à 6 mois selon le domaine d'activité et l'expérience antérieure du candidat, qui n'est pas compris dans les normes conventionnelles FHL-CNS,
- si une formation est remise en route au Luxembourg elle devrait être académique, réalisée à l'étranger ou au Luxembourg en partenariat avec un Institut étranger dont la formation est accréditée, du niveau de formation du laborantin à l'étranger à savoir (Bac + 3) afin de disposer de connaissances et d'aptitudes techniques nécessaires à l'évolution scientifique de la médecine et des méthodes diagnostiques. Elle devrait intégrer tous les nouveaux domaines de laboratoire, y compris l'accréditation. Elle devrait bénéficier des critères de Bologne,
- les attributions ne sont plus adaptées à l'exercice professionnel sur le terrain et doivent être modifiées, en y intégrant l'accréditation et l'ensemble des domaines d'analyses,

- le titre professionnel est à modifier en technologue de laboratoire,
- des professionnels au LNS ne peuvent pas être homologués ATM de laboratoire car leur formation ne leur a pas permis d'acquérir la capacité à prélever, alors que leur activité au LNS ne nécessite pas cet acte technique. Rechercher des solutions telles que l'autorisation d'exercer à champ d'exercice limité,
- la promotion de cette profession doit être faite auprès des jeunes et de la population dès qu'une formation sera remise en route.

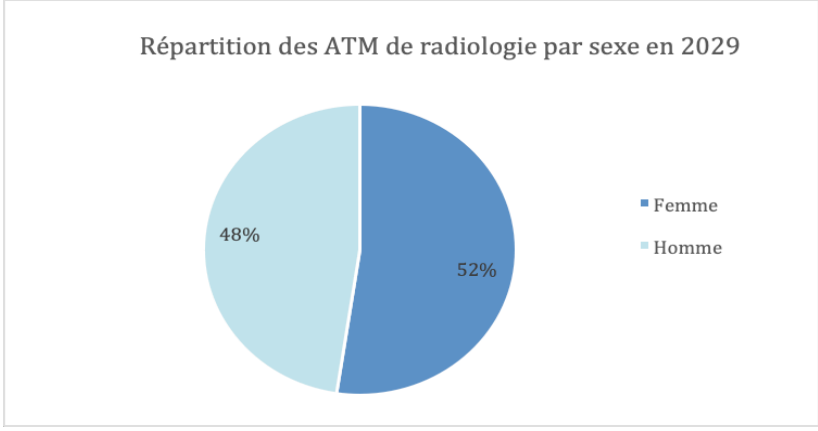
9.16.7 Profession d'ATM de radiologie

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=295	100
Nombre exerçant auprès des patients		294	99,66
Nombre administratifs		1	0,34
Caractéristiques des ATM de radiologie exerçant auprès des patients			
Sexe		N=294	100
	Féminin	154	52,4
	Masculin	140	47,6
Nationalités		N=294	100
	Luxembourgeoise	138	46,90
	Allemande	4	1,4
	Belge	4	1,4
	Française	140	47,6
	Portugaise	8	2,7
Pays de résidence		N=294	100
	Luxembourg	148	50,3
	Allemagne	7	2,4
	Belgique	6	2
	France	133	45,2
Employeurs		N=294	100
	CHdN	44	15
	CHEM	76	25,9
	CHL	62	21,1
	CFB	23	7,8
	HRS	83	28,2
	Ligue	3	1
	INCCI	1	0,3
	FHL	1	0,3
	CFL	1	0,3
Taux occupation (heures par semaine)		N=294	100
	Mi-temps < ou = à 20h	34	11,6
	20h - 37,5h	60	20,4
	> ou = à 37,5h	200	68
Taux occupation moyen (heures par semaine)		33,9	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,48	
Age en années		N=294	
	Age moyen	42,7	
	Age minimum	22	
	Age maximum	63	
	Age médian	43	
Départs prévisibles		N=294	
	2034-45 ans	5	
	2033-46 ans	10	
	2032-47 ans	11	

	2031-48 ans	12	
	2030-49 ans	7	
	2029-50 ans	7	
	2028-51 ans	5	
	2027-52 ans	12	
	2026-53 ans	14	
	2025-54 ans	6	
	2024-55 ans	4	
	2023-56 ans	4	
	2022-57 ans	5	
	2021-58 ans	5	
	2020-59 ans	7	
	2019-60 ans et plus	16	

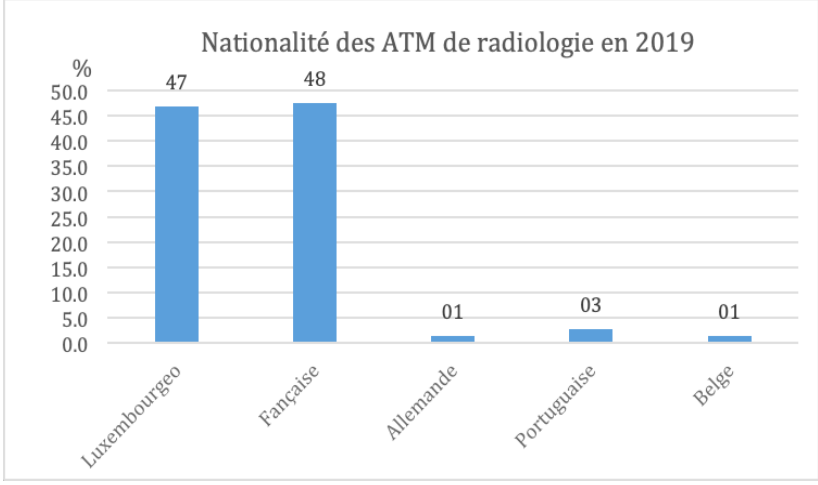
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.27 : Caractéristiques de la profession d'ATM de radiologie exerçant auprès des patients en 2019



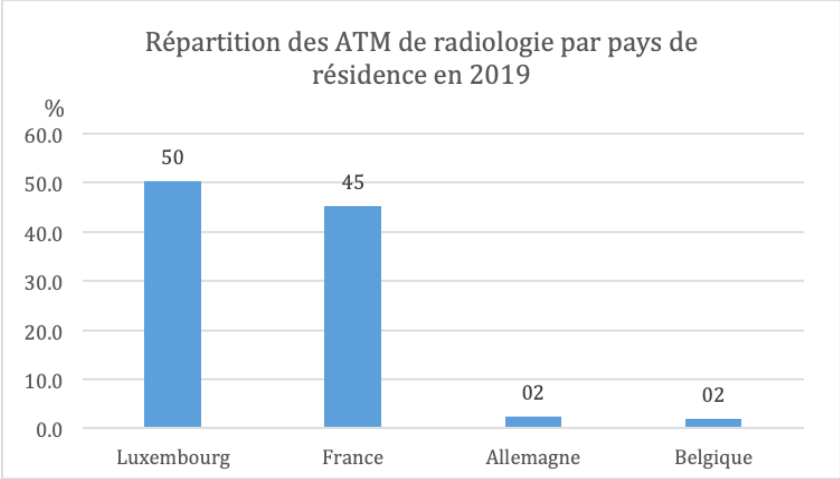
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig. 9.43: Répartition par sexe de la profession des ATM de radiologie exerçant auprès des patients en 2019 (n=294)



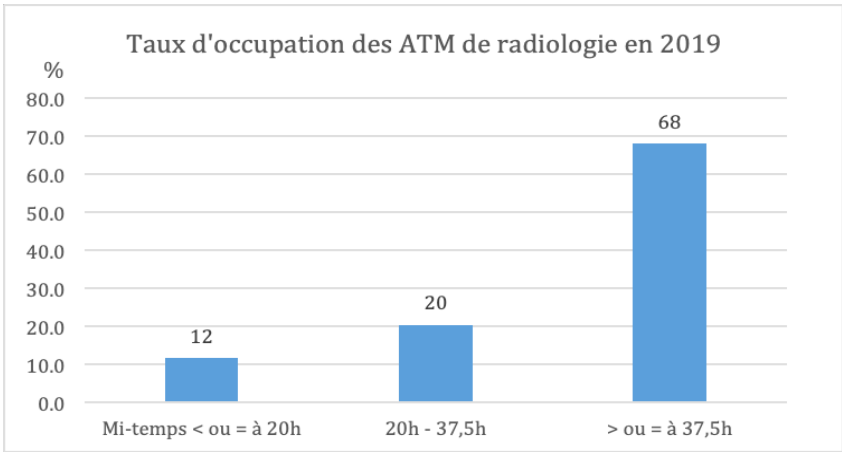
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.44 : Répartition par nationalité de la profession d'ATM de radiologie exerçant auprès des patients en 2019 (n=294)



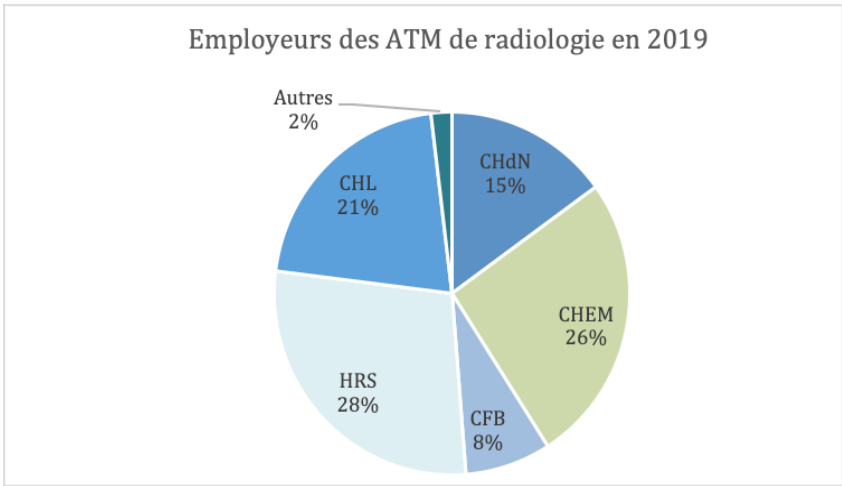
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.45 : Répartition par pays de résidence des ATM de radiologie exerçant auprès des patients en 2019 (n=294)



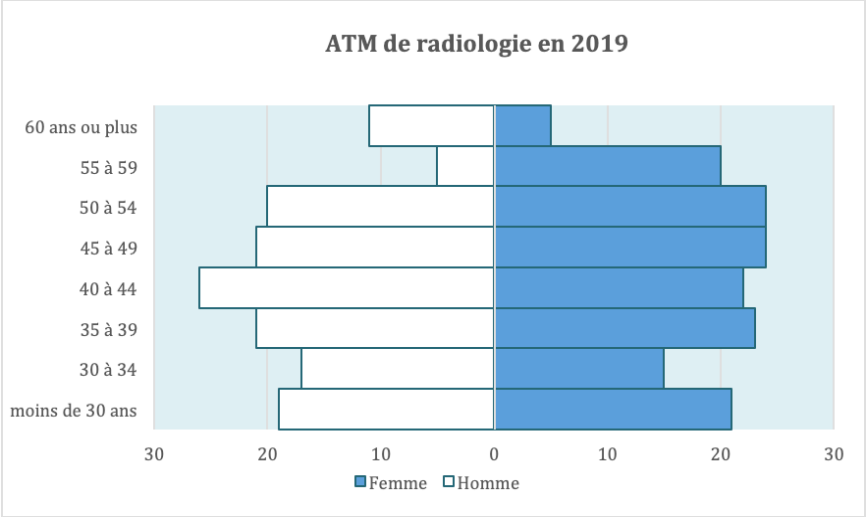
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.46 : Répartition par taux d'occupation des ATM de radiologie en 2019 (n=294)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.47 : Répartition par employeur des ATM de radiologie exerçant auprès des patients en 2019 (n=174)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.48 : Pyramide des âges des ATM de radiologie exerçant auprès des patients en 2019 (n=174)

Remarques sur la profession d'ATM de radiologie :

- profession bien répartie entre hommes et femmes,
- la France est le 1er fournisseur d'ATM de radiologie au Luxembourg, ce qui rend le pays extrêmement dépendant, notamment si les conditions de rémunération en France devaient être améliorées pour l'ATM de radiologie,
- deux nationalités sont prédominantes chez l'ATM de radiologie : luxembourgeoise et française,
- plus de 50 % des ATM de radiologie habitent au Luxembourg,
- cette profession est à 99,64 % hospitalière, seulement 4 professionnels travaillent en dehors de l'hôpital,
- 68 % des ATM de radiologie travaillent à plein temps,
- le nombre de nouveaux diplômés par année (2 à 3) ne couvrira pas les départs prévisibles qui sont de 131 personnes au total, soit 44,41 % de l'effectif actuel, car il faut produire 8 ATM de radiologie en moyenne par année pour couvrir le besoin. Une politique volontariste de promotion de ce métier est à faire pour inciter le plus de jeunes à entrer dans cette filière,
- la formation se déroule au Luxembourg au LTPS, après le Bac, et malgré les 180 ECTS, le titre de Bachelor n'est pas attribué. Seul le BTS est reconnu ce qui est un facteur très défavorable pour recruter des étudiants et pour permettre au professionnel de circuler en Europe, et de continuer à se former,
- profession Bac +3 à reconnaitre selon les critères de Bologne,
- le nombre d'enseignants disponibles est trop limité, fragilisant la formation, il est nécessaire de trouver des solutions même temporaires à cette situation,
- impliquer plus les terrains dans la formation des étudiants et dans l'encadrement dans les stages,
- les attributions sont à revoir car elles n'intègrent pas des activités réalisées sur le terrain au quotidien, telles que les reconstructions plus complexes. D'autre part dans l'avenir certains équipements seront compatibles avec les pacemakers ou les neuro-stimulateurs, ce qui demandera à l'ATM de radiologie de nouvelles compétences de surveillance des patients pendant l'acte,
- l'encadrement des nouveaux collaborateurs est à intégrer dans les normes conventionnelles : 3 à 6 mois en fonction de l'expérience professionnelle pour pouvoir assumer les gardes,

- prévoir de la pratique avancée pour cette profession (échographie, salle hybride à l'INCCI, radiothérapie à Baclesse, médecine nucléaire,…),
- définir des normes dans un règlement grand ducal pour cette profession concernant les services d'imagerie médicale extrahospitaliers qu'ils soient publics ou privés, notamment dans le cadre de la création de centres d'imagerie médicale extrahospitaliers,
- modifier le titre de cette profession en technologue d'imagerie médicale,
- la profession ne se sent pas représentée par le CSPS,
- en raison du développement technologique des appareils d'imagerie médicale, il faut améliorer la formation continue des ATM de radiologie.

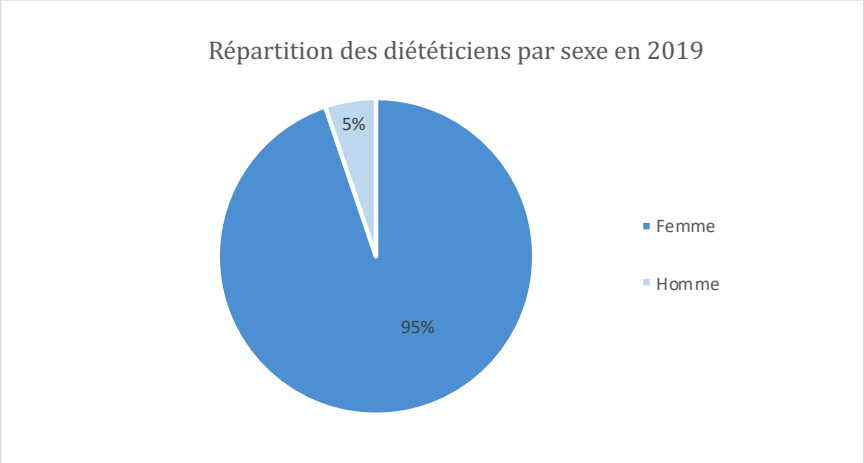
9.16.8 Profession de diététicien

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=99	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		96	96,97
Nombre administratifs		3	3,03
Caractéristiques des diététiciens exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=96	100
	Féminin	91	94,8
	Masculin	5	5,2
Nationalités		N=96	100
	Luxembourgeoise	54	56,3
	Belge	22	22,9
	Française	14	14,6
	Portugaise	3	3,1
	Autres	3	3,1
Pays de résidence		N=96	100
	Luxembourg	64	66,7
	Allemagne	1	1
	Belgique	20	20,8
	France	11	11,5
Employeurs		N=91	100
	COPAS et FEDAS	8	8,8
	Hôpitaux	31	34,1
	Ministères	1	1,1
	Libéral	15	16,5
	Entreprises de restauration	27	29,7
	Autres	8	8,8
	Organismes Etatiques	1	1,1
Taux occupation (heures par semaine)		N=86	100
	Mi-temps < ou = à 20h	28	32,6
	20h - 37,5h	15	17,4
	> ou = à 37,5h	43	50
Taux occupation moyen (heures par semaine)		30,6 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,16	
Age en années			
	Age moyen	37,7	
	Age minimum	22	
	Age maximum	62	
	Age médian	36	
Départs prévisibles		N=96	
	2034-45 ans	6	
	2033-46 ans	0	
	2032-47 ans	1	
	2031-48 ans	1	
	2030-49 ans	1	

	2029-50 ans	2	
	2028-51 ans	2	
	2027-52 ans	2	
	2026-53 ans	0	
	2025-54 ans	1	
	2024-55 ans	0	
	2023-56 ans	1	
	2022-57 ans	1	
	2021-58 ans	1	
	2020-59 ans	1	
	2019-60 ans et plus	2	

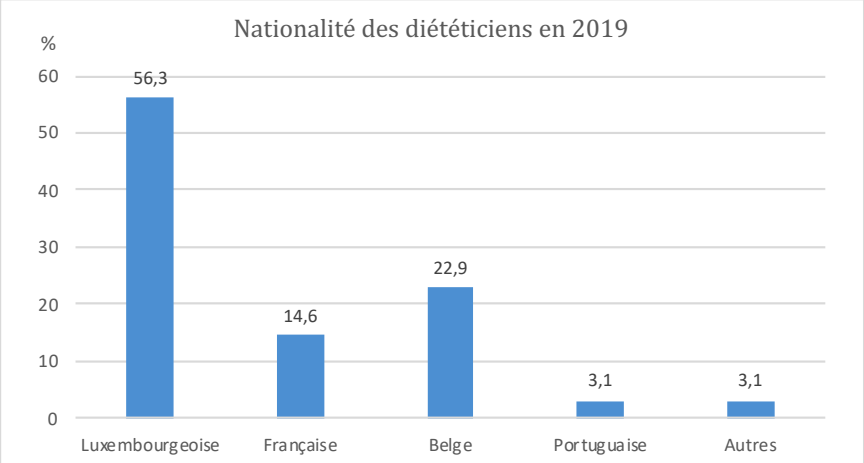
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.28 : Caractéristiques de la profession de diététicien exerçant auprès des patients en 2019



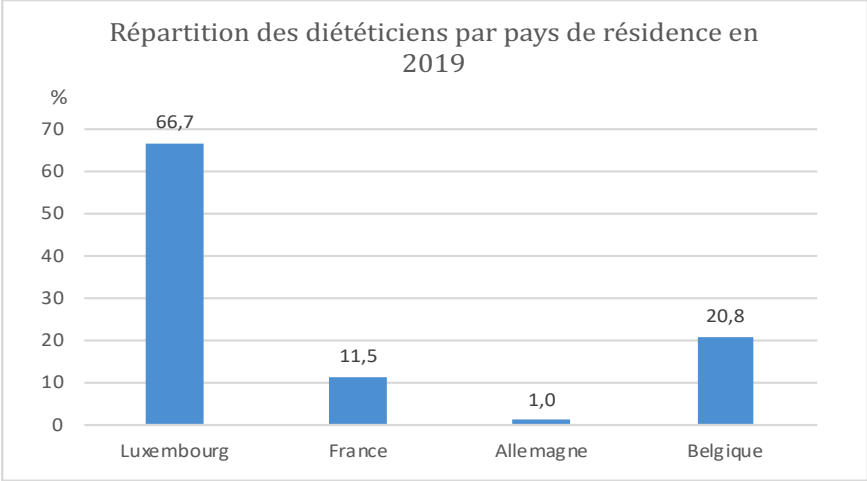
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.49 : Répartition par sexe de la profession de diététicien exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=96)



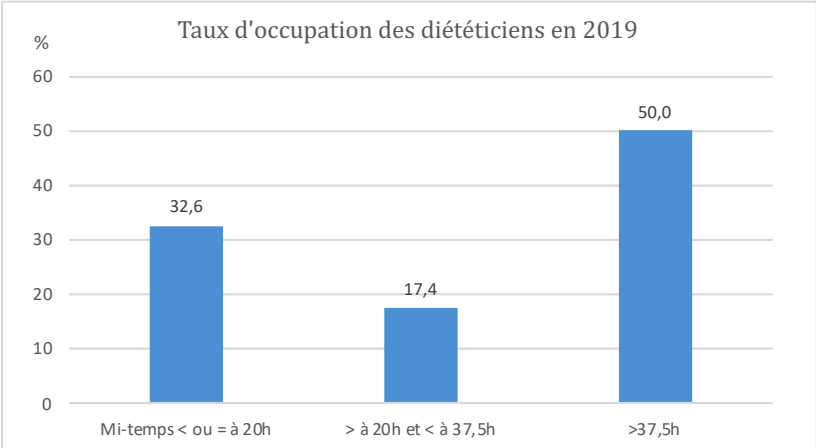
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.50 : Répartition par nationalité de la profession de diététicien exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=96)



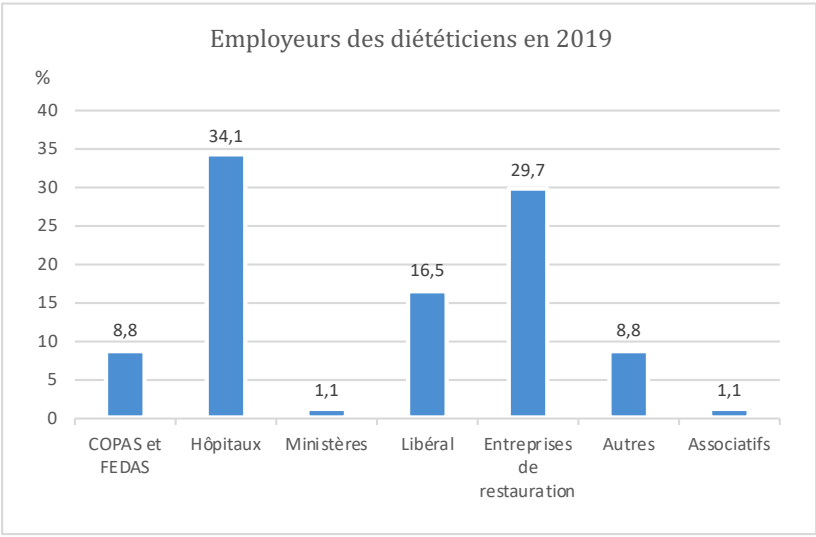
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.51 : Répartition par pays de résidence de la profession de diététicien exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=96)



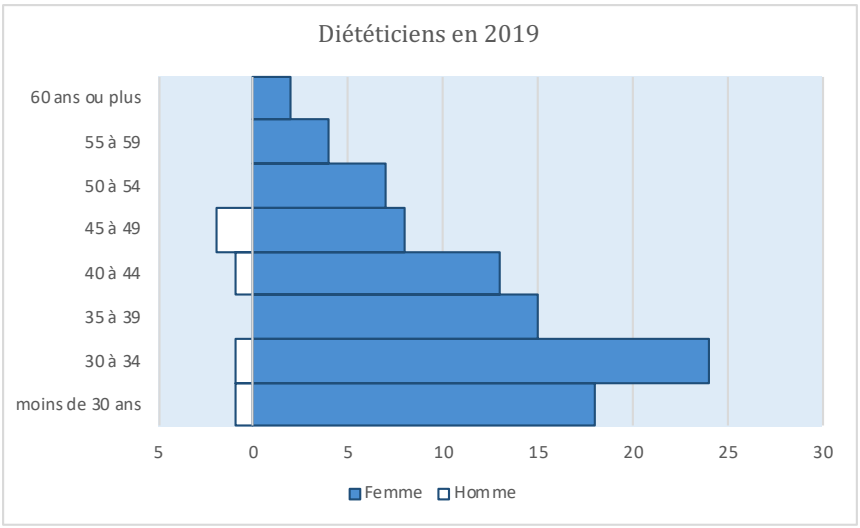
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig. 9.52: Taux d'occupation des diététiciens exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=96)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.53 : Répartition par type d'employeur des diététiciens exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=96)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.54 : Pyramide des âges des diététiciens exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=96)

Remarques sur la profession de diététicien :

- profession majoritairement féminine (94,8 %),
- proportion plus importante de nationalité luxembourgeoise (56,3 %) et belge (22,9 %),
- alors que la population résidente comprend plus de 25 % de portugais, seulement 3 diététiciens sont de nationalité portugaise,
- 2/3 des diététiciens résident au Luxembourg,
- 63,8 % des diététiciens travaillent soit à l'hôpital, soit dans une entreprise de restauration,
- lorsque les diététiciens sont salariés, 50 % travaillent à plein temps,
- 22 départs sont prévisibles entre 2019 et 2034,
- les attributions professionnelles sont à actualiser, en y introduisant plus le rôle de prévention, d'éducation à la santé, la diététique clinique, le suivi diététique,
- introduire une norme de diététique clinique soit dans les règlements grand-ducaux liés aux services hospitaliers ou dans les normes conventionnelles entre CNS et FHL afin de garantir des ressources suffisantes pour réaliser une prise en charge pendant le séjour hospitalier adaptée aux besoins des patients,
- prévoir le suivi diététique après l'hôpital afin d'avoir une meilleure efficience de la prestation du diététicien,
- revoir l'intérêt en santé publique d'introduire d'autres pathologies dans le périmètre de la nomenclature des diététiciens,
- les médecins reconnaissent la compétence des diététiciens mais le système de santé limite leur rôle réel auprès de la population,
- développer la place des diététiciens dans le cadre des équipes multi-professionnelles de territoire à construire avec les centres de santé,
- il existe encore de nombreuses situations cliniques à prendre en charge telles que les dénutritions, les troubles du comportement alimentaire chez les jeunes, pour lesquels la contribution d'un diététicien avec une compétence clinique est nécessaire,
- il existe un risque de confusion pour la population entre le diététicien et les « coachs nutritionnels », les « nutri-thérapeutes » qui s'implantent sur le territoire et dispensent des prestations relevant des attributions du diététicien.

De ce fait, il est essentiel de redéfinir le rôle que les diététiciens doivent prendre dans le système de soins de santé, dans le dépistage, la prévention, les soins curatifs, les soins palliatifs, et faire de cette profession un exercice véritablement protégé pour tout ce qui concerne la diététique clinique,

- il faut prévoir aussi pour les diététiciens la possibilité d'avoir une pratique avancée dans certains domaines spécifiques sur base de diplômes universitaires complémentaires,
- la pratique des 3 langues est à considérer comme critère important de qualité lorsqu'il y a une activité clinique,
- la formation de diététicien se fait à l'étranger,
- la profession ne se sent pas représentée par le CSPS dans sa forme actuelle,
- la profession ne participe pas à la formation des étudiants au LTPS dans le domaine de la nutrition et de la diététique.

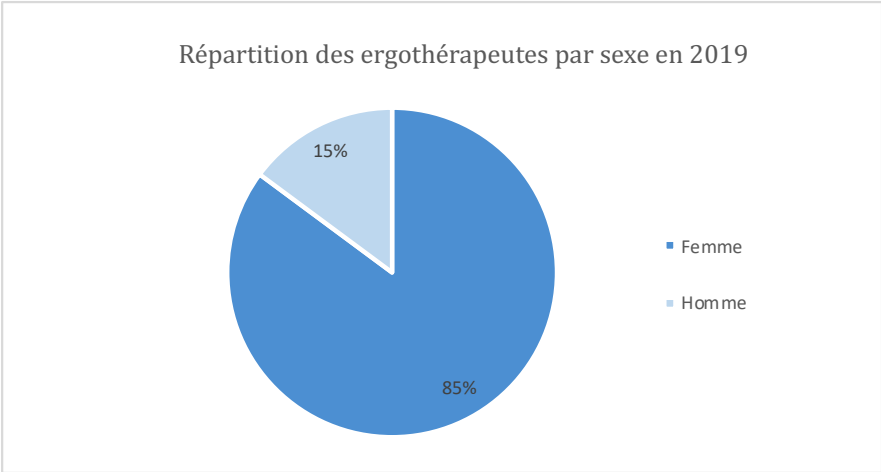
9.16.9 Profession d'ergothérapeute

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=331	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		330	99,70
Nombre administratifs		1	0,30
Caractéristiques des ergothérapeutes exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=330	100
	Féminin	281	85,2
	Masculin	49	14,8
Nationalités		N=330	100
	Luxembourgeoise	140	42,4
	Allemande	74	22,4
	Belge	70	21,2
	Française	40	12,1
	Portugaise	4	1,2
	Autres	2	0,6
Pays de résidence		N=330	100
	Luxembourg	140	42,4
	Allemagne	75	22,7
	Belgique	79	23,9
	France	36	10,9
Employeurs		N=326	100
	Cabinet libéral	3	0,9
	COPAS et FEDAS	164	50,3
	Hôpitaux	111	34
	Ministères	14	4,3
	Associatifs	18	5,5
	Organismes Etatiques	9	2,8
	Autres	7	2,1
Taux occupation (heures par semaine)		N=323	100
	Mi-temps < ou = à 20h	88	27,2
	20h - 37,5h	101	31,3
	> ou = à 37,5h	134	41,5
Taux occupation moyen (heures par semaine)		30,6 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,54	
Age en années		N=330	
	Age moyen	40,3	
	Age minimum	23	
	Age maximum	62	
	Age médian	40	
Départs prévisibles		N=330	
	2034-45 ans	10	
	2033-46 ans	8	
	2032-47 ans	9	
	2031-48 ans	5	
	2030-49 ans	9	

	2029-50 ans	8	
	2028-51 ans	6	
	2027-52 ans	7	
	2026-53 ans	5	
	2025-54 ans	8	
	2024-55 ans	5	
	2023-56 ans	4	
	2022-57 ans	7	
	2021-58 ans	2	
	2020-59 ans	2	
	2019-60 ans et plus	7	

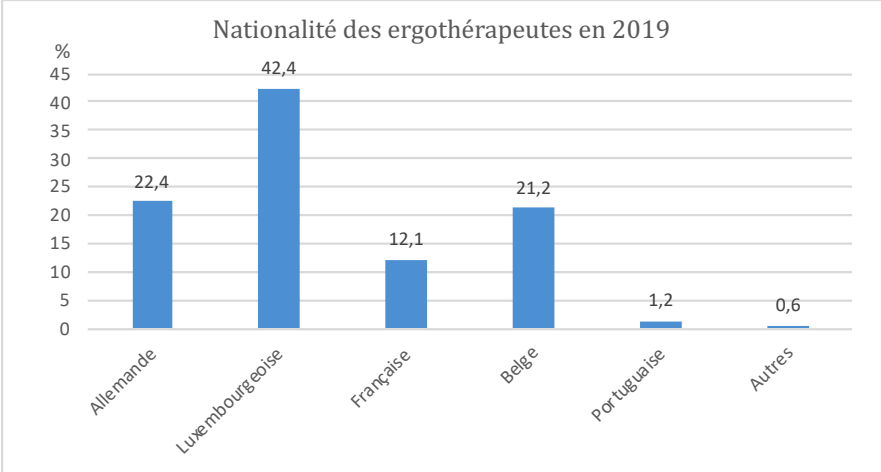
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.29 : Caractéristiques de la profession d'ergothérapeute exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



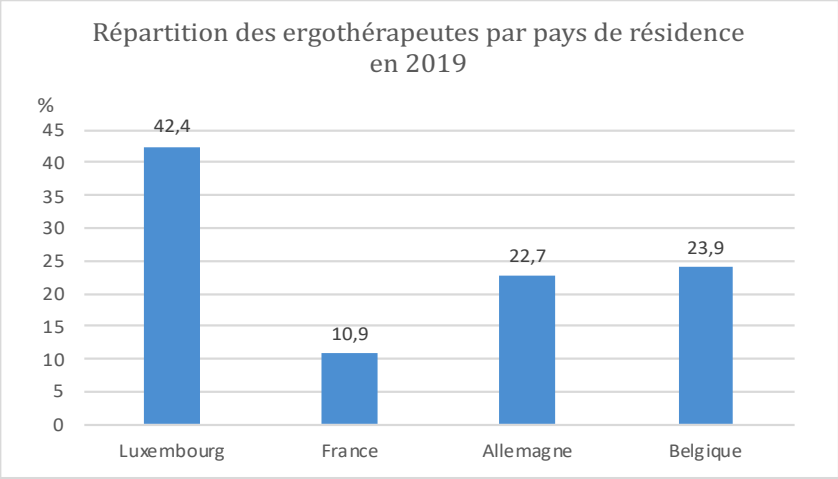
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.55 : Répartition par sexe de la profession d'ergothérapeute exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=330)



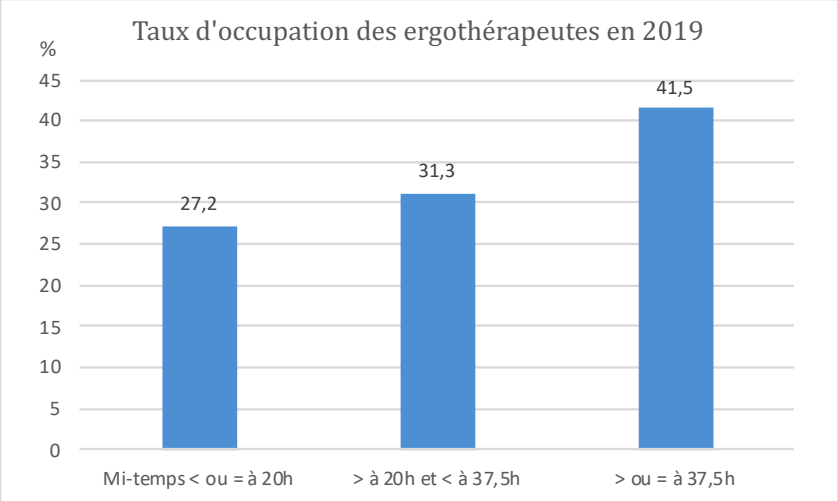
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.56 : Répartition par nationalité de la profession d'ergothérapeute exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=330)



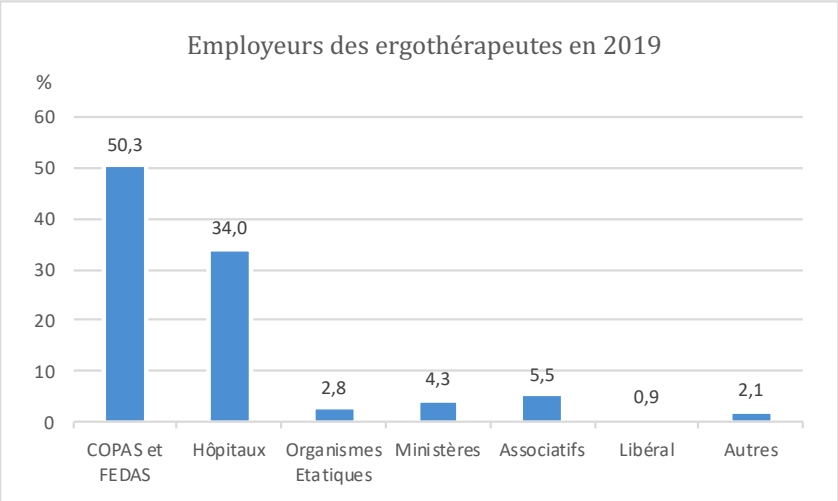
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.57 : Répartition par pays de résidence de la profession d'ergothérapeute exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=330)



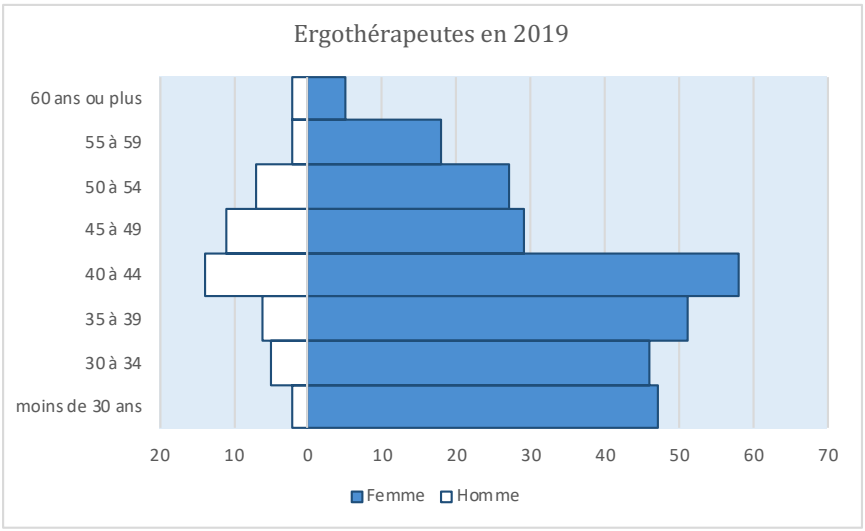
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.58 : Taux d'occupation des ergothérapeutes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=330)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.59 : Répartition par type d'employeur des ergothérapeutes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=330)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.60 : Pyramide des âges des ergothérapeutes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=330)

Remarques relatives à la profession d'ergothérapeute :

- profession majoritairement féminine à 85,2 %,
- la plus grande proportion (42,4 %) est de nationalité luxembourgeoise,
- les ergothérapeutes belges et allemands représentent plus de 40 % du total,
- aucun ergothérapeute étranger n'habite au Luxembourg,
- la moitié des ergothérapeutes travaillent pour des institutions de la COPAS et de la FEDAS,
- seuls quelques ergothérapeutes travaillent en cabinet libéral,
- 58,5 % des ergothérapeutes travaillent à temps partiel,
- la pratique des 3 langues est une cible à rechercher pour cette profession en raison de la fragilité de la population à laquelle elle s'adresse,
- les attributions professionnelles sont à revoir complètement pour s'adapter à ce qu'est véritablement devenu cette profession,
- il n'existe pas de nomenclature des ergothérapeutes avec la CNS alors que cette profession pourrait intervenir dans les prises en charge à domicile pour favoriser la réinsertion socio-familiale ou socio-professionnelle,
- cette profession pourrait faire partie intégrante d'une équipe multi-professionnelle à construire avec les centres de santé, afin d'intervenir dans la prévention en soins primaires, mais pour ce faire elle doit disposer d'un financement ou d'une nomenclature,
- la formation est réalisée à l'étranger et est de niveau Bac + 3 permettant l'obtention d'un Bachelor. Mais à ce jour des autorisations d'exercice d'ergothérapeute sont données à des professionnels n'ayant pas de niveau Bachelor. Il y a lieu de revoir les conditions de diplôme requis pour l'exercice de cette profession afin de garantir au patient le même niveau de compétences pour le même titre professionnel,
- il faut définir une norme de dotation dans les services hospitaliers dans le cadre des RGD à publier ou introduire les ergothérapeutes dans les normes conventionnelles entre CNS et FHL, afin de garantir que tout patient hospitalisé qui a besoin d'ergothérapie y ait accès : oncologie, soins palliatifs, neurologie, neurochirurgie, orthopédie, gériatrie…
- la profession d'ergothérapeute ne se sent pas représentée par le CSPS.

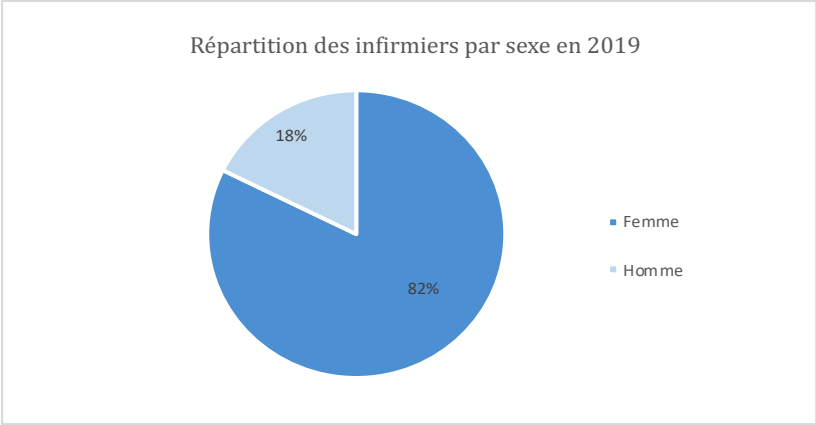
9.16.10 Profession d'Infirmier

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N= 6.214	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		6.153	99,02
Nombre administratifs		61	0,98
Caractéristiques des infirmiers exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=6.153	100
	Féminin	5.066	82,3
	Masculin	1.087	17,7
Nationalités		N=6.153	100
	Luxembourgeoise	1.866	30,3
	Allemande	1,436	33,3
	Belge	723	11,8
	Française	1.838	29,9
	Portugaise	188	3,1
	Autres	102	1,7
Pays de résidence		N=6.153	
	Luxembourg	2.171	35,3
	Allemagne	1.453	23,6
	Belgique	722	11,7
	France	1.799	29,2
	Autres	8	0,1
Employeurs		N=6.136	100
	Cabinet	30	0,5
	COPAS et FEDAS	2.683	43,7
	Hôpitaux	2.983	48,6
	Ministères	35	0,6
	Associatifs	32	0,5
	Organismes Etatiques	55	0,9
	Communes et offices sociaux	5	0,1
	Médecine scolaire	7	0,1
	Laboratoires privés	218	3,6
	Services de santé au travail	55	0,9
	Crèches	9	0,1
	Autres	24	0,4
Taux occupation (heures par semaine)		N=6.130	100
	Mi-temps < ou = à 20h	918	15
	20h - 37,5h	2.342	38,2
	> ou = à 37,5h	2.870	46,8
Taux occupation moyen (heures par semaine)		32,1 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		10,02	
Age en années		N= 6.153	
	Age moyen	41,8	
	Age minimum	21	
	Age maximum	67	
	Age médian	41	

Départs prévisibles		N=6.153	
	2034-45 ans	266	
	2033-46 ans	203	
	2032-47 ans	161	
	2031-48 ans	157	
	2030-49 ans	169	
	2029-50 ans	144	
	2028-51 ans	165	
	2027-52 ans	151	
	2026-53 ans	172	
	2025-54 ans	168	
	2024-55 ans	155	
	2023-56 ans	144	
	2022-57 ans	134	
	2021-58 ans	120	
	2020-59 ans	99	
	2019-60 ans et plus	171	

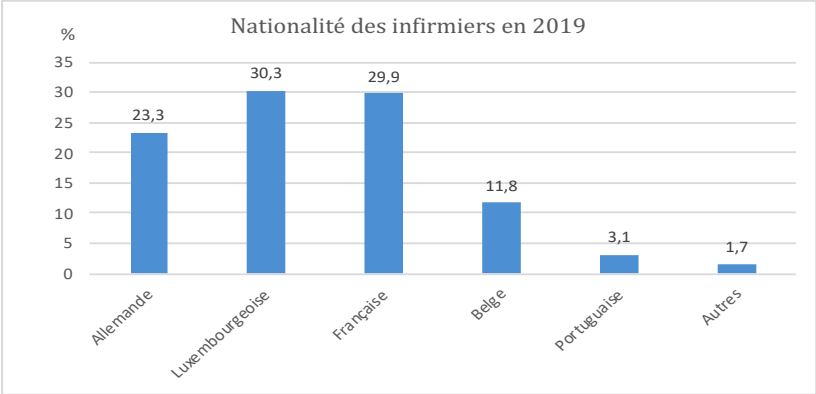
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.30 : Caractéristiques de la profession d'infirmier exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



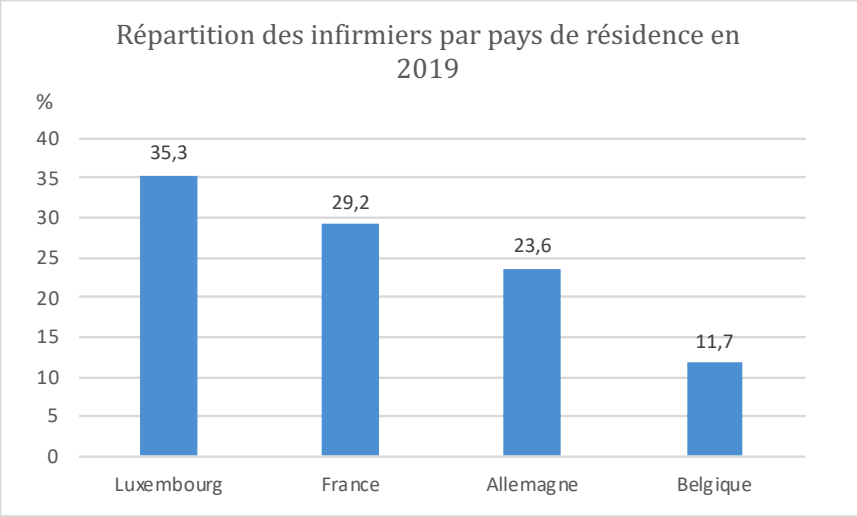
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.61 : Répartition par sexe de la profession d'infirmier exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=6.153)



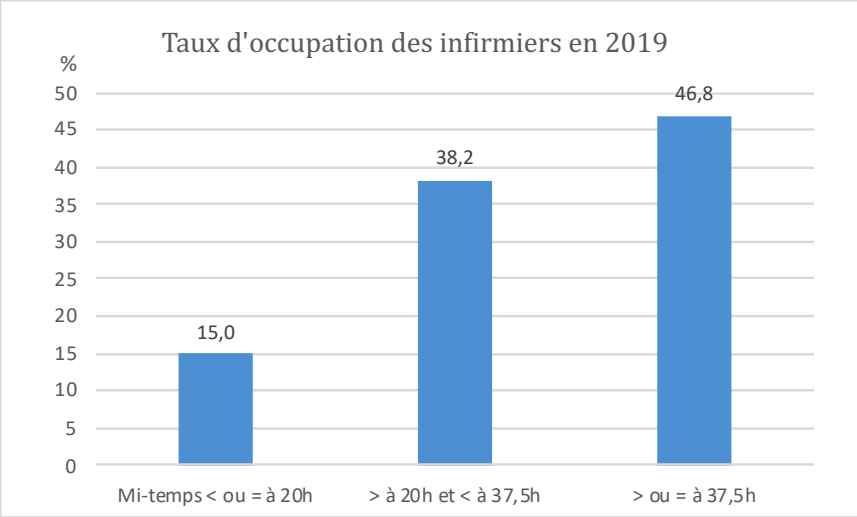
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.62 : Répartition par nationalité de la profession d'infirmier exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=6.153)



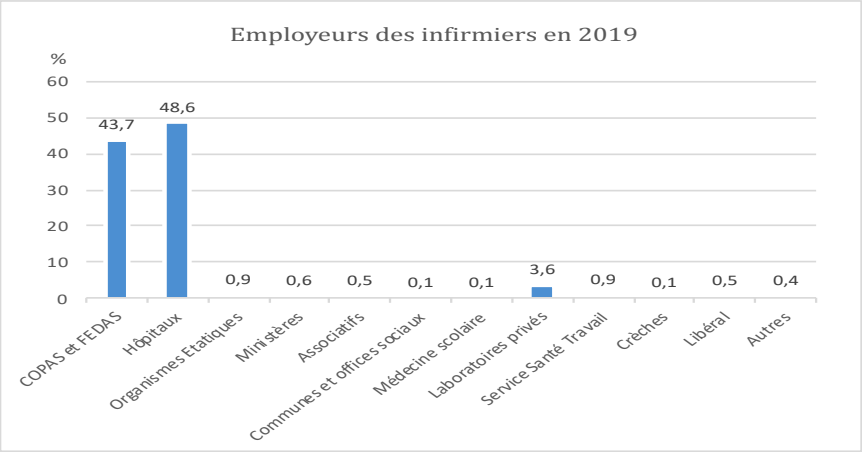
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.63 : Répartition par pays de résidence de la profession d'infirmier exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=6.153)



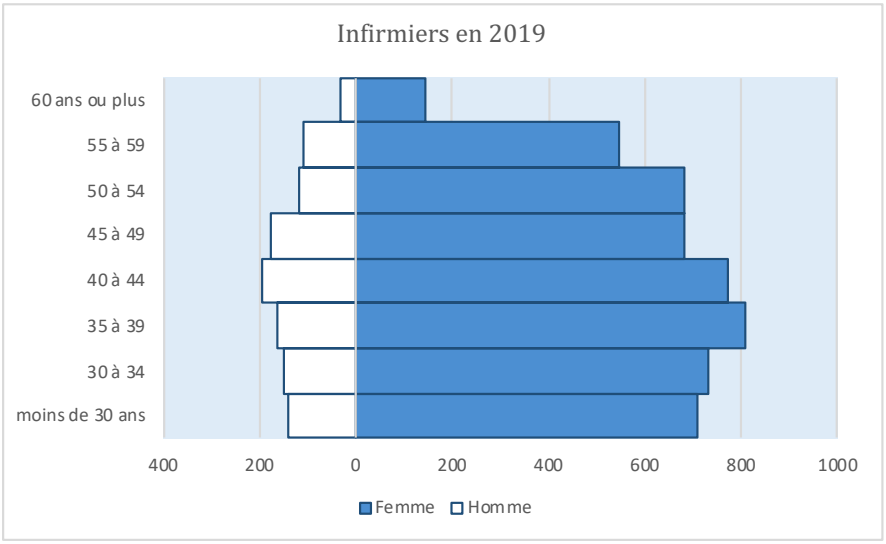
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.64 : Taux d'occupation des infirmiers exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=6.153)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.65 : Répartition par type d'employeur des infirmiers exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=6.153)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.66 : Pyramide des âges des infirmiers exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=6.153)

Remarques relatives à la profession d'infirmier :

- la profession est majoritairement féminine (82,3 %),
- seulement 30 % des infirmiers sont de nationalité luxembourgeoise,
- pénurie d'infirmiers formés au Luxembourg, ce qui oblige à recruter à l'étranger,
- la France et l'Allemagne apportent 64 % des effectifs d'infirmiers au Luxembourg,
- 64,7 % des infirmiers résident hors du Luxembourg,
- l'hôpital est le 1er employeur des infirmiers en soins généraux,
- seuls quelques infirmiers travaillent en cabinet libéral exclusivement sans appartenir à un réseau de soins à domicile,
- les laboratoires privés embauchent 218 infirmiers pour ne faire que des prélèvements, le métier de préleveuse n'existant pas au Luxembourg,
- 53,2 % des infirmiers en soins généraux travaillent à temps partiel,
- 2.621 départs prévisibles sont attendus entre 2019 et 2034, ce qui représente 42,59 % de la population totale d'infirmiers en soins généraux. En moyenne, le pays devra fournir 164 infirmiers par an, ce qu'il n'est pas en capacité de produire actuellement,
- si le Luxembourg veut atteindre l'objectif de l'OMS pour 2030, à savoir diminuer de 50 % le recrutement d'infirmiers de soins généraux étrangers, il lui faudra produire dans le cursus de formation luxembourgeois un nombre plus important d'infirmiers. Ce calcul ne tient pas compte des accroissements du besoin, liés à des ouvertures de structures, à un accroissement de la population ou à son vieillissement,
- le niveau d'entrée en formation fait partie du niveau le plus faible en Europe. Les compétences de base nécessaires au raisonnement clinique ne sont pas acquises. Il y a lieu de revoir le niveau d'entrée et de se modéliser sur les autres pays européens à savoir Bac à l'entrée,
- l'âge d'entrée dans la formation est très jeune, ce qui ne permet pas à l'étudiant de gérer avec maturité les situations cliniques et humaines auxquelles il va être confronté,
- prévoir une formation Bac+3 et adapter le niveau de diplôme aux critères de Bologne,

- il n'existe pas de temps d'encadrement des nouveaux collaborateurs infirmiers dans les normes CNS-FHL, cependant un minimum de doublure (2 semaines dans les unités de soins normaux) est nécessaire pour s'adapter au modèle d'organisation hospitalière et médicale, aux applications informatiques (ex : dossier patient), aux équipements, aux protocoles et techniques de soins,
- la profession est prioritairement utilisée dans les soins curatifs, elle intervient peu dans les soins de prévention et d'éducation en soins primaires, les modes de rémunération de ce type de prestation étant inexistants ou défavorables à ce type d'intervention professionnelle,
- l'infirmier a sa place dans les équipes multi-professionnelles à développer au sein de centres de santé répartis sur le territoire, notamment dans le case management avec les médecins des malades chroniques (diabète, obésité, insuffisance cardiaque, asthme, BPCO, douleur, soins palliatifs avancés, stomathérapie…),
- cette profession nécessite des formations en pratique avancée pour pouvoir répondre aux besoins des patients dans certains types de pathologies (gériatrie, oncologie, cardiologie, diabétologie, dialyse, endoscopie…),
- les attributions professionnelles de l'infirmier, notamment les actes pouvant être faits dans le cadre du rôle propre, sont à réviser afin de les adapter à la pratique sur le terrain qui a évolué et afin de ne pas surcharger inutilement les médecins de procédures administratives « mangeuses de temps » sans gain pour le patient,
- l'image publique de cette profession est à revaloriser auprès des jeunes et des parents.

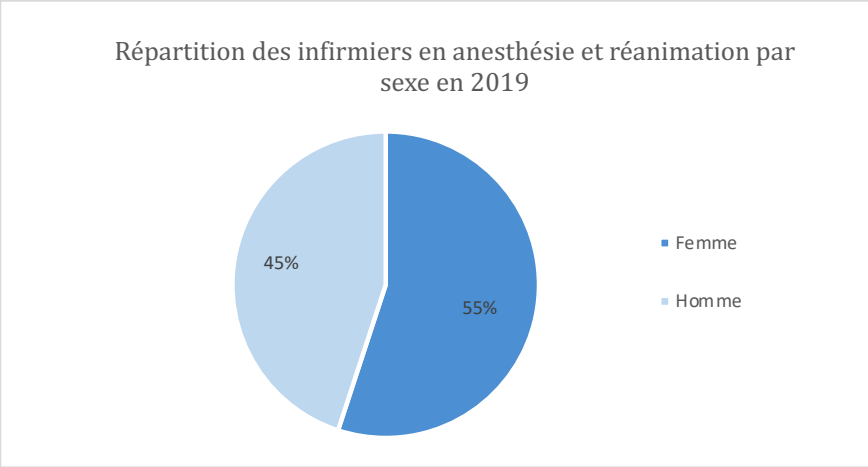
9.16.11 Profession d'infirmier en anesthésie et réanimation

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=409	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		407	99,51
Nombre administratifs		2	0,49
Caractéristiques des infirmiers en anesthésie réanimation exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=407	100
	Féminin	224	55
	Masculin	183	45
Nationalités		N=407	100
	Luxembourgeoise	218	53,6
	Allemande	83	20,4
	Belge	20	4,9
	Française	76	18,7
	Portugaise	6	1,5
	Autres	4	1
Pays de résidence		N=407	100
	Luxembourg	229	56,3
	Allemagne	81	19,9
	Belgique	21	5,2
	France	76	18,7
Employeurs		N=406	100
	COPAS et FEDAS	6	1,5
	Hôpitaux	396	97,5
	Ministères	1	0,3
	Organismes Etatiques	1	0,2
	Autres	2	0,5
Taux occupation (heures par semaine)		N=406	100
	Mi-temps < ou = à 20h	39	9,6
	20h - 37,5h	108	26,6
	> ou = à 37,5h	259	63,8
Taux occupation moyen (heures par semaine)		33,9 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,66	
Age en années		N=407	
	Age moyen	44,4	
	Age minimum	24	
	Age maximum	65	
	Age médian	44	
Départs prévisibles		N=407	
	2034-45 ans	9	
	2033-46 ans	11	
	2032-47 ans	13	
	2031-48 ans	19	
	2030-49 ans	13	
	2029-50 ans	13	
	2028-51 ans	12	

	2027-52 ans	19	
	2026-53 ans	17	
	2025-54 ans	11	
	2024-55 ans	9	
	2023-56 ans	16	
	2022-57 ans	9	
	2021-58 ans	6	
	2020-59 ans	6	
	2019-60 ans et plus	17	

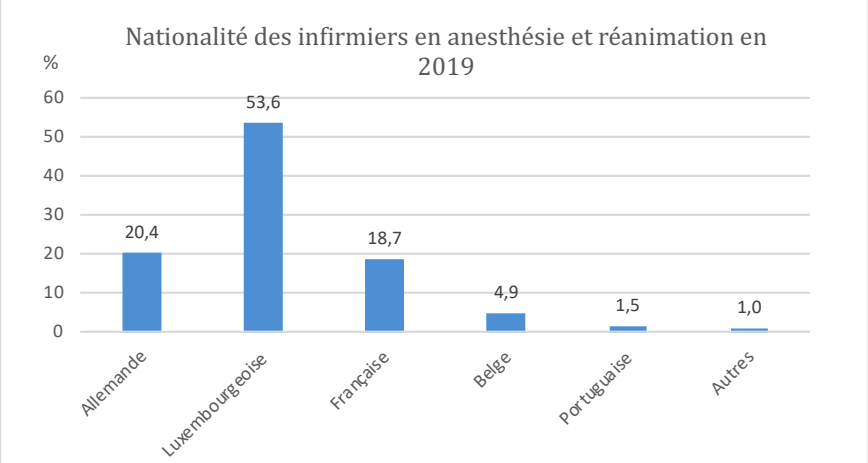
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.31 : Caractéristiques de la profession d'infirmier en anesthésie et réanimation exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



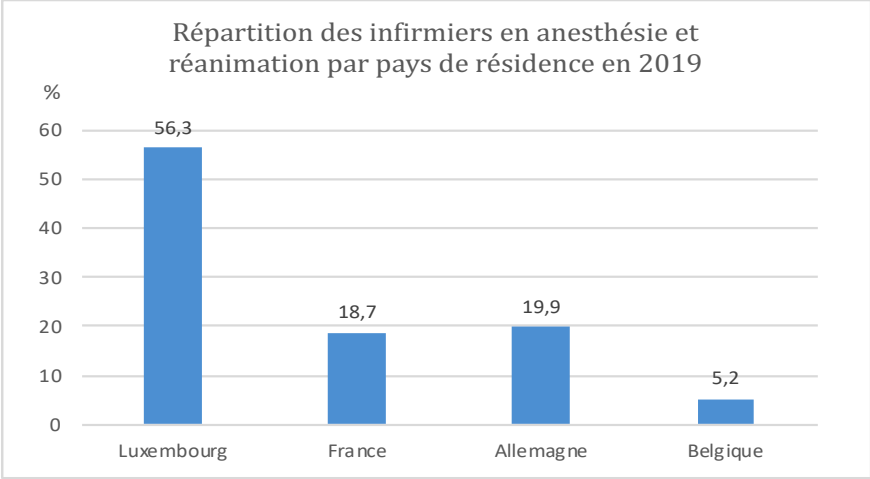
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.67 : Répartition par sexe de la profession d'infirmier en anesthésie-réanimation exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=407)



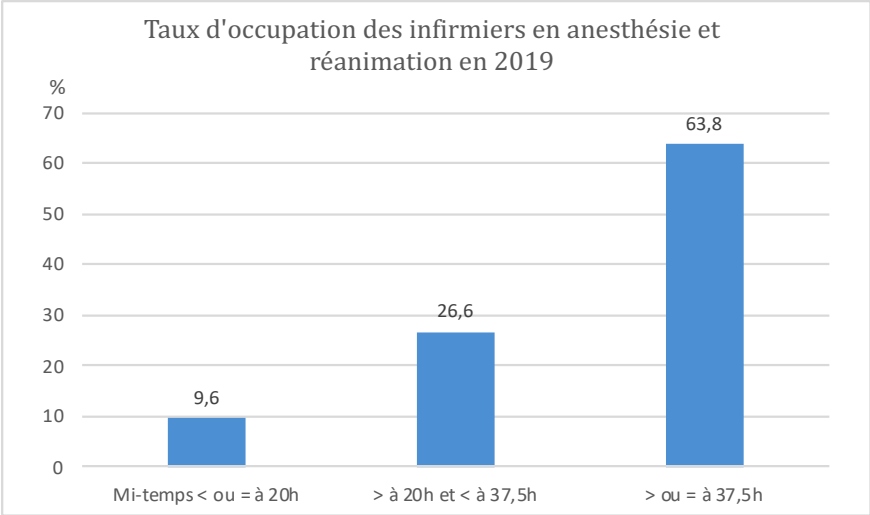
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.68 : Répartition par nationalité de la profession d'infirmier en anesthésie-réanimation exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=407)



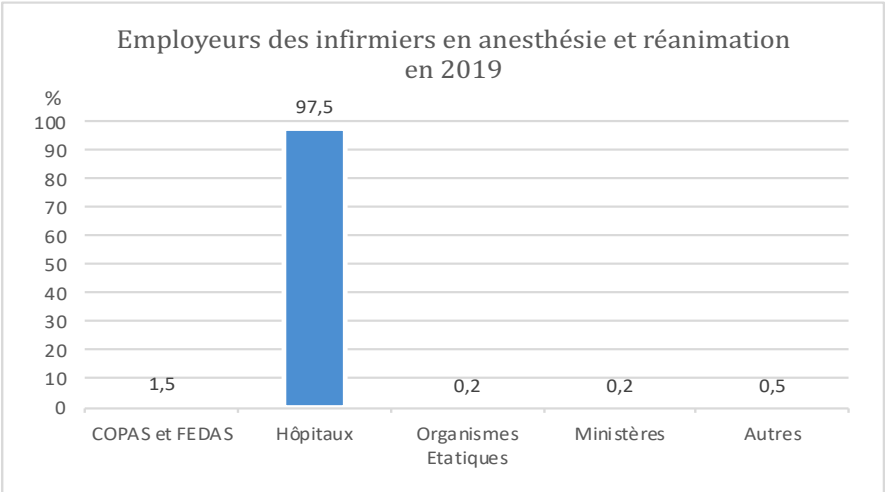
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.69 : Répartition par pays de résidence de la profession d'infirmier en anesthésie-réanimation exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=407)



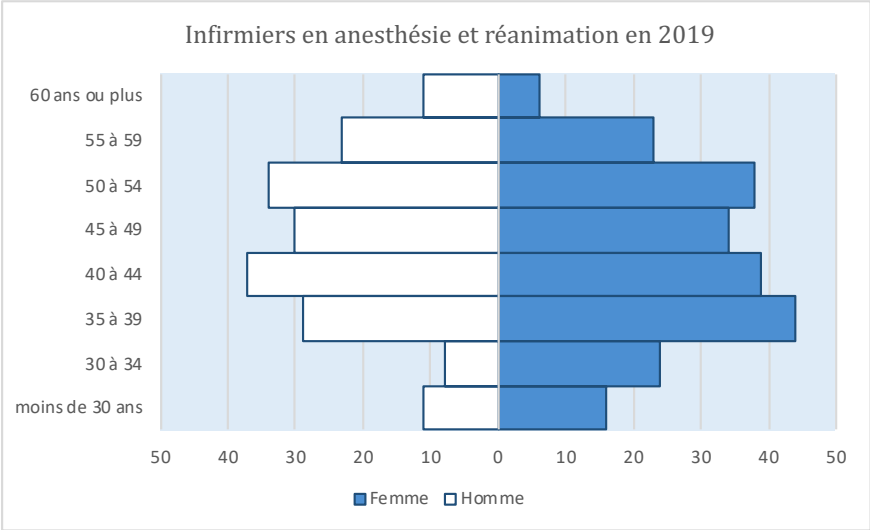
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.70 : Taux d'occupation des infirmiers en anesthésie-réanimation exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=407)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.71 : Répartition par type d'employeur des infirmiers en anesthésie-réanimation exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=407)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.72 : Pyramide des âges des infirmiers en anesthésie-réanimation exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=407)

Remarques relatives à la profession d'infirmier en anesthésie et réanimation (IAR) :

- la profession est bien équilibrée entre les hommes (45%) et les femmes (55%),
- plus de la moitié (53,6%) des infirmiers en anesthésie et réanimation sont de nationalité luxembourgeoise,
- à l'exception de quelques étrangers qui résident au Luxembourg (n=11), les IAR étrangers résident dans leur pays,
- l'Allemagne et la France apportent 39,1 % d'IAR au Luxembourg,
- 63,8 % des IAR travaillent à plein temps,
- l'hôpital est le 1er employeur des IAR,
- le CGDIS a recruté un grand nombre d'IAR ces dernières années,
- certains IAR ont réorienté leur carrière et travaillent dans le secteur de la COPAS-FEDAS,
- jusqu'en 2034, le Luxembourg aura 202 départs prévisibles d'IAR, soit 49,39 % de son effectif actuel total. Il devra donc produire en moyenne 13 diplômés IAR par an, ce qui est très proche de sa production actuelle. Il peut donc être raisonnablement estimé que cet enjeu soit réalisable pour le pays. Ceci est réalisable si le Luxembourg met en place le dispositif de promotion professionnelle contractuelle pour soutenir l'effort,
- cette profession bénéficie de normes CNS-FHL pour le bloc opératoire, la salle de réveil, les sites délocalisés d'anesthésie, mais aucune norme ou quota n'est prévu pour les services de réanimation, pour garantir aux patients un accès à une compétence spécialisée,
- les attributions datent de 2009, elles méritent d'être actualisées,
- la formation est réalisée au Luxembourg au LTPS, les professionnels interviennent dans la formation, les stages sont réalisés dans tous les hôpitaux,
- le diplôme obtenu, non intégré dans le cadre de Bologne, n'incite pas les jeunes à s'orienter vers cette profession,
- la formation correspond à un nombre d'ECTS (240) supérieur au seuil d'ECTS demandé pour un Bachelor,
- pendant la formation, des stages sont à faire à l'étranger, mais les étudiants ne peuvent pas bénéficier d'aides par le CEDIES,

- cette profession ne bénéficie pas d'un dispositif de promotion professionnelle contractuelle pour inciter des infirmiers de soins généraux à se former pour devenir IAR,
- dans cette profession, il faut prévoir un temps d'encadrement du nouveau collaborateur qui varie entre 3 et 6 mois selon l'expérience professionnelle, qui n'est pas prévu dans les normes conventionnelles CNS-FHL,
- cette profession pourrait bénéficier de la pratique avancée dans certains domaines très spécifiques : néonatologie, réanimation pédiatrique, neurochirurgie,
- cette profession a trouvé une bonne complémentarité avec les médecins anesthésistes,
- Cette profession doit faire face à toutes les situations cliniques rares et complexes. Pour cela, elle doit y être régulièrement entraînée. La formation continue sur simulateur permettrait de maintenir les compétences de l'IAR.

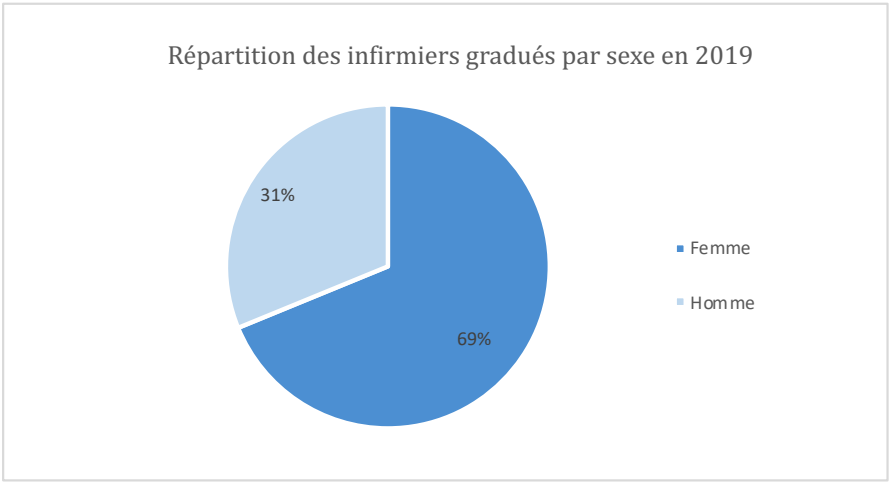
9.16.12 Profession d'Infirmier gradué

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=132	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		109	82,57
Nombre administratifs		23	17,43
Caractéristiques des infirmiers gradués exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=109	100
	Féminin	75	68,8
	Masculin	34	31,2
Nationalités		N=109	100
	Luxembourgeoise	66	60,6
	Allemande	5	4,6
	Belge	25	22,9
	Française	13	11,9
60,6 % sont			
Pays de résidence		N=109	100
	Luxembourg	72	66,1
	Allemagne	4	3,7
	Belgique	16	14,7
	France	17	15,6
Employeurs		N=109	100
	Communes et offices sociaux	1	0,9
	COPAS et FEDAS	32	29,4
	Hôpitaux	55	50,5
	Ministères	4	3,7
	Associatifs	4	3,7
	Organismes Etatiques	12	11
	Crèches	1	0,9
Taux occupation (heures par semaine)		N=108	100
	Mi-temps < ou = à 20h	6	5,6
	20h - 37,5h	14	13,0
	> ou = à 37,5h	88	81,5
Taux occupation moyen (heures par semaine)		36,5 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,18	
Age en années		N=109	
	Age moyen	51,5	
	Age minimum	32	
	Age maximum	66	
	Age médian	53	
Départs prévisibles		N=109	
	2034-45 ans	2	
	2033-46 ans	4	
	2032-47 ans	3	
	2031-48 ans	3	
	2030-49 ans	3	
	2029-50 ans	2	
	2028-51 ans	5	

	2027-52 ans	5	
	2026-53 ans	5	
	2025-54 ans	11	
	2024-55 ans	7	
	2023-56 ans	2	
	2022-57 ans	11	
	2021-58 ans	6	
	2020-59 ans	3	
	2019-60 ans et plus	11	

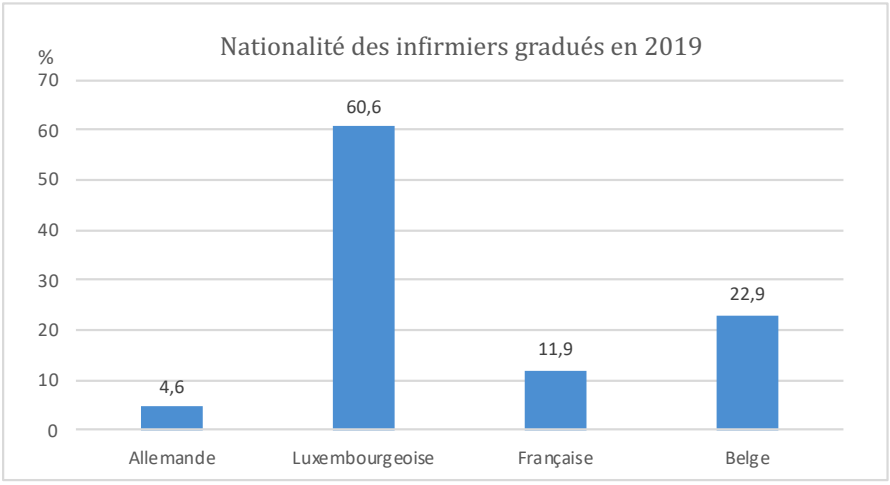
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.32 : Caractéristiques de la profession d'infirmier gradué exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



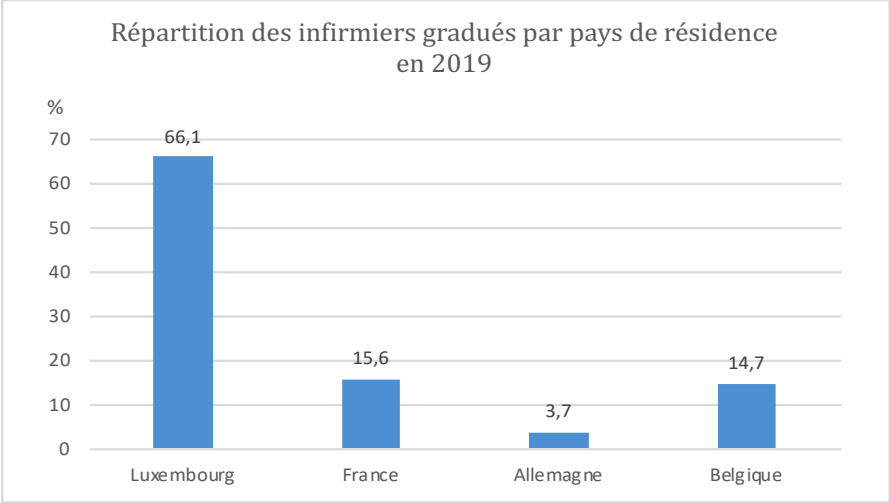
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.73 : Répartition par sexe de la profession d'infirmier gradué exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=109)



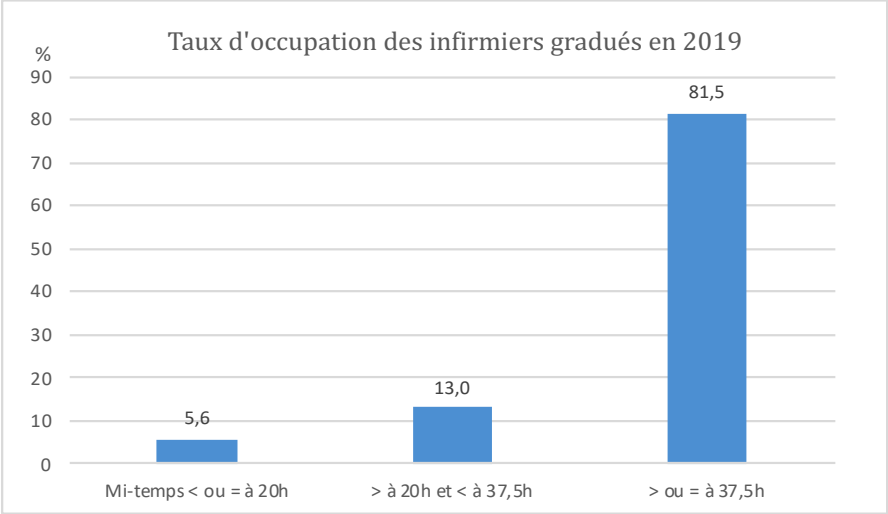
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9,74 : Répartition par nationalité de la profession d'infirmier gradué exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=109)



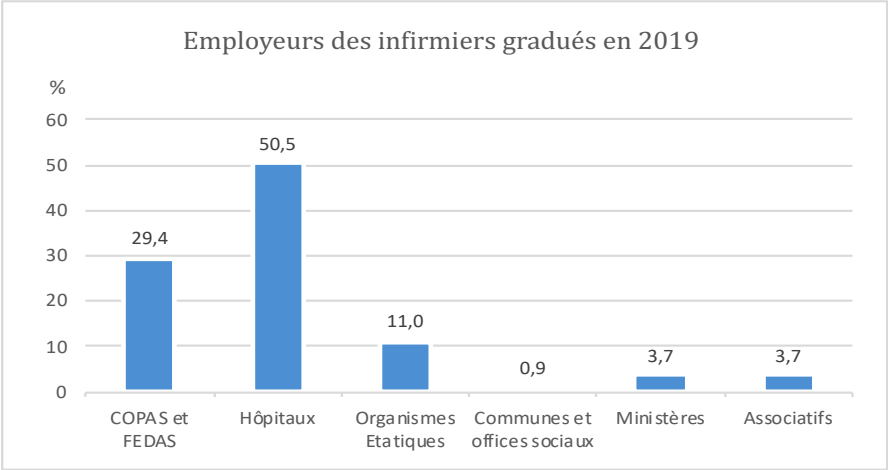
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.75 : Répartition par pays de résidence de la profession d'infirmier gradué exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=109)



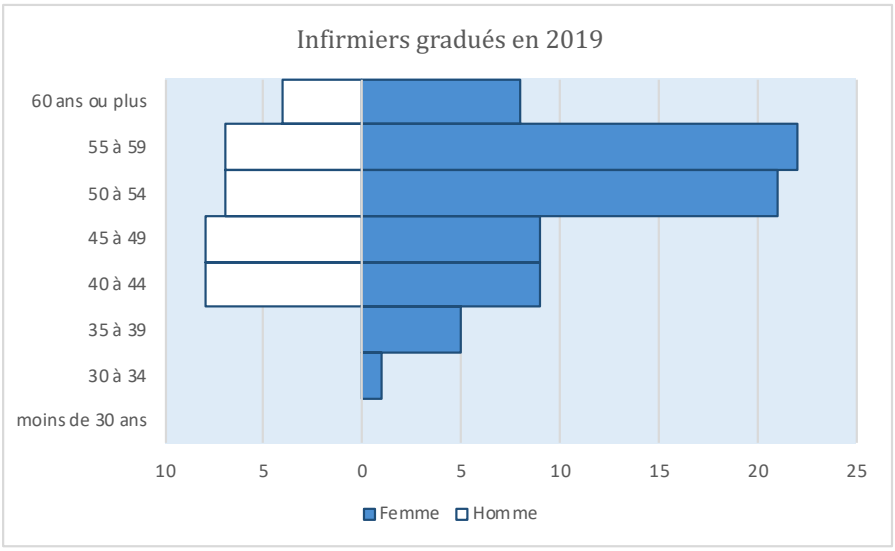
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.76 : Taux d'occupation des infirmiers gradués exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=109)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.77 : Répartition par type d'employeur des infirmiers gradués exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=109)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.78 : Pyramide des âges des infirmiers gradués exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=109)

Remarques relatives à la profession d'infirmier gradué :

- profession ne donnant plus lieu à une formation au Luxembourg,
- profession ne donnant plus lieu à une autorisation d'exercer au Luxembourg,
- 68,8 % des infirmiers gradués encore en exercice auprès des patients sont des femmes,
- 60,6 % sont de nationalité luxembourgeoise,
- quelques étrangers (6) en sus des infirmiers gradués luxembourgeois résident au Luxembourg,
- les hôpitaux emploient la moitié des infirmiers gradués,
- 81,5 % des infirmiers gradués travaillent à plein temps,
- au total 106 infirmiers gradués devraient partir en pension sur la période 2019-2034.

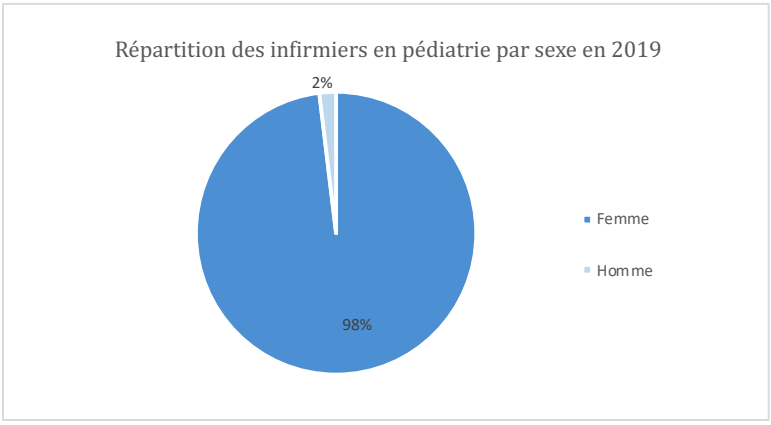
9.16.13 Profession d'infirmier en pédiatrie

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N= 268	100
Nombre exerçant auprès des patients		261	97,39
Nombre administratifs		7	2,61
Caractéristiques des infirmiers en pédiatrie exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires			
Sexe		N=261	100
	Féminin	256	98,1
	Masculin	5	1,9
Nationalités		N=261	100
	Luxembourgeoise	129	49,4
	Allemande	48	18,4
	Belge	26	10
	Française	49	18,8
	Portugaise	4	1,5
	Autres	5	1,9
Pays de résidence		N=261	100
	Luxembourg	140	53,6
	Allemagne	47	18
	Belgique	28	10,7
	France	46	17,6
Employeurs		N=260	100
	Cabinet libéral	1	0,4
	COPAS et FEDAS	35	13,5
	Hôpitaux	190	73,1
	Ministères	1	0,4
	Associatifs	4	1,5
	Organismes Etatiques	1	0,4
	Communes et offices sociaux	10	3,8
	Médecine scolaire	2	0,8
	Laboratoires privés	5	1,9
	Crèches	11	4,2
Taux occupation (heures par semaine)		N=260	100
	Mi-temps < ou = à 20h	57	21,9
	20h - 37,5h	95	36,5
	> ou = à 37,5h	108	41,5
Taux occupation moyen (heures par semaine)		30,5 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,4	
Ratio par 1.000 enfants de moins de 15 ans		2,65	
Age en années		N=261	
	Age moyen	41,9	
	Age minimum	23	
	Age maximum	66	
	Age médian	41	
Départs prévisibles		N=261	
	2034-45 ans	8	

	2033-46 ans	9	
	2032-47 ans	3	
	2031-48 ans	9	
	2030-49 ans	9	
	2029-50 ans	9	
	2028-51 ans	8	
	2027-52 ans	9	
	2026-53 ans	5	
	2025-54 ans	3	
	2024-55 ans	9	
	2023-56 ans	3	
	2022-57 ans	7	
	2021-58 ans	5	
	2020-59 ans	3	
	2019-60 ans et plus	8	

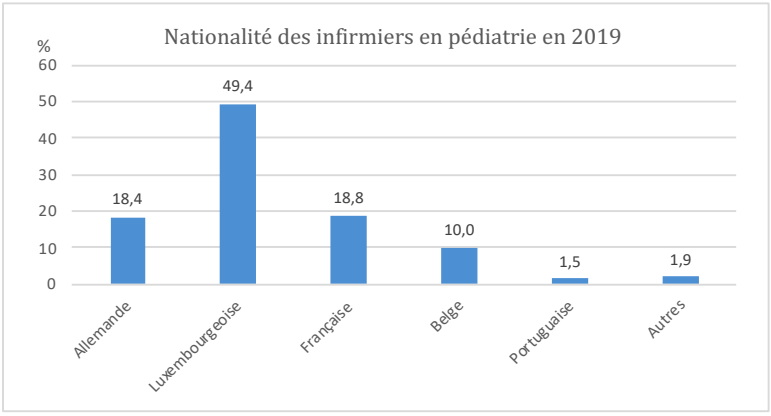
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.33 : Caractéristiques de la profession d'infirmier en pédiatrie exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



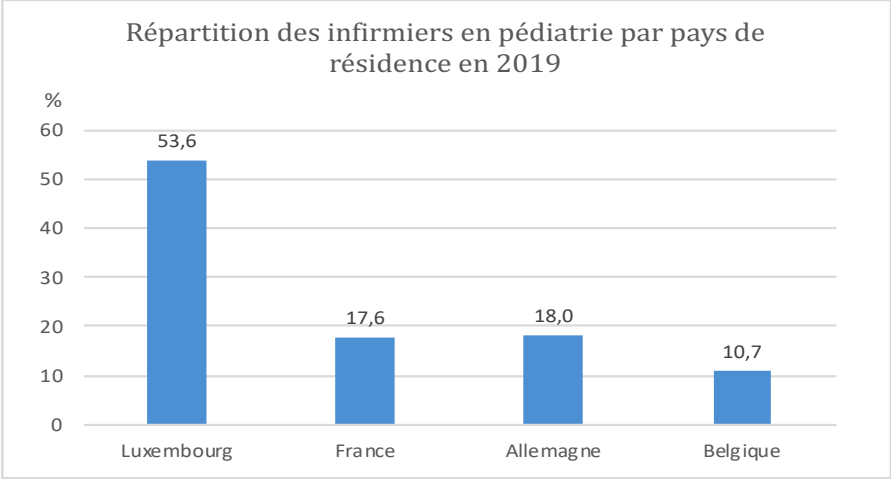
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.79 : Répartition par sexe de la profession d'infirmier en pédiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=261)



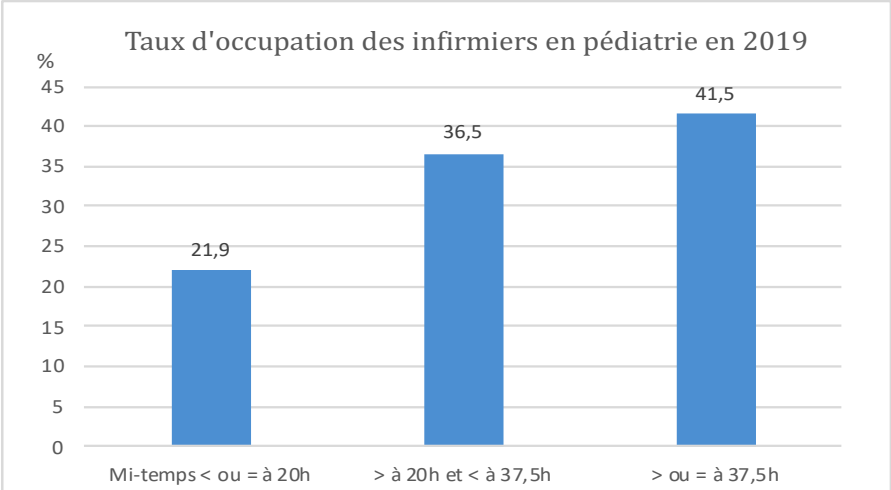
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.80 : Répartition par nationalité de la profession d'infirmier en pédiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=261)



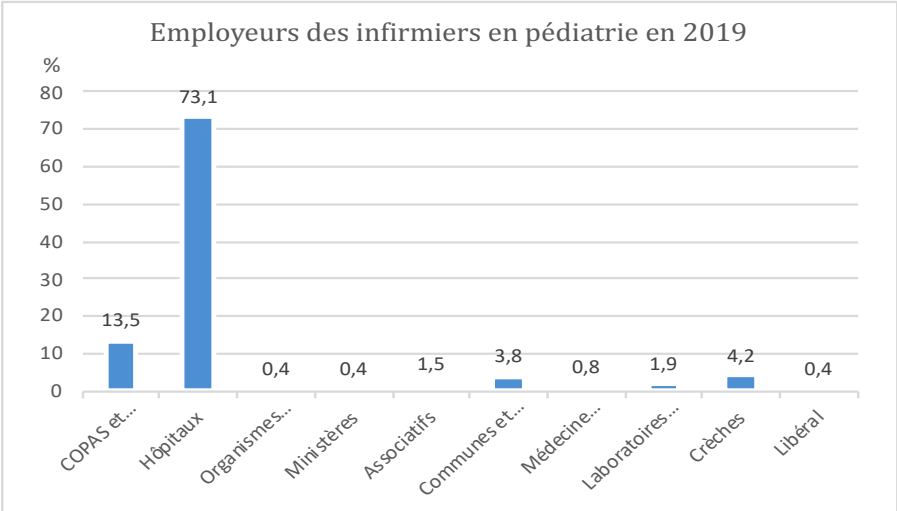
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.81 : Répartition par pays de résidence de la profession d'infirmier en pédiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=261)



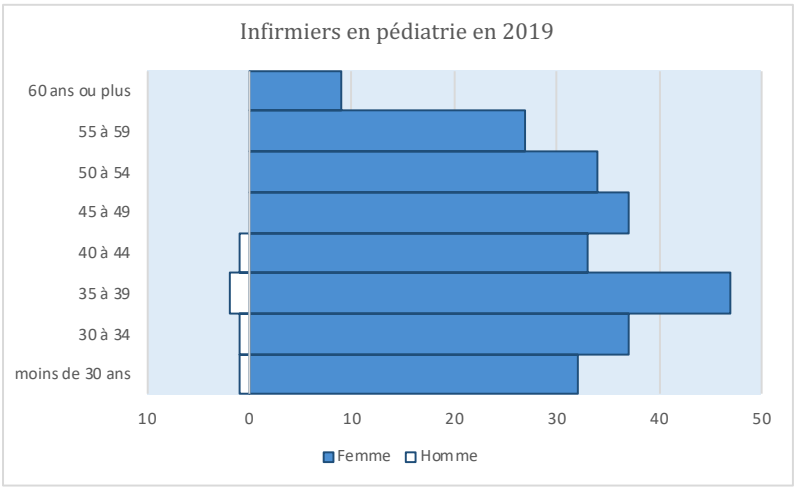
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.82 : Taux d'occupation des infirmiers en pédiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=261)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig. 9.83: Répartition par type d'employeur des infirmiers en pédiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=261)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.84 : Pyramide des âges des infirmiers en pédiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=261)

Remarques relatives à la profession d'infirmier en pédiatrie :

- la profession est occupée principalement par des femmes à 98,1 %,
- près de la moitié des infirmiers en pédiatrie sont de nationalité luxembourgeoise (49,4 %),
- il existe une pénurie d'infirmiers spécialisés en pédiatrie formés au Luxembourg, engendrant un recrutement à l'étranger qui reste malgré tout très difficile,
- cette pénurie d'infirmiers spécialisés en pédiatrie associée aux difficultés de recrutement de médecins spécialistes en pédiatrie n'est pas favorable à la prise en charge des enfants au Luxembourg,
- cette profession est régulièrement remplacée par des infirmiers en soins généraux en raison de la pénurie existante, ce qui induit des besoins d'encadrement des nouveaux collaborateurs qui ne sont pas considérés dans le cadre des normes conventionnelles FHL-CNS,
- l'Allemagne et la France fournissent autant d'infirmières en pédiatrie au Luxembourg (18 % chacun),
- quelques infirmiers en pédiatrie étrangers résident au Luxembourg (11), le reste habite dans son pays d'origine,
- les laboratoires privés embauchent des infirmiers en pédiatrie pour les prélèvements,
- très peu d'infirmiers en pédiatrie travaillent en libéral (1),
- 58,5 % des infirmiers en pédiatrie travaillent à temps partiel,
- les hôpitaux constituent le plus gros employeur des infirmiers en pédiatrie (73,1%),
- la médecine scolaire emploie très peu d'infirmiers en pédiatrie, alors que sa cible est composée essentiellement d'enfants,
- entre 2019 et 2034, au total 112 départs prévisibles d'infirmiers en pédiatrie sur 218 sont attendus, soit 41,79 % de l'effectif actuel. Cela demande au Luxembourg de garantir que 7 infirmiers en pédiatrie soient diplômés en moyenne par année. Or, actuellement le nombre de diplômés varie entre 2 et 6 par année depuis 2011. Il faudrait donc mettre en place une politique volontariste pour atteindre cet objectif en instaurant le dispositif de promotion professionnelle contractuelle pour inciter des jeunes infirmiers avec expérience à se former,
- cette profession ne bénéficie d'aucun quota dans les normes conventionnelles CNS-FHL. Il serait important de le prévoir dans le règlement grand ducal à venir

pour les services hospitaliers tels que la néonatologie, les soins intensifs pédiatriques, la pédiatrie médicale, la chirurgie pédiatrique, l'oncologie pédiatrique… pour garantir aux enfants un accès à une compétence spécialisée,

- la formation a lieu au Luxembourg au LTPS,
- le niveau de diplôme obtenu ne permet pas à l'infirmier pédiatrique de continuer à se développer au niveau universitaire notamment dans des DU de pratique avancée (ex : en néonatologie),
- cette profession a besoin d'une pratique clinique avancée dans les soins de néonatologie, dans la réanimation pédiatrique…
- les professionnels n'interviennent pas dans la formation. Ils demandent une actualisation des contenus enseignés, une révision complète du programme et l'assurance que les enseignements soient dispensés par des professionnels maîtrisant les sujets enseignés,
- les attributions professionnelles datent de 2012 et sont à actualiser,
- ce métier mérite d'être promu auprès des jeunes et de la population. Il peut d'ailleurs investir d'autres territoires pour y mener des actions plus préventives et d'éducation en soins de santé primaires,
- cette profession a sa place dans le cadre d'une équipe multi-professionnelle dans des centres de santé à créer au sein des territoires, afin de développer la pédiatrie sociale et la protection de l'enfance,
- la pratique des 3 langues dans cette profession est un objectif à atteindre.

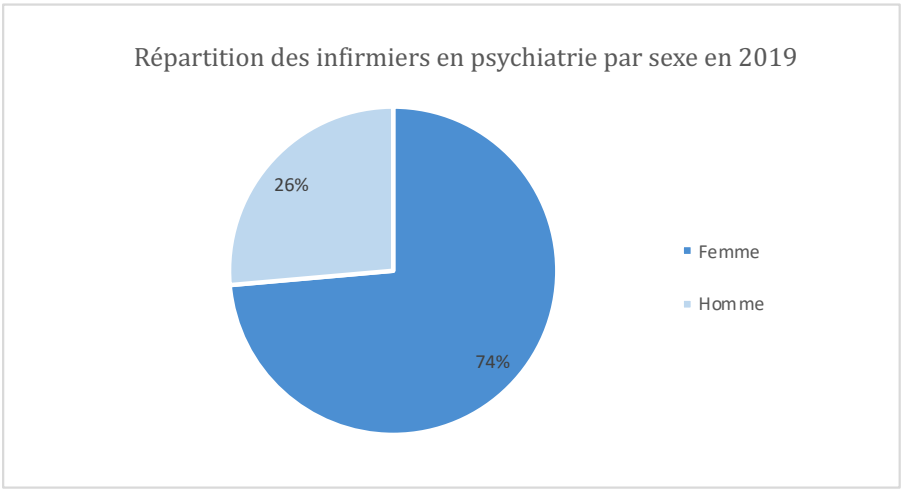
9.16.14 Profession d'infirmier psychiatrique

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=246	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		197	80,08
Nombre administratifs		49	19,92
Caractéristiques des infirmiers psychiatriques exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=197	100
	Féminin	145	73,6
	Masculin	52	26,4
Nationalités		N=197	100
	Luxembourgeoise	127	64,5
	Allemande	14	7,1
	Belge	21	10,7
	Française	25	12,7
	Portugaise	7	3,6
	Autres	3	1,5
Pays de résidence		N=197	100
	Luxembourg	131	66,5
	Allemagne	19	9,6
	Belgique	19	9,6
	France	28	14,2
Employeurs		N=195	100
	COPAS et FEDAS	39	20
	Hôpitaux	145	74,4
	Ministères	1	0,5
	Associatifs	3	1,5
	Organismes Etatiques	6	3,1
	Recherche	1	0,5
Taux occupation (heures par semaine)		N=195	100
	Mi-temps < ou = à 20h	20	10,3
	20h - 37,5h	36	18,5
	> ou = à 37,5h	139	71,3
Taux occupation moyen (heures par semaine)		34,8 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,32	
Age en années		N=197	
	Age moyen	43,9	
	Age minimum	26	
	Age maximum	64	
	Age médian	43	
Départs prévisibles		N=197	
	2034-45 ans	5	
	2033-46 ans	2	
	2032-47 ans	4	
	2031-48 ans	6	
	2030-49 ans	4	
	2029-50 ans	4	

	2028-51 ans	9	
	2027-52 ans	3	
	2026-53 ans	6	
	2025-54 ans	8	
	2024-55 ans	6	
	2023-56 ans	5	
	2022-57 ans	13	
	2021-58 ans	6	
	2020-59 ans	4	
	2019-60 ans et plus	9	

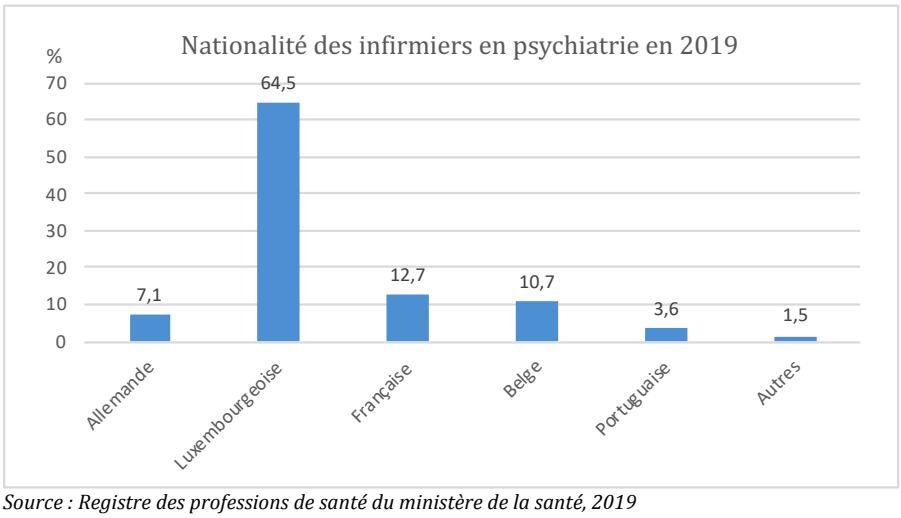
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.34 : Caractéristiques de la profession d'infirmier psychiatrique exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



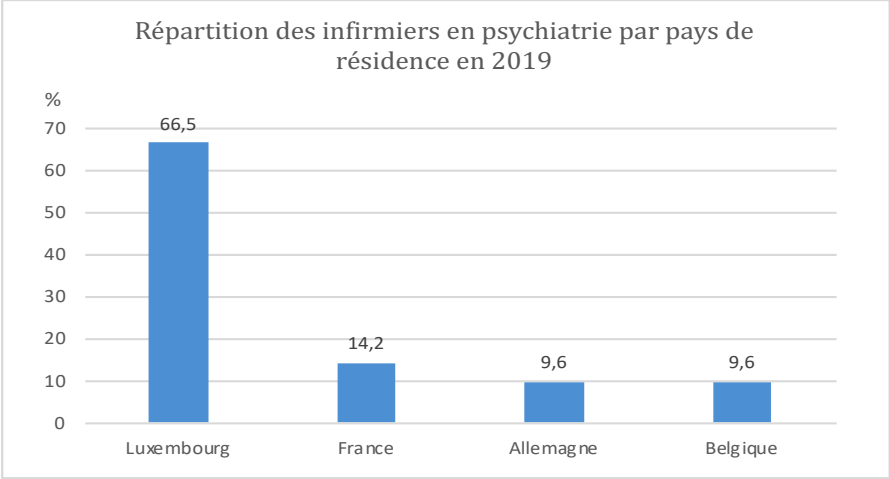
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig. 9.85: Répartition par sexe de la profession d'infirmier en psychiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=197)



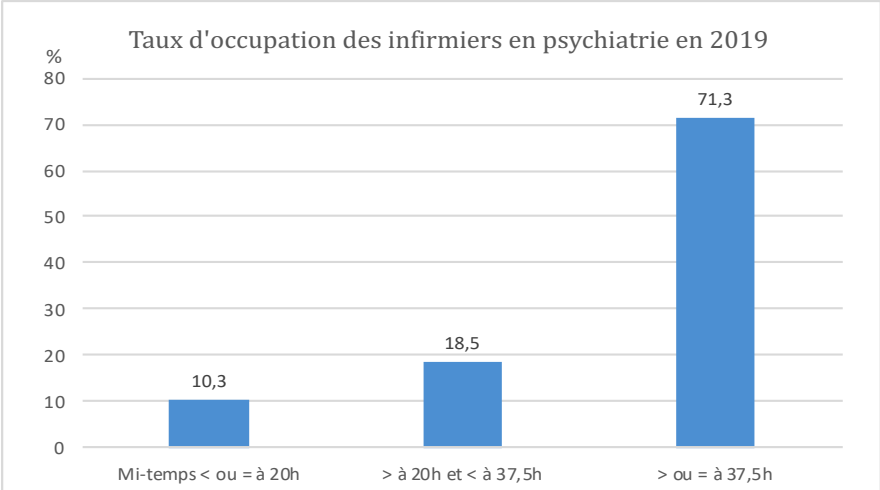
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.86 : Répartition par nationalité de la profession d'infirmier en psychiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=197)



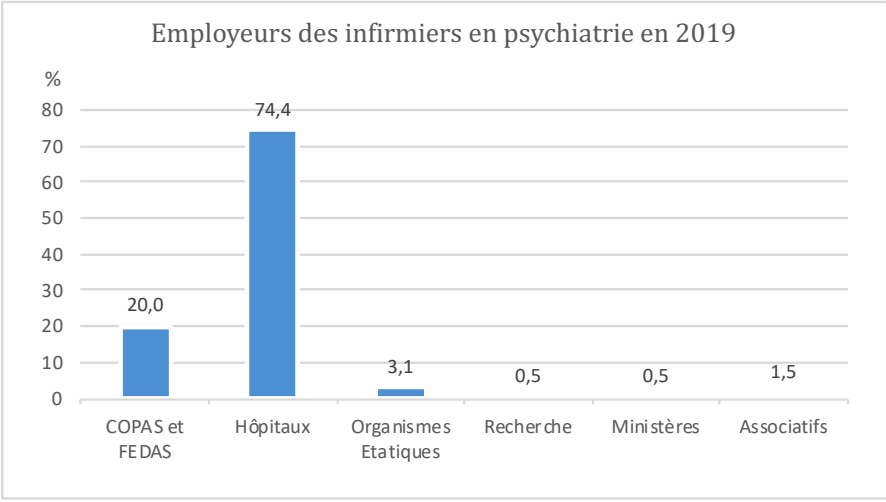
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.87 : Répartition par pays de résidence de la profession d'infirmier en psychiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=197)



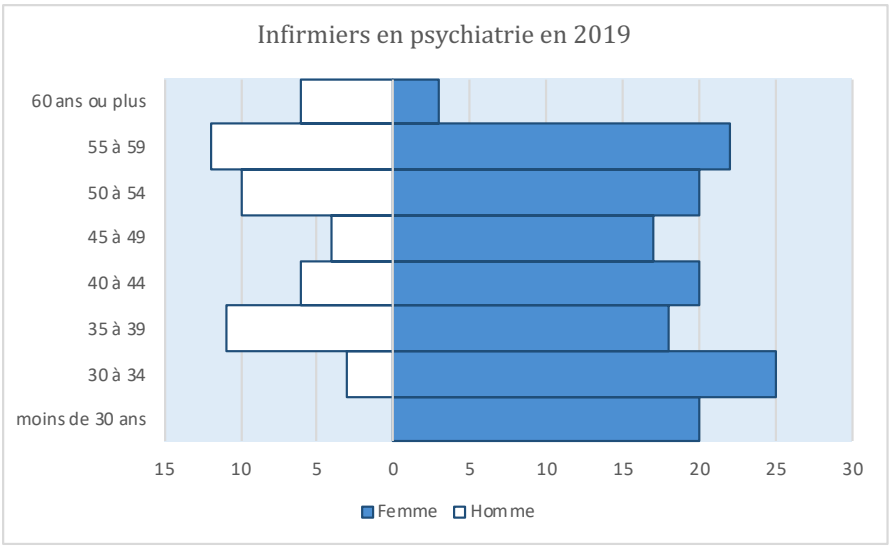
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.88 : Taux d'occupation des infirmiers en psychiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=197)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.89 : Répartition par type d'employeur des infirmiers en psychiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=197)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.90 : Pyramide des âges des infirmiers en psychiatrie exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=197)

Remarques relatives à la profession d'infirmier psychiatrique :

- modifier le titre de la profession qui ne couvre pas tous les champs d'exercice : préférer le titre d'infirmier en santé mentale,
- les attributions professionnelles sont à réviser, car le rôle de l'infirmier psychiatrique n'est pas bien identifié par rapport aux autres professionnels intervenant. Il serait judicieux de définir les attributions réservées à l'infirmier psychiatrique et notamment de réfléchir sur le case management à assumer par l'infirmier psychiatrique pour garantir après l'hospitalisation du patient la meilleure transition vers les structures ambulatoires. Il faudrait aussi mieux définir son rôle dans la gestion des crises chez les patients atteints de troubles de santé mentale,
- la pratique des 3 langues est un objectif à atteindre dans cette profession afin de pouvoir communiquer avec le patient dans sa langue maternelle,
- 73,6 % des infirmiers psychiatriques sont des femmes,
- 64,5 % des infirmiers psychiatriques sont de nationalité luxembourgeoise,
- il existe une pénurie d'infirmiers psychiatriques formés au Luxembourg,
- cette profession est couramment remplacée par des infirmiers de soins généraux n'ayant pas d'expertise dans le domaine de la santé mentale,
- cette pénurie en infirmier spécialisé en psychiatrie conjuguée avec les grandes difficultés de recrutement des médecins spécialisés en psychiatrie n'est pas favorable à la prise en charge de qualité des patients atteints de troubles de la santé mentale,
- la France et la Belgique fournissent, à eux deux, moins de ¼ des infirmiers psychiatriques,
- 66,5 % des infirmiers psychiatriques résident au Luxembourg, 2 % des infirmiers psychiatriques étrangers résident sur le territoire,
- les hôpitaux sont le 1er employeur des infirmiers psychiatriques alors que depuis plus de 20 ans, le Luxembourg a pour objectif le développement de la psychiatrie extrahospitalière,
- la majorité (71,3 %) des infirmiers psychiatriques travaille à plein temps,
- entre 2019 et 2034, les départs prévisibles s'élèvent au total à 142 personnes sur un effectif total de 246 soit 57,72 %. Par année, le Luxembourg devra donc produire 9 diplômés par an en moyenne, ce qui est plus que ce qu'il produit aujourd'hui, cependant l'objectif serait atteignable si une politique volontariste

est mise en œuvre, avec notamment un dispositif de promotion professionnelle contractuelle. Ceci n'intègre pas l'objectif de l'OMS de réduire de 50 % jusqu'en 2030 le nombre de recrutement à l'étranger,
- le niveau de diplôme obtenu n'est pas intégré aux critères de Bologne,
- cette profession ne fait l'objet d'aucun quota afin de garantir au patient une expertise professionnelle pour sa prise en charge dans les normes conventionnelles CNS-FHL, ni dans aucun règlement grand-ducal, ni dans les conventions entre l'Etat et les organismes extrahospitaliers,
- il y a lieu de réfléchir sur la place que pourrait prendre l'infirmier psychiatrique dans les centres de santé à créer au sein des territoires,
- cette profession pourrait bénéficier d'un dispositif de promotion professionnelle contractuelle pour inciter des infirmiers en soins généraux à se spécialiser,
- cette profession ne se sent pas représentée par le CSPS.

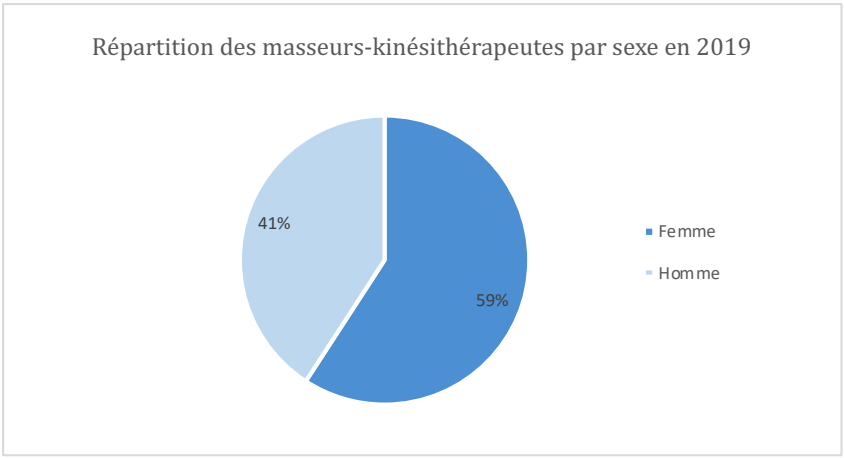
9.16.15 Profession de kinésithérapeute

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=1.296	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		1.293	99,77
Nombre administratifs		3	0,23
Caractéristiques des kinésithérapeutes exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=1.293	100
	Féminin	765	59,2
	Masculin	528	40,8
Nationalités		N=1.291	100
	Luxembourgeoise	409	31,7
	Allemande	239	18,5
	Belge	404	31,3
	Française	170	13,2
	Portugaise	19	1,5
	Autres	50	3,9
Pays de résidence		N=1.293	100
	Luxembourg	534	41,3
	Allemagne	233	18,0
	Belgique	375	29,0
	France	147	11,4
	Autres	4	0,3
Employeurs		N=1248	100
	Cabinet libéral	895	71,7
	COPAS et FEDAS	129	10,3
	Hôpitaux	164	13,1
	Ministères	6	0,5
	Associatifs	10	0,8
	Organismes Etatiques	9	0,7
	Domaine thermal de Mondorf	29	2,3
	Service de santé au travail	3	0,2
	Autres	3	0,2
Taux occupation (heures par semaine)		N=1.192	
	Mi-temps < ou = à 20h	214	18,0
	20h - 37,5h	270	22,7
	> ou = à 37,5h	708	59,4
Taux occupation moyen (heures par semaine)		34,4 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		2,1	
Age en années		N=1.293	
	Age moyen	39,6	
	Age minimum	22	
	Age maximum	83	
	Age médian	38	
Départs prévisibles		N=1.293	
	2034-45 ans	36	
	2033-46 ans	28	

	2032-47 ans	31	
	2031-48 ans	38	
	2030-49 ans	34	
	2029-50 ans	21	
	2028-51 ans	23	
	2027-52 ans	29	
	2026-53 ans	21	
	2025-54 ans	27	
	2024-55 ans	24	
	2023-56 ans	16	
	2022-57 ans	19	
	2021-58 ans	11	
	2020-59 ans	23	
	2019-60 ans et plus	25	

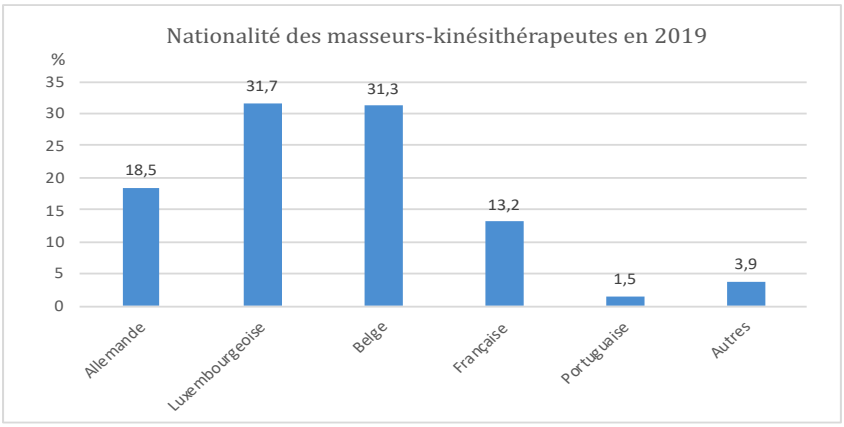
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.35 : Caractéristiques de la profession de kinésithérapeute exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



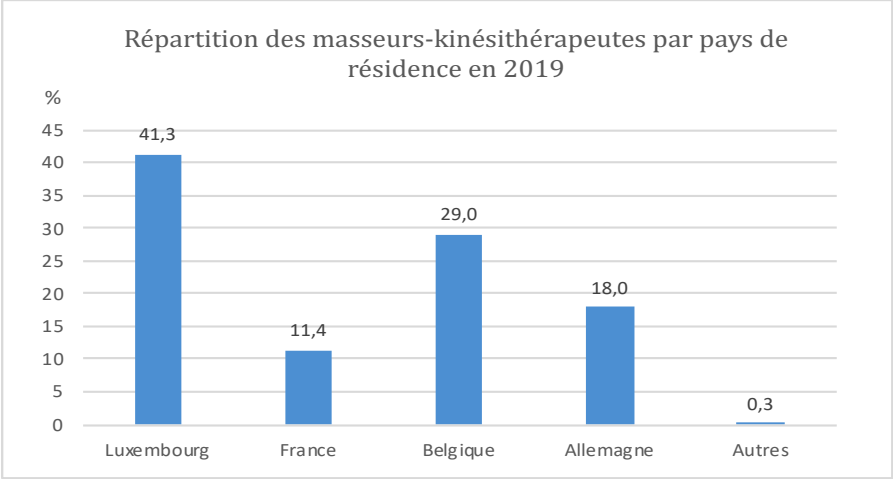
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.91 : Répartition par sexe de la profession de masseur-kinésithérapeute exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=1.293)



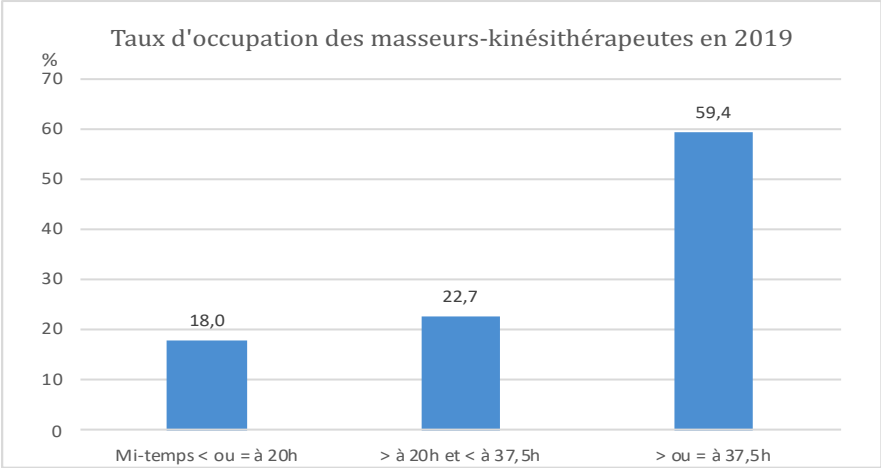
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.92 : Répartition par nationalité de la profession de masseur-kinésithérapeute exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=1.293)



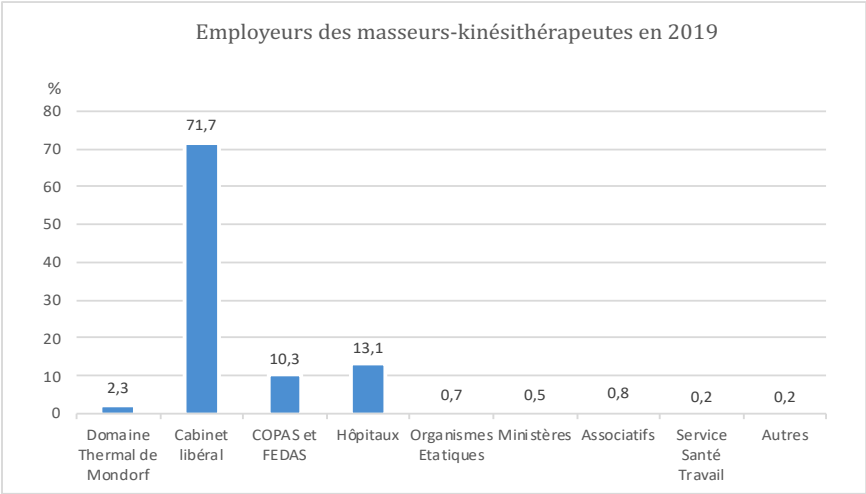
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig. 9.93: Répartition par pays de résidence de la profession de masseur-kinésithérapeute exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=1.293)



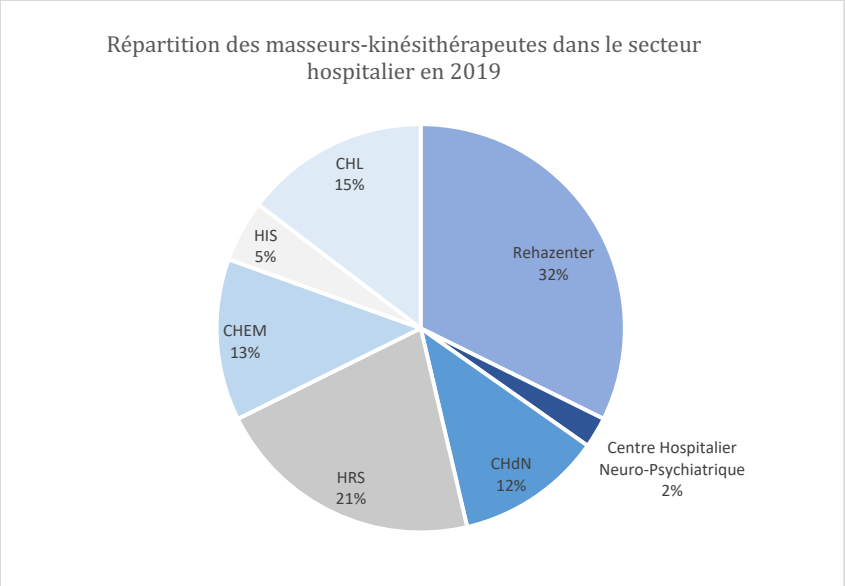
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.94 : Taux d'occupation des masseurs-kinésithérapeutes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=1.293)



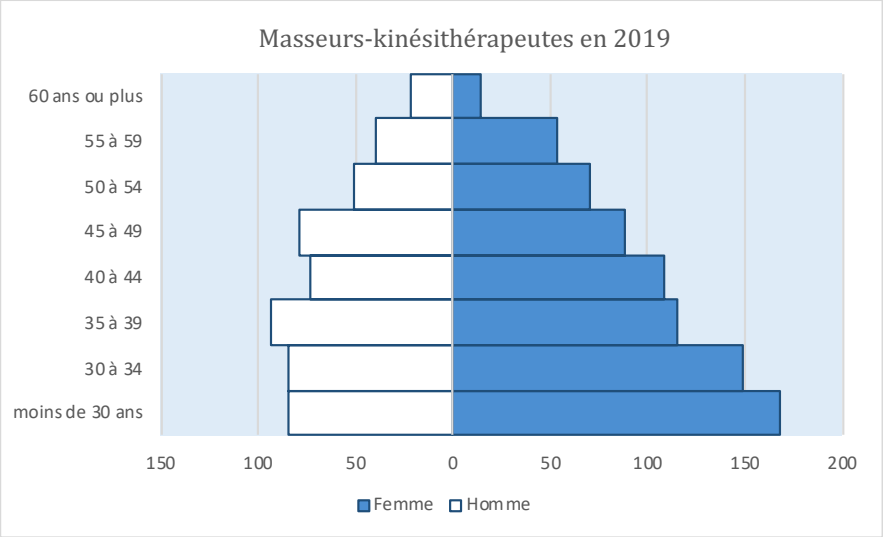
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.95 : Répartition par type d'employeur des masseurs-kinésithérapeutes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=1.293)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.96 : Répartition par type d'employeur des masseurs-kinésithérapeutes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=1.293)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.97 : Pyramide des âges des masseurs-kinésithérapeutes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=1.293)

Remarques relatives à la profession de kinésithérapeutes :

- cette profession n'est pas incluse dans la prévention des pathologies musculo-squelettiques, des blessures sportives, des problèmes de dos… qui coûtent très chers à la CNS. Cette profession est essentiellement utilisées dans le système de soins de santé au niveau curatif,
- veiller à la qualité de la formation réalisée au Luxembourg afin qu'à diplôme équivalent, les compétences soient identiques avec celles des kinésithérapeutes formés à l'étranger,
- près de 60 % des kinésithérapeutes sont des femmes,
- seulement 31 % des kinésithérapeutes sont de nationalité luxembourgeoise,
- il y a en proportion au Luxembourg autant de kinésithérapeutes luxembourgeois que de kinésithérapeutes belges,
- 41,3 % des kinésithérapeutes résident au Luxembourg,

- 125 kinésithérapeutes de nationalité étrangère résident au Luxembourg, les autres habitent leur pays d'origine,
- la majorité 71,7 % des kinésithérapeutes exerce en libéral,
- les hôpitaux disposent d'un nombre de kinésithérapeutes peu développé alors qu'ils disposent d'un centre national de rééducation, de lits de rééducation gériatrique et de lits de réhabilitation à Colpach. La norme de dotation conventionnelle FHL-CNS pour la kinésithérapie mérite d'être revue,
- près de 60 % des kinésithérapeutes travaillent à temps plein,
- les attributions professionnelles n'ont pas besoin actuellement d'être revues,
- il existe des problèmes déontologiques à revoir au sein de la profession notamment avec la possibilité de vendre des produits et matériels (conflit d'intérêt possible),
- il faudrait réaliser un travail d'articulation entre différentes professions : kinésithérapeute, ostéopathe, ergothérapeute afin de délimiter correctement les champs d'intervention de chacune des professions,
- le titre professionnel est à modifier : seulement kinésithérapeute,
- le nombre de kinésithérapeutes au pays est très élevé (ratio de 2,01 par 1.000 habitants), ce qui induit le développement d'activités connexes pour vivre du métier. Il y a lieu de se poser la question de la régulation possible de l'installation pour éviter l'aggravation de la situation actuelle,
- cette profession devrait bénéficier du statut de pratique avancée pour le développement de sur-spécialités en kinésithérapie sous réserve de la réalisation d'un diplôme universitaire complémentaire. Cela donnerait la garantie au patient de bénéficier de compétences véritablement certifiées par une université,
- cette profession ne se sent pas représentée et écoutée par le CSPS.

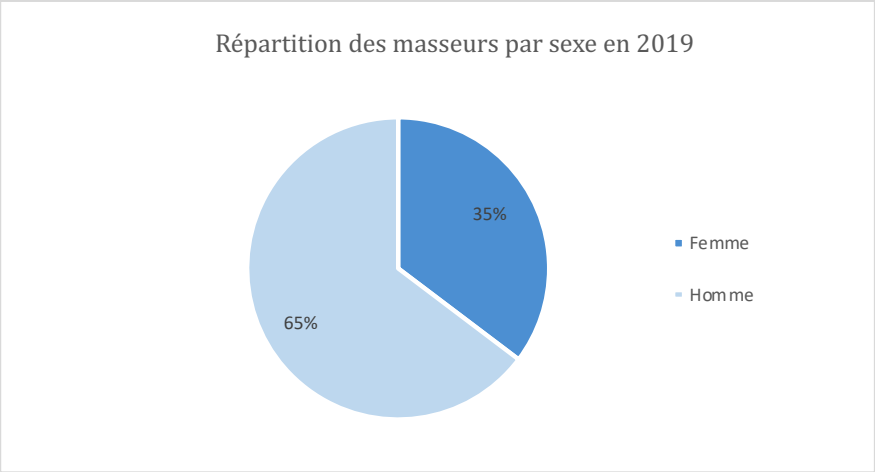
9.16.16 Profession de masseur

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		36	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		34	94,44
Nombre administratifs		2	5,56
Caractéristiques des masseurs exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=34	100
	Féminin	12	35,3
	Masculin	22	64,7
Nationalités		N=34	100
	Luxembourgeoise	6	17,6
	Allemande	27	79,4
	Autres	1	2,9
Pays de résidence		N=34	100
	Luxembourg	9	26,5
	Allemagne	25	73,5
Employeurs		N=34	100
	Cabinet	3	8,8
	Domaine thermal de Mondorf	29	85,3
	Communes et offices sociaux	1	2,9
	Autres	1	2,9
Taux occupation (heures par semaine)		N=34	100
	Mi-temps < ou = à 20h	6	17,6
	20h - 37,5h	4	11,8
	> ou = à 37,5h	24	70,6
Taux occupation moyen (heures par semaine)		35,1 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,06	
Age en années		N=34	
	Age moyen	53,5	
	Age minimum	39	
	Age maximum	64	
	Age médian	53	
Départs prévisibles		N=34	
	2034-45 ans	1	
	2033-46 ans	2	
	2032-47 ans	1	
	2031-48 ans	1	
	2030-49 ans	2	
	2029-50 ans	3	
	2028-51 ans	3	
	2027-52 ans	1	
	2026-53 ans	3	
	2025-54 ans	1	
	2024-55 ans	2	
	2023-56 ans	2	
	2022-57 ans	2	

	2021-58 ans	4	
	2020-59 ans	1	
	2019-60 ans et plus	4	

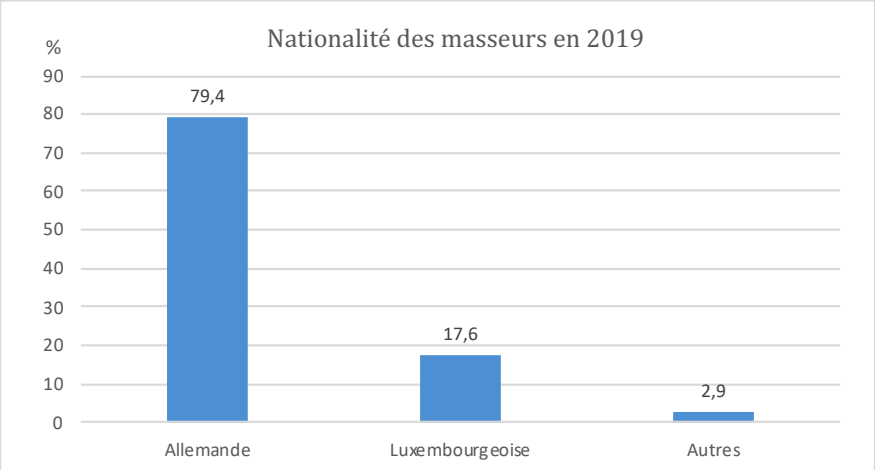
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.36 : Caractéristiques de la profession de masseur exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



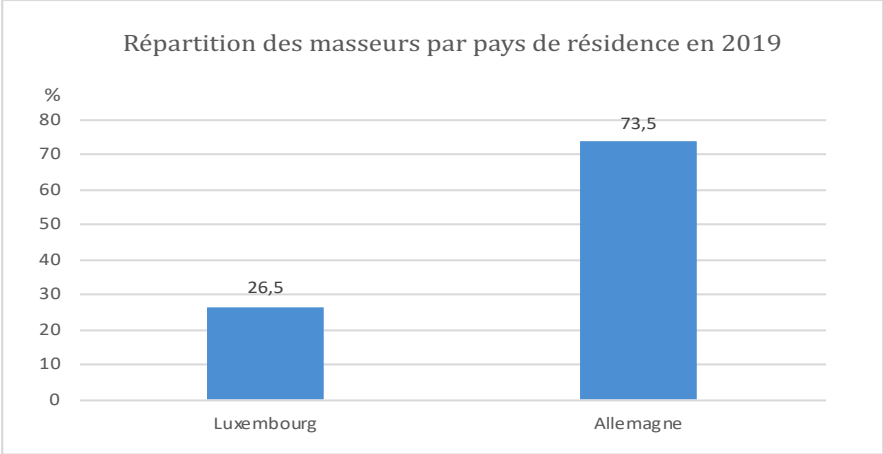
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.98 : Répartition par sexe de la profession de masseur exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=34)



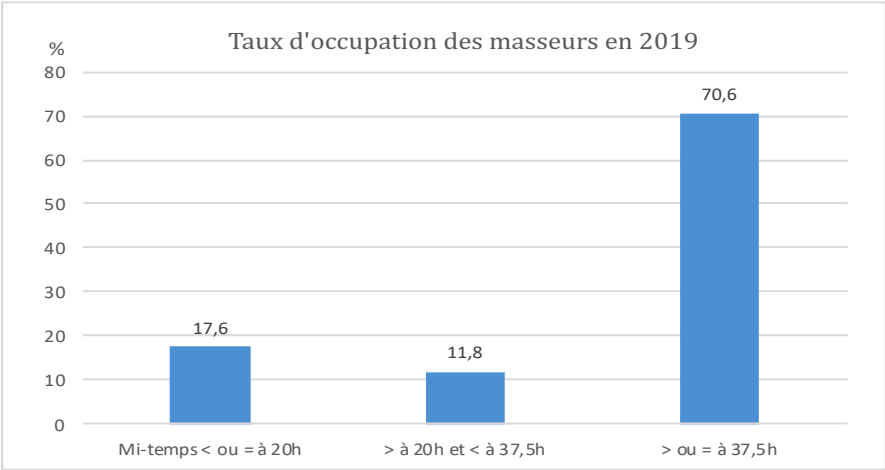
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 20199

Fig. 9.99: Répartition par nationalité de la profession de masseur exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=34)



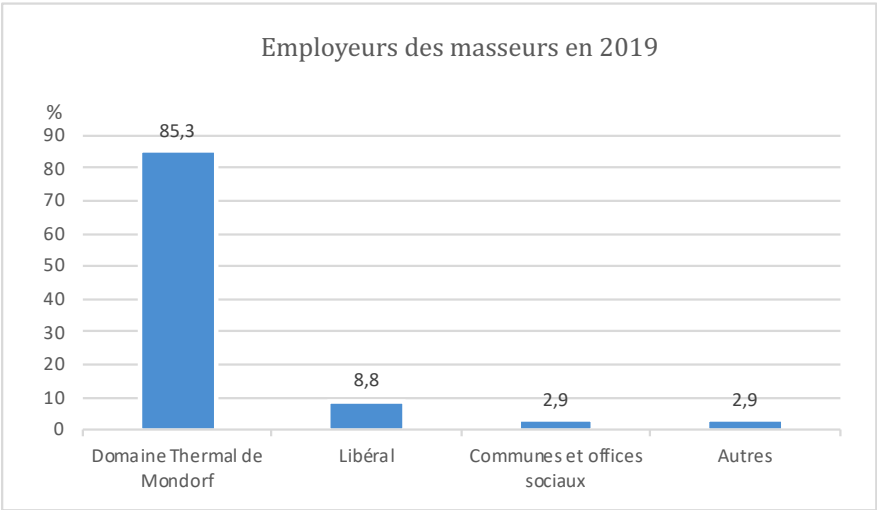
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.100: Répartition par pays de résidence de la profession de masseur exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=34)



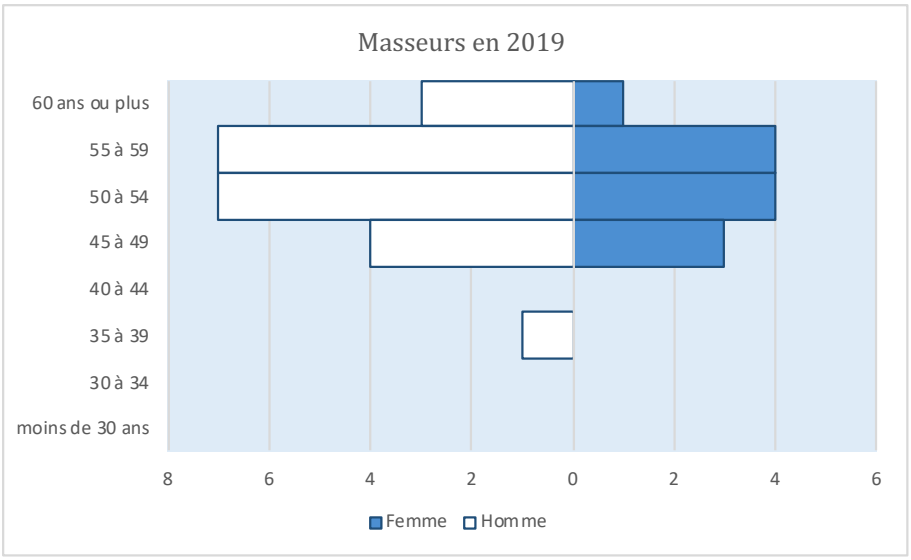
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.101 : Taux d'occupation des masseurs exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=34)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.102 : Répartition par type d'employeur des masseurs exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=34)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.103 : Pyramide des âges des masseurs exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=34)

Remarques relatives à la profession de masseur :

- profession en voie d'extinction, il n'existe plus de formation en Allemagne,
- 64,7% des masseurs sont des hommes,
- la majorité des masseurs (79,4%) est de nationalité allemande,
- la plupart des masseurs résident en Allemagne,
- le principal employeur des masseurs est le Domaine thermal de Mondorf, qui doit trouver une nouvelle alternative à la disparition sur le marché de l'emploi de cette profession, alors que les massages continueront à faire partie intégrante des cures,
- 70,6 % des masseurs travaillent à plein temps.

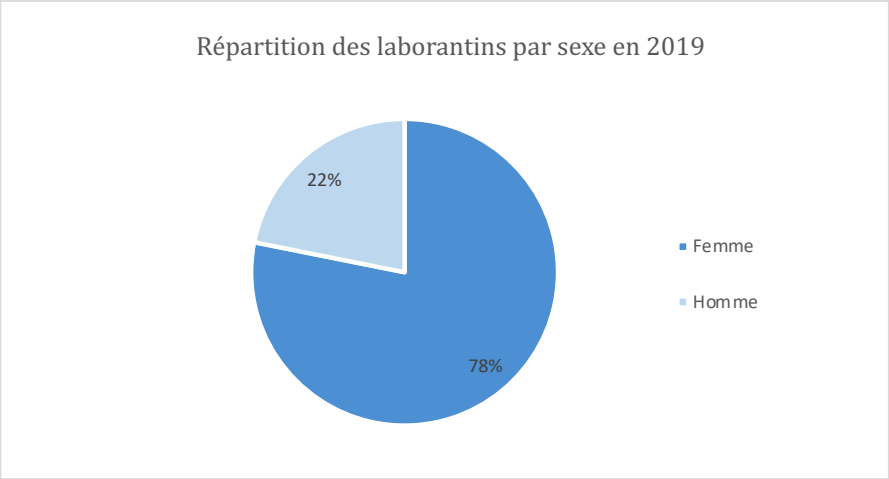
9.16.17 Profession de laborantin

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=283	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		247	87,28
Nombre administratifs		36	12,72
Caractéristiques des laborantins			
Sexe		N=247	100
	Féminin	193	78,1
	Masculin	54	21,9
Nationalités		N=247	100
	Luxembourgeoise	75	30,4
	Allemande	1	0,4
	Belge	83	33,6
	Française	83	33,6
	Portugaise	5	2,0
Pays de résidence		247	100
	Luxembourg	89	36,0
	Allemagne	2	0,8
	Belgique	74	30
	France	82	33,2
Employeurs		N=246	100
	Laboratoires hospitaliers	124	50,4
	Laboratoires d'Etat	3	1,2
	Laboratoire National de Santé	42	17,1
	Laboratoires privés	63	25,6
	Centre de transfusion sanguine	13	5,3
	Recherche	1	0,4
Taux occupation (heures par semaine)		N=246	
	Mi-temps < ou = à 20h	31	12,6
	20h - 37,5h	69	28,0
	> ou = à 37,5h	146	59,3
Taux occupation moyen (heures par semaine)		33,5 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,4	
Age en années		N=247	
	Age moyen	45,0	
	Age minimum	23	
	Age maximum	69	
	Age médian	46	
Départs prévisibles		N=247	
	2034-45 ans	9	
	2033-46 ans	14	
	2032-47 ans	7	
	2031-48 ans	12	
	2030-49 ans	9	
	2029-50 ans	7	
	2028-51 ans	11	
	2027-52 ans	14	

	2026-53 ans	11	
	2025-54 ans	5	
	2024-55 ans	11	
	2023-56 ans	5	
	2022-57 ans	11	
	2021-58 ans	4	
	2020-59 ans	3	
	2019-60 ans et plus	7	

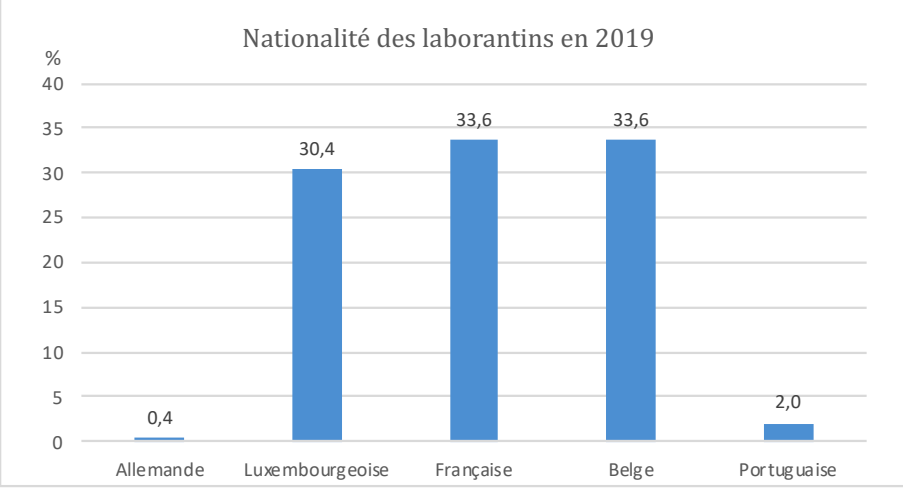
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.37 : Caractéristiques de la profession de laborantin en 2019



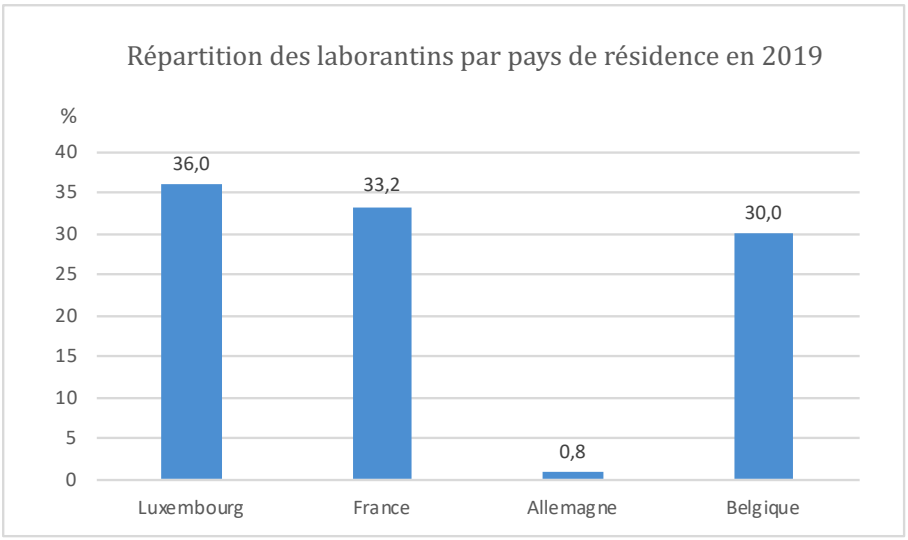
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.104 : Répartition par sexe de la profession de laborantin en 2019 (n=247)



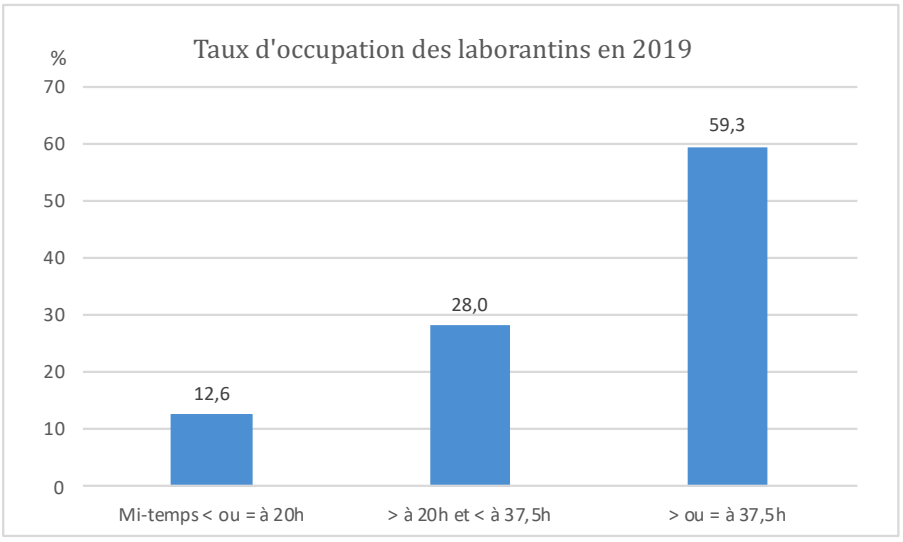
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.105 : Répartition par nationalité de la profession de laborantin en 2019 (n=247)



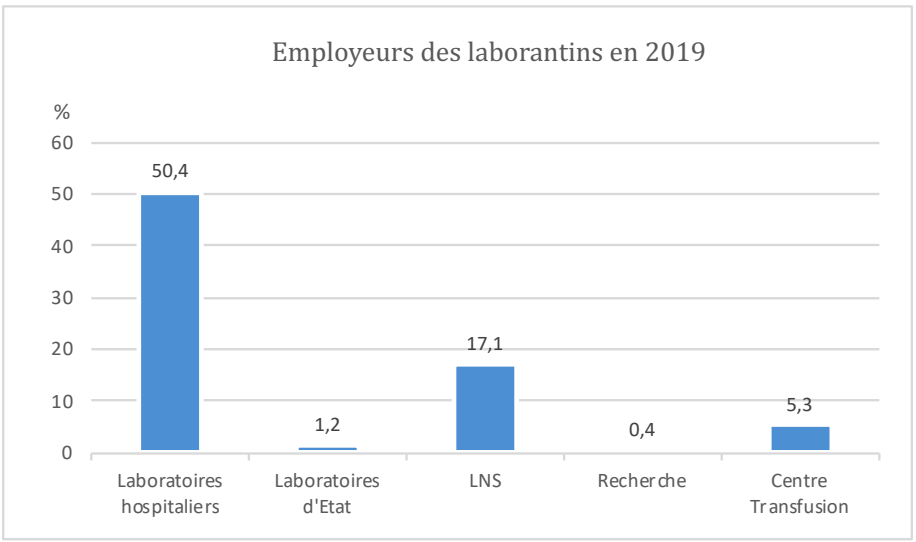
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.106 : Répartition par pays de résidence de la profession de laborantin en 2019 (n=247)



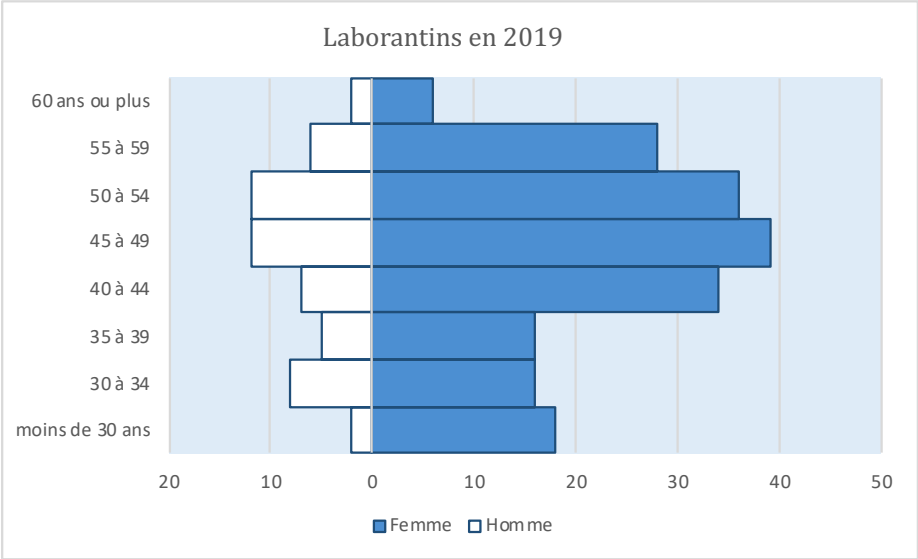
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.107 : Taux d'occupation des laborantins en 2019, par classe d'heures par semaine (n=247)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.108 : Répartition par type d'employeur des laborantins en 2019 (n=247)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.109 : Pyramide des âges des laborantins en 2019 (n=247)

Remarques relatives à la profession de laborantin :

- profession Bac +3 formée à l'étranger,
- activités sur le terrain très similaires à celles de l'ATM de Laboratoire, mais les connaissances et compétences sont plus développées chez le laborantin pendant la formation,
- profession nécessitant de se spécialiser dans une discipline sur le lieu du travail,
- prévoir la possibilité d'avoir une pratique avancée en accréditation, en métrologie ou dans certaines disciplines d'analyses médicales, sous réserve d'une expérience professionnelle dans le domaine et de l'obtention d'un diplôme universitaire complémentaire,
- titre de la profession à réviser en technologue de laboratoire,
- les attributions datent de 1969 et ne sont plus d'actualité. Il faut entamer une complète révision, mais dans le cadre de la création d'une nouvelle profession à dénommer technologue de laboratoire. Il faut intégrer toutes les nouvelles disciplines de laboratoire,
- avec une formation Bac +3, les compétences du technologue de laboratoire pourraient être mieux utilisées , notamment dans le développement de certaines méthodes d'analyse,
- dans le cadre de la commission d'homologation des diplômes, il faut veiller à ce que les dossiers des candidats soient évalués par des personnes ayant une connaissance des activités de laboratoire, afin de prendre des décisions éclairées,
- 78,1 % des laborantins sont des femmes,
- seulement 30 % de laborantins sont de nationalité luxembourgeoise,
- la France et la Belgique apportent le même nombre de laborantins au Luxembourg, à savoir 33,6 % chacune,
- la majorité des laborantins réside à l'étranger,
- les laboratoires hospitaliers sont le 1er employeur de laborantins,
- près de 60 % des laborantins travaillent à temps plein,
- entre 2019 et 2034, le nombre total de départs prévisibles s'élève à 159 personnes, soit 56,18 % de l'effectif total des laborantins. Il faudra recruter en

moyenne 10 laborantins par année. Une politique volontariste de promotion du métier chez les jeunes devrait permettre d'atteindre cet objectif. Cependant, il faut ajouter à cela l'objectif de l'OMS pour 2030 qui demande de diminuer de 50 % le recrutement étranger. Cette profession est concernée par cet objectif.

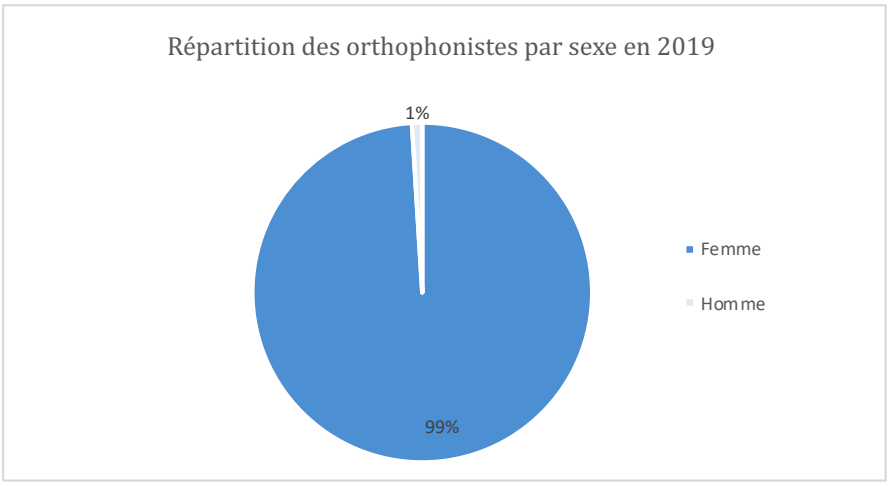
9.16.18 Profession d'orthophoniste

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=116	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		103	88,79
Nombre administratifs		13	11,21
Caractéristiques des orthophonistes exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=103	100
	Féminin	102	99,0
	Masculin	1	1,0
Nationalités		N=102	100
	Luxembourgeoise	58	56,9
	Allemande	6	5,9
	Belge	21	20,6
	Française	13	12,7
	Portugaise	2	2,0
	Autres	2	2,0
Pays de résidence		N=103	100
	Luxembourg	69	67,0
	Allemagne	3	2,9
	Belgique	24	23,3
	France	7	6,8
Employeurs		N=89	100
	Cabinet libéral	44	49,4
	COPAS et FEDAS	8	9,0
	Hôpitaux	7	7,9
	Ministères	19	21,3
	Associatifs	8	9,0
	Médecine scolaire	2	2,2
	Organismes Etatiques	1	1,1
Taux occupation (heures par semaine)		N=82	100
	Mi-temps < ou = à 20h	35	42,7
	20h - 37,5h	18	22,0
	> ou = à 37,5h	29	35,4
Taux occupation moyen (heures par semaine)		28,3 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,17	
Age en années		N=103	
	Age moyen	37,1	
	Age minimum	22	
	Age maximum	55	
	Age médian	37	
Départs prévisibles		N=103	
	2034-45 ans	0	
	2033-46 ans	1	
	2032-47 ans	0	
	2031-48 ans	0	
	2030-49 ans	1	

	2029-50 ans	1	
	2028-51 ans	1	
	2027-52 ans	1	
	2026-53 ans	1	
	2025-54 ans	1	
	2024-55 ans	2	
	2023-56 ans	0	
	2022-57 ans	0	
	2021-58 ans	0	
	2020-59 ans	0	
	2019-60 ans et plus	0	

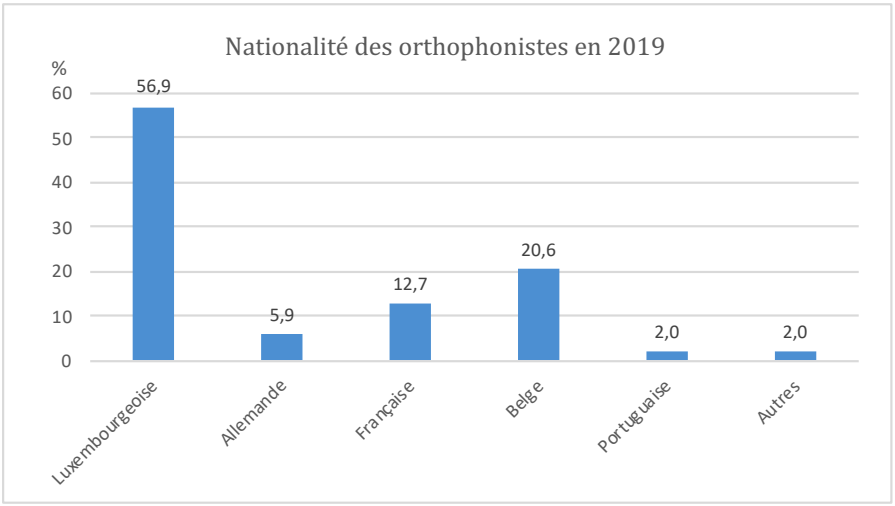
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.38 : Caractéristiques de la profession d'orthophoniste exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



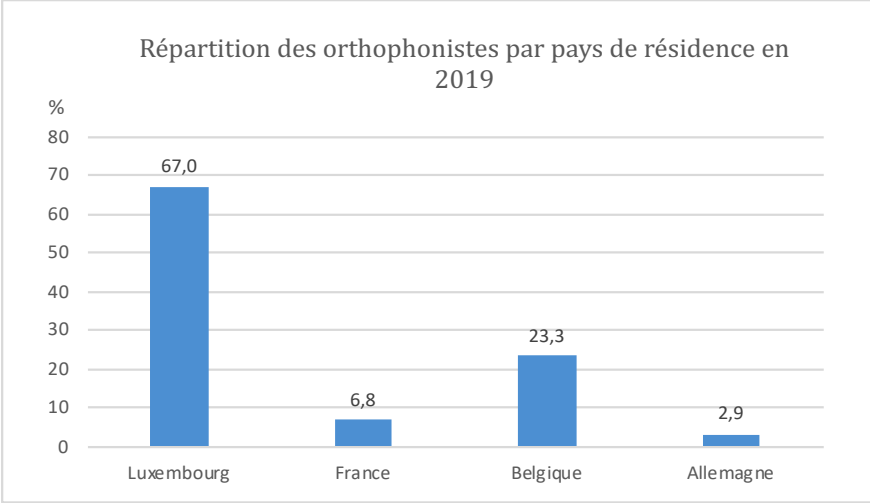
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.110 : Répartition par sexe de la profession d'orthophoniste exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=103)



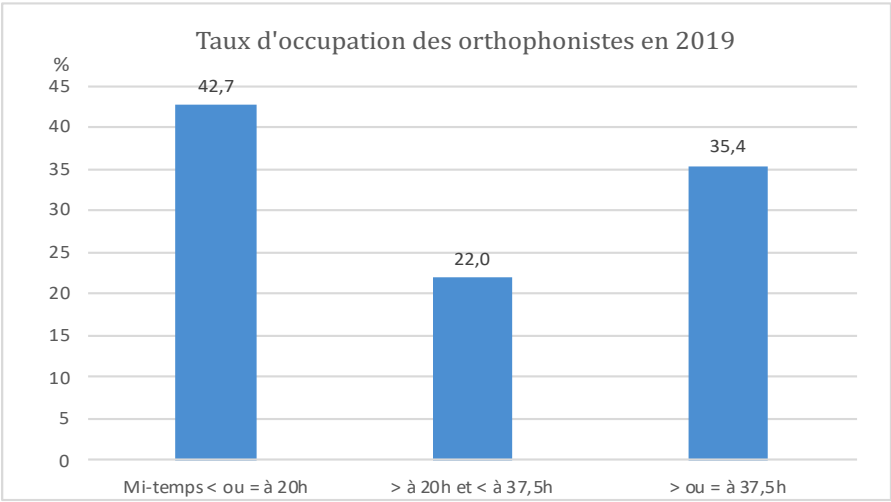
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.111 : Répartition par nationalité de la profession d'orthophoniste exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=103)



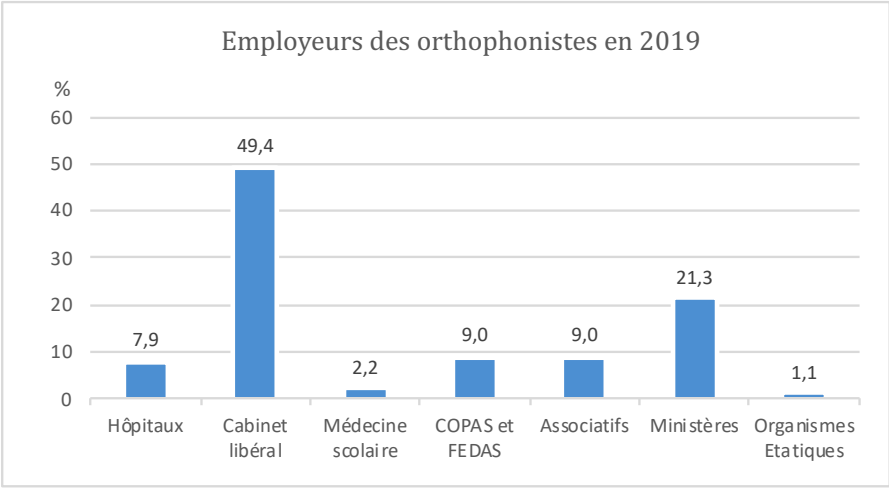
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.112 : Répartition par pays de résidence de la profession d'orthophoniste exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=103)



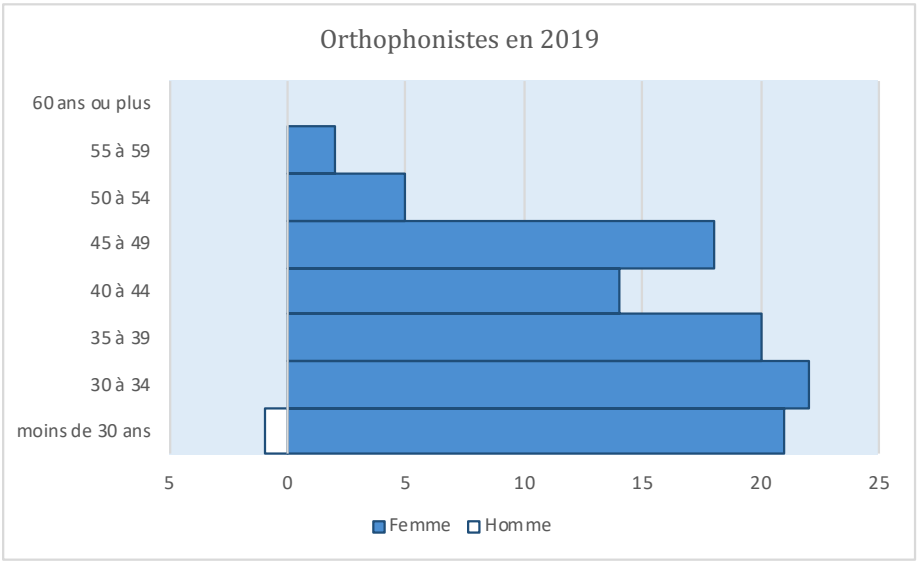
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.113 : Taux d'occupation des orthophonistes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=103)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.114 : Répartition par type d'employeur des orthophonistes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=103)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.115 : Pyramide des âges des orthophonistes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=103)

Remarques relatives à la profession d'orthophoniste :

- profession peu connue de la population, notamment chez les personnes âgées,
- la formation se réalise à l'étranger,
- la durée de formation est généralement un Bac+3, niveau Bachelor selon les critères de Bologne, et dans certains pays un master Bac+5,
- cette profession bénéficie de nouvelles attributions depuis 2018, aucune révision n'est à envisager actuellement. Cependant, il faudrait protéger les attributions de cette profession de santé en raison du développement d'autres types de professions (legasthenie trainer ou legasthenie thérapeute) n'ayant pas le même cursus de formation et intervenant auprès d'enfants dyslexiques notamment,
- l'autorité publique doit permettre au citoyen d'avoir la plus grande clarté et transparence sur les compétences requises pour exercer l'orthophonie, lorsqu'il est amené à choisir un professionnel,
- cette profession doit répondre à des critères linguistiques pour prendre en charge les patients. Ces critères sont précis et inscrits dans la législation. Cela engendre des difficultés pour prendre en charge des patients dans certaines langues, les orthophonistes étrangers ne maîtrisant pas obligatoirement le niveau demandé dans la langue luxembourgeoise ou autre langue. Le nombre d'orthophonistes francophones est largement suffisant par rapport aux besoins, par contre il manque des orthophonistes en langue luxembourgeoise, en portugais et en langue arabe. Pour cette profession, ce critère est fondamental pour la qualité de la prestation fournie au patient. Cette orientation très positive pour le patient engendre néanmoins des délais d'attente pouvant aller jusqu'à 3 mois voir 6 mois dans certaines régions. Il faudra donc faire le bilan de ce choix et voir s'il est nécessaire de mettre en place des solutions alternatives,
- il faut promotionner cette profession pour certaines langues seulement : luxembourgeois, portugais, arabe et soutenir très fortement l'acquisition de ces langues par les professionnels francophones actuels,
- 99% des orthophonistes sont des femmes,
- 56,9 % des orthophonistes sont de nationalité luxembourgeoise,
- il y a peu d'orthophoniste de nationalité portugaise,

- 67 % des orthophonistes habitent au Luxembourg, dont 11 personnes de nationalité étrangère,
- près de la moitié des orthophonistes travaille en cabinet libéral,
- un certain nombre a une activité double avec une activité libérale associée à une activité salariée,
- près de 65 % des orthophonistes travaillent à temps partiel,
- entre 2019 et 2034, le nombre de départs prévisibles est de 31 orthophonistes sur un total global de 116 orthophonistes, soit 26,72 %. Cela ne devrait pas poser de problème particulier si une politique de promotion de ce métier est mise en place auprès des jeunes,
- la prise en charge des patients avec des atteintes neurologiques, notamment dans les « stroke unit » est insuffisante par rapport aux recommandations de bonne pratique pour donner les meilleures chances de récupération aux patients.
- Il n'y a pas de normes d'orthophonie pour l'hôpital aigu, il y aurait intérêt à inscrire une norme dans les RGD à publier pour les services hospitaliers, afin de garantir à la fois la réalisation de bilans, la détection des problèmes, et les séances de rééducation appropriée au cas clinique. Si tel n'est pas le cas, il faut introduire une norme d'orthophonie dans les normes conventionnelles CNS-FHL,
- Actuellement l'orthophoniste intervient surtout dans les pathologies organiques lourdes déjà constituées (ex : retard de langage suite à une hypoacousie chez l'enfant), un simple retard de langage ne bénéficiera pas d'une prise en charge,
- Cette profession devrait être membre d'une équipe multi-professionnelle dans les centres de santé à créer dans les territoires afin de pouvoir mener un vrai travail de détection précoce des troubles, une prévention et des prises en charge précoces. Mais pour cela, la nomenclature des actes des orthophonistes devrait être révisée ou des modalités de financement autres devraient être trouvées pour mener la prévention en soins de santé primaires,
- cette profession a pris ses distances avec le CSPS, elle préfèrerait un ordre professionnel.

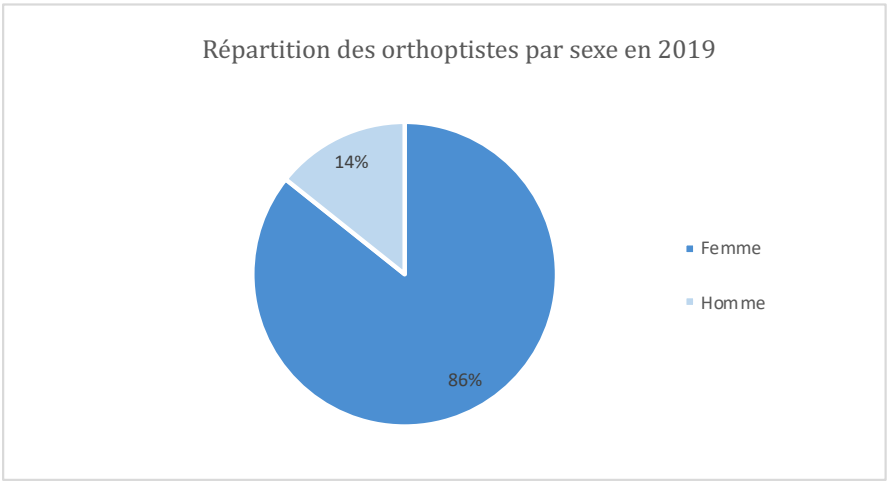
9.16.19 Profession d'orthoptiste

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=21	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		14	66,6
Nombre administratifs		7	33,4
Caractéristiques des orthoptistes exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=14	100
	Féminin	12	85,7
	Masculin	2	14,3
Nationalités		N=14	100
	Luxembourgeoise	3	21,4
	Allemande	1	7,1
	Française	10	71,4
Pays de résidence		N=14	100
	Luxembourg	4	28,6
	Allemagne	1	7,1
	France	9	64,3
Employeurs		N=14	100
	Cabinets médicaux	8	57,1
	Cabinet libéral	1	7,1
	Hôpitaux	1	7,1
	Ministères	4	28,6
Taux occupation (heures par semaine)		N=14	100
	Mi-temps < ou = à 20h	1	7,1
	20h - 37,5h	1	7,1
	> ou = à 37,5h	12	85,7
Taux occupation moyen (heures par semaine)		37,7 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,02	
Age en années		N=14	
	Age moyen	38,8	
	Age minimum	23	
	Age maximum	63	
	Age médian	35,5	
Départs prévisibles			
	2034-45 ans	0	
	2033-46 ans	1	
	2032-47 ans	0	
	2031-48 ans	0	
	2030-49 ans	1	
	2029-50 ans	0	
	2028-51 ans	0	
	2027-52 ans	0	
	2026-53 ans	0	
	2025-54 ans	0	
	2024-55 ans	1	
	2023-56 ans	1	

	2022-57 ans	0	
	2021-58 ans	0	
	2020-59 ans	0	
	2019-60 ans et plus	1	

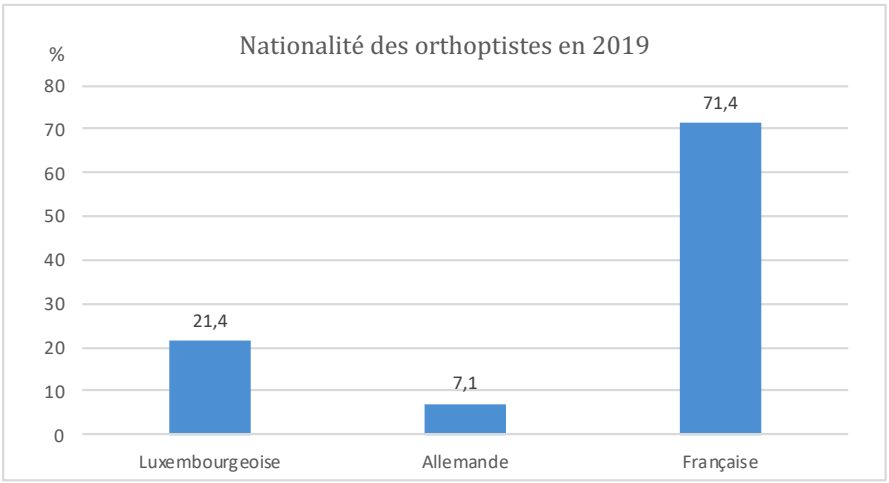
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Tab.9.39: Caractéristiques de la profession d'orthoptiste exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



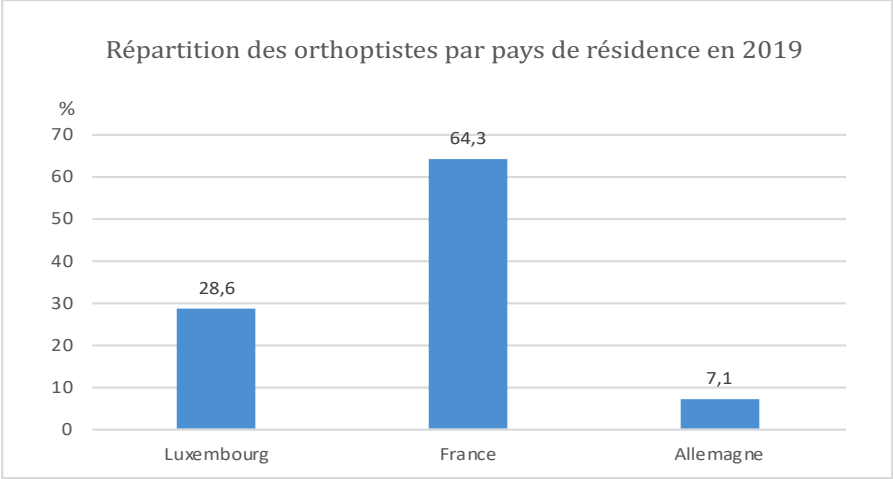
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.116 : Répartition par sexe de la profession d'orthoptiste exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=14)



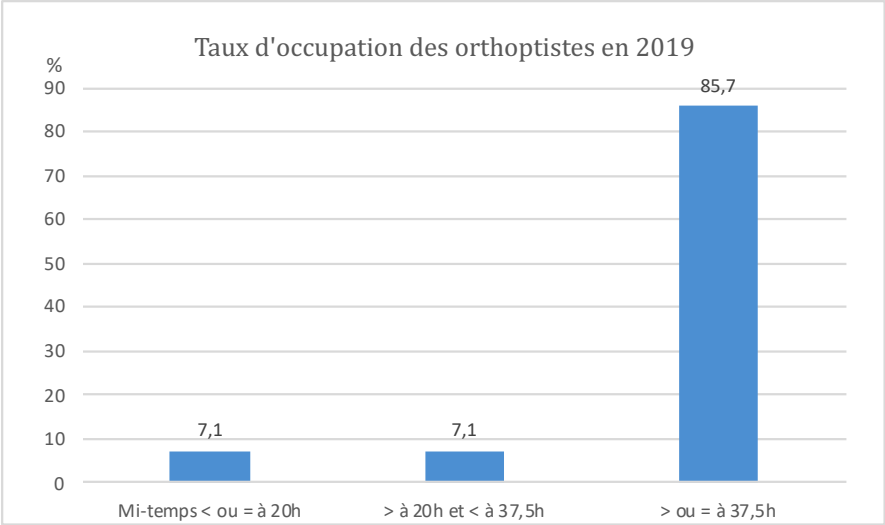
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.117: Répartition par nationalité de la profession d'orthoptiste exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=14)



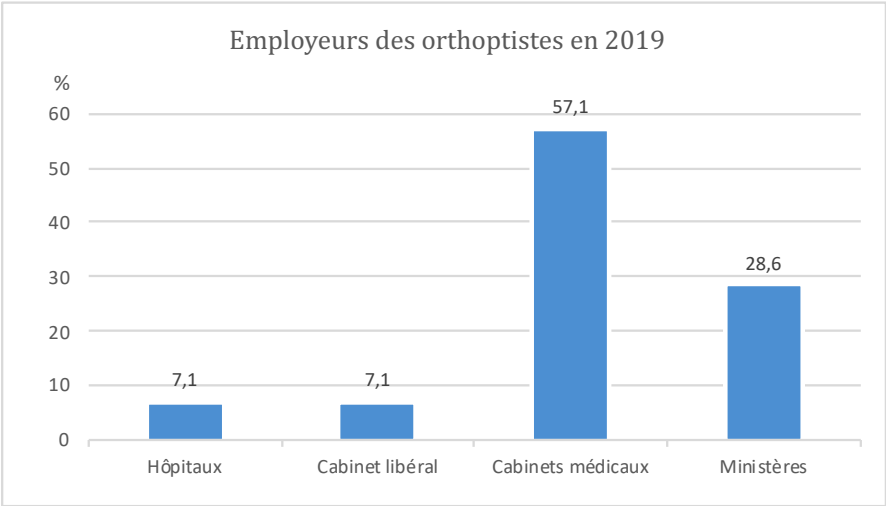
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.118 : Répartition par pays de résidence de la profession d'orthoptiste exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=14)



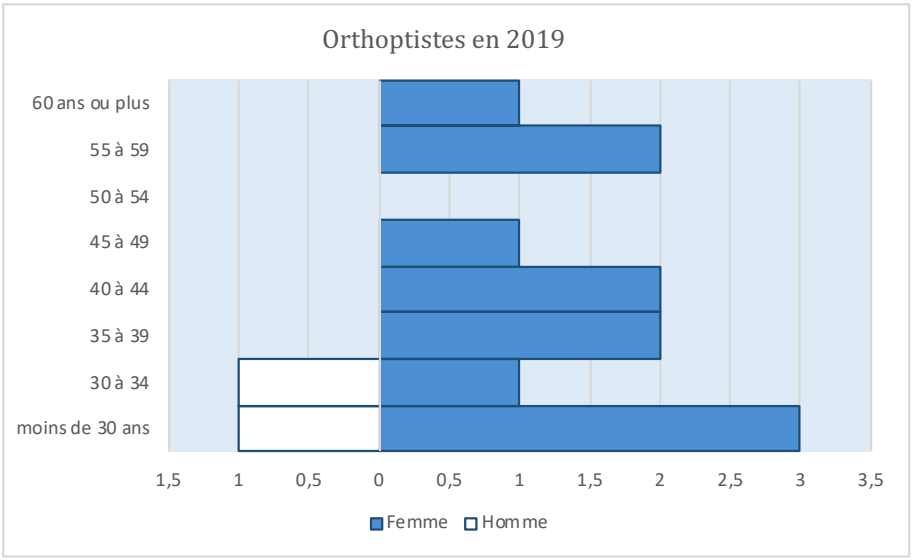
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.119 : Taux d'occupation des orthoptistes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=14)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.120 : Répartition par type d'employeur des orthoptistes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=14)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.121 : Pyramide des âges des orthoptistes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=14)

Remarques relatives à la profession d'orthoptiste :

- profession extrêmement mal connue de la population et des jeunes,
- la formation est réalisée à l'étranger,
- le niveau de formation est Bac +3 en général dans les pays frontaliers sauf en Allemagne où il n'est pas nécessaire d'avoir le Bac,
- l'Etat luxembourgeois demande le Bachelor pour employer les orthoptistes,
- 85,7 % des orthoptistes sont des femmes,
- 71,4 % des orthoptistes sont de nationalité française,
- les employeurs principaux sont les cabinets médicaux d'ophtalmologie,
- la majorité des orthoptistes travaillent à temps plein,
- les attributions professionnelles devraient être révisées car de nouveaux tests sont pratiqués au quotidien par les orthoptistes ainsi que des aides opératoires en ophtalmologie chirurgicale dont il faut vérifier la légalité,
- la pratique en cabinet médical d'ophtalmologie n'est pas cadrée par la loi, il y aurait lieu de préciser cela dans les attributions professionnelles,
- les orthoptistes n'ont pas de nomenclature avec la CNS ce qui rend difficile leur installation en cabinet libéral. Pourtant le métier de l'orthoptiste est de faire du dépistage mais aussi de prendre en charge le traitement des troubles visuels. Cette prise en charge pourrait être assurée en exercice libéral. Une nomenclature avec des prestations de rééducation serait à envisager, ce qui diminuerait les temps d'attente actuels (3 mois minimum). Le dépistage ne devrait pas être inscrit dans la nomenclature puisqu'il est déjà centralisé par un organisme de l'Etat,
- les orthoptistes devraient être présents comme profession dans de nombreux autres champs d'activité : à l'hôpital dans les services de diabétologie pour le suivi des rétinopathies par la réalisation des fonds d'œil pouvant par télémédecine être interprétés par le médecin ophtalmologue comme cela se passe à l'étranger, mais aussi dans les services d'ophtalmologie hospitaliers, en médecine du sport, en médecine du travail, pour l'autorisation des permis de conduire…

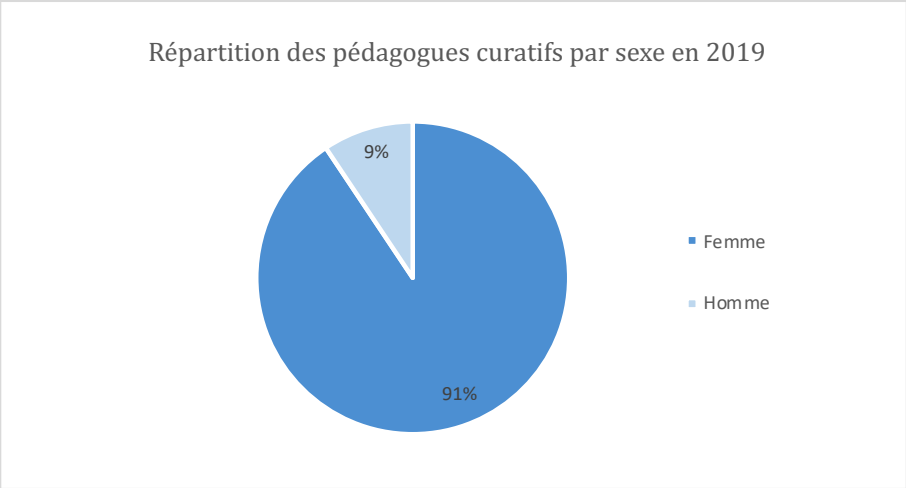
- dans le cadre de la pénurie en médecin spécialiste en ophtalmologie, et des délais d'attente de rendez-vous dépassant 1 année en pratique libérale, les orthoptistes devraient pouvoir prendre une place significative pour améliorer les prises en charge des patients. Un dialogue devrait être ouvert entre le collège médical, la société luxembourgeoise d'ophtalmologie, l'association luxembourgeoise des orthoptistes diplômés afin de redessiner les parcours de prise en charge des patients, l'intervention de chacun des professionnels, les champs de décision possibles, la communication entre les professionnels, la télémédecine possible…
- le champ professionnel des orthoptistes est à bien positionner entre le médecin spécialiste en ophtalmologie et l'opticien,
- la profession ne se sent pas représentée par le CSPS.

9.16.20 Profession de pédagogue curatif

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		38	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		32	84,21
Nombre administratifs		6	15,79
Caractéristiques des pédagogues curatifs exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=32	100
	Féminin	29	90,6
	Masculin	3	9,4
Nationalités		N=32	100
	Luxembourgeoise	31	96,9
	Allemande	1	3,1
Pays de résidence		N=32	100
	Luxembourg	29	90,6
	Allemagne	3	9,4
Employeurs		N=32	100
	Communes et offices sociaux	1	3,1
	COPAS et FEDAS	6	18,8
	Ministères	15	46,9
	Associatifs	9	28,1
	Organismes Etatiques	1	3,1
Taux occupation (heures par semaine)		N=32	100
	Mi-temps < ou = à 20h	5	15,6
	20h - 37,5h	8	25,0
	> ou = à 37,5h	19	59,4
Taux occupation moyen (heures par semaine)		33,9 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,05	
Age en années		N=32	
	Age moyen	43,1	
	Age minimum	27	
	Age maximum	62	
	Age médian	43	
Départs prévisibles		N=32	
	2034-45 ans	0	
	2033-46 ans	1	
	2032-47 ans	0	
	2031-48 ans	0	
	2030-49 ans	1	
	2029-50 ans	0	
	2028-51 ans	0	
	2027-52 ans	0	
	2026-53 ans	0	
	2025-54 ans	0	
	2024-55 ans	2	
	2023-56 ans	0	
	2022-57 ans	0	

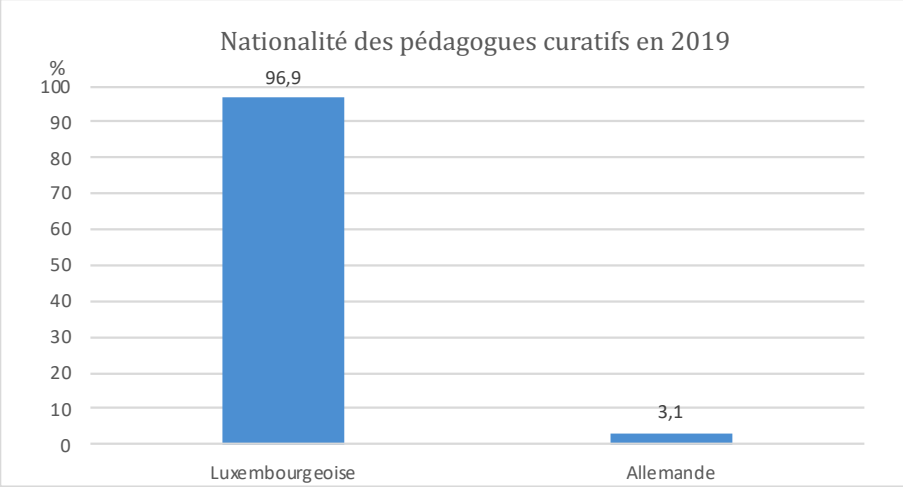
	2021-58 ans	0	
	2020-59 ans	2	
	2019-60 ans et plus	5	

Tab.9.40: Caractéristiques de la profession de pédagogue curatif exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



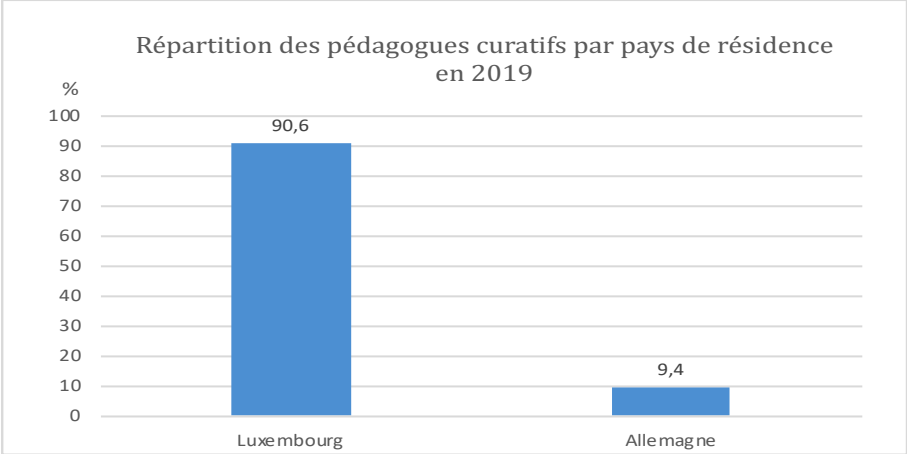
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.122: Répartition par sexe de la profession de pédagogue curatif exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=32)



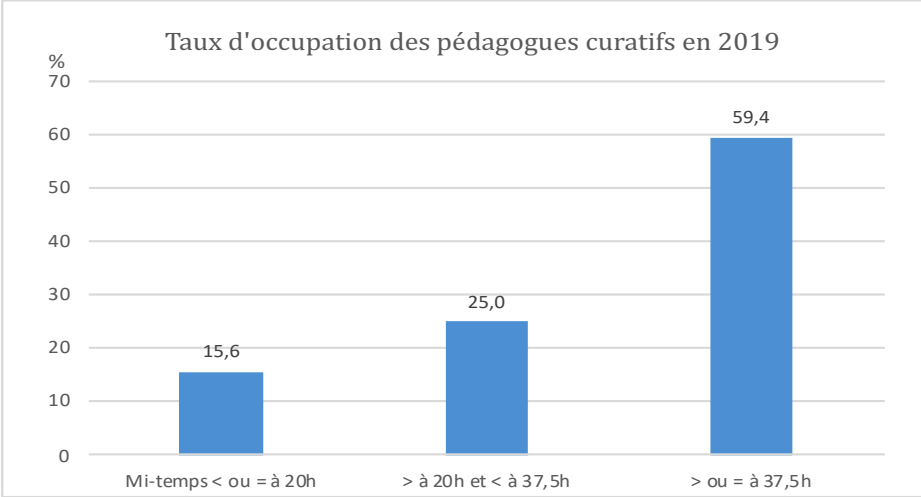
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.123 : Répartition par nationalité de la profession de pédagogue curatif exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=32)



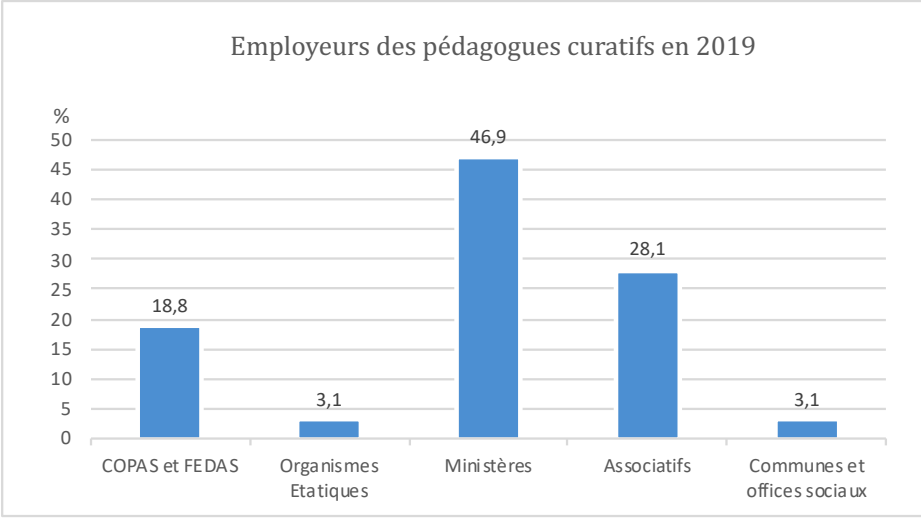
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.124 : Répartition par pays de résidence de la profession de pédagogue curatif exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=32)



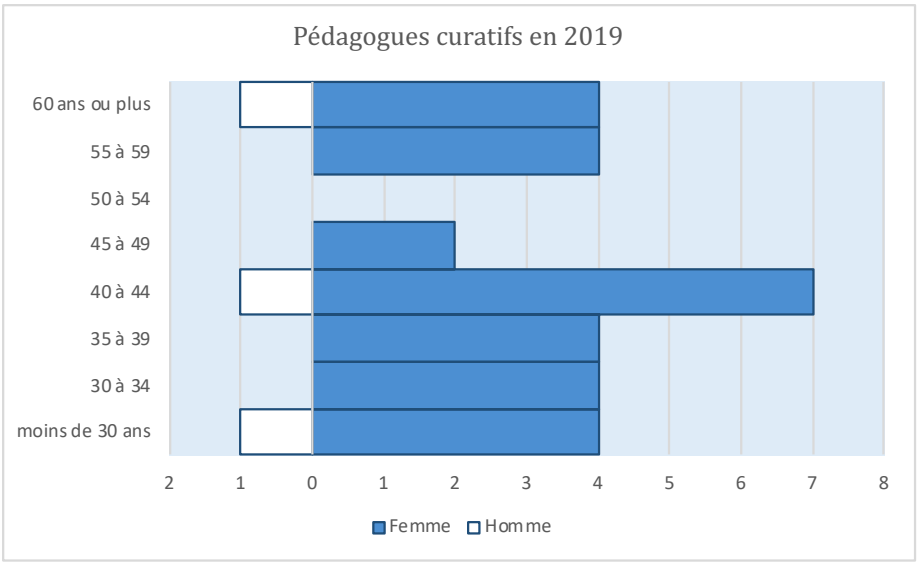
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.125 : Taux d'occupation des pédagogues curatifs exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=32)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.126 : Répartition par type d'employeur des pédagogues curatifs exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=32)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.127 : Pyramide des âges des pédagogues curatifs exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=32)

Remarques relatives à la profession de pédagogue curatif :

- profession peu connue de la population et des jeunes, qui a très peu de visibilité au sein du pays,
- c'est la seule profession de santé qui n'a pas d'attributions réglementées, ce qui explique mieux sa méconnaissance et sa sous-utilisation dans le système de santé. Il faudrait régulariser cette situation,
- elle s'inscrit dans une équipe multi-professionnelle composée du médecin, de l'ergothérapeute, du psychomotricien, du psychologue clinicien. Le pédagogue curatif intervient dans l'éducation des personnes et de leur famille pour gérer les situations de santé complexes. Il pourrait être une ressource en pédo-psychiatrie, en psychiatrie juvénile, dans l'accompagnement des familles de grands prématurés, dans les réapprentissages pour les personnes avec traumatisme crânien ou ayant eu un AVC sévère, dans les centres de rééducation chez les personnes conservant un handicap. Il s'agit de réapprendre à vivre en intégrant le handicap ou la maladie neuro-dégénérative,
- cette profession n'a pas de convention avec la CNS et n'a pas de nomenclature,
- la formation se fait à l'étranger en Suisse ou en Allemagne, la formation n'existe pas dans les pays francophones,
- le cursus de formation est Bac +3, niveau Bachelor selon les critères de Bologne ou Master Bac +5 selon les pays,
- au Luxembourg, la reconnaissance de cette profession se fait généralement au niveau du Bachelor,
- cette profession nécessite la maîtrise des 3 langues nationales pour l'exercice de la fonction, sans toutefois que ce soit imposé par la loi comme chez les orthophonistes,
- cette profession concerne un nombre limité de professionnels (n=32),
- 90,6 % des pédagogues curatifs sont des femmes,
- 96,9 % des pédagogues curatifs sont de nationalité luxembourgeoise,
- la majorité des pédagogues curatifs réside au Luxembourg,
- les structures liées aux ministères sont les 1ers employeurs de pédagogues curatifs,

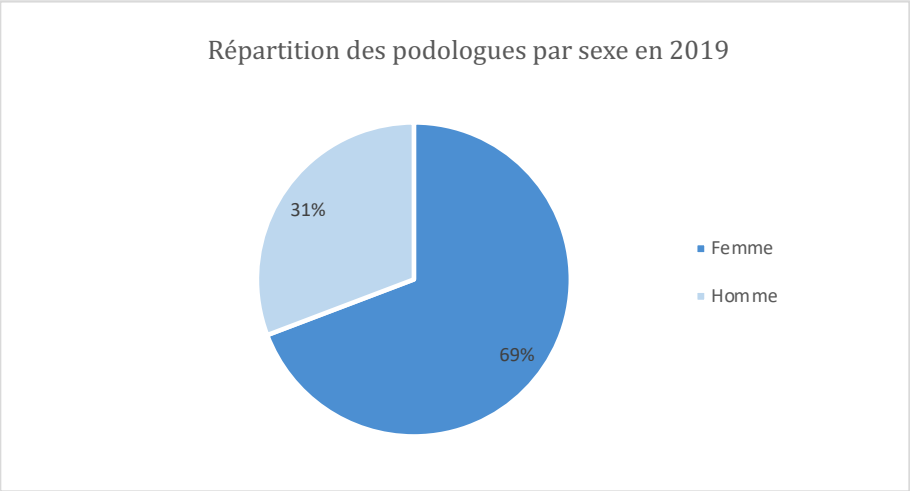
- 60 % des pédagogues curatifs travaillent à temps plein,
- entre 2019 et 2034, le nombre de départs prévisibles est de 11, ce qui devrait être gérable sans problématique particulière, sous réserve de présenter ce métier aux jeunes,
- il existe des postes vacants de pédagogues curatifs au Luxembourg,
- les pédagogues curatifs n'ont pas vraiment de liens avec le CSPS qui est l'organe qui est censé les représenter.

9.16.21 Profession de podologue

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=26	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		26	100
Nombre administratifs		0	0
Caractéristiques des podologues exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=26	100
	Féminin	18	69,2
	Masculin	8	30,8
Nationalités		N=26	100
	Luxembourgeoise	6	23,1
	Belge	1	3,8
	Française	16	61,5
	Autres	3	11,5
Pays de résidence		N=26	100
	Luxembourg	17	65,4
	Belgique	2	26,9
	France	7	7,7
Employeurs		N=26	100
	Cabinet libéral	26	100
Taux occupation (heures par semaine)		N=13	100
	Mi-temps < ou = à 20h	4	30,8
	20h - 37,5h	2	15,4
	> ou = à 37,5h	7	53,8
Taux occupation moyen (heures par semaine)		32,8 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,04	
Age en années		N=26	
	Age moyen	37,0	
	Age minimum	25	
	Age maximum	62	
	Age médian	36	
Départs prévisibles			
	2034-45 ans	0	
	2033-46 ans	0	
	2032-47 ans	0	
	2031-48 ans	0	
	2030-49 ans	0	
	2029-50 ans	2	
	2028-51 ans	0	
	2027-52 ans	0	
	2026-53 ans	0	
	2025-54 ans	0	
	2024-55 ans	0	
	2023-56 ans	0	
	2022-57 ans	0	
	2021-58 ans	0	

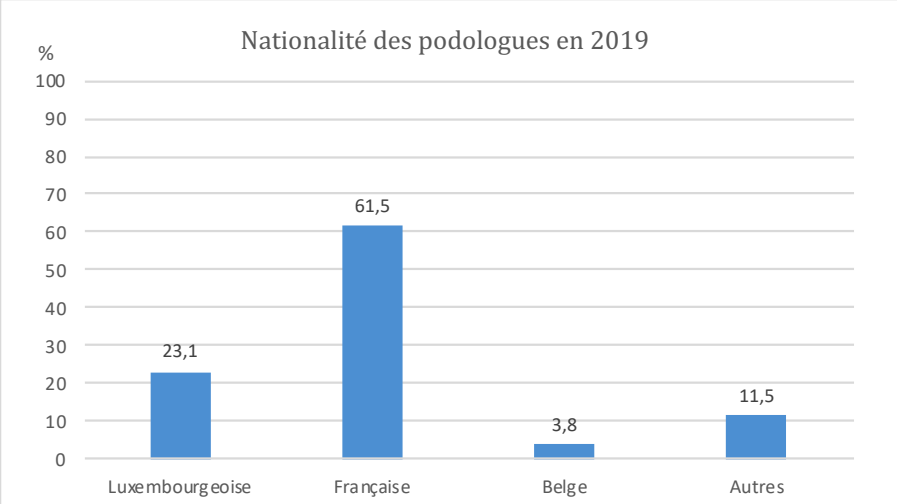
	2020-59 ans	0	
	2019-60 ans et plus	1	

Tab.9.41: Caractéristiques de la profession de podologue exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



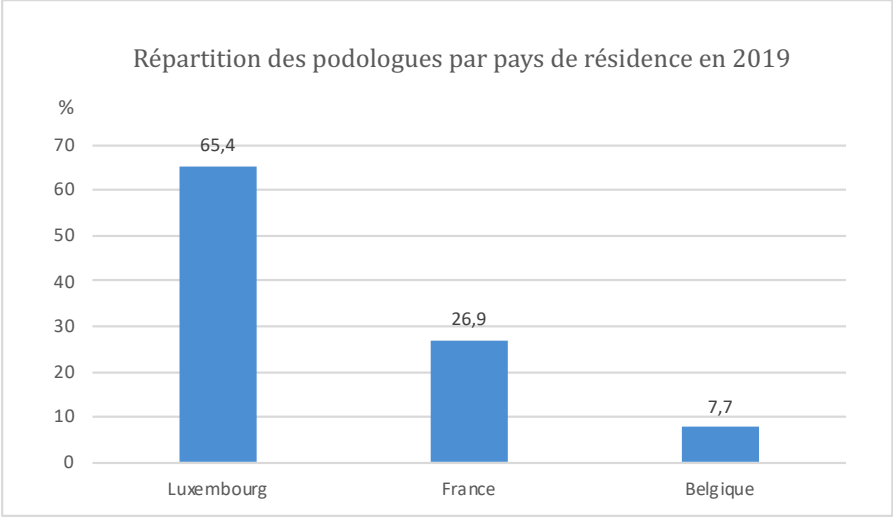
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.128 : Répartition par sexe de la profession de podologue exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=26)



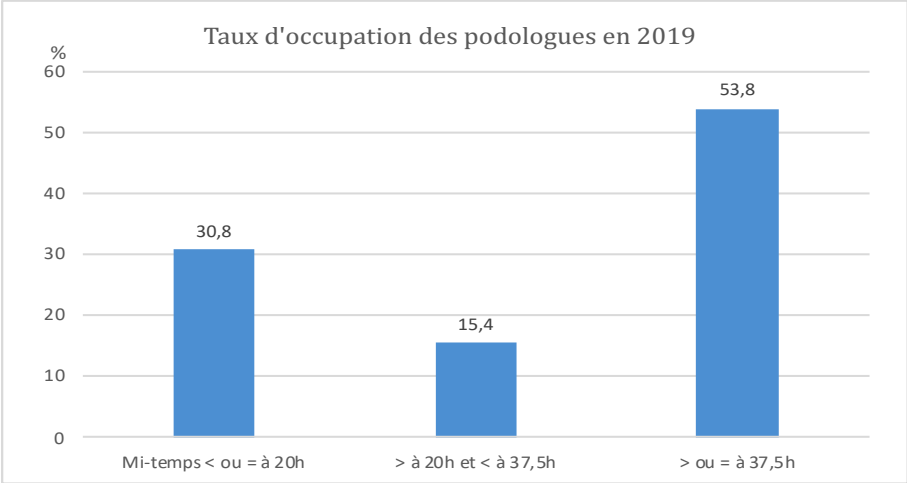
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.129 : Répartition par nationalité de la profession de podologue exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=26)



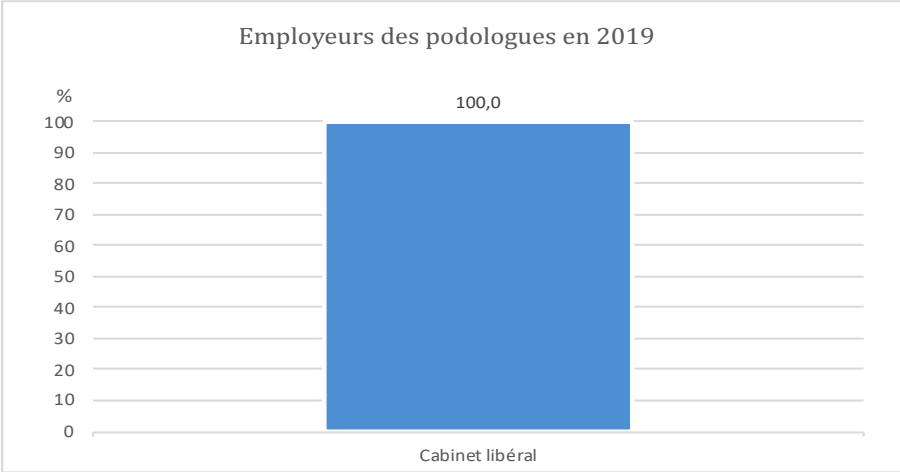
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.130 : Répartition par pays de résidence de la profession de podologue exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=26)



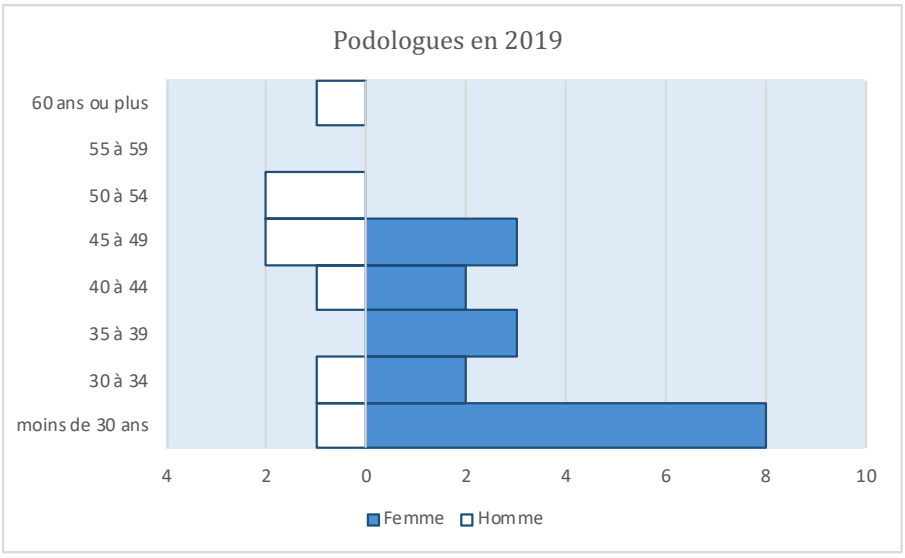
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.131 : Taux d'occupation des podologues exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=26)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.132: Répartition par type d'employeur des podologues exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=26)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.133 : Pyramide des âges des podologues exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=26)

Remarques relatives à la profession de podologue :

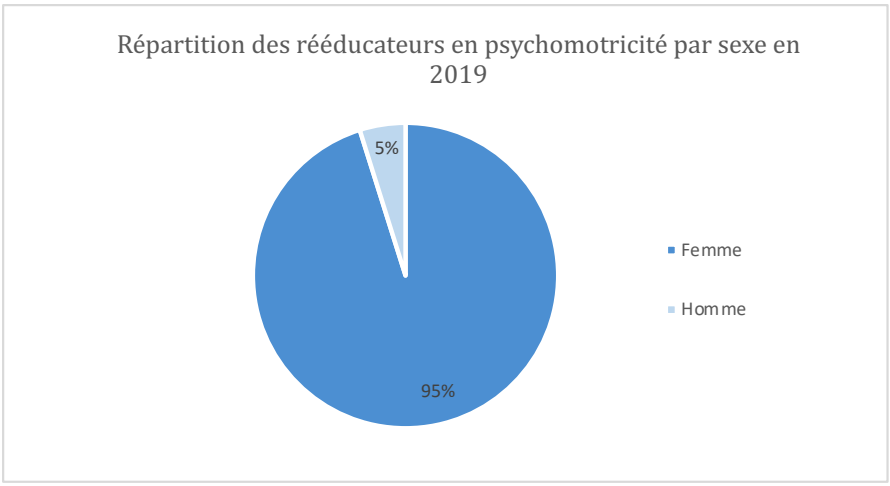
- profession reconnue depuis 2010,
- cette profession concerne un nombre limité de personnes,
- la formation de podologue se réalise à l'étranger,
- 69 % des podologues sont des femmes,
- 61,5 % des podologues sont de nationalité française,
- 65 % des podologues résident au Luxembourg,
- tous les podologues travaillent en cabinet libéral,
- très peu de départs sont prévus entre 2019 et 2034 dans cette profession.

9.16. 22 Profession de rééducateur en psychomotricité

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N= 104	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		103	99,04
Nombre administratifs		1	0,96
Caractéristiques des rééducateurs en psychomotricité exerçant auprès des patients ou bénéficiaires			
Sexe		N=103	100
	Féminin	98	95,1
	Masculin	5	4,9
Nationalités		N=103	100
	Luxembourgeoise	84	81,6
	Belge	5	4,9
	Française	10	9,7
	Portugaise	3	2,9
	Autres	1	1,0
Pays de résidence		N=103	100
	Luxembourg	85	82,5
	Belgique	8	7,8
	France	10	9,7
Employeurs		N=87	100
	Cabinet libéral	25	28,7
	COPAS et FEDAS	9	10,3
	Hôpitaux	14	16,1
	Ministères	34	39,1
	Associatifs	3	3,4
	Crèches	2	2,3
Taux occupation (heures par semaine)		N=86	100
	Mi-temps < ou = à 20h	28	32,6
	20h - 37,5h	14	16,3
	> ou = à 37,5h	44	51,2
Taux occupation moyen (heures par semaine)		30,6 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,17	
Age en années		N=103	
	Age moyen	33,5	
	Age minimum	22	
	Age maximum	68	
	Age médian	31	
Départs prévisibles		N=103	
	2034-45 ans	1	
	2033-46 ans	0	
	2032-47 ans	0	
	2031-48 ans	0	
	2030-49 ans	0	
	2029-50 ans	1	
	2028-51 ans	0	
	2027-52 ans	1	

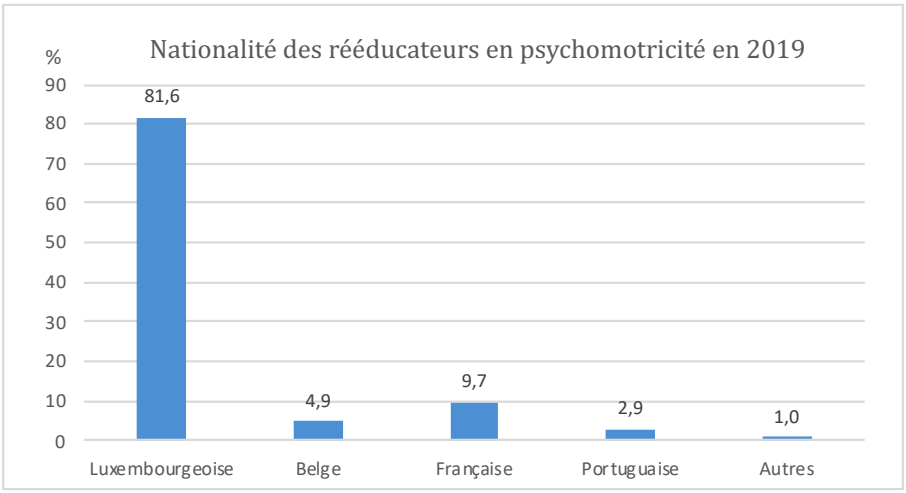
	2026-53 ans	2	
	2025-54 ans	1	
	2024-55 ans	0	
	2023-56 ans	0	
	2022-57 ans	0	
	2021-58 ans	0	
	2020-59 ans	1	
	2019-60 ans et plus	0	

Tab.9.42: Caractéristiques de la profession de rééducateur en psychomotricité exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



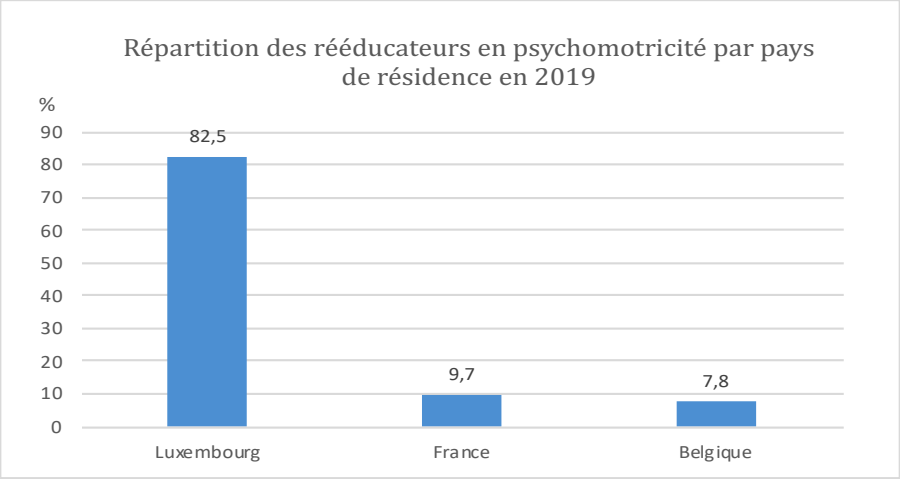
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.134 : Répartition par sexe de la profession de rééducateur en psychomotricité exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=103)



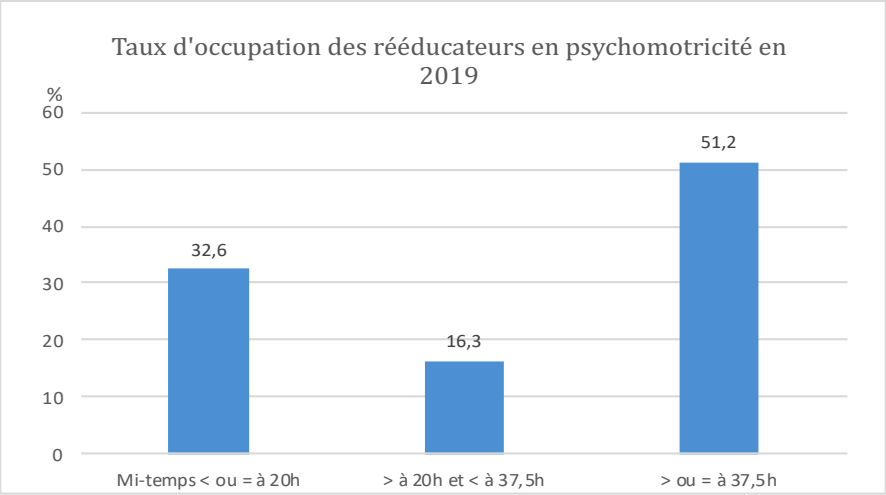
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.135 : Répartition par nationalité de la profession de rééducateur en psychomotricité exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=103)



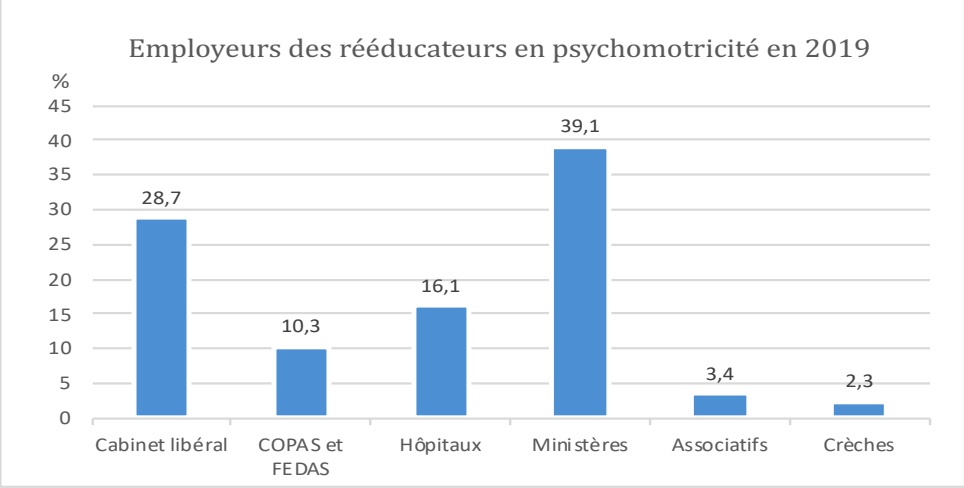
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.136 : Répartition par pays de résidence de la profession de rééducateur en psychomotricité exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=103)



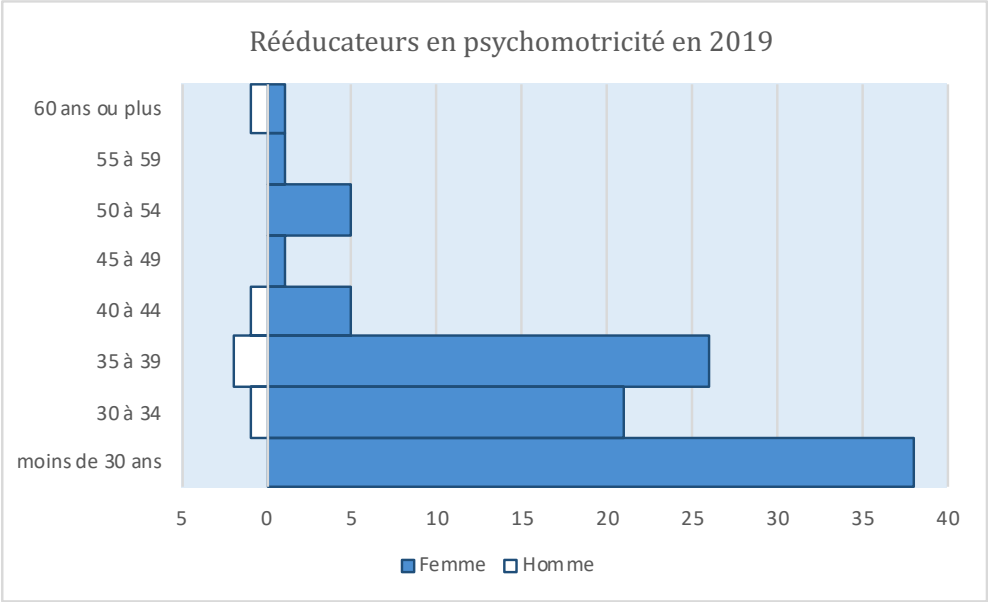
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.137 : Taux d'occupation des rééducateurs en psychomotricité exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=103)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.138 : Répartition par type d'employeur des rééducateurs en psychomotricité exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=103)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.139 : Pyramide des âges des rééducateurs en psychomotricité exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=103)

Remarques relatives à la profession de rééducateur en psychomotricité :

- profession peu connue de la population et des jeunes,
- la formation se fait à l'étranger en France, Belgique et Allemagne,
- la formation est de niveau Bac+3 Bachelor, avec la possibilité de faire un Master,
- l'homologation de la profession au Luxembourg se fait sur la base d'un Bachelor,
- cette profession demande une maîtrise des 3 langues nationales afin de pouvoir communiquer correctement avec les patients, sans que cela soit exigé par la loi,
- les attributions professionnelles datent de 2007 et sont encore valides. Il n'y a pas d'urgence à les actualiser,
- 95 %, des rééducateurs en psychomotricité sont des femmes,
- 81,6 % des rééducateurs en psychomotricité sont de nationalité luxembourgeoise,
- 82,5 % des rééducateurs en psychomotricité résident au Luxembourg,
- les premiers employeurs des rééducateurs en psychomotricité sont les ministères pour les structures qui y sont reliées,
- un peu moins de 50 % des rééducateurs en psychomotricité travaillent à temps partiel,
- sur la période de 2019 à 2034, le nombre total de départs prévisibles est de 10, ce qui ne posera pas de problème particulier,
- cette profession dispose d'une nomenclature avec la CNS mais la valeur des tarifs appliqués ne correspond pas à la prestation fournie (66€ pour 5heures de prestation dont 3h de bilan et 2h de rapport), ce qui induit un abandon de l'activité libérale par les psychomotriciens. Les mêmes prestations financées par l'ONE permettent au psychomotricien de vivre de sa profession,
- à l'hôpital, cette profession est mal connue et donc sous exploitée. Elle pourrait intervenir plus en pédiatrie notamment chez les enfants en placement, dans les services de gériatrie, au sein de la clinique de la douleur, dans les services d'oncologie et de soins palliatifs, dans les services de néonatologie pour le développement du lien mère-enfant, en psychiatrie pour aider au sevrage de substances ou lors du travail sur l'anxiété…

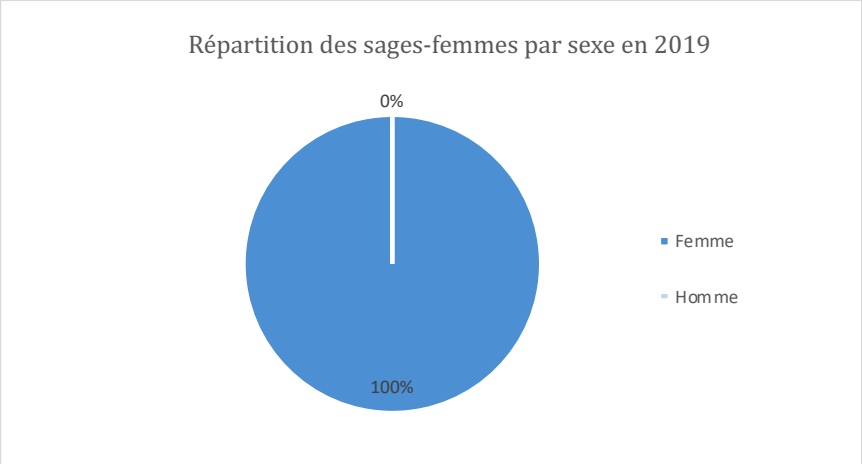
- cette profession est mal répartie au niveau géographique avec peu d'accès à cette compétence professionnelle dans la région Nord ou Moselle,
- cette profession peut faire l'objet d'un statut de pratique avancée dans des domaines où des DU existent : hypnose, sophrologie…
- la profession ne se sent pas représentée par le CSPS,
- la profession met en évidence les problèmes du nouveau code de déontologie avec le conflit d'intérêt possible entre les missions de thérapeute et la vente possible de produits ou matériel.

9.16.23 Profession de sage-femme

Distribution de la profession		Nombre	%
Nombre total 2019		N=234	100
Nombre exerçant auprès des patients ou bénéficiaires		231	98,7
Nombre administratifs		3	1,3
Caractéristiques des sages-femmes exerçant auprès des patients			
Sexe		N=231	100
	Féminin	231	100
	Masculin	0	0
Nationalités		N=231	100
	Luxembourgeoise	88	38,1
	Allemande	3	1,3
	Belge	61	26,4
	Française	70	30,3
	Portugaise	6	2,6
	Autres	3	1,3
Pays de résidence		N=231	100
	Luxembourg	109	47,2
	Allemagne	2	0,9
	Belgique	58	25,1
	France	62	26,8
Employeurs		N=230	100
	Cabinet libéral	4	1,7
	Cabinets médicaux	4	1,7
	Hôpitaux	208	90,4
	Laboratoires privés	11	4,8
	Associatifs	2	0,9
	Crèches	1	0,4
Taux occupation (heures par semaine)		N=230	
	Mi-temps < ou = à 20h	38	16,5
	20h - 37,5h	106	46,1
	> ou = à 37,5h	86	37,4
Taux occupation moyen (heures par semaine)		30,2 h	
Ratio par 1.000 habitants en 2019		0,4	
Ratio ajusté par 1.000 femmes en âge de procréer		1,54	
Age en années		N=231	
	Age moyen	40,3	
	Age minimum	22	
	Age maximum	62	
	Age médian	39	
Départs prévisibles		N=231	
	2034-45 ans	2	
	2033-46 ans	8	
	2032-47 ans	7	
	2031-48 ans	7	
	2030-49 ans	5	

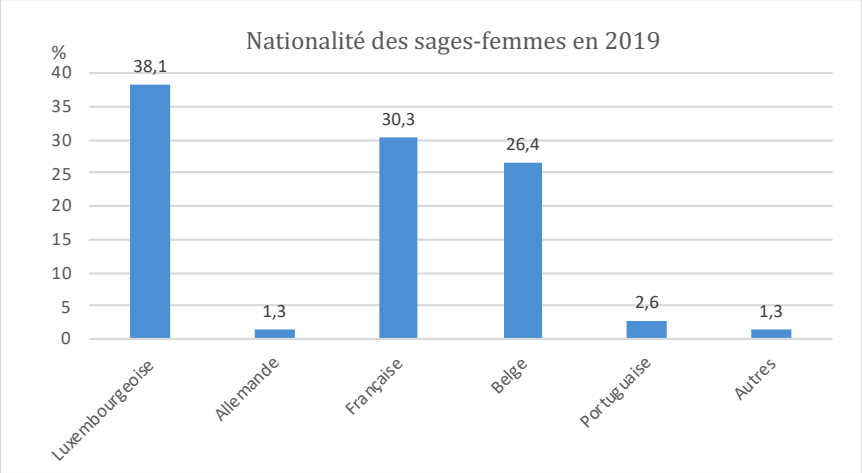
	2029-50 ans	5	
	2028-51 ans	2	
	2027-52 ans	2	
	2026-53 ans	10	
	2025-54 ans	5	
	2024-55 ans	4	
	2023-56 ans	10	
	2022-57 ans	2	
	2021-58 ans	3	
	2020-59 ans	1	
	2019-60 ans et plus	6	

Tab.9.43: Caractéristiques de la profession de sage-femme exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires en 2019



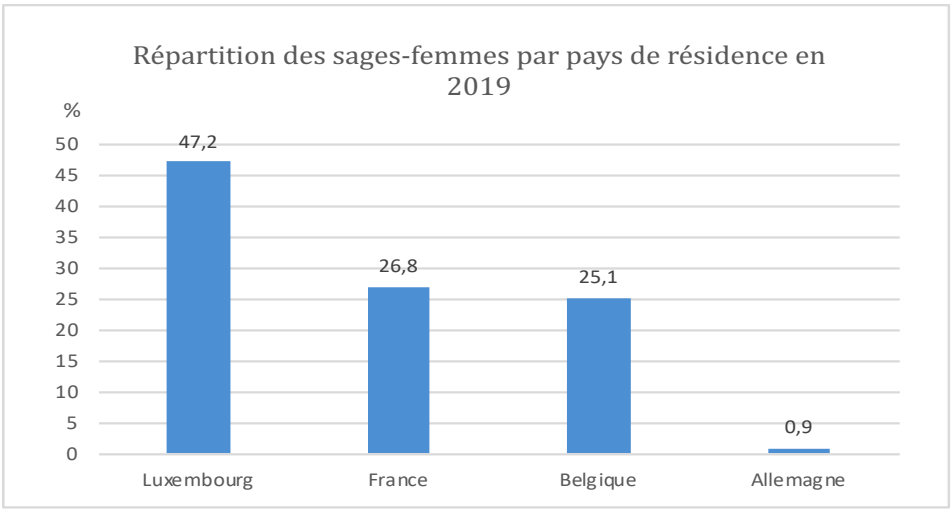
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.140 : Répartition par sexe de la profession de sage-femme exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=231)



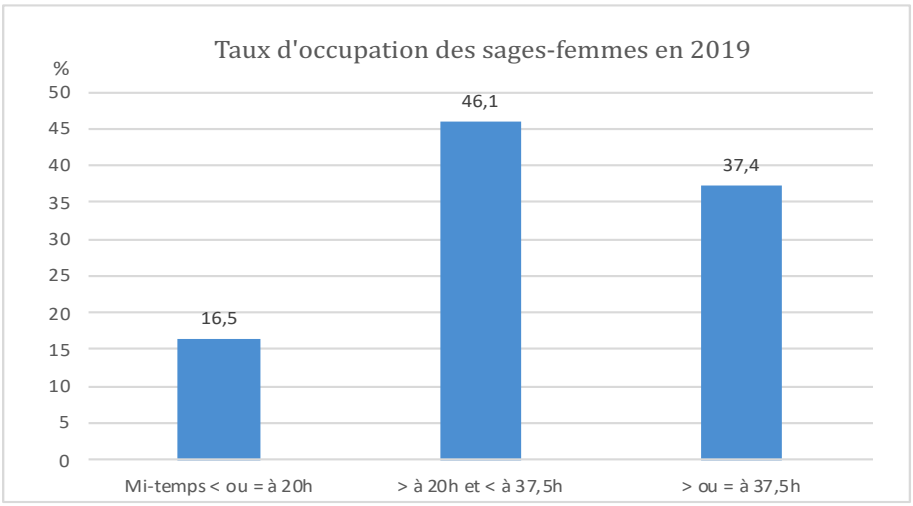
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.141 : Répartition par nationalité de la profession de sage-femme exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=231)



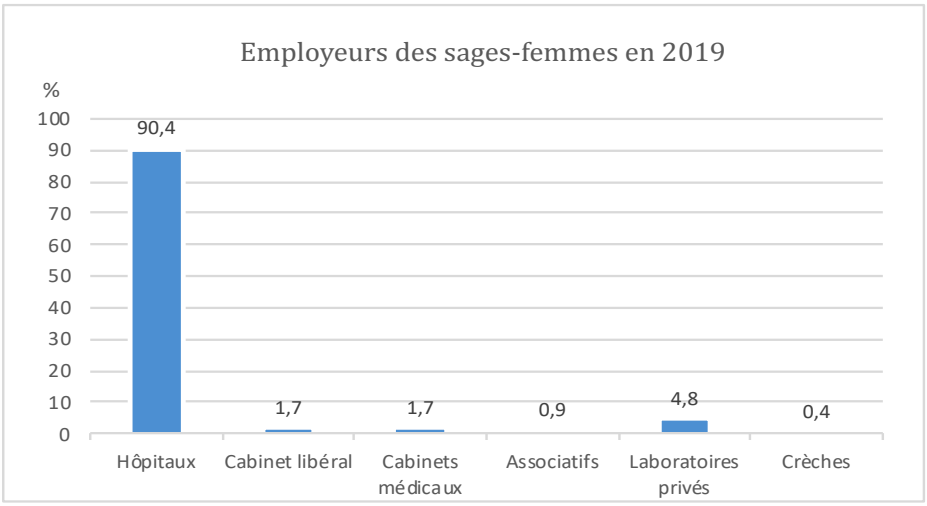
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig. 9.142: Répartition par pays de résidence de la profession de sage-femme exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=231)



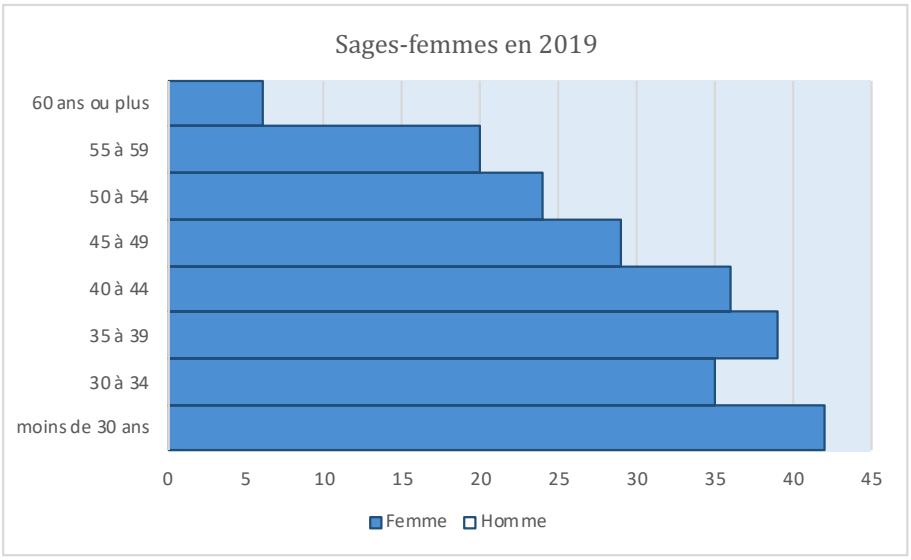
Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.143 : Taux d'occupation des sages-femmes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019, par classe d'heures par semaine (n=231)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.144 : Répartition par type d'employeur des sages-femmes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=231)



Source : Registre des professions de santé du ministère de la santé, 2019

Fig.9.145 : Pyramide des âges des sages-femmes exerçant auprès des patients et des bénéficiaires en 2019 (n=231)

Remarques relatives à la profession de sage-femme :

- la formation est réalisée au LTPS sur 3 années après le Bac classique ou général,
- le niveau de diplôme est un BTS, ce qui ne permet pas à la sage femme luxembourgeoise de continuer des études universitaires car le BTS n'est pas admissible pour un DU,
- le BTS ne permet pas aux sages-femmes luxembourgeoises de postuler aux fonctions d'enseignant fonctionnaire,
- le nombre actuel d'années d'études serait à réévaluer pour mieux répondre aux besoins en compétences des sages-femmes,
- 100 % des sages-femmes sont des femmes,
- seulement 38 % des sages-femmes sont de nationalité luxembourgeoise,
- il existe une pénurie de sages-femmes formées au Luxembourg, ce qui impose le recrutement à l'étranger,
- la France et la Belgique apportent plus de 56 % des sages-femmes au Luxembourg,
- le nombre de sages-femmes portugaises est peu élevé alors que dans la population résidente les portugais constituent la 1ère communauté d'étrangers,
- un peu moins de la moitié des sages-femmes résident au Luxembourg,
- 21 sages-femmes étrangères résident sur le territoire luxembourgeois,
- les hôpitaux sont le 1er employeur des sages-femmes, témoignant ainsi de l'absence de développement des soins pré et post-nataux en soins primaires et du retard du Luxembourg dans les accouchements one day, tels que pratiqués dans les pays étrangers (sans que le système au Luxembourg donne pour autant de meilleurs résultats en terme de césarienne par exemple ou de mortalité néonatale),
- les compétences de la sage-femme au Luxembourg sont sous-utilisées : elle ne pratique pas les attributions telles que prévues par la réglementation notamment le suivi d'une grossesse normale,
- autre exemple de sous utilisation des ressources professionnelles : l'emploi de sages-femmes dans les laboratoires privés, alors que leurs compétences seraient utiles dans la surveillance pré et post natale d'une grossesse normale,
- seulement 37,1 % des sages-femmes travaillent à plein temps,

- entre 2019 et 2034, le nombre de départs prévisibles est de 81 sur 234 sages-femmes au total, soit 34,61 %. Pour combler ces départs, le Luxembourg devra produire en moyenne par année 5 sages-femmes diplômées, ce qui est supérieur à la production réalisée depuis plusieurs années. Il faudra donc pour réussir l'objectif avoir une politique volontariste pour inciter les jeunes à s'orienter vers ce métier. La valorisation du diplôme est à revoir pour donner une meilleure image de cette profession. De plus s'il est ajouté l'objectif de l'OMS de diminuer de 50 % le recrutement à l'étranger d'ici 2030, le nombre de sages femmes diplômées par année devra être largement supérieur à la production actuelle,
- cette profession peut bénéficier du statut de pratique avancée lors de la réalisation de DU complémentaires, mais elles ne peuvent y accéder que si leur diplôme est reconnu comme Bachelor : hypnose, échographie,
- les attributions professionnelles datent de 1981 et nécessitent d'être révisées. Un texte est actuellement au Conseil d'Etat mais il ne répond pas aux besoins réels. Par exemple, la sage-femme peut diagnostiquer une grossesse dans ses attributions mais elle ne peut pas prescrire une analyse de dépistage de grossesse, ce qui est incohérent et coûteux pour la CNS,
- il faut envisager de protéger les activités de la sage-femme car aujourd'hui des CTG sont faits parfois par des personnes non diplômées dans les cabinets médicaux libéraux,
- la sage-femme aurait toute sa place dans un centre de santé au sein des territoires pour le suivi prénatal et post-natal de la grossesse avec le médecin,
- la nomenclature actuelle des sages-femmes est contreproductive. Elle encourage la médicalisation de la grossesse, puisque tout acte en libéral pour une sage-femme n'est possible que sur prescription médicale,
- la profession de sages-femmes ne se sent pas représentée par le CSPS. Elle souhaite l'orientation vers un ordre professionnel.

9.17 Professions de santé réglementées ayant un code fournisseur à la CNS

9.17.1 Préambule

Les résultats qui sont présentés ci-après sont issus des données de facturation de la CNS. Ils concernent les professions de santé réglementées ayant demandé un code fournisseur à la CNS et ayant donc la possibilité de facturer des honoraires à la CNS. Cela ne concerne que les professions de santé réglementées disposant d'une nomenclature d'actes et services, à savoir seulement 5 professions de santé :

- les kinésithérapeutes,
- les infirmiers,
- les orthophonistes,
- les rééducateurs en psychomotricité,
- les sages-femmes.

Les diététiciens n'ont pas été considérés, bien qu'ils disposent à la date du présent rapport d'une convention avec la CNS et d'une nomenclature, mais pour la période étudiée à savoir de 2009 à 2017, la convention avec la CNS n'était pas signée.
Les résultats présentés concernent la période de 2009 à 2017.
Les professions de santé peuvent exercer essentiellement en libéral, en exercice mixte (salarié et exercice libéral), salarié.
Dans ce chapitre, n'ont été considérés que les professions de santé ayant facturé au moins 1 € à la CNS dans l'année considérée, ayant une affiliation, et exerçant en libéral soit seuls, soit en association libérale, soit salarié dans un cabinet libéral. Sont inclus les professions de santé ayant une activité mixte à savoir exerçant en libéral et ayant une activité salariée.
Les professions de santé essentiellement salariés n'ayant pas de code CNS (ex : PS au sein d'un hôpital) n'exerçant aucune activité libérale ont été exclus.
Les professions de santé essentiellement salariés chez un prestataire de l'assurance dépendance et ayant un code CNS ont été exclus.
Les professions de santé ayant un code CNS mais n'ayant pas facturé de mémoires d'honoraires (MH) dans l'année ont été exclus.

9.17.2 Nombre absolu de professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS en 2017

Chaque profession de santé est comptabilisée en personne et non en ETP car il n'est pas possible dans la base de donnée d'identifier le temps de travail consacré à l'activité donnant lieu à un MH facturé à la CNS.

En 2017, le nombre absolu de professions de santé réglementées, ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS était le suivant :

Profession de santé	Hommes 2017	Femmes 2017	Total 2017
Infirmier	8	45	**53**
Kinésithérapeute	414	547	**961**
Orthophonistes	1	53	**54**
Rééducateur en psychomotricité	2	23	**25**
Sages-Femmes	0	15	**15**
Total	**425**	**683**	**1.108**

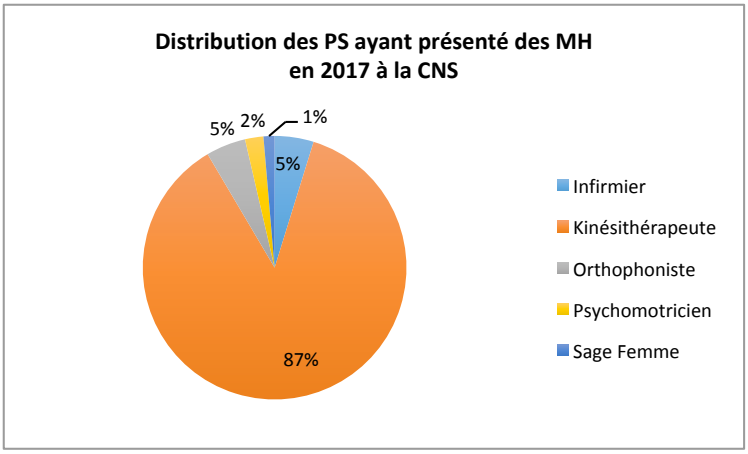
Source : Données CNS- Traitement IGSS

Tab.9.44 : Nombre absolu de professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS en 2017 et exerçant en libéral seul, en association, en activité mixte ou en tant que salarié dans un cabinet libéral

Au total, 1.108 professions de santé ont présenté des mémoires d'honoraires à la CNS en 2017. Les femmes représentent 61,64 % des professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS.
Chez les sages-femmes, aucun homme n'est retrouvé.
Chez les kinésithérapeutes, les femmes représentent 56,92 %, alors que chez les orthophonistes ou les rééducateurs en psychomotricité, elles sont plus de 90 %. Chez les infirmiers, 84,90 % sont des femmes.

9.17.3 Distribution des professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS en 2017

En 2017, sur l'ensemble des PS présentant des MH à la CNS, 86,73 % sont des kinésithérapeutes.
Les infirmiers représentent 4,78 % et les orthophonistes 4,87 %, les rééducateurs en psychomotricité 2,25 % et les sages-femmes représentent 1,35 %.



Source : Données CNS- Traitement IGSS
Fig.9.146 : Distribution des professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS en 2017 et exerçant en libéral seul, en association, en activité mixte ou en tant que salarié dans un cabinet libéral

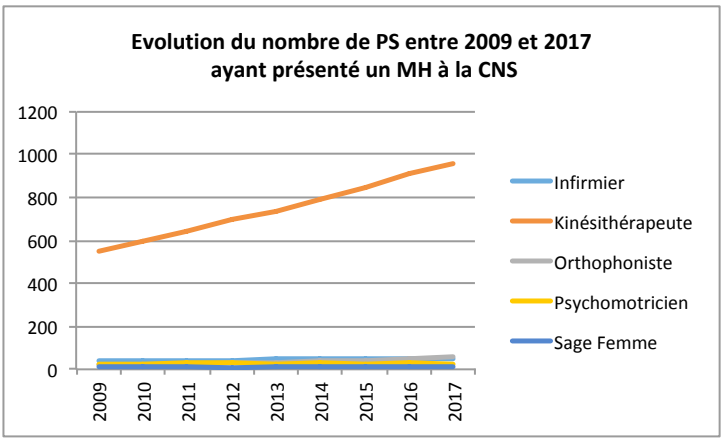
9.17.4 Evolution des professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS entre 2009 et 2017

Entre 2009 et 2017, l'évolution en nombre de professions de santé ayant présenté des MH à la CNS est la suivante :

Profession	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Infirmier	40	42	43	39	46	48	47	48	53
Kiné	549	595	642	697	735	788	842	912	961
Orthoph.	17	21	25	30	32	37	40	49	54
Psychomot.	25	26	29	27	24	27	25	28	25
Sage-Femme	9	8	8	7	9	11	11	12	15

Source : Données CNS- Traitement IGSS
Tab.9.45 : Evolution du nombre absolu de professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS entre 2009 et 2017 et exerçant en libéral seul, en association, en activité mixte ou en tant que salarié dans un cabinet libéral

La croissance la plus importante en nombre absolu est celle des kinésithérapeutes qui sont passés de 549 personnes ayant facturé des MH à la CNS en 2009 à 961 en 2017, ce qui représente un taux de croissance de 75,04 %.
Chez les orthophonistes, le taux de croissance a été de 217,65 % et chez les sages-femmes de 66,66 %.
Chez les infirmiers, la croissance était de 32,50 % entre 2009 et 2017.
Les rééducateurs en psychomotricité n'ont pas eu de croissance pendant cette période.



Source : Données CNS- Traitement IGSS
Fig.9.147 : Evolution du nombre de professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS entre 2009 et 2017 et exerçant en libéral seul, en association, en activité mixte ou en tant que salarié dans un cabinet libéral

9.17.5 Nationalité des professions de santé ayant présenté des MH à la CNS en 2017

La distribution des nationalités chez les professions de santé ayant présenté des MH à la CNS en 2017 est la suivante :

Nationalité	Infirm.	Kiné.	Orthoph.	Psychomot.	SF	Total	%
Luxembourg.	39	279	22	16	10	366	33,03
Allemande	0	160	9	0	0	169	15,25
Belge	5	324	10	2	2	343	30,96
France	6	127	9	5	1	148	13,36
Portugaise	0	21	2	2	1	26	2,35
Autres	3	50	2	0	1	56	5,05
Total	53	961	54	25	15	1.108	100

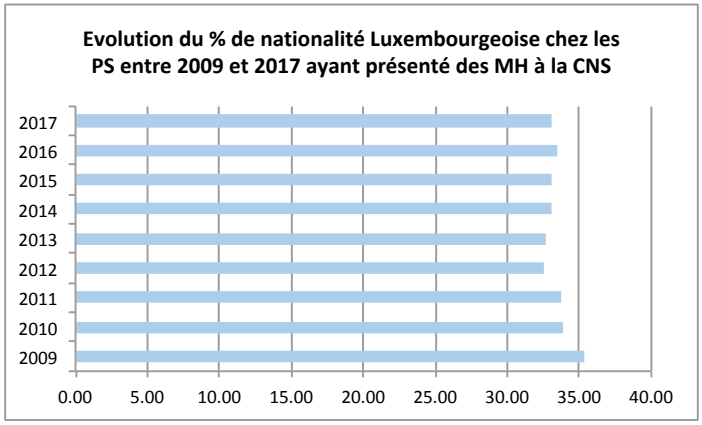
Source : Données CNS- Traitement IGSS
Tab.9.46 : Distribution des nationalités chez les professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS en 2017, et exerçant en libéral seul, en association, en activité mixte ou en tant que salarié dans un cabinet libéral

Chez les professions de santé ayant présenté des MH à la CNS en 2017, 33,03 % étaient de nationalité luxembourgeoise et 30,96 % étaient belges. Chacune des professions de santé allemandes ou françaises représentait entre 15 et 13 %.

Chez les kinésithérapeutes, la plus grande proportion est de nationalité belge (33,71 %), alors que chez les infirmiers la majorité est de nationalité luxembourgeoise (73,58 %). De même chez les sages-femmes et les psychomotriciens, la majorité est de nationalité luxembourgeoise.
Chez les orthophonistes, la distribution entre les différentes langues (luxembourgeoise, française) est quasi la même. Par contre, il y a très peu d'orthophonistes de nationalité portugaise.

9.17.6 Evolution de la nationalité luxembourgeoise chez les professions de santé ayant présenté des MH à la CNS entre 2009 et 2017

L'évolution du pourcentage de professions de santé de nationalité luxembourgeoise ayant présenté des MH à la CNS entre 2009 et 2017 est la suivante :



Source : Données CNS- Traitement IGSS
Fig.9.148 : Evolution du pourcentage de professions de santé de nationalité luxembourgeoise ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS entre 2009 et 2017, et exerçant en libéral seul, en association, en activité mixte ou en tant que salarié dans un cabinet libéral

Le pourcentage de professions de santé de nationalité luxembourgeoise ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS entre 2009 et 2017 a légèrement diminué, passant de 35,31 % à 33,03 %.

9.17.7 Mode d'exercice par profession de santé ayant présenté des MH à la CNS en 2017

Le mode d'exercice en nombre absolu chez les professions de santé ayant présenté des MH à la CNS en 2017 se répartit comme suit:

Profession	Indépendant	Mixte	Salarié en cabinet libéral	Total
Infirmier	40	5	8	53
Kinésithérapeute	908	24	29	961
Orthophoniste	44	8	2	54
Psychomotricien	23	1	1	25
Sage-Femme	4	8	3	15
Total	1.019	46	43	1.108

Source : Données CNS-Traitement IGSS
Tab.9.47 : Distribution des modes d'exercice chez les professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS en 2017

Les professions de santé exerçant en indépendant ont une activité en cabinet libéral propre. Lorsqu'elles exercent en activité mixte elles exercent en tant que salariées dans un établissement ou un cabinet libéral. Mais elles peuvent aussi être essentiellement salariées dans un cabinet libéral.
La majorité des professions de santé présentant des mémoires d'honoraires à la CNS exercent en indépendant (91,97 %).

Statut/Profession	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Indépendant	**544**	**595**	**655**	**713**	**747**	**809**	**863**	**953**	**1019**
Infirmier	29	33	33	32	33	35	38	39	40
Masseur-Kinésithérapeute	478	521	571	630	663	716	764	841	908
Orthophoniste	13	16	21	25	27	29	33	42	44
Psychomotricien	22	23	27	24	22	25	24	27	23
Sage-Femme	2	2	3	2	2	4	4	4	4
Mixte	**29**	**33**	**29**	**28**	**37**	**41**	**46**	**43**	**46**
Infirmier	5	5	5	3	5	6	4	5	5
Masseur-Kinésithérapeute	15	17	15	15	21	22	28	23	24
Orthophoniste	4	5	4	5	5	7	7	7	8
Psychomotricien	2	3	2	2	2	2	1	1	1
Sage-Femme	3	3	3	3	4	4	6	7	8
Salarié	**67**	**64**	**63**	**59**	**62**	**61**	**56**	**53**	**43**
Infirmier	6	4	5	4	8	7	5	4	8
Masseur-Kinésithérapeute	56	57	56	52	51	50	50	48	29
Orthophoniste						1			2
Psychomotricien	1			1					1
Sage-Femme	4	3	2	2	3	3	1	1	3

Source : Données CNS-Traitement IGSS
Tab.9.48 : Evolution de la distribution des modes d'exercice chez les professions de santé ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS entre 2009 et 2017

Le nombre absolu de professionnels de santé salariés en cabinet libéral a diminué entre 2009 et 2017. Leur pourcentage est passé de 10,47 % en 2009 à 3,88 % en 2017.

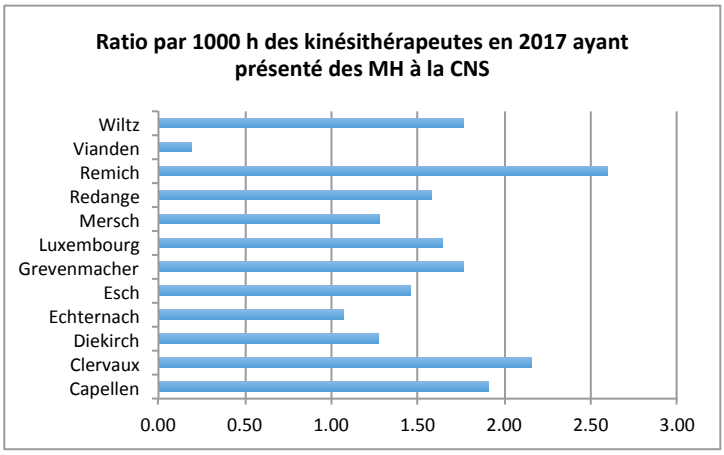
Le nombre absolu de professionnels de santé ayant une activité mixte a augmenté dans la même période, par contre leur pourcentage est resté relativement stable passant de 4,53 % en 2009 à 4,15 % en 2017.

9.17.8 Répartition par canton des professions de santé ayant présenté des MH à la CNS en 2017

Chez les infirmiers, en 2017 :
- 53 professions de santé sont exploitables pour cette analyse,
- 2 cantons ne possèdent aucune offre de ce type : canton de Grevenmacher et canton de Vianden,
- 7 cantons ont entre 1 et 3 infirmiers : Clervaux, Diekirch, Echternach, Mersch, Redange, Remich, Wiltz,
- la majorité des infirmiers sont installés dans les cantons d'Esch (17), de Luxembourg (16) et de Capellen (8),
- constat : il n'existe aucune logique d'installation des infirmiers en exercice libéral sur le territoire luxembourgeois.

Chez les kinésithérapeutes, en 2017 :
- 961 professions de santé sont exploitables pour cette analyse,
- il existe au moins une offre de kinésithérapeute en exercice libéral dans chaque canton,

- mais le ratio du nombre de kinésithérapeutes en activité libérale est très variable entre les cantons, allant de 0,19 dans le canton de Vianden à 2,59 dans le canton de Remich.

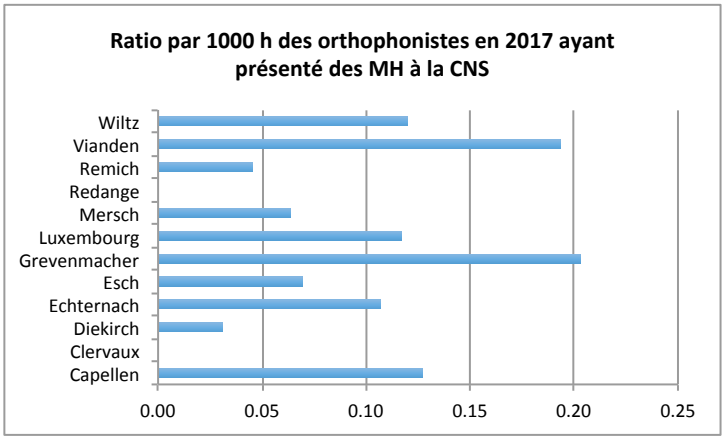


Source : Données CNS- Traitement IGSS

Fig.9.149 : Ratio de kinésithérapeutes en exercice libéral ou en association ou salarié en cabinet libéral, en 2017, ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS pour 1.000 habitants par canton

Chez les orthophonistes, en 2017 :

- 54 professions de santé étaient exploitables pour cette analyse,
- les cantons de Clervaux et de Redange n'ont aucune offre pour leur population,
- 6 cantons ont entre 1 et 2 orthophonistes : Diekirch, Echternach, Mersch, Remich, Vianden, Wiltz,
- la majorité des orthophonistes en activité indépendante ou mixte se concentre sur les cantons de Luxembourg, Esch, et en plus faible nombre sur les cantons de Capellen et de Grevenmacher,
- le ratio du nombre d'orthophonistes en activité indépendante ou mixte ou salarié en cabinet libéral pour 1.000 habitants est extrêmement variable d'un canton à l'autre, allant de 0 à 0,2 dans le canton de Grevenmacher. Les ratios des cantons d'Esch et de Luxembourg sont faibles respectivement de 0,07 et de 0,12.

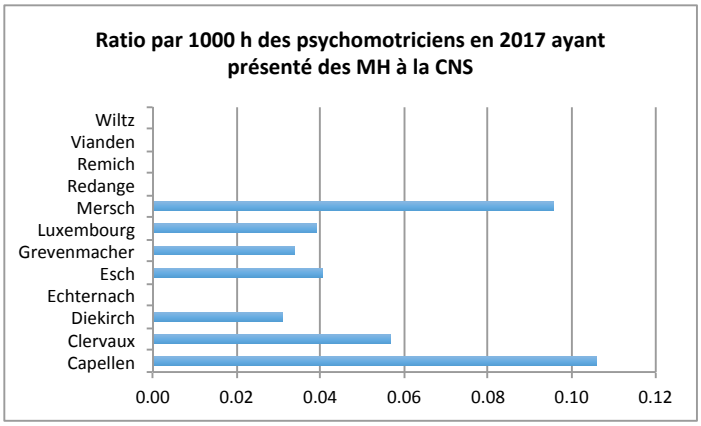


Source : Données CNS- Traitement IGSS

Fig.9.150 : Ratio d'orthophonistes en exercice indépendant ou mixte ou salarié en cabinet libéral en 2017, ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS pour 1.000 habitants par canton

Chez les rééducateurs en psychomotricité en 2017 :

- 25 professions de santé étaient exploitables pour cette analyse,
- 5 cantons ne présentent aucune offre pour leur population : Echternach, Redange, Remich, Vianden, Wiltz,
- 3 cantons concentrent la majorité des rééducateurs en psychomotricité : Capellen, Esch et Luxembourg,
- le ratio de rééducateurs en psychomotricité par 1.000 habitants par canton varie de 0 à 0,11 dans le canton de Capellen.



Source : Données CNS- Traitement IGSS

Fig.9.151 : Ratio de rééducateurs en psychomotricité en exercice indépendant ou mixte ou salarié en cabinet libéral en 2017, ayant présenté des mémoires d'honoraires à la CNS pour 1.000 habitants par canton

Chez les sages-femmes, en 2017 :

- 15 professions de santé étaient exploitables pour cette analyse,
- 7 cantons n'ont aucune offre de sages-femmes ayant une activité indépendante ou mixte : Clervaux, Echternach, Grevenmacher, Mersch, Redange, Vianden, Wiltz,
- 2 cantons concentrent les sages-femmes ayant une activité indépendante ou mixte : Esch, Luxembourg.

Résumé de la partie 9 : Professions de santé réglementées

Cette partie de l'étude permet de décrire les professions de santé réglementées à partir des données issues du registre professionnel du Ministère de la santé, d'exposer certaines problématiques relatives à ces professions et de recommander un certain nombre d'actions dans le cadre de la révision de la loi de 1992 sur certaines autres professions de santé.

La liste des professions de santé réglementées contient à ce jour 24 professions distinctes.
Trois de ces professions seront à supprimer de la liste des professions de santé réglementées car il n'existe plus de formation :

- **masseur** qui pourrait être remplacé pour répondre aux besoins qui persisteront au Domaine thermal de Mondorf par un aide-soignant ayant réalisé un module complémentaire en massages thérapeutiques,
- **assistant senior** qui pourrait être remplacé par un aide-soignant ayant fait un module complémentaire de prise en charge des personnes âgées dépendantes avec ou sans troubles cognitifs,
- **infirmier gradué** qui devrait être remplacé dans la liste par la fonction de cadre de santé.

L'étude a montré que certaines professions étaient trop proches dans l'exercice professionnel sur le terrain et qu'il n'y avait aucune plus value à conserver 2 professions distinctes :

- **assistante d'hygiène sociale et assistante sociale** : ne conserver que la dénomination d'assistante sociale,
- **laborantin et ATM de laboratoire** : profiter de la nécessité de réaliser de nouveau une formation pour n'avoir qu'une seule profession avec un nouveau titre de technologue de laboratoire, terminologie utilisée dans d'autres pays européen, en refondant totalement la formation sur un modèle Bac + 3 comprenant tous les domaines actuels d'analyses médicales, ainsi que la qualité et l'accréditation…

Il y a lieu aussi de **renommer certaines professions** afin de tenir compte de l'évolution du secteur de la santé et des rôles professionnels :

- ATM de radiologie à renommer en Technologue en imagerie médicale,
- Infirmier psychiatrique en Infirmier de santé mentale,
- Masseur-kinésithérapeute en Kinésithérapeute.

Concernant la demande de création de nouvelles formations d'infirmiers spécialisés dans les domaines de l'oncologie, de la gérontologie et gériatrie, tel que prévu dans l'accord de coalition gouvernementale, l'étude a montré un nombre très important de demandes de spécialisation clinique pour les infirmiers et ce dans tous les domaines d'activité, mais elle a montré que ce besoin existait aussi chez d'autres professionnels de la santé.
Il est évident qu'il faut répondre à ce besoin d'expertise clinique car elle permet de développer des pratiques cliniques plus adaptées aux besoins des patients et d'améliorer la qualité des prises en charge. Mais il n'est pas possible d'envisager de créer un infirmier spécialisé dans chaque discipline. C'est pourquoi, il est recommandé de **créer un statut de pratique avancée ou de compétences avancées** qu'il serait possible d'acquérir selon des règles bien définies : avoir suivi et réussi un diplôme universitaire dans un domaine d'expertise clinique. Ce statut permettrait de dispenser certains types de soins ou de prestations, voir de faire certaines prescriptions. C'est le

modèle choisi par plusieurs pays européens qui permet de confier aux soignants plus de responsabilités dans le suivi des maladies chroniques, de développer des consultations spécialisées, et de pallier à la rareté des ressources médicales dans certaines disciplines en permettant au médecin de recentrer ses compétences sur les cas cliniques les plus sévères, sur les gestes techniques les plus élaborés, sur les diagnostics plus complexes ou les suivis de pathologies aiguës et instables.
Ce choix permettrait qu'un professionnel autre qu'infirmier développe une pratique avancée dans sa discipline en réalisant aussi un diplôme universitaire.
Bien entendu, cette orientation présuppose que le diplôme professionnel de base soit un diplôme de type Bachelor afin que l'accessibilité des infirmiers luxembourgeois aux pratiques avancées soit possible, les universités étrangères exigeant ce niveau pour l'accès des professions de santé aux DU.

Au niveau du **rôle des professions de santé**, l'étude à montrer qu'il existait un décalage important entre les missions et le rôle des professions de santé inscrits dans leurs attributions et d'autre part le financement de ces activités dans les nomenclatures ou autres modalités de financement. Pour exemple, certaines activités clairement énoncées dans le rôle propre de la sage-femme doivent encore être prescrites par un médecin, ce qui génère des coûts supplémentaires et une utilisation de ressources médicales rares. De manière plus générale, l'étude fait le constat d'une insuffisance d'utilisation au Luxembourg des professions de santé dans les soins primaires et la prévention. Leur rôle est dédié en priorité aux soins curatifs. Il y a donc lieu d'engager une véritable réflexion sur le rôle des professions de santé dans les soins de santé primaires, dans la prévention et dans l'éducation à la santé, et de revoir les modalités de rémunération qui devraient en découler. La place des professions de santé dans des centres de santé multi-professionnels bien répartis sur le territoire permettrait au médecin généraliste et à certains types de médecins spécialistes de répondre plus vite et de manière plus appropriée aux besoins de santé de leurs patients.

En ce qui concerne les **attributions professionnelles des professions de santé**, elles nécessitent pour bon nombre d'entre elles d'être actualisées, les pratiques professionnelles évoluant en fonction de la science beaucoup plus vite que les textes réglementaires. De ce fait, presque toutes les professions de santé sont en décalage entre les textes réglementaires et les pratiques professionnelles sur le terrain. Le processus d'actualisation est trop long (4 ans environ). Les ressources juridiques pour procéder à la révision des textes réglementaires sont insuffisantes. Il y a nécessité de réfléchir à un autre modèle de fonctionnement qui permettrait de réglementer la profession de manière plus générique sans décrire tous les actes précis et de donner la mission aux collèges, s'ils sont professionnalisés, de réguler l'évolution des actes techniques. Une profession n'a pas d'attributions : le pédagogue curatif. Les attributions professionnelles doivent s'inscrire dans une stratégie d'organisation du système des soins de santé, tenant compte de la rareté des ressources médicales et des risques de pénuries à venir.

Il est apparu au cours de l'étude qu'il était possible au Luxembourg, malgré la pénurie en professions de santé issues du Luxembourg, de **sous-utiliser les ressources en profession de santé** alors que le pays recrute à l'étranger. Trois exemples illustrent cette sous-utilisation :

- des sages-femmes qui n'assurent pas le suivi des grossesses normales et ne pratiquent pas l'accouchement normal,
- des infirmières et des sages-femmes ne réalisant que des prélèvements dans les laboratoires privés,
- des infirmières spécialisées en pédiatrie qui travaillent désormais dans des services d'adultes.

Tout gâchis de compétences rares doit être évité. Il serait utile de faire procéder à des analyses d'impact sur les ressources professionnelles lors de décisions politiques de restructuration, afin de gérer de manière la plus efficiente possible les professions de santé et d'organiser la mobilité professionnelle. Il faut aussi veiller à rechercher des solutions plus adaptées si les compétences des professionnels sont sous-utilisées.
En sens inverse, certaines attributions dédiées aux professions de santé sont réalisées par des personnes non qualifiées pour l'exercice de certains actes techniques ou certaines prestations.

Une réflexion sur la **place de l'aide-soignant au sein des hôpitaux** doit être menée pour réhabiliter cette profession qui est en voie de disparition à l'hôpital, alors qu'elle y a sa place pour garantir au patient une réponse à ses besoins d'assistance dans ses besoins fondamentaux. L'infirmière coordonnant les parcours cliniques et étant de plus en plus impliquée dans les actes techniques doit pouvoir se concentrer sur son domaine d'expertise et être soutenue par des aides-soignants qui assurent avec qualité des soins de base aux patients. Pour cela, il faut que l'hôpital redevienne un terrain de stage et de formation des aides-soignants.

L'état des lieux des professions de santé a aussi mis en évidence la présence de **cadres de santé** dans tous les secteurs d'activité, pour gérer les services de santé, sans que cette fonction ait une existence légale ou réglementaire dans le secteur hospitalier alors que les fonctions dirigeantes ont une existence dans la réglementation de l'assurance dépendance. Il y a lieu de reconnaître cette fonction en l'inscrivant soit comme profession de santé, soit en la normant dans le cadre des règlements grand-ducaux à publier pour le secteur hospitalier, dans le cadre de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers.

Il est noté que le pays ne dispose d'aucune **norme de qualification en professions spécialisées** comme l'infirmier en anesthésie et réanimation, l'ATM de chirurgie, l'infirmier en pédiatrie, la sage-femme, l'infirmier psychiatrique , alors que le Luxembourg forme ces professionnels spécialisés. Cela montre l'absence de reconnaissance de la plus value apportée aux patients grâce à cette expertise clinique. Il est recommandé d'inscrire des quotas de qualifications dans les règlements grand-ducaux visant à définir les normes par service hospitalier ou de les inscrire dans les normes conventionnelles entre la CNS et la FHL.

Les interviews menés au cours de l'étude ont mis en exergue des **mangeurs de temps professionnel médical ou soignant**, liés aux applications électroniques non communicantes et non adaptées aux besoins des professionnels. Lorsque les ressources sont rares, il devient urgent de s'assurer que le temps des professions de santé est adéquatement utilisé et que les outils mis à leur disposition répondent au mieux aux besoins des utilisateurs.

En ce qui concerne la **promotion des métiers de la santé**, il n'a pas pu être retrouvé d'étude sur l'image des professions de santé auprès de la population et des jeunes. De même, il n'a pas été retrouvé de campagne de promotion des métiers de la santé, telle que d'autres secteurs d'activité l'ont fait récemment au Luxembourg.

Par contre, plusieurs facteurs aidant à **fidéliser les professions de santé** avec leur milieu de travail et les maintenir le plus longtemps au travail ont été retrouvés au cours de l'étude : avantages de convention collective, travail à temps partiel. Cependant, des attentes fortes ont été exprimées lors de l'étude : la reconnaissance

des diplômes, l'ouverture pour acquérir de l'expertise clinique, la possibilité d'évoluer au cours d'une carrière professionnelle.

Il existe une **disparité géographique** de répartition des professions de santé ayant un exercice indépendant ou mixte, avec des cantons qui ne disposent d'aucune offre pour leur population. C'est le cas chez les orthophonistes, les rééducateurs en psychomotricité, les sages-femmes. Chez les kinésithérapeutes, il existe une variation du ratio par 1.000 habitants entre les cantons.

Recommandations :

- Revoir la liste des professions de santé et l'actualiser, tout en permettant aux professionnels dont le titre professionnel sera retiré de la nouvelle loi, de conserver leur titre professionnel jusqu'à leur départ en pension.
- Supprimer les professions d'ATM de laboratoire et de Laborantin et créer un nouveau titre professionnel dénommé Technologue de laboratoire, avec une formation Bac +3, dont la formation devrait être mise en place sous ce format au Luxembourg.
- Supprimer la profession d'Assistant d'hygiène sociale et ne conserver que la profession d'Assistant social.
- Renommer la profession d'ATM de radiologie en lui donnant une identité propre de Technologue en imagerie médicale (niveau Bac+3).
- Renommer l'infirmier psychiatrique en infirmier spécialisé en santé mentale.
- Au lieu de créer X nouvelles professions de santé, créer un statut très encadré de « profession de santé avec une pratique clinique avancée » pouvant être applicable à tout type de profession de santé.
- Ne pas limiter ce statut à la seule profession d'infirmier.
- N'accorder ce statut que sur base d'un diplôme universitaire.
- Définir de manière générale et spécifique les attributions accordées à une profession de santé avec une pratique avancée en intégrant certains droits de prescription et de réalisation d'actes techniques. Les ordres professionnels pourraient être responsables de proposer cette définition, s'ils sont professionnalisés.
- Introduire les professions de santé avec pratique clinique avancée dans les normes hospitalières et dans les normes de l'assurance dépendance.
- Valoriser ce statut de pratique avancée dans les 2 CCT.
- Soutenir le développement de la pratique clinique avancée par la mise en place d'un dispositif de promotion professionnelle contractuelle.
- Ne pas confondre la pratique clinique avancée avec la formation continue.
- Réaliser au Luxembourg certains DU de pratique clinique avancée en collaborant avec l'Université du Luxembourg et des universités étrangères.
- Engager entre le Ministère de la santé, la CNS et le Ministère de la sécurité sociale une vaste réflexion sur le développement structuré des soins de santé primaires, de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de prévention.
- Trouver des modalités de financement permettant aux professions de santé de réaliser leur mission, notamment de prévention et d'éducation à la santé.
- Ne pas induire par la nomenclature des professions de santé, des demandes de prescriptions médicales utilisant des ressources médicales rares, lorsqu'il s'agit de réaliser une prestation de soins appartenant au rôle propre des professions de santé. Reconnaître aux professions de santé la connaissance et la compétence pour évaluer correctement le besoin du patient ou du bénéficiaire.
- Réfléchir à un modèle plus aisé pour gérer les attributions professionnelles, capable de définir convenablement dans le RGD le rôle de la profession dans le système de soins de santé et son champ d'exercice propre, de situer la profession par rapport aux autres professions réglementées, sans entrer dans une liste précise d'actes qui sera toujours en perpétuel décalage par rapport à l'évolution immanquable des technologies sur le terrain.
- Donner aux collèges professionnels la mission de régulateur des tâches, sous conditions qu'ils soient professionnalisés et que les décisions soient prises par les représentants des professions concernées, en comparaison aux pays étrangers et avec si besoin l'avis d'experts indépendants.
- Réviser les attributions systématiquement au minimum tous les 5 ans.

- Prévoir avec chaque projet de réorganisation des services de santé, un volet ressources professionnelles afin de ne pas gâcher des ressources en professions de santé qui sont rares.
- Optimiser l'utilisation des ressources professionnelles existantes avant de recruter à l'étranger.
- Garantir l'utilisation complète des compétences des professions de santé lorsque les attributions le permettent.
- Redonner du sens à la fonction de l'aide-soignant à l'hôpital, en adaptant les attributions professionnelles afin de rendre l'exercice de la profession compatible avec ce secteur, et efficient.
- Identifier les services hospitaliers pouvant accueillir cette profession et définir un ratio acceptable Infirmier/Aide-soignant.
- Reconnaître la fonction de cadre de santé qui peut s'appliquer à toute profession de santé, dans n'importe quel secteur d'activité et l'inscrire dans un cadre légal ou réglementaire à définir. Décrire les missions de cette fonction.
- Définir le niveau de formation en sciences de gestion attendu selon le niveau hiérarchique des cadres de santé : Bachelor, Master, Doctorat.
- Adapter les formations de cadre organisées au Luxembourg en fonction des niveaux de formation demandés.
- Inscrire dans les règlements grand-ducaux pour les établissements hospitaliers, ou à défaut dans les normes conventionnelles, des quotas minimaux de qualifications professionnelles spécialisées dans les services qui le nécessitent afin de garantir à la population un accès à cette compétence professionnelle spécialisée.
- Construire à partir de ces quotas des projections quand au nombre d'étudiants à former.
- Mieux réguler l'implantation des professions de santé dans les cantons pour rendre plus homogène le ratio des professions de santé ayant un exercice indépendant ou mixte par 1.000 habitants, afin de favoriser l'accessibilité de la population aux compétences professionnelles.
- Evaluer l'impact de l'informatisation des divers secteurs sur le temps disponible des professionnels de la santé au Luxembourg.
- Afin d'optimiser le temps professionnel disponible, rechercher avec les professionnels des réponses ergonomiques à leurs besoins pour diminuer les mangeurs de temps.
- Les applications dont la plus value aux patients directe ou indirecte n'est pas démontrée sont à reconsidérer voire supprimer. Arrêter de penser que les objections des professionnels à l'implémentation des outils seraient essentiellement liées à une résistance au changement.
- Etablir par le biais d'une étude en population et auprès des jeunes l'image des professions de santé.
- Lorsque les choix politiques concernant l'avenir de la formation de l'infirmier auront été pris, élaborer une campagne de promotion des professions de santé auprès de la population et des jeunes.
- Choisir des vecteurs de communication utilisés par les jeunes pour réaliser cette campagne de promotion des professions de santé.
- Mettre l'accent dans cette campagne sur les professions de santé pour lesquelles la pénurie de diplômés de nationalité luxembourgeoise est la plus importante.
- Rendre cette campagne de promotion durable afin de susciter peu à peu un changement du regard porté par la population sur ces professions.

Chiffres clés sur l'ensemble des professions de santé

Indicateurs	Valeur
Total de professions de santé 2019	15.062
Professions de santé exerçant auprès des patients	14.666 (97%)
Professions de santé déclarées administratifs	396 (3%)
Infirmiers en soins généraux	41,26 %
Femmes	80 %
Nationalité luxembourgeoise	42 %
Résidence au Luxembourg	47 %
Exerçant en milieu hospitalier	38 %
Age moyen	41,41 ans
Nombre départs prévisibles 2019-2034	6.052 personnes

Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019

Tab.9.48 : Indicateurs globaux 2019 relatifs aux professions de santé

Professions de santé réglementées exerçant auprès des patients ou bénéficiaires	Nombre	Ratio/1000h
Aide-soignants	3.740	6,09
ATM Chirurgie	203***	0,33
ATM Laboratoire	174	0,28
ATM Radiologie	294	0,48
Assistants d'hygiène sociale	51	0,08
Assistants senior	5	0,01
Assistants sociaux	560	0,91
Diététiciens	96	0,16
Ergothérapeutes	330	0,54
Infirmiers	6.153	10,02
Infirmier anesthésie réanimation	407	0,66
Infirmiers en pédiatrie	261	2,65*
Infirmiers en psychiatrie	197	0,32
Infirmiers gradués	109	0,18
Laborantins	247	0,40
Masseurs	34	0,06
Masseurs Kinésithérapeutes	1.293	2,11
Orthophonistes	103	0,17
Orthoptistes	14	0,02
Pédagogues curatifs	32	0,05
Podologues	26	0,04
Rééducateurs en psychomotricité	103	0,17
Sages-femmes	231	1,54**
Total	14.666	**27,27**

Source : Registre des professions de santé réglementées, Ministère de la santé, 2019

** ajustement sur 98.607 enfants de moins de 15 ans*

*** ajustement sur 150.050 femmes en âge de procréer*

**** : 3 ATM de chirurgie ont été retirés car déclarés travailler aux patients dans un établissement sans bloc opératoire*

Tab.9.49 : Ratio par 1.000 habitants par profession de santé réglementée exerçant auprès des patients ou des bénéficiaires, ajusté pour les sages-femmes et les infirmiers pédiatriques, en 2019 (n=14.666)

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 10
Autres professions à réglementer intervenant dans les prises en charge

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Sommaire

Partie 10 : Autres professions intervenant dans les prises en charge, à réglementer	**Page**
10.1 Préambule	5
10.2 Psychologue clinicien	6
10.3 Thérapeute en activité physique adaptée	9
10.4 Thérapeute à médiation artistique	10
10.5 Infirmier en hygiène, prévention et contrôle des infections associées aux soins	11
10.6 Perfusionniste	14
10.7 Macroscopiste	16
10.8 Scientifique de laboratoire	17
10.9 Expert en physique médicale et dosimétriste	18
10.10 Agent thermal d'hydrothérapie	19
10.11 Différents assistants	20
10.12 Métiers du transport patient	21
10.13 Pompiers professionnels	22
Résumé Partie 10 : Autres professions intervenant dans les prises en charge , à réglementer	24

Glossaire

Acronyme	Définition
CFL	Chemins de Fer Luxembourgeois
CGDIS	Corps Grand-Ducal d'Intervention et de Secours
CNS	Caisse Nationale de Santé
CPIN	Comité de Prévention des Infections Nosocomiales
CTG	Cardiotocogramme
ECLS	Extra Corporeal Life Support
ECMO	Extra Corporeal Membrane Oxygenation
ETP	Equivalent Temps Plein
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
GNGPIN	Groupe National de Guidance pour la Prévention des Infections Nosocomiales
IN	Infections Nosocomiales
INCCI	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Intervention.
LNS	Laboratoire National de Santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PIB	Produit Intérieur Brut
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SLP	Société Luxembourgeoise de Psychologie
TEG	ThromboElastoGraphe
UPI	Unité de Prévention des Infections

10.1 Préambule

Au cours de l'étude sur l'état des lieux des professions médicales et des professions de santé réglementées, il est apparu que d'autres professionnels interviennent dans le processus de prise en charge des patients et des bénéficiaires sans faire partie des professions de santé réglementées, et donc sans avoir d'attributions professionnelles. Ces autres professionnels n'apparaissent pas dans le registre des professions médicales ou des professions de santé réglementées. L'autorité publique n'a aucune visibilité sur ces professionnels tant au niveau quantitatif que qualitatif.
Leur intervention est directe ou indirecte dans le processus de prise en charge des patients ou des bénéficiaires. Elle peut porter sur la phase diagnostique, thérapeutique curative ou sur la phase palliative.
Cette situation constitue une problématique à considérer, en raison des questions suivantes :

- pourquoi ces professionnels n'ont-ils pas besoin d'autorisation d'exercer alors qu'ils prennent en charge des patients ?
- jusqu'où peut aller leur intervention **?**
- quelles informations l'équipe médicale et l'équipe soignante peut-elle partager avec ces professionnels, relatives au patient ou au bénéficiaire ?
- quel est le droit d'accès de ces professionnels au dossier du patient ?
- que peuvent demander les médecins et les équipes soignantes à ces professionnels ?
- quelle est leur responsabilité professionnelle en cas de plainte d'un patient, d'un bénéficiaire ou d'une famille, traitant de leur prise en charge ?
- quelles formations sont à considérer comme nécessaires pour être autorisé à exercer ces professions auprès des patients et garantir un certain niveau de compétences au patient ?

Il ne s'agit donc pas ici de discuter le bien fondé de ces professions dans les prises en charge des patients et des bénéficiaires mais de bien mettre en évidence pour l'autorité publique qu'il y a lieu de statuer sur cet état de fait, afin que les institutions et les professionnels soient en sécurité, et cela dans l'intérêt des patients et des bénéficiaires.

10.2. Psychologue clinicien

Selon l'OCDE et le Panorama de la santé en Europe 2018, les troubles de la santé mentale représentent un lourd fardeau pour les pays européens. Ils touchent plus d'une personne sur six dans les 28 pays européens, notamment pour des troubles anxieux, dépression, consommation de drogues et d'alcool. En dehors de l'impact de ces troubles sur le bien être individuel et en dehors des répercussions familiales, les troubles de santé mentale engendrent un coût de plus de 600 milliards d'euros par an, soit 4 % du PIB des 28 pays européens. Ces coûts sont liés à une perte de productivité, à des dépenses liées aux soins et services de prise en charge, ainsi qu'aux programmes mis en place (ex : programme méthadone).
Les pays européens sont invités par l'OMS à développer des politiques publiques en faveur de la santé mentale de leurs citoyens tant au niveau préventif que curatif. En effet, agir en préventif permet de diminuer l'évolution vers la pathologie ou de diminuer l'impact de la pathologie en diminuant les arrêts de travail et les hospitalisations en milieu psychiatrique.
Dans ce cadre, la place des psychologues cliniciens au sein des professions de santé, en complément des psychiatres, des pédopsychiatres, des neuropsychiatres et des psychothérapeutes, est une question qu'il faut poser.

Au total, il a été retrouvé dans les fichiers des hôpitaux et dans les fichiers de l'assurance dépendance, **148 ETP de psychologues cliniciens** salariés par les établissements, dont 38,23 ETP dans le secteur de l'assurance dépendance.
Dans le secteur hospitalier, ils interviennent prioritairement dans les services de psychiatrie, de pédopsychiatrie, de psychiatrie juvénile, dans les services d'oncologie, dans les services de maternité et de néonatologie, dans les centres de gestion de la douleur chronique, en pédiatrie, et à la demande dans les autres services.
Ils apparaissent dans la législation relative à l'assurance dépendance, notamment dans le règlement grand-ducal relatif aux normes de dotation par type de prestataire.
Pour le secteur hospitalier, l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers ne prévoit du soutien psychologique que pour les services de chirurgie esthétique, de chirurgie plastique, de gériatrie aiguë, de neurologie, de neuro-vasculaire (stroke niveau 1 et niveau 2), d'obstétrique, d'oncologie, d'orthopédie. Dans de nombreux autres services, le soutien psychologique n'est pas prévu, alors qu'il devrait être une composante universelle de la prise en charge si le patient en a besoin, quelque soit le type de service.
Il n'y a pas de norme conventionnelle entre la FHL et la CNS concernant les psychologues cliniciens. Le plus souvent, il s'agit d'une dotation négociée entre l'établissement et la CNS.
Il existe sur le territoire luxembourgeois d'autres psychologues cliniciens. Mais comme ils exercent en libéral sans facturation à la CNS ou en tant que salariés dans des administrations ou dans des associations… et qu'ils ne sont pas recensés dans le registre des professions de santé, ils n'ont pas pu être identifiés.
Les psychologues cliniciens interviennent par exemple au niveau des administrations étatiques telles que la Police pour le soutien au corps professionnel, la prison, le CGDIS pour le soutien aux pompiers, le Ministère de la Fonction publique. Ils sont aussi présents dans les ONG, dans les entreprises privées comme la poste, les banques, la CFL.
Il est donc fort probable qu'il existe beaucoup plus que 148 ETP de psychologues cliniciens intervenant sur le territoire luxembourgeois.
Un certain nombre de psychologues cliniciens cumulent un exercice professionnel chez un employeur en étant salariés ou free lance avec un exercice en cabinet libéral.
Les psychologues cliniciens ne disposent pas d'une nomenclature de leurs actes et services auprès de la CNS. De ce fait, leurs prestations sont payantes pour la population lorsqu'ils interviennent en cabinet libéral (entre 60 et 120 €).

L'accès à cette profession en libéral dépend donc du niveau de revenus de la personne sollicitant de l'aide psychologique.
Les médecins généralistes et les médecins psychiatres sont demandeurs de ce type de profession dans le cadre des prises en charge en soins primaires pour développer la motivation des patients dans la gestion de leurs facteurs de risque (ex : arrêt du tabac, lutte contre l'obésité avec la gestion de la nutrition et l'encouragement à l'activité physique, soutien pour le sevrage d'alcool, soutien pour le sevrage des drogues), ainsi que dans la gestion des troubles de l'anxiété, des troubles du sommeil, des comportements dépressifs légers…
Les psychologues cliniciens peuvent en effet intervenir auprès de personnes présentant une souffrance psychologique, dans des domaines où très souvent le médecin généraliste ou le médecin spécialiste trouvent leurs propres limites soit dans le temps à y consacrer soit dans les compétences qu'ils maîtrisent, entre autres lors de :

- l'annonce d'une maladie grave,
- l'annonce d'un handicap à vie,
- la motivation pour la gestion des maladies chroniques,
- un deuil (ex : perte d'un enfant),
- un syndrome post-traumatique,
- une maltraitance parentale,
- des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent,
- un isolement lié à un harcèlement dans les écoles ou au travail,
- une tentative de suicide,
- la gestion de l'alcoolisme et de ses conséquences,
- la gestion des douleurs chroniques,
- la prévention de la dépression chez les personnes âgées,
- les maladies psychosomatiques,
- …

Leurs interventions ont une visée préventive dans un certain nombre de situations, afin d'éviter que se développent des troubles psychologiques plus sévères qui entraîneront arrêts de travail, surconsommation de psychotropes ou de somnifères notamment, isolement social et/ou familial, parfois même suicide.
Ils interviennent aussi dans les processus thérapeutiques lorsque la pathologie est déclarée ou chronique.

Leur rôle pourrait encore être renforcé dans les différents secteurs d'activité :

- secteur hospitalier : en réanimation, néonatologie, et dans tous les services où sont traitées des maladies chroniques ou sont posés des diagnostics graves,
- secteur de la dépendance : dans le soutien aux personnes dépendantes en maisons de soins, CIPA, réseau de soins à domicile,
- secteur de l'action sociale : auprès des personnes réfugiées pour gérer les psycho-traumatismes et soutenir l'insertion dans le pays, auprès des personnes sans domicile fixe, dans les foyers pour jeunes, dans les services de médiation,
- secteur éducatif : crèches, maisons relais, écoles fondamentales.

Cette profession intervient très souvent sur le signalement d'un médecin ou d'une profession de santé. Sa formation lui permet de réaliser un diagnostic psychologique. Toutes les personnes n'ont pas besoin obligatoirement d'une psychothérapie, mais peuvent avoir besoin temporairement d'un soutien psychologique pour passer un cap difficile lié à la maladie ou à la dépendance. Les psychologues cliniciens sont capables d'apporter cette offre de prestation.

Dans le cadre d'une approche multi-professionnelle, le psychologue clinicien a des compétences à apporter, tant au niveau du diagnostic sur la santé psychologique du patient ou du bénéficiaire que du soutien à apporter dans le cadre de la prise en charge.

Il devrait être en mesure sur base du diagnostic réalisé de déterminer le nombre de séances de prise en charge à réaliser.

La Société Luxembourgeoise des Psychologues recense environ 330 psychologues dont 130 ont une formation de psychothérapeutes.
Les psychologues cliniciens ont un diplôme de niveau Master (Bac+5). La formation peut être réalisée en partie au Luxembourg (Bac+3) et être poursuivie dans le champ clinique à l'étranger.
Cette profession ne dispose pas d'un code de déontologie. Par contre les membres de la Société Luxembourgeoise des Psychologues (SLP) s'engagent à respecter un code éthique de la SLP inspiré dans son contenu du méta-code proposé par la Fédération Européenne des Associations de Psychologues.

Cette profession n'étant pas réglementée comme profession de santé, le patient qui s'adresse à un psychologue n'a aucune garantie sur le niveau de compétences offert. Protéger les patients impose de réglementer la profession et donc de définir les diplômes permettant de porter le titre de psychologue clinicien.

10.3. Thérapeutes en activité physique adaptée

L'étude a permis de mettre en évidence l'utilisation d'une autre ressource professionnelle dans les établissements hospitaliers spécialisés, à savoir le thérapeute en activité physique adaptée.
Cette profession a été retrouvée au Rehazenter, au Domaine thermal de Mondorf, au Centre Hospitalier Neuro Psychiatrique et dans certains services de psychiatrie aiguë.
Elle a pour mission de permettre à la personne avec un handicap physique ou une pathologie chronique invalidante de retrouver des aptitudes fonctionnelles pour la pratique d'une activité physique.
Le thérapeute en activité physique adaptée intervient directement auprès du patient, en tant que membre de l'équipe multi-professionnelle. Il complète la prise en charge du kinésithérapeute et de l'ergothérapeute ou du psychomotricien.
Les séances de prises en charge peuvent être individuelles ou en groupe.
La réadaptation du patient se fait par le biais d'activités physiques adaptées, en fonction du cas clinique.
Le thérapeute en activité physique adaptée intervient sur prescription du médecin rééducateur ou du médecin spécialiste, lorsque les éléments critiques de la phase aiguë sont passés. Il prend en charge les patients plus en ambulatoire qu'en hospitalisation stationnaire. Il intervient principalement dans la phase de réhabilitation.
Cependant, il peut exercer un rôle important dans la prévention de l'obésité, la prévention des maladies cardio-neuro-vasculaires, dans la gestion du diabète, dans la prévention de la décompensation de l'insuffisance cardiaque ou de l'insuffisance respiratoire, dans la prévention des chutes…
Les thérapeutes en activité physique adaptée ont généralement fait une formation universitaire de professeur de sport avec une spécialisation santé en complément. Leur niveau de formation varie entre Bac+4 et Bac+5 selon le pays de formation.

10.4. Thérapeutes à médiation artistique

Lors de l'étude, il a été mis en évidence que divers thérapeutes à médiation artistique interviennent au quotidien dans la prise en charge directe des patients ou des bénéficiaires. Ils sont membres à part entière de l'équipe multi-professionnelle. Ils participent au travail clinique avec le patient.
A la différence des psychothérapeutes, des psychologues cliniciens, des médecins psychiatres et des infirmiers psychiatriques, ce sont des thérapeutes non verbaux, qui utilisent un media pour permettre au patient une expression des difficultés de santé ou de vie qu'il rencontre, pour lui apporter aide, soutien et rééducation.
Les patients présentant des troubles psycho-affectifs, des troubles socio-comportementaux, des troubles sensoriels, physiques ou neurologiques peuvent bénéficier positivement des prestations de thérapeutes à médiation artistique.
Ils peuvent intervenir en préventif ou en curatif, même lors de phases aiguës.
Au Luxembourg, ils sont engagés par les établissements hospitaliers dans les services de psychiatrie (CHL, HRS, CHNP), dans les services de soins palliatifs, de gériatrie, de néonatologie, de centre de la douleur chronique ainsi qu'au Rehazenter.
Ils exercent aussi dans le secteur de l'assurance dépendance et du handicap au sein des maisons de soins, des centres de jour.
Dans le domaine socio-éducatif, ils interviennent auprès des enfants en difficulté. Ils sont aussi demandés pour soutenir les réfugiés ayant vécu des psycho-traumatismes.
Divers thérapeutes à médiation artistique interviennent : art-thérapeutes, musicothérapeutes, danse-thérapeutes, drama-thérapeutes, équi-thérapeutes…
Leur intervention est soit individuelle, soit en groupe de patients ou de bénéficiaires.
Ils s'adressent aussi bien aux enfants, aux adultes qu'aux personnes âgées.
Ces professionnels sont rarement engagés sous le titre de « thérapeutes à médiation artistique », mais sous une autre dénomination (éducateur, animateur…) car le titre professionnel de thérapeute à médiation artistique ne fait pas partie de la liste des professions de santé, tel que dans d'autres pays comme l'Allemagne, la Grande-Bretagne, la Suisse, les Pays baltes.
Cette profession n'est aujourd'hui au Luxembourg ni classée dans les métiers de la santé, ni classée dans les métiers éducatifs et pourtant ces professionnels interviennent dans la prise en charge directe des patients depuis plusieurs années.
Il existe divers niveaux de formation des thérapeutes à médiation artistique. C'est pourquoi il est essentiel de légiférer afin de donner une garantie d'expertise aux patients. Le niveau Master (Bac+5) s'est développé en Europe. C'est le niveau de diplôme demandé par les institutions étatiques au Luxembourg lorsqu'elles embauchent un thérapeute à médiation artistique.
Peu de thérapeutes à médiation artistique sont installés en libéral. Leurs prestations sont alors payantes car il n'existe pas de nomenclature avec la CNS. De ce fait, seule la population ayant des revenus suffisants peut accéder à leurs prestations.
Il faut noter qu'en Allemagne, ces professions sont reconnues et sont inscrites dans les directives de prise en charge des patients lors d'une démence, d'une dépression, d'une schizophrénie.

10.5 Infirmier en hygiène, prévention et contrôle des infections associées aux soins

Selon l'OMS[1], les infections nosocomiales (IN) associées aux soins provoquent des hospitalisations prolongées, des consommations supplémentaires de médicaments, des examens diagnostiques supplémentaires, des ré-interventions, des incapacités de travail prolongées, et des décès, en sus des séquelles conservées par les patients. En dehors du coût humain que cela représente, les infections nosocomiales augmentent les coûts de la santé. Les IN constituent un problème de sécurité des patients et un véritable défi de santé publique. L'objectif de l'OMS est de réduire les IN par des procédures simples lors de la réalisation des actes de soins, telles que l'hygiène des mains.
Certains chiffres sont annoncés par l'OMS :

- 5 à 10 % des patients admis dans des hôpitaux modernes dans des pays développés contractent une IN,
- aux Etats Unis, 80.000 décès par année sont imputés aux IN,
- en Angleterre, 20 % des IN aboutissent à un décès directement relié à l'infection,
- en Angleterre, le coût lié aux IN par année est estimé à 1 milliard de livres sterling.

Les chiffres des IN au Luxembourg ne sont pas publics, il n'est donc pas possible de s'appuyer sur ces chiffres pour argumenter la nécessité d'introduire dans la liste des professions de santé, la profession d'infirmier en hygiène et prévention des IN. Cependant, il est peu probable que le Luxembourg diffère considérablement des autres pays européens en terme d'IN.

D'ailleurs, le Luxembourg a mis en place depuis 1998[2] :

- un GNGPIN (Groupe National de Guidance pour la Prévention des Infections Nosocomiales) dont les infirmiers en hygiène, prévention et contrôle des IN font partie intégrante,
- dans chaque établissement hospitalier, un CPIN (Comité de prévention des Infections Nosocomiales) dont les infirmiers en hygiène, prévention et contrôle des IN font partie intégrante,
- dans chaque établissement hospitalier, une UPI (Unité de Prévention des Infections) dont les infirmiers en hygiène, prévention et contrôle des IN sont les chevilles ouvrières.

D'autre part, dans les projets de construction hospitaliers, la Direction de la santé demande l'avis des infirmiers en hygiène, prévention et contrôle des IN.

Officieusement, le pays reconnaît donc cette profession sans jamais l'avoir inscrit dans la liste des professions de santé. Cette profession n'est pas citée dans la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers.
Cependant, cette fonction est financée dans le cadre des normes conventionnelles entre la FHL et la CNS.

Les infirmiers occupant cette fonction ont été formés en général en Belgique, en Allemagne et pour certains en France. Leur niveau de formation n'est pas similaire, la France ayant un degré d'exigence moindre.

---

[1] https://www.who.int/gpsc/background/fr/

[2] Recommandations nationales pour la mise en place d'un système de surveillance et de prévention de l'infection nosocomiale. Ministère de la santé- Direction de la santé- Groupe national de guidance pour la prévention des infections nosocomiales. Luxembourg, 1998

Ces professionnels interviennent directement et indirectement dans la prise en charge des patients lors des hospitalisations stationnaires notamment. Ils font, entre autres, réaliser les examens de dépistage d'IN sur base de protocoles définis, et font mettre en application les mesures de précaution à prendre lors des infections suspectées et avérées, afin d'éviter la propagation des IN. Ils développent les plans d'hygiène, en assurent la maintenance. Ils révisent les procédures de soins sous l'angle de la prévention des IN. Ils assurent les prélèvements environnementaux. Ils réalisent les campagnes de prévention, ainsi que la formation et l'information des professionnels des établissements. Ils enregistrent les infections nosocomiales dans certains secteurs et réalisent les enquêtes qui en découlent. Ils assurent le lien avec le médecin traitant hospitalier des patients et conseillent sur les stratégies à adopter. Ils veillent à l'application des mesures prises pour les patients et des mesures d'hygiène environnementales. Ils sont la cheville ouvrière des enquêtes européennes sur les IN auxquelles le Luxembourg participe. Ils émettent des avis sur les projets de construction ou de réaménagement des locaux…

Aujourd'hui, souvent appelé « infirmier en hygiène hospitalière », cette dénomination n'est plus d'actualité car cette thématique a dépassé le cadre de l'hôpital. Des IN sont recensées aussi dans les établissements d'hébergement dans le cadre de l'assurance dépendance, dans les réseaux de soins à domicile, dans les crèches,… Cependant à l'heure du présent rapport, il n'y a pas d'infirmier en hygiène, prévention et contrôle des IN dans le long séjour, ni dans les réseaux de soins à domicile.

Cette profession ne peut plus se limiter au seul périmètre de l'hôpital, même si les risques y sont plus fréquents et majeurs en raison de la grande fragilité des patients.

Au Luxembourg, les infirmiers en hygiène, prévention et contrôle des IN sont répartis comme suit :

- CHL : 4
- CHEM :4
- CHdN : 3
- HRS : 4
- CHNP : 1
- Rehazenter : 1
- Colpach : 1
- Steinfort : 1

A l'étranger, cette profession est réglementée :

- **En Belgique**, l'arrêté royal du 26 avril 2007 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre prévoit dans son article 1er à l'alinéa 9 bis, entre autres, une équipe d'hygiène hospitalière composée d'un ou de médecins hygiénistes hospitaliers et d'un ou plusieurs infirmiers hygiénistes hospitaliers. L'infirmier en hygiène hospitalière doit être bachelier en soins infirmiers, disposer d'un master en art infirmier ou en santé publique et avoir suivi avec succès une formation, donnant droit à un certificat interuniversitaire d'hygiène hospitalière, d'au moins 250 h sur les IN et la législation relative à l'hygiène hospitalière.
- **En Suisse**, la dénomination est « Infirmier spécialisé en prévention et contrôle de l'infection ». Pour exercer la fonction, il faut disposer d'une formation Bac+3 d'infirmier et avoir réussi une formation spécifique de spécialiste en prévention et contrôle de l'infection ou une formation d'infirmière clinicienne avec option prévention et contrôle de l'infection.
- **En Allemagne**, la profession est reconnue et porte la dénomination de « Krankenpfleger für Hygiene and Infektionsprävention ». La formation théorique est de 750 h. Celle-ci est complétée par une formation pratique d'une année dans un établissement hospitalier, avec stage dans un laboratoire de

microbiologie, dans divers services hospitaliers (bloc opératoire, réanimation, services de chirurgie, stérilisation, cuisine, services techniques…).

- **En France**, cette profession est reconnue. Elle peut s'exercer sur base du Diplôme d'Université en Hygiène Hospitalière et Prévention des Infections Nosocomiales (DUPIN). La formation comprend 24 ECTS répartis en 18 ECTS soit 185 heures d'enseignement et un projet tuteuré de 6 ECTS. Un référentiel de métier et de compétences a été développé concernant ces spécialistes en hygiène, prévention et contrôle de l'infection en milieu de soins.

Etant donné que certains établissements hospitaliers au Luxembourg n'ont pas de médecins disposant d'une formation universitaire en prévention et contrôle des IN, le rôle des infirmiers en hygiène, prévention et contrôle des IN est très important. Cette fonction transversale au sein des institutions n'a pourtant pas d'existence légale. De ce fait, les missions ne sont pas clairement établies et le niveau de formation requis pour l'exercice de la profession n'est pas défini.

10.6. Perfusionnistes

L'INCCI, ouvert en 2001, est un établissement spécialisé en chirurgie cardiaque et en cardiologie interventionnelle. Dans le cadre de sa mission, il réalise des interventions chirurgicales sur le cœur, nécessitant une circulation extracorporelle (CEC).
Le rapport d'activités 2017 de l'INCCI donne une quantification des activités chirurgicales : 576 interventions de chirurgie cardiaque dont 397 ont été réalisées avec une CEC.
Lors d'une intervention, l'équipe chirurgicale se compose de chirurgiens thoraciques, d'ATM de chirurgie, d'un médecin anesthésiste, ainsi que d'un perfusionniste.
Le perfusionniste prend en charge les fonctions cardiaque, pulmonaire ou circulatoire des patients adultes ou pédiatriques lors de l'intervention chirurgicale, à l'aide d'appareils spécialisés. Il assure le maintien des fonctions physiologiques pendant tout le déroulement de l'intervention.
Il procède à la mise en marche des supports circulatoires, au maintien et à leur surveillance pendant tout le déroulement de l'acte, au sevrage puis à leur arrêt.
Il est responsable de la sélection des circuits adaptés au cas chirurgical, à leur assemblage et à leur organisation. Il veille au respect de l'asepsie des circuits employés afin de prévenir toute infection nosocomiale per opératoire.
Il ajuste les traitements (médicaments, produits sanguins, agents anesthésiques, débit des gaz, pourcentage d'oxygène) et effectue les prélèvements sanguins, au cours de l'opération.
Son intervention est indispensable dans plusieurs procédures: mise en hypothermie ou en hyperthermie, hémodilution, autotransfusion, séquestration sanguine, conservation du sang, coagulation du sang, hémodialyse, hémofiltration conventionnelle ou modifiée, ultrafiltration et hémoconcentration, débitmètre (Flow Meter), Thromboélastographe (TEG).
Les cas cliniques nécessitant la fonction de perfusionniste sont les arrêts circulatoires, les cardioplégies sanguines ou cristalloïdes, les situations nécessitant la dérivation sanguine pour la chirurgie vasculaire, les transplantations, la perfusion d'organe en vue d'une greffe cardiaque, pulmonaire et/ou hépatique, une perfusion cérébrale antérograde ou rétrograde, une assistance ventriculaire de longue durée, une assistance ventriculaire à court terme (Impella), les ballons intra-aortiques, le support extracorporel vital d'urgence (ECLS Extracorporal Life Support), les cœurs mécaniques, les stimulateurs cardiaques…

L'INCCI dispose de 4 perfusionnistes formés (au total 3,9 ETP), dont la formation est accréditée par l'European Board of Cardiovascular Perfusion. Un cinquième perfusionniste est en cours de formation.
Pour obtenir l'accréditation, il faut avoir suivi une formation de perfusionniste, avoir passé un examen théorique écrit, oral et un examen pratique, et avoir acquis une expérience professionnelle, en ayant pratiqué au moins 100 CEC. Le certificat délivré par l'European Board of Cardiovascular Perfusion oblige à une actualisation régulière des connaissances et compétences, faute de quoi l'accréditation est perdue.
Le niveau d'entrée en formation est Bac+3. La formation de perfusionniste dure 2 ans aussi bien en France qu'en Allemagne.
Il n'existe pas de dispositif de promotion professionnelle contractuelle au Luxembourg, ce qui nuit à la planification interne des ressources nécessaires en perfusionniste pour l'INCCI.

Il s'agit d'une profession avec un savoir propre théorique et technique. Aucun autre professionnel n'est en mesure de remplacer un perfusionniste lors d'une intervention de chirurgie cardiaque. En l'absence de perfusionnistes, certaines interventions ne peuvent pas se dérouler.

Il s'agit d'une profession très contraignante car elle repose sur un nombre très limité de personnes : moins de 300 personnes en France, environ 500 personnes en Allemagne, 5 personnes au Luxembourg.
Les perfusionnistes de l'INCCI doivent prester entre 8 et 10 permanences par mois. Mais lorsqu'un patient nécessite la technique ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation) qui offre une assistance cardiaque et respiratoire aux patients grâce à une oxygénation par une membrane extracorporelle, le perfusionniste reste sur place 24h sur 24, pendant 5 à 6 semaines si besoin.
Les perfusionnistes assure aussi le transfert des patients avec ECMO vers Nancy ou Paris, sans support médical.
Il existe des référentiels de compétences pour les perfusionnistes dans plusieurs pays.

Cependant, alors que cette profession de niveau master, intervient directement dans le processus de prise en charge du patient en chirurgie cardiaque, elle n'est pas reconnue au Luxembourg par l'autorité publique comme professions de santé et de ce fait, n'est pas inscrite dans la liste des professions de santé réglementées. Ces professionnels reçoivent une autorisation d'exercer comme infirmier de soins généraux.
N'étant pas reconnus comme une profession de santé réglementée, les perfusionnistes ne possèdent pas d'attributions professionnelles alors que leur exercice professionnel est unique. Ce dernier se réalise sous la responsabilité du chirurgien cardiaque. Seul, un courrier du Ministre Johny Lahure daté du 25 août 1994 demandait que les perfusionnistes de la Clinique Sainte-Elisabeth disposent d'une formation répondant aux recommandations de l'European Board of CardiovascularPerfusion.

10.7 Macroscopistes

Le Laboratoire National de Santé, régi par la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public, modifiée par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers, dispose d'un centre de diagnostic en anatomopathologie devant réaliser les analyses cytologiques et histologiques.
Pour réaliser cette mission, le LNS a besoin de médecins spécialistes en anatomo-pathologie, mais aussi de techniciens de laboratoire formés spécifiquement à la macroscopie, appelés communément « macroscopistes ».
Seul cet établissement, en raison de sa mission réservée par la loi, a besoin de recruter ce type de professionnel.
Le macroscopiste intervient indirectement dans le processus de prise en charge du patient puisqu'il va concourir au diagnostic en réalisant l'examen macroscopique du tissu prélevé par le médecin spécialiste, en réalisant les coupes, en préparant les lames de lecture des tissus. Il doit être capable de réaliser les techniques de coloration, d'inclusion et les techniques spécifiques utilisées en histologie.
Les macroscopistes ont des compétences extrêmement pointues essentiellement en anatomopathologie. Ce ne sont pas des techniciens polyvalents de laboratoire. Par contre, ils doivent savoir gérer tout type de pièces opératoires. Le macroscopiste est seul lors de l'examen de la pièce opératoire. Il doit être compétent pour décider des coupes à réaliser en fonction du tissu disponible.
Une seule école forme ces professionnels en Europe. Il s'agit d'un master (Bac+5) de macroscopiste réalisé au Portugal.
La liste des professions de santé actuelle ne prévoit que deux professions : ATM de Laboratoire et Laborantin. La profession de macroscopiste n'est assimilable à aucune de ces deux professions.
Ces professionnels ne peuvent pas recevoir d'autorisation d'exercer au Luxembourg, car leur formation ne répond pas aux exigences de contenu de formation pour les deux profils de laborantin et d'ATM de laboratoire.
Mais, ce sont spécifiquement les macroscopistes dont le LNS a besoin pour développer l'anatomopathologie, et la télépathologie qui est désormais implémentée techniquement entre les 4 centres hospitaliers et le LNS, et permet de réaliser des analyses extemporanées lors des interventions chirurgicales pour cancer.
Le LNS à la date du présent rapport dispose de macroscopistes, sans pour autant qu'ils aient une autorisation d'exercer. Or ces professionnels travaillent sur des échantillons humains. Ils devraient donc être autorisés à exercer par le Ministre de la santé.
Cette situation est incohérente avec les règles appliquées pour les autres domaines d'analyses médicales : si le professionnel intervient de manière indirecte dans le processus de prise en charge du patient mais travaille sur des échantillons humains, il est considéré comme une profession de santé. La profession de santé est alors inscrite dans la loi. Une autorisation d'exercer doit être demandée. Une homologation des diplômes est nécessaire.
Il y a lieu de régulariser la situation au plus vite pour que ce secteur d'activité puisse continuer à se développer et à répondre aux objectifs du Plan National Cancer dans les délais d'obtention des résultats anatomo-pathologiques.

10.8. Scientifiques de laboratoire

Tant le LNS, que les laboratoires hospitaliers ou les laboratoires privés, ont besoin de disposer de compétences scientifiques de type PhD (en biologie moléculaire, en toxicologie…) pour mener leurs activités, en complément des compétences médicales de biologistes. Ces professionnels n'ont pas de doctorat clinique. Ils ont pour mission le développement de nouvelles méthodes d'analyses médicales, leur validation, leur implémentation jusqu'à la mise en routine de l'analyse.
Ils interviennent donc de manière indirecte sur le diagnostic des patients.
Ils ne disposent pas du droit de signature, mais sont les garants de la fiabilité des résultats d'analyses.
Etant donné l'évolution des analyses médicales ces 20 dernières années, et la spécialisation des techniques, ces fonctions se sont développées dans les laboratoires à l'étranger ainsi qu'au Luxembourg.
Ils assurent aussi une fonction d'encadrement des équipes de type middle management.
Mais force est de constater que ces professionnels n'ont pas d'existence légale, pas de statut homogène, pas d'attributions spécifiques et n'ont pas d'autorisation d'exercer.
A l'étranger, les fonctions de scientifique de laboratoire existent depuis longtemps et ont un droit de signature des résultats d'examen dans plusieurs pays.

10.9. Experts en physique médicale et dosimétriste

Au sein du Centre François Baclesse (CFB), deux métiers ont été retrouvés au cours de l'étude, intervenant dans le processus de prise en charge des patients lors de la radiothérapie, de manière indirecte, mais n'étant pas inscrits dans la liste des professions de santé réglementées. Il s'agit de :

- l'expert en physique médicale, qui établit lors de l'initialisation de la phase thérapeutique des nouveaux cas patients, la balistique la plus optimale du traitement du patient en accord avec la prescription du médecin radiothérapeute, en définissant les paramètres de la machine. Il délègue la mise en application au dosimétriste mais la validation avant traitement lui incombe,
- le dosimétriste, qui va appliquer les paramètres définis par l'expert en physique médicale, afin que le patient reçoive la bonne dose de rayons ionisants au bon endroit.

Aucun patient ne peut recevoir une radiothérapie sans l'intervention de ces deux professions actuellement.
Ce processus n'est pas spécifique au Luxembourg. En France, Belgique ou Allemagne, les mêmes étapes d'intervention de l'expert en physique médicale et du dosimétriste existent dans le parcours radiothérapeutique du patient.

L'expert en physique médicale est formé obligatoirement à l'étranger, en France, Belgique ou Allemagne, principalement. Le niveau du diplôme est Bac+7.
Les dosimétristes étaient aussi formés à l'étranger. Cependant plusieurs de ces formations ont été arrêtées en France et il existe le projet de rattacher cette fonction de dosimétriste à la profession d'ATM de radiologie.

Le CFB dispose de 6 experts en physique médicale et de 4 dosimétristes, dont 3 ont fait la formation spécifique de dosimétriste. En raison de l'extension de ses activités, le CFB a planifié l'embauche d'un expert en physique médicale en 2019 et un en 2020.
Le recrutement des experts physiciens est compliqué car le marché de l'emploi est très tendu en raison des éléments suivants : plus d'offres que de demandes d'emploi, écart de salaire non attractif entre le Luxembourg et le secteur privé en France pour l'expert en physique médicale. Le Luxembourg reste attractif au niveau salaire du dosimétriste.
Le CFB ne prévoit plus d'embaucher de dosimétriste dans l'avenir.

Bien que ces 2 professions existent sur le terrain depuis l'ouverture du CFB, elles ne sont pas inscrites dans la liste des professions de santé réglementées. En France, par exemple, l'expert en physique médicale est inscrit dans la liste des professions de santé.

Cependant au Luxembourg, l'expert en physique médicale a désormais une existence légale puisqu'il est inscrit dans la nouvelle loi du 26 mars 2019 relative à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants et à la sécurité des sources de rayonnements ionisants contre les actes de malveillance. Cette loi définit les responsabilités de l'expert en physique médicale et une partie de ses attributions.
Par contre, le dosimétriste n'a pas d'existence légale. Cependant, étant donné que le CFB est le seul établissement à embaucher des dosimétristes et qu'il ne prévoit plus d'en embaucher dans l'avenir, il est proposé de conserver la situation telle quelle et de ne pas inscrire cette profession pour l'instant dans la liste des professions de santé réglementées. Si le CFB dans le cadre de son déménagement et de l'installation des nouvelles machines devait revenir sur sa décision, alors une inscription dans la liste des professions de santé réglementées serait à prévoir, sauf si cette profession devait être rattachée à la profession d'ATM de radiologie.

10.10. Agent thermal en hydrothérapie

Le Domaine Thermal de Mondorf est responsable de l'organisation des cures thermales au Luxembourg. Celles-ci se déroulent sur prescription médicale. Pour être prises en charge par la CNS, les cures doivent faire l'objet d'une autorisation préalable du Contrôle Médical de la Sécurité Sociale.
Sur base de la consultation initiale en pré-cure, le médecin agréé au Domaine Thermal prescrit les types de soins selon la cure thermale à suivre. Les soins peuvent comprendre une prise en charge diététique, un soutien psychologique, une prise en charge en kinésithérapie, une prise en charge par le thérapeute en activité physique adaptée mais aussi des bains thermaux et des soins thérapeutiques de modelage par application de Fango (poudre volcanique additionnée d'eau, chauffée).
L'étude a permis de montrer que les soins d'hydrothérapie et les soins thérapeutiques de modelage sont réalisés par des agents thermaux hydrothérapeutes. Il s'agit d'une intervention directe dans le processus de prise en charge du bénéficiaire.
Ces agents thermaux en hydrothérapie réalisent les prestations suivantes :

- information sur les soins thermaux qui vont être prodigués et sur les produits utilisés,
- aide à l'habillage et au déshabillage des curistes dépendants,
- réalisation des douches thérapeutiques avec de l'eau thermale : douches circulatoires pour les jambes, douches écossaises avec des jets puissants sur le corps,
- réalisation des bains thérapeutiques avec de l'eau thermale chauffée, additionnée si besoin de gaz carbonique,
- soins de modelage avec application de Fango,
- relation d'aide et de soutien aux curistes,
- gestion immédiate des malaises qui se produisent lors des soins.

Ces agents thermaux en hydrothérapie sont formés en France principalement. La formation dure 1 année. L'Université de Bordeaux a mis en place un DU d'hydrothérapie. Certains hydrothérapeutes, les plus anciens, ont été formés par leurs pairs.
Cependant, ces agents thermaux en hydrothérapie n'appartiennent pas à la liste des professions de santé alors que le Domaine Thermal de Mondorf fait partie intégrante de la loi du 8 mars 2018 sur les établissements hospitaliers.

10.11. Différents assistants

L'étude sur les professionnels de la santé a permis d'identifier un grand nombre d'assistants dans divers secteurs d'activité, qui interviennent directement ou indirectement dans la prise en charge des patients, mais n'ont aucune existence légale ou réglementaire.
Il a été retrouvé :

- des assistantes de médecins dentistes qui préparent les produits d'anesthésie, assurent la stérilisation du matériel, assistent à la réalisation des actes d'imagerie médicale,
- des assistants de médecins spécialistes en ophtalmologie qui réalisent des mesures de l'acuité visuelle avant la consultation chez le médecin, sans être obligatoirement diplômés d'orthoptie,
- des assistantes de médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique qui réalisent des séances d'information aux femmes enceintes sans avoir la obligatoirement la qualification d'infirmier ou de sage-femme, et réalisent même pour certaines des CTG,
- des assistants en pharmacie pour lesquels une formation de 3 ans existe au LTPS,
- des assistants pour la réalisation des autopsies au LNS, qui n'ont pas d'existence légale,
- des agents ou assistants de laboratoire qui interviennent dans la gestion du processus d'analyse médicale en réalisant l'enregistrement, le triage et l'orientation des tubes,
- des agents ou assistants de stérilisation qui assurent le nettoyage, la désinfection, la stérilisation de tout le matériel qui sera utilisé lors des actes techniques opératoires prestés aux patients.

Force est de constater, que l'absence de réglementation peut amener des dépassements de compétences, et ne donne pas la garantie au patient d'un accès à des prestations respectant les bonnes pratiques. Aucune exigence de formation n'est requise, à l'exception des assistants en pharmacie. Aucunes attributions ne sont réglementées pour ces assistants. Ces métiers n'existent pas dans la liste des professions de santé.
Le propos n'est pas ici de remettre en cause le bien fondé d'avoir une assistance dans l'exercice libéral de la médecine, ou une assistance en pharmacie ou en médecine légale, mais il est opportun de cadrer ces assistances pour garantir une qualité des prestations fournies et de veiller à ce qu'elles n'empiètent pas sur les professions de santé existantes (ex : les orthoptistes ou les sages-femmes).

10.12. Métiers du transport patient

Une autre problématique a été identifiée lors de l'étude. Il s'agit des métiers relevant du transport des patients :

- **brancardier ou agent de transport interne**: assurant le transport des patients en interne dans les institutions hospitalières. Ces professionnels interviennent dans le parcours de prise en charge des patients (ex : lors d'un malaise du patient en cours de transport, lors d'une chute…). Cependant, aucun cadre légal ou réglementaire définit les compétences requises, le niveau de formation requis pour l'exercice de la profession,
- **ambulanciers privés** : assurant le transport des patients entre les institutions ou vers l'hôpital ou de l'hôpital vers le domicile. Ces professionnels peuvent être amenés à gérer des situations de malaise du patient, des problèmes de mobilité, des problèmes d'infections, d'arrêt cardiaque imprévu, de détresse respiratoire imprévue … Cependant, aucun cadre légal ou réglementaire définit les compétences requises, la formation requise pour l'exercice du métier d'ambulancier.

10.13 Pompiers professionnels

Dans le cadre des soins de secours pré-hospitaliers dispensés par le CGDIS, plusieurs intervenants sont amenés à concourir à la prise en charge des blessés ou des malades :

- le médecin anesthésiste du SAMU,
- l'infirmier anesthésiste du SAMU,
- le pompier volontaire,
- le pompier professionnel,
- l'ambulancier.

Actuellement, le CGDIS dispose de deux niveaux de formation :

- **niveau 1** pour les pompiers volontaires et les ambulanciers : il s'agit de 40 h de formation assorties d'un examen, qui permet à ces acteurs de faire un bilan initial lors de l'arrivée sur site et de poser si besoin un défibrillateur automatique,
- **niveau 2** : pour les pompiers volontaires et les pompiers professionnels : il s'agit de 376 h de formation et d'un stage clinique de 80 h dans un bloc opératoire, un service de soins intensifs et un service d'urgence. A l'issue de la formation, le pompier est en mesure de réagir s'il est confronté à un problème vital, en attendant l'arrivée sur site de l'équipe médicale. Pour cela, il est formé pour mettre de l'oxygène, mettre un tube laryngé, prendre une tension artérielle, faire un électrocardiogramme à 12 dérivations, mettre en place un monitoring cardio-vasculaire.

Le CGDIS dispose de pompiers professionnels ayant été formés en Allemagne, qui ont reçu la formation pour poser une perfusion et pour intuber un patient en détresse respiratoire. Il s'agit ici de faire face à une situation d'urgence grave, et de mettre en place les compétences utiles pour donner les plus grandes chances à la personne blessée ou malade en attendant l'arrivée du SAMU avec le médecin et l'infirmier anesthésiste.
L'objectif du CGDIS est de mettre en place un niveau 3 de formation d'une valeur de 2.500 heures avec les stages de perfectionnement, pour tous les pompiers professionnels du pays. Ainsi chaque ambulance pourrait bénéficier d'un pompier professionnel 24h/24 formé en niveau 3, en sus des pompiers volontaires niveau 2 et niveau 1. Cela permettrait de garantir au patient l'attente de l'équipe médicale du SAMU dans un délai de 10 à 30 minutes sans perte de chance.
Ce niveau 3 de formation devrait permettre d'élargir les actes réalisables par un pompier professionnel en attendant l'arrivée du médecin SAMU tels que : installation d'une voie veineuse périphérique, injection d'adrénaline ou de cordarone, donner un traitement sublingual contre l'épilepsie, poser un glucosé en cas d'hypoglycémie, la mise en route d'un traitement en cas de crise d'asthme ou de BPCO, l'application des guidelines européennes en cas d'arrêt cardiaque, la mise en route d'un traitement intranasal en cas d'intoxication par opioïdes, aspirations bronchiques profondes, mise en place d'un garrot en cas d'hémorragie, pose d'une ceinture pelvienne chez les polytraumatisés du bassin, mise d'une sonde gastrique de décharge, mise en place d'une ventilation non invasive, réalisation d'une laryngoscopie avec pince de Magill en cas de corps étranger dans les voies aériennes supérieures, réalisation d'un accouchement dans un lieu public…
En présence du médecin, d'autres actes techniques devraient pouvoir être réalisés par le pompier professionnel : préparation d'une intubation, assistance par respirateur pour le transport du patient ventilé, assistance à la pose d'un drain thoracique, assistance à la décompression d'urgence d'un pneumothorax, assistance à la défibrillation manuelle, assistance à la pose d'un défibrillateur externe, assistance à la pose d'une voie veineuse centrale…

Il apparaît que les actes réalisés à ce jour par un pompier formé de niveau 2 touchent aux attributions réservées de professions de santé et pourraient donc être considérés comme illégaux.
Le niveau 3 prévu par le CGDIS exacerbe encore cette situation.
Cependant, ici, la problématique relève de la situation d'urgence, de l'assistance à une personne en danger. Il s'agit donc de donner les meilleures chances au bénéficiaire de l'intervention et de former adéquatement les pompiers professionnels pour la pratique de gestes d'urgence, tel que réalisé dans d'autres pays.

Résumé Partie 10 : Autres professions intervenant dans la prise en charge

L'état des lieux sur les professionnels de la santé a mis en évidence l'intervention de professions médicales réglementées, de professions de santé réglementées mais aussi **de divers autres intervenants** n'appartenant pas à la liste des professions de santé réglementées, pour la prise en charge des patients ou des bénéficiaires.
Pourtant, ces autres professions non réglementées interviennent directement ou indirectement dans le parcours diagnostique ou thérapeutique des patients ainsi que dans les prises en charge des bénéficiaires de l'assurance dépendance.
Les autres intervenants retrouvés dans l'étude sont les suivants :

- les psychologues cliniciens,
- les thérapeutes en activité physique adaptée,
- les thérapeutes à médiation artistique,
- les infirmiers en hygiène, prévention et contrôle des infections associées aux soins,
- les perfusionnistes,
- les macroscopistes,
- les scientifiques de laboratoire,
- les experts en physique médicale,
- les dosimétristes,
- les agents thermaux d'hydrothérapie,
- divers types d'assistants,
- les professions du transport de patient,
- les pompiers professionnels.

Ces professions interviennent chez l'enfant ainsi que chez l'adulte.
Leurs prestations peuvent être individuelles ou en groupe.
Elles sont, pour certaines, situées essentiellement dans le secteur hospitalier (perfusionnistes, macroscopistes, experts en physique médicale, dosimétristes). D'autres travaillent aussi bien dans le secteur hospitalier que dans celui de l'assurance dépendance (ex : psychologues cliniciens, thérapeutes à médiation artistique).
Ils exercent, pour nombre d'entre eux, dans le domaine curatif des soins de santé. Toutefois, il faut noter que leurs compétences pourraient être, pour certains, utilisées en prévention (ex : thérapeute en activité physique adaptée, thérapeute à médiation artistique, psychologue clinicien).
Pour certains de ces professionnels, leur absence mettrait en difficulté le déroulement du parcours de soins du patient (ex : perfusionniste, macroscopiste, expert en physique médicale) car ils ne sont pas remplaçables en raison des savoirs théoriques et techniques de leur profession.
Ces autres intervenants non réglementés, à l'exception des experts en physique médicale, ne sont pas inscrits dans la loi au Luxembourg. Ils ne disposent de ce fait d'aucunes attributions. Leur formation n'est pas réglementée ce qui ouvre la porte à des recrutements de personnes n'ayant pas obligatoirement les connaissances et compétences adaptées aux prestations qu'ils réalisent.
D'autre part, ce vide juridique est la porte d'entrée à la réalisation d'actes qui sont dédiés par les règlements à certaines professions de santé (ex : assistante de médecin prestant des actes pour lesquels elle n'a reçu aucune formation).
Ces acteurs professionnels sont formés à l'étranger en général, à l'exception des assistants de pharmacie qui sont formés au Luxembourg. Les diplômes obtenus peuvent aller de Bac+1 à Bac+7 selon le type de métier.
D'autres ne bénéficient d'aucune formation (ex :assistant réalisant des actes dans le cabinet libéral du médecin, agents de transport interne ou brancardier, ambulancier).

Généralement, ces professionnels sont peu nombreux dans les autres pays et donc aussi très peu nombreux au Luxembourg. Pourtant cela n'empêche pas les autres pays d'avoir inscrit ces professionnels dans leur législation à des niveaux différents selon le pays (liste des professions de santé, textes de normes, textes réglementaires appliqués aux établissements hospitaliers…), d'avoir défini des attributions professionnelles, d'avoir exiger des niveaux de formation pour l'exercice de la fonction, d'avoir mis en place des diplômes dans le cadre de cursus universitaires.
En disposant d'un cadre officiel, ces pays ont reconnu l'importance de ces fonctions pour le parcours des patients au sein du système de soins de santé.
Au Luxembourg, la situation est trop vague pour être laissée ainsi. Il est en effet de la responsabilité de l'autorité publique de veiller à ce que chaque profession intervenant auprès des patients ou des bénéficiaires, quelque soit le moment de l'intervention, dispose des compétences correspondant aux bonnes pratiques, ait un champ d'intervention clairement délimité, et soit autorisée à intervenir dans le système socio-sanitaire que si elle dispose du certificat ou du diplôme lié à la formation requise pour la fonction.
Cette orientation donnerait la garantie aux patients d'avoir tout au long de son parcours de soins ou au bénéficiaire dans le cadre de sa prise en charge, des professionnels formés, autorisés à exercer et répondant à des critères de bonne pratique professionnelle. Inscrire ces professions dans les professions de santé permettrait de confirmer l'orientation multi-professionnelle nécessaire à la qualité des prises en charge et de régler le problème de la transmission des informations entre professionnels, dans le respect du RGPD.
Bien entendu, tous ces intervenants complémentaires n'ont pas le même rôle et il y a lieu de réfléchir aux professions qui sont à inscrire dans la liste des professions de santé (psychologues cliniciens, thérapeutes à médiation artistique, thérapeutes en activité physique adaptée, experts en physique médicale, perfusionnistes, scientifiques de laboratoire, agent thermal en hydrothérapie, infirmier en hygiène, prévention et contrôle des infections associées aux soins) et ceux qui sont à réglementer par un autre biais (divers assistants, brancardier ou agent de transport interne, ambulancier privé). Cependant, même si ces derniers métiers sont réglementés en dehors de la liste des professions, leurs attributions doivent être clairement établies et la formation nécessaire à l'exercice professionnel très clairement définie.

Il reste à trancher une approche pour répondre à la problématique des pompiers professionnels qui devraient par leurs compétences avancées obtenues après une formation sérieuse d'au moins 2.500 heures et une maintenance des compétences régulière, leur permettre de pratiquer certains actes techniques d'urgence en dehors de la présence du médecin ainsi qu'en présence de l'équipe médicale du SAMU. Ces actes sont dédiés à ce jour aux infirmiers en soins généraux et aux infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation. Cependant, permettre aux pompiers professionnels formés de les pratiquer pourrait, dans certains cas, donner aux patients concernés les meilleures chances de survie.

Recommandations générales:

- Inscrire dans la liste des professions de santé les professions suivantes : psychologue clinicien, thérapeute en activité physique adaptée, thérapeute à médiation artistique, infirmier en hygiène, prévention et contrôle des infections associées aux soins, perfusionnistes, experts en physique médicale, macroscopistes, scientifiques de laboratoire, agent thermal d'hydrothérapie.
- Définir les attributions de chacune de ces nouvelles professions de santé.
- Définir les diplômes requis pour être autorisé à exercer la profession.
- Définir si besoin les obligations de validation régulière des compétences.

- Donner un cadre légal ou réglementaire aux fonctions d'assistants (assistant de pharmacie, de médecine légale, dentaire, vétérinaire, en cabinet libéral de médecin spécialiste), définir leur champ possible d'exercice professionnel en le délimitant par rapport aux actes techniques dédiés à d'autres professions de santé, définir la formation requise pour être autorisé à exercer le métier.
- Donner un cadre légal ou réglementaire aux compétences nécessaires pour l'exercice de la fonction d'agent de transport interne ou brancardier, et d'ambulancier privé. Définir le contenu de la formation à suivre et sa durée, pour pouvoir exercer la fonction.
- Prendre une décision politique au niveau des Ministres de la santé et de l'intérieur concernant la solution à choisir pour les pompiers professionnels, à savoir les intégrer comme profession de santé ou leur donner une dérogation à la pratique d'actes dédiés à certaines professions d'infirmier, d'infirmier en anesthésie-réanimation ou de sage-femme (accouchement sur la voie publique), dans le contexte très spécifique des interventions du CGDIS.

Recommandations pour le psychologue clinicien :

- Inscrire la profession de psychologue clinicien dans la liste des professions de santé.
- Définir les diplômes pouvant permettre l'homologation du titre de psychologue clinicien pour l'autorisation d'exercer au Luxembourg.
- Revoir l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers afin d'inscrire le soutien psychologique dans tous les services où les patients peuvent le nécessiter.
- Etablir des normes conventionnelles entre la FHL et la CNS relatives au soutien psychologique, à défaut d'avoir des normes minimales inscrites dans la loi.
- Mettre en place une nomenclature des actes et services des psychologues avec la CNS pour l'exercice libéral.
- Disposer d'un code de déontologie professionnelle applicable à la profession de psychologue clinicien.

Recommandations pour le thérapeute en activité physique adaptée :

- Inscrire la profession de Thérapeute en activité physique adaptée dans la liste des professions de santé, même si leur nombre est restreint au Luxembourg.
- Définir les attributions de ce professionnel tant dans la prévention des facteurs de risque que dans la réadaptation des patients.
- Définir le diplôme nécessaire pour l'obtention de l'autorisation d'exercer.

Recommandations pour le thérapeute à médiation artistique:

- Introduire les thérapeutes à médiation artistique dans la liste des professions de santé, avec spécialisation en musicothérapie, en danse-thérapie, en art-thérapie,…
- Définir leurs attributions professionnelles.
- Demander le niveau Master (Bac+5) pour l'exercice de la profession.
- Enregistrer ces professionnels dans le registre des professions de santé.
- Etudier l'intérêt ou non de développer une nomenclature avec la CNS dans le cadre de la prise en charge ambulatoire des personnes présentant certains troubles de santé mentale.
- Inclure cette profession dans les actions de prévention en santé mentale.
- Etablir une norme conventionnelle entre la FHL et la CNS pour les services hospitaliers qui recourent à ce type de professionnels.

Recommandations pour l'infirmier en hygiène prévention et contrôle des infections associées aux soins :

- Inscrire cette profession dans la liste des professions de santé en raison de son rôle clé dans la prévention des IN au Luxembourg.
- Choisir un titre de profession assez large pour s'appliquer à tous les secteurs d'activité, tel que « Infirmier en Hygiène, Prévention et Contrôle des Infections associées aux soins ».
- Définir les formations pouvant être acceptées pour être autorisé à exercer cette fonction. Les formations belges et allemandes sont les plus complètes et devraient servir de référence pour l'avenir, même si une période de transition pourrait être acceptée pour les personnes disposant de la formation française beaucoup moins complète.
- Définir clairement les attributions de cette profession en définissant son rôle propre, c'est à dire les décisions qu'il peut prendre de sa propre initiative en raison de ses connaissances et de ses compétences acquises par la formation.
- Ne pas autoriser l'utilisation d'un titre et une affectation sur un poste sans que le niveau de formation requis soit obtenu.
- Elargir le champ d'activité des Infirmiers en Hygiène, Prévention et Contrôle des Infections associées aux soins, aux structures relevant de l'assurance dépendance et adapter les normes de ce secteur en ce sens.
- Réfléchir avec l'Université de Luxembourg sur la possibilité d'organiser une formation au Luxembourg en partenariat avec une université belge ou allemande, tous les 5 ou 10 ans afin de former les futurs professionnels avec les mêmes référentiels et garantir ainsi une uniformité d'approche professionnelle. Cela offrirait en plus l'opportunité d'avoir certains cours avec les médecins en voie de spécialisation de médecine générale sur ce sujet.
- Disposer au sein de la Direction de la santé d'un infirmier en hygiène, prévention et contrôle des infections associées aux soins pour optimiser l'activité au sein du GNGPIN.

Recommandations pour le perfusionniste:

- Même si cette profession ne concerne que peu de personnes, il y a lieu de l'inscrire au sein de la liste des professions de santé, en raison de son action directe dans la prise en charge des patients à haut risque en chirurgie cardiaque.
- Etablir par règlement grand-ducal les attributions du perfusionniste en se basant sur les référentiels de compétences élaborés à l'étranger (ex : France) en concertation avec l'European Board of Cardiovascular Perfusion.
- Maintenir l'exigence de formation Bac+5 à savoir, Bac+3 d'infirmier et 2 ans de formation complémentaire, avec accréditation de la formation par l'European Board of Cardiovascular Perfusion.
- Reconnaître ces professionnels à un niveau Master.
- Reconnaître et valoriser les contraintes professionnelles de ce métier (fréquence mensuelle des astreintes, gardes sur place en cas d'ECMO).
- Développer pour cette profession un dispositif de promotion professionnelle contractuelle afin de pouvoir garantir, absolument, le renouvellement des générations (3 perfusionnistes ont plus de 50 ans à la date du présent rapport).

Recommandations pour le macroscopiste:

- Définir pour les domaines d'activités spécifiques du LNS, les types de professionnels et de qualifications pour mener à bien les missions qui lui sont confiées.

- Accepter qu'il existe une profession de base de technologue de laboratoire (Bac +3) qui est polyvalente et qui peut se spécialiser dans divers domaines d'analyses de laboratoire, mais ne répond pas aux besoins du centre de diagnostic en anatomo-pathologie.
- Reconnaître des besoins de compétences spécifiques à certains domaines d'activité du LNS tels que la qualification de macroscopistes, qui ne sont pas répondus par les professions de laborantins ou d'ATM de laboratoire.
- Soit mettre en place dans la loi un dispositif permettant au Ministre de la santé de reconnaître des qualifications professionnelles spécifiques (ex : macroscopiste) en limitant le champ d'exercice professionnel (ex : département d'anatomopathologie du LNS), soit inscrire les macroscopistes comme nouvelle profession dans la liste des professions de santé réglementées.
- Définir les attributions des macroscopistes et leur champ d'autonomie et de responsabilités.
- Définir la formation requise (Bac +5) pour obtenir l'autorisation d'exercer en tant que macroscopiste et reconnaître cette profession au niveau Master.

Recommandations pour les scientifiques de laboratoire:

- Faire le point sur le nombre de scientifiques PhD dans les différents laboratoires au Luxembourg.
- Reconnaître cette fonction de scientifique de laboratoire et lui donner un statut véritable entre les biologistes et les équipes de technologues de laboratoire, ce qui pourrait avoir un intérêt en cas de pénurie de biologistes.
- Etudier la possibilité d'introduire la validation des résultats dans leur fonction en cas de pénurie de biologistes.

Recommandations pour les experts en physique médicale et dosimétristes:

- Bien que la profession d'expert en physique médicale ne concerne qu'un nombre limité de personnes au Luxembourg, et en raison du fait que leur rôle est essentiel dans le parcours thérapeutique des patients, inscrire l'expert en physique médicale dans la liste des professions de santé réglementées.
- Attendre le déménagement du CFB afin de faire le point sur le besoin dans l'avenir, de dosimétristes. Décider à ce moment si cette profession doit être intégrée à la profession d'ATM de radiologie ou si elle constitue une profession à part entière.
- Reconnaître la fonction d'ATM de radiothérapie comme une pratique avancée de l'ATM de radiologie.

Recommandations pour les agents thermaux en hydrothérapie:

- Inscrire les agents thermaux en hydrothérapie ou hydrothérapeutes dans la liste des professions de santé ou dans un règlement de normes.
- Définir leurs attributions spécifiques.
- Définir le diplôme nécessaire pour être autorisé à exercer la profession d'hydrothérapeute.

Recommandations pour les divers assistants :

- Donner un cadre légal ou réglementaire à tous les métiers d'assistance.
- Définir les attributions des assistants dans chacun des domaines.
- Veiller à ce que les attributions des assistants ne relèvent pas des attributions réservées à d'autres professions de santé.
- Définir la formation requise pour l'exercice de chacune des fonctions d'assistant.
- Organiser les formations au Luxembourg.
- Rendre obligatoire l'enregistrement des assistants même dans le secteur libéral dans un registre.

Recommandations pour les métiers du transport de patients:

- Définir les attributions d'un agent de transport interne (ou brancardier) et d'un ambulancier privé.
- Déterminer une formation de base requise pour l'exercice du métier d'agent de transport interne (ou brancardier) et d'ambulancier. Cette formation pourrait être la même pour ces deux types de professionnels.
- Rendre obligatoire cette formation pour l'exercice du métier d'agent de transport interne ou d'ambulancier privé.
- Réaliser au Luxembourg cette formation.

Recommandations pour les pompiers professionnels:

Il y a donc lieu de réfléchir aux solutions possibles pour atteindre l'objectif fixé :

- **Solution 1** : intégrer les pompiers professionnels dans la liste des professions de santé et délimiter leurs attributions aux seules situations d'urgence dans le cadre du CGDIS. Définir la formation requise pour l'exercice de ces attributions et pour leur maintenance.
- **Solution 2** : demander au Ministre de la santé d'accorder aux pompiers professionnels la possibilité de prester certains actes, dédiés actuellement à certaines professions de santé, dans le cadre essentiellement de leurs interventions au sein du CGDIS , sous réserve de la réussite à l'examen consécutif à la formation dispensée et sous réserve de la maintenance des acquis. Dans cette solution les pompiers professionnels ne sont pas intégrés dans la liste des professions de santé. Il s'agit juste d'une dérogation donnée par le Ministre de la santé.
- Le choix d'une des deux solutions demande que les ministres de la santé et de l'intérieur s'accordent préalablement sur la stratégie à choisir.
- **Solution 3** : ne pas former de pompiers professionnels mais les remplacer par des infirmiers en anesthésie réanimation ou des infirmiers formés aux gestes d'urgence (ex : Infirmiers SIAMU en Belgique) qui disposent de la formation et des compétences pour ces actes techniques. Cependant cette solution n'est pas fonctionnelle **dans l'immédiat** car elle engendrerait un besoin accru d'infirmiers en anesthésie-réanimation pour le CGDIS ou le recrutement à l'étranger d'infirmier SIAMU ou la mise en place d'une formation d'infirmiers SIAMU au Luxembourg. Il existerait dans cette solution 3 le risque de fuite des infirmiers anesthésistes de l'hôpital vers le CGDIS. **Cette solution n'est donc pas à retenir.** Elle est juste citée car elle pourrait être envisagée par les acteurs qui s'opposeraient à une dérogation à donner aux pompiers professionnels pour avoir le droit de prester des actes réservés à des professions de santé.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 11
Focus sur la formation des professions de santé

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Sommaire

Partie 11 : Focus sur la formation des professions de santé	**Page**
11.1 Préambule	5
11.2 Caractéristiques des enseignants du LTPS	6
11.3 Etudiants au LTPS	9
11.4 Diplômés au LTPS	10
11.5 Locaux et moyens pour les formations	12
11.6 Complexité de la gouvernance	13
11.7 Age d'accès aux formations pour professions de santé	13
11.8 Besoin accru en compétences chez l'infirmier	14
11.9 Avoir une formation servant le système de santé	15
11.10 Coût d'une formation des infirmiers Bac+3	16
11.11 Organisation d'une formation des infirmiers Bac+3	17
11.12 Capacités des jeunes luxembourgeois à suivre une formation académique	17
11.13 Ouverture pour les étudiants de la formation Sciences de la santé	18
11.14 Un seul niveau de formation de l'infirmier	18
11.15 Donner une ouverture aux infirmiers issus du système luxembourgeois	19
11.16 Rendre possible l'accès aux fonctions d'enseignant-fonctionnaire	20
11.17 Formation des aides-soignants	20
11.18 Donner des perspectives à la profession d'aide-soignant	21
11.19 Formation de l'ATM de radiologie	21
11.20 Formation de l'ATM de laboratoire	22
11.21 Formation d'infirmier en pédiatrie	22
11.22 Formation de l'infirmier psychiatrique	23
11.23 Formation de l'infirmier en anesthésie réanimation	23
11.24 Formation de l'ATM de chirurgie	23
11.25 Formation des kinésithérapeutes à la LUNEX University	24
11.26 Implication des terrains dans la formation des étudiants	25
Résumé Partie 11 Focus sur la formation des professions de santé	27

Glossaire

Acronyme	Définition
ATM	Assistant Technique Médical
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
COPAS	Confédération des Prestataires d'Aides et de Soins
DU	Diplôme Universitaire
ETP	Equivalent Temps Plein
FEDAS	Fédération des Acteurs de l'Action Sociale
LTPS	Lycée Technique pour Profession de Santé
MENEJ	Ministère de l'Education Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
MESR	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
MINSAN	Ministère de la Santé

11. 1 Préambule

Cette partie du rapport est consacrée à la formation des professions de santé réglementées, organisée au Luxembourg.
Sur les 24 professions de santé réglementées seulement 10 font l'objet d'une formation au Luxembourg, réalisée par 3 acteurs différents. Il s'agit des professions suivantes :

Formation	Institution de formation
Aide-soignant	Lycée Technique pour Professions de Santé
ATM de chirurgie	Lycée Technique pour Professions de Santé
ATM de radiologie	Lycée Technique pour Professions de Santé
Infirmier en soins généraux	Lycée Technique pour Professions de Santé
Infirmier en anesthésie-réanimation	Lycée Technique pour Professions de Santé
Infirmier en pédiatrie	Lycée Technique pour Professions de Santé
Infirmier psychiatrique	Lycée Technique pour Professions de Santé
Sage-Femme	Lycée Technique pour Professions de Santé
Assistant social	Université du Luxembourg
Kinésithérapeute	LUNEX University

Tab.11.1 : Liste des formations de professions de santé réglementées organisées sur le territoire luxembourgeois en 2019

En sus, une formation d'assistant en pharmacie est réalisée au sein du LTPS.

Dans les professions non réglementées intervenant dans les processus de prise en charge des patients, la formation des psychologues au niveau Bachelor est organisée à l'Université du Luxembourg.

Cette partie n'a pas pour objectif de décrire les cursus de chacune de ces formations, car ils sont disponibles sur les sites Internet de chaque institution formatrice. Mais elle vise à présenter ci-après les grands éléments mis en évidence au cours de l'étude, dont il serait judicieux de tenir compte pour améliorer la capacité du Luxembourg à produire ses propres ressources en professions de santé et à diminuer sa dépendance au recrutement étranger, tel que le recommande l'OMS dans la stratégie pour 2030.

11.2 Caractéristiques des enseignants au LTPS

Le **nombre d'enseignants** au LTPS pour l'année académique 2018-2019, pour toutes les sections de formation, toutes les années de formation et toutes les classes, était le suivant :

Type d'enseignants au LTPS en 2018-2019	Nombre
Nombre de personnes enseignants non médecins	136
Nombre de personnes enseignants médecins	3
Total de personnes enseignants	139
Nombre d'ETP enseignants non médecins	116
Nombre d'ETP enseignants médecins	3
Nombre total d'ETP enseignants	119
Nombre de personnes vacataires	130

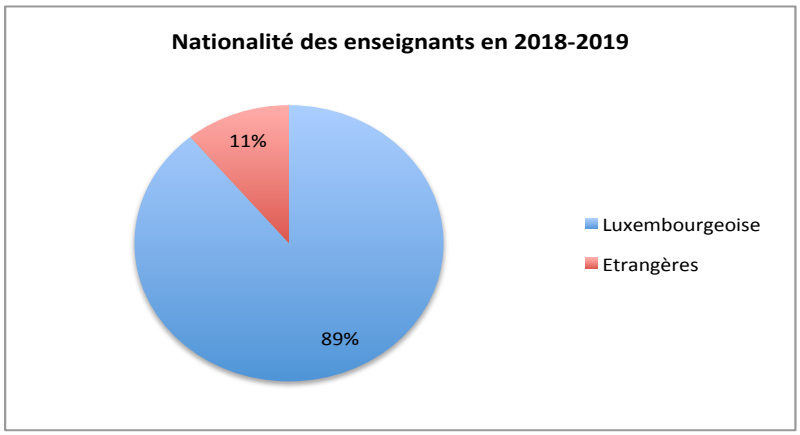
Source : LTPS

Tab.11.2 : Nombre d'enseignants au LTPS pour l'année académique 2018-2019

Un certain pourcentage d'enseignants travaille à temps partiel puisque le ratio ETP/personnes est de 0,86.

Le **ratio global nombre d'étudiants par enseignant** est de 1 enseignant pour environ 11 étudiants au sein du LTPS. Cependant ce ratio varie selon les sections. Il est moins tendu dans certaines professions spécialisées que dans les formations d'infirmiers de soins généraux et d'aides soignants.

La **répartition des nationalités** est la suivante : 89 % des enseignants sont de nationalité luxembourgeoise.



Source : LTPS

Fig. 11.1 : Répartition des nationalités des enseignants dans l'année académique 2018-2019

Pour ce qui concerne les **qualifications des enseignants** dans l'année 2018-2019:

- aucun enseignant n'a un doctorat en soins infirmiers ou en sciences de l'éducation,
- 3 enseignants ont un doctorat de pharmacie, de psychologie, d'ingénierie biomédicale,
- 30 enseignants ont un master dans le domaine de la santé,
- 32 enseignants ont un autre type de master,
- 56 enseignants ont un bachelor dans le domaine de la santé (infirmiers gradués),
- 5 enseignants ont un autre type de bachelor.

Les professions de santé sont représentées comme suit dans le corps enseignant du LTPS en 2018-2019 :

Professions de santé	Nombre	ETP
Infirmier gradué	56	51,52
Infirmier		19,25
Infirmier en pédiatrie	2	1,5
Infirmier psychiatrique	4	2,75
ATM de chirurgie	2	1,5
Infirmier anesthésie et réanimation	2	2
ATM de radiologie	1	1
Sage Femme	4	3,5

Source : LTPS
Tab.11.3 : Répartition des enseignants par profession de santé au LTPS en 2018-2019

Dans certaines formations comme celle des ATM de radiologie, il n'y a qu'un seul enseignant, ce qui constitue un risque pour la pérennité de la formation en cas de maladie ou d'accident de l'enseignant.

La **répartition des heures de formation entre les médecins vacataires et les intervenants externes** est la suivante en 2018-2019, par formation :

Type de formation	Heures Med vacataire	Nbre médecins vacataires	Heures Intervenants externes	Nbre Intervenants externes
Infirmiers	55	1	686	15
Infirmier en pédiatrie	351	19	499	26
Infirmier psychiatrique	130	4	160	5
Inf. anesthésie-réanimat.	408	17	896	28
ATM chirurgie	240	16	0	0
ATM radiologie	456	18	601	25
Sage-Femme	0	0	425	18

Source : LTPS
Tab.11.4 : Répartition des heures de formation par médecin vacataire et intervenants externes par profession dans l'année 2018-2019

C'est dans la formation des infirmiers en anesthésie-réanimation que le nombre d'heures de médecins vacataires et d'intervenants externes est le plus important : 1.304 heures.
Dans la formation des infirmiers psychiatriques, le volume d'heures par des médecins vacataires est peu élevé.
Dans la formation de sage-femme, aucun médecin vacataire n'intervient.

Heures supplémentaires des enseignants

Il a été signalé dans le cadre de l'étude un nombre important d'heures supplémentaires chez les enseignants mais les données n'ont pas été mises à disposition.
Il est donc impossible d'en faire un élément objectif du rapport.

Mise à jour des compétences des enseignants

Les enseignants devraient chaque année avoir une mise à niveau de leurs connaissances et compétences afin d'être en totale adéquation avec l'évolution du milieu professionnel : nouvelles connaissances sur les pathologies, nouvelles options thérapeutiques, nouveaux médicaments et leurs effets indésirables, nouveaux examens diagnostiques, résultats de recherche internationaux en médecine, en sciences

infirmières et en sciences psycho-sociales, nouveaux équipements dans les divers secteurs.
Dans les conditions actuelles, ce recyclage annuel ne peut pas être réalisé par les enseignants, faute de temps disponible. Cet état de fait induit des connaissances parfois anciennes chez les enseignants se présentant en stage, qui n'ont pas pu être actualisées.

Les **départs prévisibles en retraite des enseignants** du LTPS sur les 15 prochaines années sont de 44 enseignants répartis comme suit :

Année du départ	Nombre d'enseignants
2019-65 ans et +	0
2020-64 ans	0
2021-63 ans	2
2022-62 ans	0
2023-61 ans	2
2024-60 ans	4
2025-59 ans	6
2026-58 ans	2
2027-57 ans	3
2028-56 ans	7
2029-55 ans	6
2030-54 ans	4
2031-53 ans	2
2032-52 ans	3
2033-51 ans	2
2034- 50 ans	1
Total	44

Source : LTPS
Tab.11.5 : Départs prévisibles en pension des enseignants du LTPS par année de 2019 à 2034

11.3 Etudiants au LTPS

Le tableau ci-après récapitule **le nombre d'admissions** de tous les étudiants au LTPS depuis 1997-1998 :

FORMATIONS OFFERTES AU LTPS	Centre	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19
Infirmier 2GSI	Luxembourg	101	117	91	93	68	57	51	52	82	102	135	132	103	113	124	133	136	164	174	154	140	61
	Baschrage	52	54	49	38	32	21	19	28	23	29	48	54	37	41	40	38	46	60	76	51	50	23
	Ettelbruck	46	60	53	49	36	41	35	51	53	43	45	55	46	57	51	54	63	56	59	56	46	40
	Total	**199**	**231**	**193**	**180**	**136**	**119**	**105**	**131**	**158**	**174**	**228**	**241**	**186**	**211**	**215**	**225**	**245**	**280**	**309**	**261**	**236**	**124**
Sciences de la santé 2GSH	Luxembourg																						53
	Baschrage																						0
	Ettelbruck																						0
	Total																					**0**	**53**
Aide-soignant	Luxembourg	21	27	47	41	21	42	45	72	65	56	53	52	60	49	42	55	57	74	60	56	65	47
	Baschrage	/	/	17	22	21	18	21	26	27	22	18	19	11	16	20	21	32	50	38	36	27	26
	Ettelbruck	22	25	21	16	19	22	19	45	25	23	26	27	8	20	18	29	43	52	41	43	28	22
	Total	**43**	**52**	**85**	**79**	**61**	**82**	**85**	**143**	**117**	**101**	**97**	**98**	**79**	**85**	**80**	**105**	**132**	**176**	**139**	**135**	**120**	**95**
1e sciences de la santé																**51**	**39**	**57**	**57**	**58**	**58**	**46**	**45**
Assistant en pharmacie	Luxembourg										20	10	11	9	9	10	12	12	10	12	13	10	10
ATM de laboratoire	Luxembourg	15	20	21	13	19	18	20	20	15	19	20	20	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ATM de radiologie/	Luxembourg	12	11	13	18	9	9	8	13	7	18	18	13	11	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier en anesthésie et réanimation/BS	Baschrage	15	19	12	21	20	19	16	16	18	17	12	8	13	27	32	18	8	16	20	15	16	20
Radiologie/ BSR	Luxembourg	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	12	13	6	0	6	12
ATM de Chirurgie/ BSC	Luxembourg	/	9	/	11	/	8	/	16	/	/	10	6	4	4	12	5	4	4	8	6	8	11
Sage-femme/ BSF	Luxembourg	/	10	/	10	/	11	/	11	/	6	/	10	8	9	13	18	11	18	11	12	10	20
Infirmier en pédiatrie/ BSP	Luxembourg	12	7	8	10	14	9	10	8	6	10	11	10	10	7	15	14	/	5	5	9	8	8
Infirmier en psychiatrie/ BSY	Luxembourg	13	11	11	9	13	5	13	/	17	8	7	9	7	14	21	15	5	0	9	7	9	2
Infirmier en soins généraux/ BSI	Luxembourg	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		43	33	43	43	47	59
	Baschrage	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		15	12	15	14	30	16
	Ettelbruck	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		26	24	26	21	31	25
Spécialisations	**Total**	**40**	**56**	**31**	**61**	**47**	**52**	**39**	**51**	**41**	**41**	**40**	**43**	**42**	**61**	**93**	**70**	**124**	**125**	**143**	**127**	**165**	**173**
	Total	**309**	**370**	**343**	**351**	**272**	**280**	**257**	**358**	**338**	**353**	**403**	**415**	**337**	**367**	**388**	**400**	**501**	**581**	**591**	**523**	**521**	**445**

Source : LTPS

Tab.11.5: Evolution du nombre d'admissions des étudiants au LTPS entre 1997-1998 et 2018-2019

Il peut être constaté que le nombre d'étudiants admis pour des études d'infirmiers (2GSI) se formant au Luxembourg à la rentrée 2018-2019, était de 124 étudiants soit un des chiffres les plus bas depuis de nombreuses années.
Le nombre d'étudiants admis en section 2GSH est de 53 étudiants. Cependant, il n'existe aucune certitude que ces étudiants se dirigeront après leur bac dans une formation d'infirmier à l'étranger.
Chez les aides-soignants, le nombre d'inscription a aussi baissé en 2018-2019 pour atteindre le nombre de 95 étudiants.

L'évolution **du nombre d'élèves au LTPS** a été le suivant :

Section	94/95	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19
Aide-soignant	47	18	28	43	52	95	134	171	186	249	331	354	360	338	331	306	319	330	349	384	524	571	606	519	514
Assistant en pharmacie													20	34	40	38	36	34	33	37	21	33	31	29	30
Infirmier	268	315	358	444	476	494	499	403	359	282	286	307	350	427	477	526	512	502	492	548	551	609	641	633	500
Sciences de la Santé																		51	39	59	54	55	58	46	95
ATM de laboratoire	18	10	6	17	27	40	43	48	47	47	39	39	40	40	44	49	21	11						0	
ATM de radiologie	9	6	21	23	27	24	20	26	23	23	23	18	28	33	35	38	34	16	5	14	9	6		0	
ATM de chirurgie (SC)	17	12	11	10	9	6	11	10	8	8	16	16	0	10	12	8	7	10	11	6	8	12	14	14	10
infirmier en pédiatrie (SP)	13		10	12	7	8	10	14	9	10	8	6	10	11	18	20	13	15	24	8	4	9	15	17	16
infirmier en psychiatrie (SY)				13	11	11	9	13	5	13		18	8	7	14	16	24	21	24	17	3	11	15	16	7
sage-femme (SF)			6	5	20	9	10	9	11	10	11	6	6	5	10	14	15	13	22	22	23	23	24	22	27
infirmier en anesthésie et réanimation (SAR)			24	24	34	26	30	39	38	33	31	30	31	27	14	21	23	30	34	17	17	26	31	31	27
ATM de radiologie (BSR)																				12	19	24	9	9	11
VAE Spécialisations (VAE)																	24	4	0	3	7	7	2	1	5
Total	**372**	**361**	**464**	**591**	**663**	**713**	**766**	**733**	**686**	**675**	**745**	**794**	**853**	**932**	**995**	**1036**	**1028**	**1037**	**1033**	**1127**	**1240**	**1386**	**1446**	**1337**	**1242**

Source: LTPS

Tab.: 11.6 Evolution du nombre d'étudiants au LTPS entre 1994-1995 et 2018-2019

Le nombre d'étudiants à gérer par le LTPS est en constante croissance depuis 1994-1995.
Après avoir connu une hausse très importante allant jusqu'à 1.446 étudiants en 2016-2017, le nombre est revenu à 1.242 en 2018-2019.
La diminution principale porte sur les aides-soignants et les infirmiers. Seuls les étudiants sage-femme sont en croissance régulière.

11.4 Diplômés au LTPS

Le **nombre de diplômés par année** par profession était le suivant entre 1996 et 2018:

Année	Inf	AS	ATM Rx	ATM Labo	Assist Phar	Inf AR	ATM Chir	SF	inf Ped	Inf Psy	Total
1996	48	17	0	3	0	18	9	0	0	0	95
1997	79	20	5	4	0	14	0	0	8	0	130
1998	120	15	0	0	0	8	10	5	8	12	178
1999	71	22	10	0	0	15	0	0	6	4	128
2000	110	18	6	7	0	12	5	8	4	7	177
2001	143	16	3	8	0	8	0	0	6	6	190
2002	100	51	7	7	0	17	10	9	11	6	218
2003	99	44	7	12	0	18	0	0	6	4	190
2004	64	50	7	14	0	17	7	8	9	7	183
2005	70	89	4	9	0	15	0	0	5	0	192
2006	59	61	4	6	0	13	14	6	4	13	180
2007	61	104	6	10	0	13	0	0	6	8	208
2008	71	99	4	8	5	10	0	4	0	0	201
2009	70	106	5	7	15	7	6	0	8	4	228
2010	81	81	9	12	11	7	3	4	7	6	221
2011	100	97	6	7	14	17	6	4	3	10	264
2012	110	116	8	9	12	10	1	4	3	7	280
2013	36	104	3	0	7	13	4	2	6	6	181
2014	48	85	1	0	13	8	3	0	6	10	174
2015	73	119	0	0	10	4	4	4	2	4	220
2016	44	151	7	0	12	7	3	2	3	0	229
2017	62	186	3	0	7	13	7	3	5	8	294
2018	28	181	2	0	8	11	7	3	6	7	253
Total	1747	1832	107	123	114	275	99	66	122	129	4614

Source: LTPS

Tab.11.7: Evolution du nombre de diplômés par année par profession entre 1996 et 2018

Inscription 2GSI		Diplômés 1GSI		Inscription BSI			Diplômés BSI
2011-12	215	**2014**	80	**2013-14**	84	**2015(+fév2016)**	90
2012-13	225	**2015**	80	**2014-15**	69	**2016(+fév2017)**	64
2013-14	245	**2016**	88	**2015-16**	79	**2017(+fév2018)**	69
2014-15	280	**2017**	121	**2016-17**	78	**2018(+fév2019)**	59
2015-16	309	**2018**	106	**2017-18**	108	**2019**	
2016-17	261			**2018-19**	100		
2017-18	236						
2018-19	124						

Source: LTPS

Note: Autour de 55 élèves ont choisi dès le départ la nouvelle section 2GSI (Sciences de la santé), les années auparavant ce nombre aurait été compté dans les inscriptions GSI.

Tab.11.8: Evolution du nombre de diplômés infirmiers par année entre 2015 et 2018

Il existe un fort taux de déperdition d'étudiants au cours du cursus de formation infirmier. L'OMS dans sa stratégie pour 2030 demande aux pays d'agir pour diminuer ce taux.
La mise en place d'un tutorat positif par les enseignants avec valorisation de l'étudiant et de ses progrès et si besoin par un tuteur professionnel doit être envisagé.

11.5 Locaux et moyens pour les formations

Le LTPS dispose de 3 sites pour organiser les formations : Luxembourg, Esch et Ettelbruck. Le site de Luxembourg est dispersé sur 2 bâtiments.
Actuellement, le LTPS ne dispose pas de locaux en volume ($m^{2)}$ suffisants pour ouvrir de nouvelles classes.
Le LTPS loue des locaux au CHL jusqu'en 2024. Le bail sera ensuite révoqué.
Un projet de nouveaux locaux a été fait pour le site de Luxembourg en 2006 mais n'a pas abouti.
Pendant cette même période nombre de lycées ont été construits au Luxembourg (Mondorf, Mamer, Clervaux, Wiltz, Redange, lycées internationaux…). Mais peu d'investissements ont été faits pour le LTPS, ce qui pourrait être interprété comme un manque d'intérêt porté à la formation des professions de santé.
L'étude amène à conclure à la nécessité d'augmenter le nombre d'étudiants à former au Luxembourg dans les années à venir pour répondre aux besoins du système des soins de santé. Il sera donc nécessaire que l'Etat recherche des locaux pour héberger les étudiants. Ceci ne devrait pas être un problème, puisqu'il est possible lors de grands travaux d'héberger temporairement des administrations ou des services hospitaliers dans des bâtiments caissons (ex : CHL pédiatrie, CHEM service de dialyse).

D'autre part, des locaux devraient être disponibles pour réaliser de la formation continue pour les professions de santé, comme c'est le cas à l'étranger afin qu'un dialogue permanent soit noué entre les terrains et les structures de formation des professions de santé.
D'autre part le LTPS devrait avoir un rôle dans les remises à niveau des professionnels ayant interrompu leur carrière et désirant revenir dans le milieu professionnel. Cela nécessite aussi des locaux.

Le LTPS est sous–équipé en personnel support, ce qui amène les enseignants à gérer toutes les activités connexes aux enseignements : pas de documentaliste, pas de gestionnaire des salles de laboratoire, 1 informaticien pour 1.242 étudiants et 139 enseignants, 1 appariteur pour 1.242 étudiants…
Cette implication des enseignants dans l'organisation technique diminue les temps propres à l'enseignement.

En conclusion :
Le LTPS ne dispose pas de moyens en locaux pour accueillir un nombre d'étudiants plus important. Il apparaît comme le « parent pauvre » du système d'éducation professionnelle puisqu'aucun projet de locaux n'est réellement sur la table à la date du présent rapport. Il faut s'interroger au niveau de l'autorité publique sur ce désintérêt général et sur le message qu'il véhicule envers les professions de santé, peu favorable pour recruter des étudiants.

11.6 Complexité de la gouvernance

Le système choisi pour la formation de la profession d'infirmier, avec 4 années d'étude réparties en 2 années pour l'obtention du Bac général puis 2 années pour l'obtention du diplôme d'infirmier, induit que le cursus de 4 années dépend de deux ministères différents :

- Ministère de l'Education nationale, de l'enfance et de la jeunesse, pour les 2 premières années
- Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, pour les 2 dernières années.

De plus, le Ministère de la santé a un rôle à exercer afin que les formations répondent aux attentes du système de soins de santé.
Cette concertation entre ces 3 ministères n'est pas véritablement effective, ce qui nuit aux prises de décision.
Le LTPS a divers interlocuteurs qui se concertent peu. Il reste seul avec ses problématiques.

En conclusion :
Le modèle de formation choisi induit une gouvernance à multiples acteurs, ce qui en soit n'est pas un problème. Mais l'absence de concertation effective induit un manque d'implication réelle dans la recherche de solutions, ce qui nuit au bon déroulement des activités de formation. Le LTPS est isolé alors qu'il est responsable de former les futurs professionnels du secteur de la santé.

11.7 Age d'accès aux formations pour professions de santé

Lorsque les formations de professions de santé se déroulent à l'étranger, que ce soit pour ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste, rééducateur en psychomotricité, pédagogue curatif, ostéopathe, diététicien, laborantin, kinésithérapeute, le niveau de Bac est exigé à l'admission. Les études sont réalisées soit en Haute Ecole, soit à l'Université et elles débouchent sur un Bachelor ou un Master selon leur durée.
Des étudiants luxembourgeois optant pour ces filières de formation ont généralement 19 ans. Ils ont acquis les compétences générales, maîtrisent les langues luxembourgeoise, allemande, française et anglaise. Ils peuvent alors choisir le pays dans lequel ils désirent réaliser leurs études.
Le CEDIES leur offre un certain nombre d'informations sur les institutions à l'étranger vers lesquels ils peuvent candider.
Ils peuvent alors se consacrer à l'acquisition des compétences professionnelles pour l'exercice d'un futur métier.

Certains choisissent de se diriger à l'étranger pour faire leur formation d'infirmier après le Bac, lorsqu'ils désirent avoir un niveau Bachelor (Bac+3) qui leur ouvrira des portes pour d'autres formations universitaires ensuite.

Lorsque l'étudiant luxembourgeois désire réaliser sa formation de kinésithérapeute au Luxembourg ou d'assistant social ou de psychologue clinicien, il entre aussi après le Bac à l'Université du Luxembourg ou à LUNEX University. Là encore, l'étudiant aura 19 ans, il aura finalisé l'acquisition de compétences générales, la maîtrise des langues du pays et il pourra se consacrer à l'acquisition de compétences professionnelles.

Pour l'ensemble de ces étudiants, la période de l'adolescence est terminée. Leur niveau de maturité est développé. Ils sont capables d'autonomie, de prise de décisions et d'implication dans un projet professionnel.

La situation est tout à fait différente pour les étudiants choisissant la formation de l'infirmier au Luxembourg.
Celle-ci se déroule sur 4 années. Les deux premières années (SI 1ère année et SI 2ème année) sont consacrées à l'acquisition du baccalauréat général et se situent donc dans le cycle du secondaire général, les deux dernières années sont consacrées à l'acquisition du diplôme professionnel.
L'entrée dans la filière de formation se fait donc très tôt, à l'âge de 17 ans, alors que le jeune est en plein développement personnel. Son degré de maturité est faible. Il est encore très fortement protégé par la société et la famille. Il doit se fixer sur un métier. Et surtout il va devoir être confronté à des situations de soins auxquelles il ne s'attend pas : confrontation avec la mort, confrontation avec la maladie invalidante, confrontation avec la douleur, confrontation avec la démence…

Le rapport d'accréditation de la formation en soins infirmiers notait déjà en 2012 dans ses recommandations : « *poursuivre la réflexion avec le MESR et le MENEJ sur l'opportunité d'une formation de niveau Bac+3, avec démarrage des études à 18 ans (post-bac), afin que l'étudiant ait davantage de maturité ».*

En Europe, seuls 4 pays sur 28 ont encore un système de formation de l'infirmier ne nécessitant pas le Bac à l'entrée de la formation : l'Allemagne, l'Autriche, le Luxembourg et la Belgique qui dispose de deux niveaux de formation et de 2 niveaux d'attributions professionnelles dans l'exercice professionnel.

Conclusion :
Le Luxembourg fait partie des 4 derniers pays européens à avoir le niveau le plus faible de formation de l'infirmier. Il demande aux jeunes de s'engager dans la filière professionnelle à un âge très jeune, alors que son niveau de maturité est peu élevé. Il doit donc s'attendre à des échecs plus nombreux, à des réorientations après l'obtention du Bac général, à des niveaux de compétences différents chez les professionnels. Ceci constitue un coût social mais aussi un coût individuel puisque des jeunes mis en échec peuvent ne plus avoir la même trajectoire de vie.

11.8 Besoin accru en compétences chez l'infirmier

Longtemps restée après la gestion des soins par les religieuses, une profession centrée sur les soins de base, l'infirmier a, ces 30 dernières années, acquis un rôle professionnel, reconnu sur le plan international par les organismes internationaux et les sociétés scientifiques. Ce rôle clé dans le développement de la santé publique est devenu indiscutable : acteur de promotion de la santé, acteur de prévention, acteur en coopération avec le médecin et les équipes multi-professionnelles du processus de dépistage, de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs.
Il coordonne autour du patient les prises en charge des diverses professions de santé et intervient comme acteur clé de la santé communautaire.
Les progrès scientifiques de la médecine ont complexifié les prises en charge. Les savoirs (connaissances théoriques), les compétences relationnelles, éducatives, techniques se sont spécialisés pour l'ensemble des disciplines. L'infirmier doit dans tous les secteurs acquérir des savoirs surspécialisés : en diabétologie, en cardiologie, en pneumologie, en oncologie, en gériatrie, en soins d'urgence, en réanimation, en gastro-entérologie…
Dans plusieurs pays, les infirmiers ont été demandés par les médecins et l'autorité publique pour élargir leurs champs de compétences afin de réaliser des actes et prestations de services autrefois pris en charge par des médecins. Les pénuries médicales ou leur rareté ont amené les systèmes de soins de santé à se reconstruire autour de pôles alliant les médecins et les infirmiers, et à déléguer des actes médicaux.

L'infirmier a donc besoin d'aptitudes générales pour être en mesure de faire face aux nouveaux enjeux du système de santé.
Le Luxembourg n'est pas protégé de par sa petite taille ou son PIB. Il a à affronter les mêmes enjeux que les autres pays, à savoir une médecine de plus en plus spécialisée, une rareté de ressources médicales, un système construit autour d'un exercice libéral de la médecine qui donne aux infirmiers plus de responsabilités dans le suivi des patients.
Des cliniques monothématiques se développent dans le pays en partenariat avec les médecins pour prendre en charge les maladies chroniques. Les infirmiers y sont la colonne vertébrale pour en assurer le suivi.
Mais prendre cette place nécessite d'avoir des connaissances et compétences suffisamment développées pour porter les responsabilités associées.
Le Luxembourg a donc désormais autant besoin que les autres pays d'avoir des infirmiers ayant ce type de compétences. Aujourd'hui, le recrutement étranger, à près de 60 %, lui permet d'avoir sur le territoire des infirmiers disposant de ces compétences, ce qui compense les manques de la formation nationale.
Cependant si le Luxembourg respecte la stratégie 2030 de l'OMS il doit avoir pour objectif de réduire de 50 % d'ici cette date son recrutement à l'étranger.
S'il ne veut pas diminuer sa qualité des soins et des prises en charge, il doit prendre des dispositions pour organiser un système de formation des infirmiers lui permettant de maîtriser les enjeux de santé publique.

En conclusion :
L'évolution des sciences médicales et des sciences infirmières continuera à se complexifier. La profession d'infirmier au Luxembourg doit avoir les capacités d'affronter ce défi. Les compétences générales de base du baccalauréat constituent un socle nécessaire pour développer les compétences professionnelles utiles maintenant et pour demain.
Il n'est pas un hasard que 25 pays sur 28 en Europe (la Belgique ayant aussi choisi une formation Bac +3) aient choisi de former les infirmiers après le Bac. Ils ont compris qu'élever le niveau de compétences des infirmiers est une clé de la qualité des prises en charge et de la maîtrise des défis de santé publique.
Développer l'intelligence professionnelle a certes un coût de formation et d'exercice professionnel, mais elle permet aussi de mieux répondre aux défis de santé publique qui sont à affronter : maladies chroniques, troubles de santé mentale, maladies transmissibles, maladies neuro-dégénératives…

11.9 Avoir une formation servant le système de santé

Les interviews réalisées dans le cadre de l'étude ont mis en évidence un décalage important entre la vision politique de la profession d'infirmier et la vision opérationnelle de la profession. L'image politique de l'infirmier est plutôt conservatrice. L'infirmier est resté l'assistant du médecin qui fait ce qui lui est demandé, n'a pas d'initiative particulière à prendre et de ce fait n'a pas besoin de faire d'études supérieures.
Par contre sur le terrain, les médecins ayant connu lors de leur formation à l'étranger d'autres modèles professionnels développent aujourd'hui avec les infirmiers de vraies coopérations pour mettre en place des parcours cliniques de qualité pour les patients. Les réunions multi-professionnelles se sont développées, les infirmiers y ont leur place s'ils sont formés pour la prendre. Les cliniques monothématiques sont apparues. Les consultations infirmières existent en association avec les consultations médicales. Les infirmiers sur le terrain sont des forces de proposition et de changement.
L'autorité publique a la responsabilité de soutenir cette dynamique positive car elle vise une prise en charge de qualité. Elle doit veiller à ce que les professions de santé quelles

qu'elles soient puissent exercer leur rôle professionnel en disposant du niveau de compétences le plus élevé, car le patient en sera toujours le bénéficiaire.
Le système de formation des professions de santé se doit d'être au service de l'évolution des besoins des terrains. Il ne peut pas décider, à la place des acteurs de terrain, du niveau de compétences requises chez les professions de santé pour rendre le système de santé performant et efficient.

En conclusion :
En défendant un niveau de formation élevé pour l'ensemble des professions de santé, les décideurs politiques contribuent à une coopération multi-professionnelle efficiente qui impacte favorablement les soins de santé et le système de santé.

11.10 Coût d'une formation des infirmiers de type Bac + 3

Une des réticences entendue au cours de cette étude émises par un petit nombre d'acteurs non professionnels de la santé, au passage d'une formation d'infirmier Bac + 2 actuelle donnant un diplôme de type BTS vers une formation Bac+3 donnant un niveau Bachelor selon les directives de Bologne, est le coût d'une telle mesure. En effet, les acteurs réticents présupposent que les syndicats exigeront un changement des carrières dans les CCT.
Cette remarque est acceptable, cependant rien ne permet de dire que les syndicats s'orienteront obligatoirement dans cette démarche. Leur sens des responsabilités sociétales peut les amener à d'autres types de compromis.
D'autre part, l'analyse d'impact de cette mesure ne peut pas être essentiellement basée sur le risque d'augmentation des salaires. Elle devrait être menée par des économistes de la santé afin d'inclure les recettes et gains produits par une telle mesure sur le système de soins de santé, à savoir gains liés à l'amélioration des prises en charge (par exemple moins de transferts aux services des urgences des personnes âgées dépendantes car l'infirmier a de meilleures aptitudes et a les attributions pour réaliser certains soins au sein de la maison de soins).
De plus, aujourd'hui les grilles de salaires sont basées sur les fonctions et non sur les diplômes dans l'ensemble du secteur hospitalier et de l'assurance dépendance.
Enfin, il est possible d'imaginer qu'une adaptation salariale pourrait avoir lieu de manière étalée si elle devait avoir lieu.
Il est aussi à noter que si le Luxembourg, par ce changement attire plus ses jeunes vers cette formation de l'infirmier Bac+3, cet investissement se fera au bénéfice du pays, puisque le recrutement étranger pourrait être amené à baisser.

En conclusion :
Les réticences principales au changement du niveau d'entrée et de diplôme des infirmiers en Bac+3 peuvent être recevables, mais elles doivent être mises en balance avec des analyses économiques de gains à mener par des économistes de la santé expérimentés dans ce type d'évaluation prospective.
Elles doivent en tout cas être mises en balance avec le gain de qualité des soins et le gain pour l'organisation du système de soins de santé dans la perspective de rareté des ressources médicales à laquelle le pays doit se préparer. En effet, quand le pays sera demain en difficulté pour répondre aux besoins médicaux de la population, les responsables politiques apprécieront de disposer d'infirmiers bien formés, ayant les compétences pour assumer des délégations de tâches dévolues jusque là aux médecins afin de garantir la pérennité du système de santé. Mais cela ne pourra se faire que si les infirmiers ont un niveau de formation qui le leur permet, sinon les risques pour les patients seront importants. D'ailleurs, chaque citoyen et chaque homme politique

souhaitent des infirmiers compétents pour leurs propres soins, lorsqu'ils seront eux mêmes ou leurs proches malades ou âgés.

11.11 Organisation d'une formation de l'infirmier Bac+3

Actuellement la formation en 4 années est régie par deux ministères : le MENEJ pour les deux premières années et le MESR pour les deux dernières années, ce qui ne facilite pas l'organisation de la formation.
Un passage à une formation Bac+3 veut dire une formation professionnelle académique comme cela existe pour d'autres formations au Luxembourg.
Cette formation devrait être organisée à l'Université du Luxembourg.
Cependant, à la date du présent rapport, il est clair que l'Université n'est pas prête pour l'ouverture d'une faculté des Sciences infirmières comme cela peut être retrouvé à l'étranger.
Cependant, cela offrirait un réel intérêt de développer conjointement une faculté de sciences infirmières en parallèle ou en association avec la Medical school.
La notion de multi-professionnalité pourrait être cultivée dès le démarrage des formations médicales et infirmières. Il ne faut pas attendre que cette collaboration se mette en place sur le terrain après l'obtention du diplôme. Des cours communs pourraient être envisagés entre les deux formations.
Des passerelles en cas d'échec dans les études de médecine pourraient être proposées aux étudiants.
Des collaborations avec une faculté de sciences infirmières dans d'autres pays européens pourrait soutenir la mise en place.
En attendant la mise en place d'une faculté de sciences de la santé à l'Université du Luxembourg, une formule de transition pourrait être prise à savoir créer une Haute Ecole en Sciences de la santé ayant une convention avec l'Université du Luxembourg pour l'attribution des diplômes.

En conclusion :
Décider que la formation infirmière soit de niveau Bac +3 impose de l'insérer dans un cursus académique à l'Université de Luxembourg, comme cela a été réalisé pour d'autres formations professionnelles sur le territoire. Cette solution offre l'intérêt de développer des liens forts avec la formation des médecins. Une solution intermédiaire peut éventuellement être envisagée sous le format d'une Haute Ecole comme cela existe à l'étranger.

11.12 Capacité des jeunes luxembourgeois à suivre une formation académique

Une autre réticence entendue au cours de l'étude concerne l'éventuelle incapacité des jeunes luxembourgeois à suivre une formation académique.
Il n'a pas été retrouvé d'éléments formels pouvant argumenter une telle hypothèse. Aucune étude ne démontre que les jeunes luxembourgeois auraient moins d'aptitudes aux études supérieures que les jeunes des autres pays européens.
D'ailleurs, les chiffres auraient plutôt tendance à démontrer le sens contraire. Sur les étudiants qui à ce jour partent après le Bac pour suivre des études universitaires à l'étranger, nombreux sont ceux qui atteignent leur objectif, même s'il y a eu dans leur cursus des examens à repasser.
Les jeunes qui aujourd'hui entrent en 1ère année de médecine réussissent l'examen aux alentours de 50 % et peuvent ensuite accéder aux places qui leur sont réservées à l'étranger.

A cette réticence pourrait être opposée la maxime : « *il n'y a pas de mauvais étudiants, mais il y a de mauvais systèmes de formation ne permettant pas aux jeunes de développer toutes leurs compétences*».

En conclusion :
Il peut être fait le pari raisonnable en l'absence d'étude scientifique menée par un organisme de recherche indépendant que les jeunes luxembourgeois ont autant d'aptitudes à réussir un cursus académique choisi que les autres jeunes des pays européens. C'est sur un pari gagnant qu'une telle décision doit être prise, en faisant confiance à la fois aux jeunes, aux enseignants et aux professionnels pour en faire une réussite comme cela a été possible dans les autres pays européens.

11.13 Ouverture pour les étudiants de la formation Sciences de la santé (SH)

Le Luxembourg a mis en place une filière particulière intitulée « sciences de la santé » permettant après le Bac général de s'orienter vers la formation d'ATM de radiologie ou de sage-femme.
Si l'étudiant veut faire une formation d'infirmier, il doit s'orienter ensuite à l'étranger après son Bac général.
La mise en place d'une formation Bac+3 pour l'infirmier au niveau de l'Université du Luxembourg, permettrait d'offrir une nouvelle orientation aux étudiants issus de cette filière de formation, en leur permettant d'accéder à la formation d'infirmier directement sur le territoire luxembourgeois.

En conclusion :
La formation Bac+3 de l'infirmier à l'Université du Luxembourg ouvrirait une porte supplémentaire sur le territoire luxembourgeois aux étudiants provenant de la filière SH Sciences de la santé, ainsi qu'aux étudiants n'ayant pas réussi leur 1ère année de médecine.

11.14 Un seul niveau de formation de l'infirmier

Lors de l'étude, une proposition a été faite par certains acteurs de maintenir deux niveaux de formation comme en Belgique, avec un niveau d'infirmier BTS tel que formé actuellement et un niveau d'infirmier Bac +3.
Il est étonnant que l'exemple Belge soit promu car plusieurs mouvements actuellement visent dans ce pays à demander la suppression de la formation brevetée de l'infirmier afin de ne conserver que la formation de bachelier.

Si cette proposition était retenue:

- avoir 2 niveaux de formation signifie avoir sur le terrain 2 niveaux de compétences professionnelles,
- disposer de 2 niveaux de compétences professionnelles veut dire deux listes d'attributions professionnelles, l'une pour l'infirmier Bachelor et l'autre pour l'infirmier BTS,
- actuellement le MINSAN a déjà des difficultés pour assurer l'actualisation des attributions professionnelles, il sera encore plus complexe d'actualiser deux listes. En effet, pour chaque nouvelle technique de soins, il faudra décider si l'infirmier BTS a les connaissances théoriques suffisantes pour pratiquer l'acte en toute sécurité. Cela obligera le Conseil Supérieur des Professions de Santé à se positionner,
- sur le terrain, si deux listes d'attributions existent, il sera très difficile de respecter cette distinction au quotidien,

- la responsabilité reviendra aux Directions des soins de garantir qu'un infirmier BTS ne réalise pas des actes non prévus dans ses attributions,
- pour le patient ou le bénéficiaire, il sera très difficile de savoir à qui s'adresser en fonction des problèmes qu'il rencontre,
- selon que le patient aura accès à l'infirmier BTS ou à l'infirmier Bachelor, il n'aura pas la même garantie de qualité des soins, ce qui sur le plan éthique est discutable,
- sur le plan des responsabilités, le législateur devra parfaitement distinguer la hiérarchie de fonction entre les deux profils d'infirmiers, à savoir dans quelle situation de soins, l'infirmier Bachelor aura autorité de responsabilité sur l'infirmier BTS,
- le pays créerait ainsi 3 niveaux infirmiers : infirmier BTS, infirmier Bachelor et Infirmier spécialisé,
- il sera extrêmement compliqué pour les médecins de savoir à quel type d'infirmier il doit s'adresser en fonction du besoin d'assistance qu'il requiert,
- le pays n'a pas été en mesure depuis qu'il a mis en place les formations spécialisées d'infirmiers, d'établir des normes, il est fort probable qu'il ne le fera pas plus pour l'infirmier Bachelor. De ce fait, en ne distinguant pas l'infirmier Bachelor de l'infirmier BTS, il émettra un message contreproductif, à savoir qu'il n'est pas fondamental de faire des études après le Bac pour exercer le métier d'infirmier,
- en dehors de la Belgique, les autres pays européens ont choisi un seul niveau de formation, considérant que la profession d'infirmier nécessite des connaissances, des capacités d'analyse, des capacités de synthèse, un raisonnement clinique et un jugement clinique, des capacités de décision, des capacités d'autonomie, des capacités de communication et de rédaction,
- il existe un risque que les directions de soins ne recrutent que des infirmiers Bachelor laissant ainsi des infirmiers BTS en dehors du circuit professionnel,
- il existe aussi le risque que les infirmiers BTS soient dévolus aux personnes âgées dépendantes, donc au secteur COPAS-FEDAS, et que les infirmiers Bachelor soient réservées au secteur hospitalier, ce qui introduirait une discrimination envers les seniors.

En conclusion :
La plus value d'une telle proposition reste à démontrer. Elle risque de conférer plus de confusion et plus d'inégalités et de frustrations entre les deux niveaux d'infirmiers. Elle induira une hiérarchie de fonctions qui sur le terrain ne sera pas opérationnelle. Elle envoie surtout les messages suivants :

- les jeunes luxembourgeois ne seront pas capables comme tous les jeunes européens de réussir un Bachelor en soins infirmiers,
- il n'est pas nécessaire de faire un Bachelor pour exercer les soins infirmiers, un BTS suffit largement.

11.15 Donner une ouverture aux infirmiers issus du système luxembourgeois

Avec le BTS actuel d'infirmier en soins généraux, l'horizon offert aux infirmiers luxembourgeois est extrêmement fermé. Il peut dans sa carrière professionnelle accéder éventuellement aux fonctions de management dans les institutions tant que des diplômes universitaires ne sont pas demandés pour occuper ces fonctions de cadre de santé.
Il peut éventuellement se diriger vers une formation d'infirmier spécialisé (ATM de chirurgie, Infirmier en pédiatrie, Infirmier psychiatrique, Infirmier en anesthésie et réanimation).

Toutefois, s'il souhaite développer sa carrière professionnelle dans le domaine clinique, il doit alors s'inscrire dans des formations universitaires de type DU.
Mais avec son niveau de diplôme BTS, il n'est en général pas accepté par les universités dans les formations de ce type. Ce qui lui ferme la porte à de la pratique avancée.
Cette situation discrimine les infirmiers luxembourgeois par rapport aux infirmiers étrangers travaillant au Luxembourg et disposant d'un Bac+3, qui peuvent accéder à toutes ces formations complémentaires.

En conclusion :
Le pays, en maintenant une formation d'infirmier au niveau du BTS, favorise la discrimination de ses propres citoyens infirmiers de formation luxembourgeoise par rapport à leurs collègues étrangers.
Il est essentiel de garantir à tout infirmier un droit d'évoluer dans sa carrière professionnelle au niveau clinique, d'autant que les besoins en pratique avancée sont nombreux. L'accès à un diplôme d'infirmier Bac+3 permet de donner ce droit aux infirmiers formés au Luxembourg.

11.16 Rendre possible l'accès aux fonctions d'enseignant fonctionnaire

Pouvoir accéder aux fonctions de l'enseignement dans les formations des professions de santé au sein du LTPS actuel nécessite de répondre à certaines conditions : disposer d'un Bachelor, réaliser un stage pédagogique de 3 ans, réussir aux examens pour devenir professeur fonctionnaire.
Actuellement, avec le diplôme de BTS, les infirmiers formés au Luxembourg qui pourraient avoir de l'intérêt pour l'enseignement ne remplissent pas les conditions pour accéder aux fonctions d'enseignant. Ils doivent compléter leur formation à l'étranger pour obtenir un Bachelor afin de pouvoir espérer accéder à cette fonction. Mais il leur est très difficile de trouver une université étrangère pour compléter leur formation et obtenir un Bachelor.
Les infirmiers étrangers, parlant les langues attendues et ayant fait une formation d'infirmier Bac + 3 peuvent par contre accéder à cette fonction.
Il existe une réelle discrimination des infirmiers de formation luxembourgeoise liée au système de formation choisi au Luxembourg pour l'infirmier.
La mise en place d'une formation Bac +3 permettrait de répondre plus facilement à cette obligation, d'autant que 44 enseignants seront à remplacer jusqu'en 2034.

En conclusion :
Le système de formation actuel des infirmiers attribuant un diplôme de niveau BTS ferme la porte aux infirmiers de formation luxembourgeoise intéressés.
Le changement du niveau d'accès à la formation d'infirmier enlèverait cette discrimination.

11.17 Formation des aides-soignants

La formation des aides-soignants est organisée selon 3 modèles différents :

- **formation initiale** : cycle de 3 ans au LTPS,
- **formation en cours d'emploi sur** 3 ans : l'étudiant doit avoir terminé une 9ème . Il doit avoir travaillé au moins 2.500 heures de soins. Il doit avoir l'accord de son employeur. Il reste chez son employeur mais va en cours 1 jour par semaine. L'étudiant est suivi 2 à 3 fois par an par l'enseignant du LTPS,
- **formation d'apprentissage pour adulte** : l'étudiant trouve une institution qui l'accepte en contrat d'apprentissage. La durée de la formation est de 3 ans. Les

deux premières années, l'étudiant va 2 jours par semaine en cours au LTPS. La 3ème année il suit les cours théoriques 1 jour par semaine au LTPS.

La formation en cours d'emploi n'a pas de base légale et pourtant elle a formé 415 aides-soignants. Il existe juste une grille horaire. Il y a dans l'accord de coalition gouvernementale la volonté de légaliser cette situation. Ce sont le plus souvent des aides socio-familiales des institutions relevant de l'assurance dépendance qui accèdent à cette voie de formation.

La formation par la voie de l'apprentissage donne de maigres résultats : 8 diplômés sur 3 ans. Cette formation demande une attribution de ressources de 3 à 4 enseignants alors que l'output est extrêmement faible. Cette voie de formation a été imposée, mais elle n'avait pas été demandée par les employeurs.

Cette formation aboutit à l'obtention d'un DAP (Diplôme d'Aptitude Professionnelle).

Il existe une passerelle de l'aide soignant vers la formation d'infirmier, qui donne de bons résultats. Cependant, cette passerelle ne bénéficie pas d'un dispositif de promotion professionnelle contractuelle, à savoir le salaire garanti pendant la formation en contrepartie d'un contrat avec l'employeur.

Il existe une section francophone pour la formation des aides-soignants.

En conclusion :
La formation de l'aide-soignant est possible sur 3 ans. Elle aboutit à un DAP.
Dans les 3 voies de formation possibles, seules la formation initiale et la formation en cours d'emploi donnent satisfaction. Cependant cette dernière n'a pas de base légale.
La voie par apprentissage donne peu de résultats en termes d'aides-soignants diplômés.

11.18 Donner des perspectives à la profession d'aide-soignant

Si le niveau de formation des infirmiers doit être réhaussé avec une entrée Bac et un diplôme de Bachelor, il faut aussi envisager de donner de nouvelles perspectives aux aides-soignants qui à ce jour ont un horizon bloqué, alors que leur orientation a été faite à l'âge de 15 ans.
Etant donné d'autre part que des besoins de pratique clinique complémentaire ont été identifiés pour les aides-soignants dans le secteur de la dépendance, dans le secteur du handicap, dans le secteur de la petite enfance et dans le secteur hospitalier, il serait judicieux d'introduire un niveau de technicien pour l'aide soignant, comme il est retrouvé dans tous les autres métiers. L'ajout d'une année permettrait de répondre aux besoins des terrains tout en donnant de nouvelles perspectives aux aides-soignants. Ce diplôme de technicien pourrait permettre de répondre aux besoins de préleveuses dans les laboratoires privés, de masseur au Domaine thermal de Mondorf…

En conclusion :
Pour répondre aux besoins des terrains avec une pratique avancée pour l'aide soignant, un diplôme de technicien est à envisager. Cela offrirait plus d'opportunités pour le déroulement de la carrière de l'aide-soignant et inciterait probablement plus à s'orienter vers cette profession.

11.19 Formation d'ATM de radiologie

Il existe une forte demande des terrains, mais cette formation reçoit très peu de demandes d'admission. De ce fait cette formation n'est pas ouverte chaque année.
Une seule enseignante assure cette formation, ce qui la fragilise.
Cette formation se fait après le Bac. Les étudiants avec un Bac classique ont le meilleur profil pour réaliser cette formation. Mais ils ne se dirigent pas vers la formation d'ATM de radiologie pour obtenir essentiellement un BTS. Ils préfèrent s'orienter vers des formations qui valoriseront mieux leurs compétences.

En conclusion :
Le système de formation des professions de santé en n'attribuant pas un diplôme correspondant aux études (Bac +3) nuit considérablement au recrutement des étudiants et nuit à l'accession des résidents luxembourgeois à des formations sur le territoire. Les terrains sont alors tenus d'aller recruter à l'étranger.
Il y a nécessité de revoir fondamentalement la reconnaissance des formations réalisées à leur juste valeur selon les standards européens de Bologne.

11.20 Formation des ATM de laboratoire

Cette formation a été arrêtée car la fonction était trop proche de celle des laborantins, et que les pouvoirs publics voulaient connaître les impacts de l'automatisation sur les besoins en professionnels dans les laboratoires.
Il existe de nouveaux des besoins de recrutement sur les terrains, malgré l'automatisation. En effet, le métier a évolué mais le besoin en ressources professionnelles persiste.

En conclusion :
Suite à l'étude, il ressort des besoins de recrutement dans les laboratoires malgré l'automatisation. La mise en route d'une nouvelle formation de technologue de laboratoire est à programmer, en 3 ans minimum après le Bac comprenant tous les nouveaux domaines de laboratoire : génétique, biologie moléculaire, accréditation et qualité… Cette formation devrait intégrer toutes les compétences détenues par les laborantins formés à l'étranger.
Elle pourrait être organisée en collaboration avec un centre de formation universitaire à l'étranger, se délocalisant au Luxembourg, afin de redémarrer une formation dans les meilleurs délais.

11.21 Formation d'infirmier en pédiatrie

Il y a peu d'étudiants dans cette formation, ce qui s'explique par l'absence de normes concernant cette spécialité.
D'autre part, l'absence de dispositif de promotion professionnelle contractuelle nuit à l'inscription dans ce type de formation, après avoir eu une expérience professionnelle.
Enfin, le diplôme obtenu à l'issue de la spécialisation est loin d'être un incitatif à se former.
Sur les terrains, il existe des besoins de recrutement non couverts, nécessitant des recrutements à l'étranger.

En conclusion :
La détermination de quotas en infirmiers pédiatriques donnerait un signal positif sur la plus value apportée par cette profession dans les soins aux enfants et adolescents.

La mise en place d'un dispositif de promotion professionnelle contractuelle soutiendrait très certainement les inscriptions et le recrutement de professionnels issus des formations au Luxembourg.
La révision du niveau de diplôme obtenu soutiendrait le recrutement. Car même après 2 années pour avoir le Bac général, plus 2 années pour avoir le diplôme d'infirmier et 2 années de spécialisation, l'infirmier en pédiatrie n'obtient qu'un BTS spécialisé qui n'existe nulle part ailleurs en Europe, qu'il ne peut pas faire valoir dans les universités à l'étranger.

11.22 Formation des infirmiers psychiatriques

Dans l'ensemble, cette formation est favorablement appréciée par les terrains.
Alors que les terrains ont des besoins très importants en infirmiers psychiatriques et que le recrutement à l'étranger est difficile en raison des problèmes linguistiques, il y a peu d'étudiants qui s'inscrivent dans cette spécialisation de l'infirmier.
L'absence de normes conventionnelles concernant cette spécialité ne soutient pas les inscriptions dans cette formation.
D'autre part, l'absence de dispositif de promotion professionnelle contractuelle nuit à l'inscription dans ce type de formation, après avoir eu une activité professionnelle.
Enfin le diplôme obtenu à l'issue de la spécialisation est loin d'être un incitatif à se former.

En conclusion :
La détermination de quotas en infirmiers psychiatriques donnerait un signal positif sur la plus value apportée par cette profession dans les soins aux personnes présentant des troubles de santé mentale.
La mise en place d'un dispositif de promotion professionnelle contractuelle soutiendrait très certainement les inscriptions et le recrutement de professionnels issus des formations au Luxembourg.
La révision du niveau de diplôme obtenu soutiendrait le recrutement. Car même après 2 années pour avoir le Bac général, plus 2 années pour avoir le diplôme d'infirmier et 2 années de spécialisation, l'infirmier psychiatrique n'obtient qu'un BTS spécialisé qui n'existe nulle part ailleurs en Europe, qu'il ne peut pas faire valoir dans les universités à l'étranger.

11.23 Formation d'infirmier en anesthésie et réanimation

Cette formation est très sollicitée. Elle donne accès à une grande variété de terrains d'application.
Elle ne permet pas de combler l'ensemble des besoins de recrutement.
Il est également nécessaire pour cette profession de réviser le niveau de diplôme de spécialisation obtenu.

11.24 Formation de l'ATM de chirurgie

Il y a peu de demandes d'inscription dans cette formation, alors qu'il y a des besoins de recrutement supérieurs au nombre de diplômés et que les institutions sont obligées de recruter à l'étranger.
Cette formation peut se faire en cours d'emploi chez le même employeur qui reste le terrain de stage permanent pendant une année. En plus les étudiants font des stages obligatoires à l'INCCI, et dans d'autres spécialités. Cette option, quoique intéressante

pour permettre les inscriptions, ne garantit pas l'ouverture professionnelle nécessaire à une spécialisation de ce type. Aller en stage dans d'autres institutions, découvrir d'autres modèles d'organisation, aller à l'étranger, contribuent au développement de l'analyse critique et au développement de compétences nouvelles.
L'intérêt d'un dispositif de promotion professionnelle contractuelle est de rendre obligatoire les stages dans différents types de blocs opératoires (pédiatrie, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie de la main (SOS main), systématiquement dans tous les hôpitaux, ainsi qu'à l'étranger…
L'absence de normes conventionnelles concernant cette spécialité ne soutient pas les inscriptions dans cette formation.
Enfin le diplôme obtenu à l'issue de la spécialisation est loin d'être un incitatif à se former.

En conclusion :
La détermination de quotas en ATM de chirurgie donnerait un signal positif sur la plus value apportée par cette profession dans les soins opératoires et péri-opératoires.
La mise en place d'un dispositif de promotion professionnelle contractuelle soutiendrait très certainement les inscriptions et le recrutement de professionnels issus des formations au Luxembourg.
La révision du niveau de diplôme obtenu soutiendrait le recrutement. Car même après 2 années pour avoir le Bac général, plus 2 années pour avoir le diplôme d'infirmier et 2 années de spécialisation, l'ATM de chirurgie n'obtient qu'un BTS spécialisé qui n'existe nulle part ailleurs en Europe, qu'il ne peut pas faire valoir dans les universités à l'étranger.

11.25 Formation des kinésithérapeutes à la LUNEX University

La formation est réalisée par une institution portant le nom d'Université, mais il s'agit en réalité d'une société privée de formation.
Cette institution ne réalise pas de recherche alors que les universités qui dispensent la formation de kinésithérapie à l'étranger ont un volet recherche important pour le développement des savoirs dans cette profession.
Les professeurs qui assurent les cours ne sont pas expérimentés pour garantir des enseignements conformes aux programmes de kinésithérapie dans une école en France ou en Belgique par exemple.
Lors de l'étude de nombreuses critiques ont été émises sur la qualité de la formation des kinésithérapeutes réalisée au sein de la LUNEX University alors que ces nouveaux diplômés auront le même titre professionnel que celui de kinésithérapeute obtenu à l'étranger. Ces critiques étaient fondées sur l'expérience suite à l'accueil des étudiants en stage. Le niveau des étudiants pouvant être comparé avec les étudiants en stage en provenance de Belgique ou de France.
Les critiques les plus sévères portent sur :

- les connaissances anatomiques des étudiants,
- les connaissances sur les pathologies,
- la maîtrise des techniques de kinésithérapie.

Les médecins impliqués au démarrage dans l'implémentation de cette formation au Luxembourg se sont retirés afin de ne pas cautionner des enseignements insuffisants pour des professionnels de kinésithérapie.

En conclusion :
Devant le flux de critiques recensées lors de l'étude, il y aurait intérêt de procéder à une évaluation des compétences des étudiants formés à la LUNEX University avant de

délivrer une autorisation d'exercer en tant que kinésithérapeute, ceci dans le souci de protection de la population.
Si l'évaluation est concluante, l'autorisation d'exercer pourrait être attribuée.
Une commission spéciale indépendante devrait faire passer cette évaluation au diplômé demandant son autorisation d'exercer au Luxembourg.

11.26 Implication des terrains dans la formation des étudiants

Il existe une déperdition importante de responsabilité des terrains de stage dans la co-formation des étudiants en provenance du LTPS qui seront les jeunes diplômés de demain recrutés par les institutions. Les terrains sont des lieux de stage mais pas obligatoirement des lieux d'apprentissage.
Toutes les situations rencontrées sur un terrain par un étudiant sont des sources d'apprentissage. Il doit pouvoir assister et apprendre des situations rencontrées même s'il n'a pas obligatoirement vu la théorie au LTPS. Mais encadré par un parrain de stage, il peut intégrer des connaissances et développer des compétences d'observation, de raisonnement et d'analyse.
L'étudiant doit être beaucoup plus encadré par les équipes que par les enseignants sur le terrain. Ce sont aux équipes de transmettre les valeurs professionnelles, d'expliquer les problèmes éthiques, d'apprendre à gérer le stress, de présenter différentes formes d'organisation des soins, d'expliquer leur vision de la profession.
Les équipes ont à partager un savoir professionnel dont l'enseignant ne dispose pas : la relation au médecin, la relation aux autres membres des équipes multi-professionnelles, les charges administratives liées aux soins, les aspects économiques autour des soins, la documentation des pratiques, l'accréditation.
C'est par cette proximité avec une équipe que l'étudiant pourra s'identifier à un métier, en apprécier les contours, trouver ses modèles et s'approprier des savoirs de toute sorte : connaissances théoriques, savoir technique, savoir relationnel et émotionnel, savoir devenir. L'étudiant doit être en totale immersion avec les équipes pour se sentir un élément à part entière d'un processus de prise en charge des patients ou des bénéficiaires.
Il y a donc urgence à redonner une véritable place aux équipes de professionnels dans le compagnonnage à donner aux étudiants.
Renouer le lien entre la formation et le milieu professionnel permettra de redonner de l'intérêt à la formation et de diminuer le taux de déperdition des étudiants.
Il faut pour cela redéfinir la vraie place des terrains, en faire un projet de grande ampleur, changer de paradigme dans la relation LTPS-Terrains.
Un vrai travail doit être fait par les directions des soins des institutions pour faire que ce rôle de formateur des soignants pénètre de nouveau dans les équipes, que ces dernières se sentent responsables à part entière de la formation de leurs futurs collègues.
Reprendre une place dans la formation des pairs ne doit pas se limiter à la seule demande de moyens et à la mise en place de tuteurs formés, même si ces points sont importants. Cela passe par :

- l'organisation concrète au terrain du parrainage des étudiants,
- l'aménagement des horaires de stage avec le parrain,
- la constitution d'une équipe infirmier-étudiant par groupe de patients ou de bénéficiaires pour développer la confiance mutuelle,
- l'utilisation de toutes les situations de soins pour apprendre,
- la recherche dynamique des informations par l'étudiant,
- le suivi systématique des apprentissages à faire dans le carnet de stage,
- l'évaluation régulière des compétences de l'étudiant,
- la valorisation des progrès de l'étudiant…

Par ce biais, les infirmiers se réapproprieront leur rôle.

Lors des interviews réalisés pour l'étude, cette demande a été très souvent exprimée, les professionnels de terrain étant insatisfaits de l'organisation actuelle des stages et du rôle qui leur est dévolu.
Faire passer la formation à Bac +3 devrait aider considérablement ce changement en ayant des étudiants plus matures, et en pouvant exploiter toutes les situations de soins puisque les étudiants auront plus de 18 ans et ne seront plus limités par des contraintes légales liées à l'âge.

En parallèle, les enseignants du LTPS doivent retrouver une confiance dans la capacité des professionnels des terrains à transmettre des savoirs. Cela leur permettra de se concentrer sur leur rôle de développement des connaissances des étudiants, du raisonnement, de l'analyse, de la synthèse, des compétences de calcul…

D'autre part, sur cette nouvelle base, il faudra reconsidérer les lieux de stage possibles, qui sont aujourd'hui sous-exploités.

Les tuteurs actuels devraient être valorisés dans une approche de ce type afin de veiller au respect des engagements de l'institution dans la co-formation des étudiants. Leur rôle d'organisation des stages, de supervision générale des étudiants, d'accompagnement des équipes au sein de l'institution dans l'exercice de leur mission d'encadrement, d'animation sur le terrain d'expériences d'apprentissage, d'évaluation régulière des étudiants sur le terrain, de lien formel avec le LTPS, permettrait de donner une assurance que la co-formation fonctionne.

En conclusion :
Il y a urgence à redonner une véritable place des professionnels du terrain dans la formation des étudiants. Cela aiderait à diminuer la déperdition d'étudiants en cours de formation et pourrait augmenter leur motivation envers la profession choisie.
Redonner de la passion aux professionnels pour transmettre et de la passion à l'étudiant pour recevoir et se construire, devrait être un objectif partagé tant par les terrains de stage que par le LTPS.
Il faut développer pour cela un véritable plan d'action avec les terrains et le LTPS pour définir un schéma directeur et harmoniser les pratiques d'encadrement.
Cela demandera aussi aux enseignants de trouver une nouvelle place autour de l'étudiant.

Résumé partie 11 : Focus sur la formation des professions de santé au Luxembourg

Sur l'ensemble des 24 professions de santé réglementées, 10 font l'objet d'une formation au Luxembourg dans 3 institutions différentes : le LTPS, l'Université du Luxembourg, la LUNEX University.
De plus, le Luxembourg assure la formation de Bachelor des psychologues à l'Université et une formation d'assistant de pharmacie au LTPS.
Pour toutes les autres formations de professions de santé, les étudiants partent à l'étranger et réalisent une formation Bac+3 ou Bac+5 selon la profession.
Pour la formation des infirmiers, le Luxembourg reste l'un des 4 pays européens ayant le niveau le plus faible d'admission parmi les 28 pays européens.
La formation est composée de 2 parties : deux ans pour obtenir le Bac général et deux ans pour l'obtention du diplôme professionnel. Ce cursus de formation induit pour la même formation d'avoir deux ministères de tutelle (MENEJ et MESR) qui doivent de plus être conseillés sur les besoins par le Ministère de la santé. La loi prévoit un organe de concertation, qui bien que créé n'est à ce jour pas vraiment fonctionnel. De ce fait, tous les problèmes inhérents aux formations des professions de santé ont des difficultés à trouver des réponses effectives et le LTPS reste assez isolé pour rechercher des solutions pour lesquelles il ne possède pas les leviers du changement.
Cette décision d'organiser ainsi le cursus de formation de l'infirmier était peut être en 1995 la meilleure solution. Elle s'avère aujourd'hui être inadaptée aux besoins de compétences attendues chez un infirmier pour contribuer aux enjeux de santé publique que le Luxembourg comme tous les autres pays européens doit affronter.
Ce choix est aussi inadapté pour répondre aux objectifs de la stratégie 2030 de l'OMS qui demande aux états membres recruteurs de personnel à l'étranger de réduire de 50 % leurs recrutements jusqu'en 2030. En effet, les chiffres d'admission dans le LTPS montrent une baisse des inscriptions alors que le pays devrait d'ici 2030 ramener son taux de professionnels étrangers aux alentours de 30 % et donc devrait multiplier ses inscriptions, ouvrir des classes, avoir un excellent taux de réussite.
Ce choix est aussi inadapté pour affronter la rareté des ressources médicales et la pénurie médicale prévisible dans certaines disciplines qui demandera aux infirmiers de participer plus intensément à la prise en charge des activités dévolues aujourd'hui aux médecins, comme le suivi de maladies chroniques. Pour cela, ils ont besoin de compétences plus élaborées comme le montrent les expériences à l'étranger.
Si le Luxembourg ne décide pas de rehausser son niveau de formation des infirmiers, il devra alors assumer les risques de dénivèlement de la qualité des soins et des prises en charge.
D'ailleurs déjà en 2012, la commission d'accréditation de la formation de l'infirmier en soins généraux préconisait le changement avec un niveau d'entrée après le Bac, comme le pratiquent 25 pays sur 28 (la Belgique ayant encore actuellement deux niveaux de formation).
Changer le niveau de formation de l'infirmier à Bac +3 implique de rendre cette formation académique, comme d'ailleurs d'autres formations professionnelles aujourd'hui au Luxembourg.
L'Université du Luxembourg n'est pas encore prête à accueillir les formations des professions de santé. Cependant, l'intérêt de coupler les formations de la Medical School et les formations des professions de la santé au sein d'une même institution a du sens pour développer, dès le démarrage des études, le concept de la multi-professionnalité dont les institutions de santé ont besoin et pour permettre des passerelles possibles. En attendant, une formule transitoire de Haute Ecole pourrait si besoin être envisagée en lien conventionnel avec l'Université pour la délivrance des diplômes.

Ce choix stratégique a un coût bien entendu, qu'il faut mesurer en y intégrant les gains potentiels liés aux nouvelles compétences des infirmiers et donc à leurs nouvelles attributions (moins d'hospitalisations vers les services d'urgence par exemple, moins de consultations médicales pour des renouvellements standards de matériel…). Ceci permettra aussi aux médecins de se consacrer à leur cœur de métier. Seuls des économistes de la santé indépendants et spécialisés dans les analyses prospectives de ce type pourraient apporter une réponse objective à cette question.

Ce changement de niveau de formation des infirmiers aura aussi le mérite d'ouvrir des portes nouvelles aux professions de santé issues de la formation au Luxembourg, qui actuellement n'ont aucune perspective avec leur diplôme de BTS, les portes des universités ne leur étant pas ouvertes pour suivre des diplômes universitaires de pratique avancée dont les institutions ont besoin et dont cette étude a permis le recensement.

Enfin, cette étude a aussi permis d'entendre les réticences de certains acteurs sur le changement pour l'infirmier du niveau de diplôme à Bac+3, émettant des doutes sur la capacité des étudiants à suivre une formation académique. Cependant aucune étude n'a été retrouvée qui permettrait d'étayer une telle hypothèse.
La proposition de maintenir deux formations n'est pas retenue dans le cadre de ce rapport car elle engendrera plus de confusion sur le terrain sans répondre aux besoins réels du système de soins de santé.

Alors que le pays est obligé de recruter à l'étranger des professions de santé dont il assure la formation sur le territoire, parce qu'il n'en forme pas assez (ATM de chirurgie, infirmier de pédiatrie, ATM de radiologie, Laborantins…), il y a lieu de considérer les facteurs générateurs de cette situation :

- absence de dispositif de promotion professionnelle contractuelle,
- niveau de diplôme des professions de l'infirmier spécialisé (BTS spécialisé) qui n'ouvre aucune porte,
- niveau de diplôme des professions d'ATM de radiologie et de sage-femme qui n'ouvre aucune porte,
- absence de quotas de professions spécialisées dans les normes conventionnelles,
- professions mal connues de la population et des jeunes,
- absence de promotion de ces métiers dans la population.

La formation d'aides-soignants avec ces 3 voies possibles mérite d'être reconsidérée : la voie en cours d'emploi est à légaliser et la voie en apprentissage pour adultes à analyser sous un angle coûts/ bénéfices.
Force est de constater que cette profession dispose d'un horizon professionnel très fermé. Mais il serait possible de l'ouvrir en raison des besoins de compétences à développer dans de nombreux secteurs : personnes âgées, handicap, petite enfance, psychiatrie, hôpital. L'ouverture pourrait aussi se faire vers le métier de préleveuse ou de masseur. Pour cela, il serait opportun de développer comme dans toutes les autres filières professionnelles un diplôme de technicien obtenu avec 1 année complémentaire qui permettrait de spécialiser l'aide-soignant.

La formation des kinésithérapeutes à la LUNEX University ayant été l'objet de très nombreuses critiques lors de l'étude, il apparaît judicieux de contrôler les compétences des diplômés demandant une autorisation d'exercer, par une commission indépendante.

Les conditions de réalisation des formations pour les professions de santé au Luxembourg ne sont non plus favorables à l'accroissement du nombre d'étudiants :

- manque de locaux,
- insuffisance du nombre d'enseignants,
- manque de ressources support à l'enseignement.

Par cette situation, l'autorité publique donne une image plutôt négative de la considération qu'elle a pour les professions de santé qui contribuent grandement à l'organisation de son système de soins.
En effet depuis 1995, de nombreux établissements scolaires et professionnels ont été construits dans le pays permettant d'offrir aux étudiants un environnement favorable aux études, alors que le LTPS n'a pas de projet abouti à la date du présent rapport.

L'étude a permis aussi de mettre en évidence la nécessité de redonner une place appropriée aux terrains de stage dans la formation des professionnels. Un changement de paradigme doit avoir lieu pour que le stage soit une véritable opportunité d'apprentissage et d'identification à une profession.

En conclusion, le système de formation actuel des professions de santé au Luxembourg est un facteur contribuant à la pénurie en ressources professionnelles issues du pays. Le nombre d'étudiants est en baisse. Le taux de déperdition est élevé. Il n'offre pas de perspective aux jeunes. Il ne permet pas de poursuivre le développement de l'expertise clinique dont le pays aura besoin en raison de la rareté des professions médicales. Il introduit de la discrimination envers les ressortissants du pays. Il maintient le pays dans un niveau de dépendance aux ressources professionnelles étrangères et rend son système de santé fragile et très vulnérable. Avec près de 60 % de personnel étranger, le Luxembourg doit veiller à ne pas entrer dans une zone de risque duquel il lui sera difficile de sortir. L'autorité publique a la responsabilité de garantir au citoyen la pérennité du système de soins de santé. Pour cela elle doit mettre en œuvre tous les moyens qui inciteront les jeunes à se diriger vers les formations des professions de santé, en revalorisant leur image, en revalorisant les diplômes obtenus, en garantissant un tutorat suffisamment approprié pour éviter une déperdition importante de jeunes au cours des formations.

Recommandations :

- Modifier le niveau d'entrée dans la formation d'infirmier et demander le baccalauréat.
- Réaliser la formation d'infirmier en soins généraux en 3 années post Bac et reconnaître cette formation dans le cadre de Bologne à savoir en tant que Bachelor.
- Si l'autorité publique décidait de maintenir une formation sans exiger le niveau Bac à l'entrée, elle devrait informer raisonnablement la population sur les risques que cette décision pourra avoir sur le système de soins de santé dans les 20 prochaines années et sur la qualité des prises en charge des citoyens.
- Si une analyse économique d'impact du changement de niveau de formation à Bac+3 devait être faite, elle devrait comprendre une analyse prospective des gains potentiels de cette mesure sur le système de santé en raison d'un accroissement des compétences et des attributions des infirmiers.
- Inscrire cette formation Bac+3 dans un cursus académique à l'Université du Luxembourg. Etablir des ponts avec la formation des médecins. Envisager si nécessaire une solution intermédiaire de type Haute Ecole.
- Ne pas faire coexister deux formations d'infirmier en parallèle : infirmier BTS et infirmier Bachelor, car cela serait source de confusion.

- Redonner aux terrains une véritable place de co-formation des futurs professionnels, selon un schéma directeur national, en redéfinissant les rôles des parrains d'étudiants, des tuteurs de stage, des enseignants.
- Revoir le niveau de diplôme des professions d'ATM de radiologie et de sage-femme en les adaptant aux critères de Bologne afin que sa reconnaissance soit une incitation à la formation.
- Revoir le niveau de diplôme des professions spécialisées de l'infirmier pédiatrique, de l'infirmier psychiatrique, de l'infirmier en anesthésie et réanimation, de l'ATM de chirurgie afin que sa reconnaissance soit une incitation à la formation.
- Remettre en place une nouvelle formation de technologue de laboratoire intégrant toutes les nouvelles disciplines de laboratoire et les compétences développées par les laborantins formés à l'étranger. Elle pourrait se faire en collaboration avec un organisme universitaire de formation, sur le territoire luxembourgeois, car le processus d'accréditation d'une nouvelle formation prendra du temps.
- Développer un diplôme de technicien de l'aide-soignant afin de répondre aux divers besoins de compétences plus approfondies de cette profession et offrir de nouvelles opportunités professionnelles pour cette profession.
- Soutenir les inscriptions dans les spécialisations de l'infirmier et des infirmiers spécialisés par un dispositif de promotion professionnelle contractuelle.
- Définir dans les normes conventionnelles entre la CNS et la FHL des quotas d'infirmiers spécialisés dans les services concernés, ce qui soutiendrait les inscriptions dans les formations de spécialisation de l'infirmier.
- Mettre en place une évaluation des compétences par une commission spéciale indépendante avant de donner une autorisation d'exercer en tant que kinésithérapeute aux diplômés de la LUNEX University.
- Réaliser une véritable promotion positive des professions de santé afin d'inciter les jeunes à s'y engager.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 12
Focus sur des établissements spécialisés

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Sommaire

Partie 12 : Focus sur des établissements spécialisés	**Page**
12.1 Préambule	5
12.2 Focus sur l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle	6
12.2.1 Mission de l'établissement	6
12.2.2 Ressources médicales	6
12.2.3 Ressources en professions de santé	8
12.2.4 Recherche	8
12.2.5 Avenir de l'INCCI	8
12.3 Focus sur le Laboratoire National de Santé	10
12.3.1 Mission de l'établissement	10
12.3.2 Besoins en ressources professionnelles	10
12.3.3 Difficultés de recrutement	11
12.3.4 Atouts et handicaps de recrutement du LNS	13
12.3.5 Perspectives pour l'avenir	13
12.3.6 Avenir	14
12.4 Focus sur les laboratoires privés d'analyses médicales	15
12.4.1 Mission des établissements	15
12.4.2 Professions requises	15
12.4.3 Difficultés de recrutement	16
12.4.4 Conditions de travail	16
12.4.5 Perspectives pour l'avenir	16
12.5 Focus sur le Centre National de Radiothérapie François Baclesse	17
12.5.1 Mission de l'établissement	17
12.5.2 Besoins en ressources professionnelles	17
12.5.3 Rémunération des professionnels	17
12.5.4 Recrutement des médecins radiothérapeutes	18
12.5.5 Recrutement des ATM de radiothérapie	18
12.5.6 Recrutement des infirmiers ayant une pratique avancée en oncologie	19
12.5.7 Recrutement des experts en physique médicale et dosimétristes	19
12.6 Focus sur le Rehazenter, le Centre de Réhabilitation de Colpach et les services de rééducation gériatrique	20
12.6.1Impact de la dissémination territoriale	20
12.6.2 Rôle des ressources professionnelles	20
12.6.3 Type de professions dans ce secteur d'activité	20
12.6.4 Difficultés de recrutement	21
12.6.5 Besoins de compétences spécifiques pour la rééducation	21
12.6.6 Perspectives pour l'avenir	21
12.7 Focus sur le Domaine thermal de Mondorf	22
12.7.1 Mission de l'établissement	22
12.7.2 Ressources professionnelles	22
12.7.3 Problématique de recrutement de médecins	22
12.7.4 Problématique de recrutement des professions de santé réglementées	23
12.7.5 Détermination des besoins en ressources professionnelles	23
12.7.6 Agents thermaux d'hydrothérapie	24
12.7.7 Perspectives pour l'avenir	24
Résumé Partie 12 Focus sur certains établissements spécialisés	25

Glossaire

Acronyme	Définition
ATM	Assistant Technique Médical
CCT	Convention Collective de Travail
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CEC	Circulation Extra Coporelle
CFB	Centre François Baclesse
CHEM	Centre Hospitalier Emile Meyrisch
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CNS	Caisse Nationale de Santé
DU	Diplôme Universitaire
ETP	Equivalent Temps Plein
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
FLLAM	Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales
HIS	Hôpital Intercommunal de Steinfort
INCCI	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Intervention.
IRM	Résonnance Magnétiquee
LNS	Laboratoire National de Santé
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

12.1. Préambule

Cette partie du rapport a pour objectif de réaliser un focus sur certains établissements présentant des particularités relatives aux besoins en ressources médicales et en professions de santé ou étant confrontés à des difficultés de recrutement pouvant mettre en péril la mission de service public qui leur a été attribuée par la loi.

Un regard plus attentif a été porté sur les établissements suivants :

- Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle,
- Laboratoire National de Santé,
- Laboratoires privés d'analyses médicales, dans le seul but de valider les besoins spécifiques des laboratoires et notamment le besoin de remettre en place une formation pour le personnel de laboratoire,
- Centre National de Radiothérapie François Baclesse,
- Rehazenter et les autres services de rééducation ou de réhabilitation,
- Domaine thermal de Mondorf.

12.2. Focus sur l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle

12.2.1 Mission de l'établissement

L'INCCI est un établissement hospitalier spécialisé à vocation nationale, géré par un conseil d'administration dans lequel les centres hospitaliers généraux sont représentés. Ce regroupement des acteurs autour d'un projet commun contribue au large consensus autour de cet établissement.
Il a demandé une autorisation d'exploitation au Ministère de la santé pour le Service National de cardiologie Interventionnelle et de Chirurgie Cardiaque, conformément à l'article 2, paragraphe 3 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à l'annexe 2.
L'autorisation d'exploitation demandée en mars 2019 prévoit « *la prise en charge exclusive multidisciplinaire invasive cardiologique, chirurgicale et intensive, avec une disponibilité 24h/24 pour la prise en charge*:

- *des maladies du cœur et de ses annexes et des traumatismes cardiaques et cardio-thoraciques,*
- *des maladies et traumatismes des gros troncs intra-thoraciques et de l'aorte thoracique et thoraco-abdominale,*
- *de l'insuffisance cardio-circulatoire aiguë ou chronique,*
- *des pathologies de l'aorte et de la veine cave inférieure abdominale et de leurs branches, en association avec les centres hospitaliers généraux.*

L 'INCCI a demandé de plus :

- *une autorisation de gestion des équipements à planification nationale à savoir les 2 salles de cathétérisme cardiaque et de coronarographie,*
- *une autorisation de gestion de l'accès aux soins cardiaques invasifs, de gestion des implants et soins onéreux à visée cardiaque et à visée cardio-vasculaire, de gestion des compétences spécialisées de perfusion cardio circulatoire, de la CEC, de l'assistance circulatoire temporaire ou des implants, à l'échelle nationale.*

Enfin , l'INCCI a demandé pour continuer le service d'évaluation et de reporting des données médicales en relation avec les missions de l'établissement ».

Bien que l'établissement bénéficie d'une excellente reconnaissance par les pairs des résultats cliniques obtenus, l'INCCI souffre en raison prioritairement du faible bassin de population qu'il draine, d'une sous-utilisation de ses infrastructures mais aussi d'une sous-utilisation des compétences professionnelles pointues dont il dispose, ce qui impacte le coût des soins de santé au sein de cette institution.

L'état des lieux réalisé dans le cadre du présent rapport au sein de l'INCCI, a permis de mettre en évidence des points critiques ayant un lien fort avec les ressources professionnelles médicales et de professions de santé.

12.2.2 Ressources médicales

Il s'agit d'un établissement à très haute technicité tant en chirurgie cardiaque qu'en cardiologie interventionnelle, avec des équipements de très bonne qualité.
Le type d'activité de l'institution nécessite une disponibilité de moyens humains (chirurgiens, anesthésistes, perfusionnistes, personnel soignant de bloc opératoire) 365 jours/an, 24h/24.
Cette obligation de disponibilité est très contraignante car l'équipe est petite en raison de la taille du pays et de l'activité chirurgicale qui en découle.
L'activité chirurgicale est d'ailleurs en baisse à l'INCCI, comme dans tous les pays européens, en raison de l'évolution de la cardiologie interventionnelle.

La situation actuelle au niveau des ressources médicales est la suivante :

- 2 chirurgiens cardiaques sur les 3 ont plus de 60 ans et le troisième devra être remplacé dans les 10 prochaines années,
- 2 médecins anesthésistes ont plus de 60 ans et 4 ont plus de 52 ans, qu'il faudra remplacer dans un avenir proche.

L'équipe médicale est donc « vieillissante » et exprime des signes de fatigue liés aux contraintes de ce type d'activité (durée des interventions demandant une haute concentration, sans bouger et en étant debout), ainsi que des gardes et des astreintes.

Le recrutement de nouveaux chirurgiens cardiaques et de médecins anesthésistes, déjà lancé depuis deux ans, est très difficile pour les raisons suivantes :

- les rémunérations ne sont plus attractives en comparaison avec la Belgique, la France, l'Allemagne,
- la vie au Luxembourg est chère (logement) donc la plus value pour venir au Luxembourg n'est plus vraiment évidente, même si le cadre de vie est agréable,
- la médecine libérale pour ce type d'activité de chirurgie de très haut niveau n'existe pas à l'étranger, les jeunes médecins travaillent dans des structures le plus souvent universitaires ou de grands centres, et y sont salariés. Ils ne sont pas tentés de prendre ce type de risque au Luxembourg d'autant que l'activité chirurgicale est en baisse,
- les jeunes ont l'habitude de travailler dans des équipes plus grandes, dans de grands centres qui concentrent les activités d'une région en chirurgie cardiaque, en cardiologie, en vasculaire, et de plus en plus en neurologie (stroke),
- les contraintes de garde et astreintes trop fréquentes repoussent les candidats potentiels,
- les candidats très qualifiés perdent leur carrière académique en venant au Luxembourg car ils ne peuvent pas enseigner au niveau de la faculté de médecine au Luxembourg,
- il n'y a pas d'assistant à l'INCCI pour seconder le chirurgien ou le médecin anesthésiste, ce qui induit des appels de médecins seniors pour gérer tous les problèmes des patients, sans aucun filtre, et ce jusqu'à la pension,
- les médecins hautement qualifiés ont le même nombre de gardes au Luxembourg que lorsqu'ils étaient internes en médecine, ce qui n'est pas le cas s'ils restent dans un centre hospitalier universitaire ou dans un grand centre de cardiologie-chirurgie cardiaque-vasculaire,
- il y a très peu de candidats sur le marché de l'emploi au niveau européen en chirurgie cardiaque et en anesthésie-réanimation. La situation de recrutement est moins difficile pour la cardiologie interventionnelle que pour la chirurgie cardiaque et l'anesthésie.

Le système d'exercice professionnel en libéral au sein de l'INCCI et de rémunération des médecins à l'acte ne permet pas aujourd'hui d'engager plus de médecins pour diminuer les contraintes et prévoir le renouvellement des générations.

La question du salariat des médecins dans ce type d'établissement n'est pas discutée avec l'autorité publique ni avec la CNS, alors qu'il faudrait l'envisager avec sérieux.

Le système de rémunération en médecine libérale à l'INCCI pourrait intervenir dans les options thérapeutiques choisies, alors que cela ne devrait jamais être le cas. Le cas du patient devrait être revu dans une « Heart Team » et la meilleure solution thérapeutique appuyée sur des données scientifiques devrait lui être proposée, indépendamment du mode de rémunération de l'activité médicale.

Les développements scientifiques dans cette discipline sont très importants avec une diminution des activités chirurgicales invasives au profit de nouvelles techniques en cardiologie interventionnelle. Il faut donc avoir une équipe médicale jeune, bien formée, dynamique et compétente, capable de s'adapter et d'introduire ces nouvelles techniques. La sélection des candidats lors du recrutement est donc fondamentale.
Il est indispensable d'avoir cette vision lors du recrutement, ce qui induit que certains curriculum vitae ne peuvent être retenus.

12.2.3 Ressources en professions de santé

Au niveau des soignants, certaines professions soignantes spécifiques à l'INCCI ne se retrouveront jamais dans aucun autre établissement (perfusionnistes). Elles ne sont pas reprises dans la liste des professions de santé alors qu'elles interviennent dans le processus chirurgical avec de très hautes responsabilités (cf.partie 10).

L'INCCI a besoin d'infirmiers et d'ATM de radiologie avec une pratique avancée (échographie cardiaque, rythmologie, en salle hybride) qui ont fait des DU ou des formations très pointues mais n'ont pas de reconnaissance de leurs compétences, et qui n'ont pas d'attributions légales alors qu'ils pratiquent au quotidien ces activités et interviennent dans le processus de prise en charge du patient, en toute collaboration et confiance avec les médecins.

L'encadrement des nouveaux collaborateurs demande plus de temps que dans un autre établissement (6 mois à 1 an), cependant aucun temps n'est reconnu dans la négociation des ressources humaines avec la CNS dans le cadre de la budgétisation hospitalière.

L'INCCI rencontre des problèmes de recrutement au niveau du personnel soignant pour les professions suivantes :

- Infirmier anesthésiste
- ATM de radiologie
- ATM de chirurgie
- Perfusionniste
- Infirmier en soins généraux d'origine Luxembourg

12.2.4 Recherche

Le Luxembourg a un environnement propice à la recherche mais les moyens pour faire de la recherche dans le domaine de la chirurgie cardiaque et de la cardiologie ne sont pas présents. Il n'est pas possible de dégager des ressources professionnelles pour participer à des projets de recherche européens dans le domaine de la chirurgie cardiaque ou de la cardiologie interventionnelle.

12.2.5 Avenir de l'INCCI

Devant la situation critique en terme de recrutement de ressources médicales liées en partie au format actuel de l'INCCI, il faut se demander si le modèle choisi de gestion de l'INCCI peut être pérennisé ou s'il ne démontre pas un certain nombre de limites au développement de la prise en charge des patients.
La filière cardio-vasculaire au niveau national n'est pas encore véritablement fonctionnelle, car elle souffre d'une insuffisance de coordination entre les acteurs et d'une concurrence intra-nationale. Elle est susceptible dans son format actuel d'engendrer des pertes de chance pour les patients. Une étude épidémiologique pourrait apporter une réponse objective à cette question.

L'influence des 4 centres hospitaliers dans le fonctionnement de l'INCCI peut être un support pour certaines décisions mais constitue aussi un frein au développement stratégique de l'établissement au niveau national et transfrontalier régional. Toute décision au niveau de l'avenir de l'INCCI qui pourrait avoir un impact sur les activités des 4 établissements hospitaliers, ne peut être objectivement discutée et prise.
Les réflexions stratégiques avec l'autorité publique manquent d'amplitude pour envisager des perspectives nouvelles de mission et de gestion de l'établissement pouvant contribuer au recrutement des ressources médicales et rendre pérenne le fonctionnement de l'INCCI, tout en apportant un bénéfice à la population résidente.

Il existe un **risque réel** de difficultés à assumer le service public si le recrutement de chirurgiens compétents et bien formés ne peut pas être assuré sous peu. Peu de délégation de tâches n'est possible dans ce domaine pour diminuer le besoin en chirurgien cardiaque. D'autre part, aucun autre centre hospitalier au Luxembourg ne pourrait prendre le relais si l'INCCI n'avait plus de chirurgien cardiaque. L'absence de chirurgien cardiaque en nombre suffisant amènerait immanquablement à envoyer de nouveau, de manière systématique, des patients à l'étranger.

L'intérêt de créer, comme à l'étranger, un grand centre regroupant les activités de cardiologie, de chirurgie cardiaque, de cardiologie interventionnelle, de chirurgie vasculaire et éventuellement de stroke n'a pas vraiment été discuté au niveau national au moment de la rédaction de la nouvelle loi hospitalière en 2018. Pourtant, cette option est à considérer. Elle offrirait plus d'opportunité de développement et donc faciliterait le recrutement de professionnels, et de patients de la Grande Région, mais elle offrirait surtout aux patients une concentration de compétences médicales et soignantes propices à une prise en charge de très haute qualité.

12.3. Focus sur le Laboratoire National de Santé (LNS)

12.3.1 Mission de l'établissement

La loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire National de Santé », modifiée par la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers, confère au LNS des missions exclusives, notamment le centre de diagnostic dans les domaines :

- de la génétique humaine constitutionnelle et somatique, comprenant l'interprétation des examens et le conseil génétique,
- de l'anatomie pathologique assurant au niveau national les examens cytologiques et histologiques,
- de médecine légale.

En sus de ces activités exclusives, le LNS assure des missions spécifiques de :

- laboratoire national de contrôle et de référence,
- sécurité alimentaire,
- hygiène du milieu.

Dans le domaine de la microbiologie, il réalise des analyses de virologie, de sérologie, de bactériologie, de mycologie, d'antibio-résistance, de génomique microbienne.
Dans le domaine de la biologie médicale, il réalise les analyses dans le cadre du dépistage néonatal et prénatal, des analyses toxicologiques et d'hormonologie spécialisée.

Le LNS se distingue des autres laboratoires hospitaliers ou privés par ces missions spécifiques qui lui sont confiées par l'autorité publique.
Ces spécificités nécessitent parfois des équipements et des compétences dont les autres laboratoires (privés ou hospitaliers) n'ont pas obligatoirement besoin, comme par exemple les installations de télé-pathologie.

Les professionnels qui interviennent au sein du LNS participent donc pour une grande majorité des départements et services, de manière indirecte au diagnostic des pathologies des patients et de ce fait interviennent dans le parcours thérapeutique du patient.
Travaillant sur des échantillons humains, les professionnels qui interviennent doivent disposer d'une autorisation d'exercer.

12.3.2 Besoins en ressources professionnelles

Pour faire fonctionner les activités au sein du LNS, plusieurs niveaux de fonctions sont nécessaires dans les départements :

- chef de laboratoire ayant l'autorité de validation et signature des résultats cliniques (médecins, biologistes),
- « clinical scientist » ou scientifique clinique, le plus souvent ayant un PhD en biologie mais n'ayant pas de doctorat médical, responsables des plateformes et de la production des résultats cliniques (ex : biologie moléculaire, séquençage), mais actuellement sans autorisation de signature des résultats (niveau Bac + 7 ou 8),
- ingénieurs de laboratoire responsables du développement et de la validation de méthodes avant leur passage en routine (niveau master Bac + 5),
- techniciens de laboratoire spécialisés, type macroscopistes (niveau master Bac + 5 ou niveau Bac + 3 avec validation d'acquis professionnels dans le domaine de la macroscopie et de la télé-pathologie),
- techniciens de laboratoire (niveau Bac +3),
- conseillers en génétique (niveau Bac +3),

- assistant de maintenance de laboratoire, assistant de médecine légale,
- fonction transversale de qualiticien, dans le cadre de l'accréditation du LNS,
- fonctions de métrologie, mais qui sont à l'heure du présent rapport très peu développées au sein du LNS,
- secrétariat.

Les 2 professions d'ATM de laboratoire et de laborantin disposent de compétences généralistes utiles dans certains services du LNS mais dans certains autres services (anatomopathologie, génétique, médecine légale, biologie moléculaire) des compétences plus spécialisées sont nécessaires.

La fonction d'ATM de laboratoire actuelle et la fonction de laborantin sont sur le terrain peu différenciées, ce qui amène à proposer une fonction unique de technologue de laboratoire (Bac + 3 ans), dont la formation pourrait être organisée au Luxembourg et répondrait à une formation générale de base pouvant permettre de travailler dans tout type de laboratoire (LNS, laboratoire hospitalier, laboratoire privé). Sur cette base, pourraient être développés des modules de spécialisation dont les divers laboratoires ont besoin : génétique, biologie moléculaire, médecine légale, toxicologie…

La spécialisation professionnelle actuelle du technicien de laboratoire se fait par encadrement sur le terrain (en médecine légale, en biologie moléculaire, en cytogénétique,..), par formation continue ou par formation diplômante à l'étranger lorsque des formations spécifiques existent.

Par contre, la profession de macroscopiste pour le centre de diagnostic en anatomie pathologique est une spécialisation à part entière qui se distingue de la fonction d'ATM de laboratoire ou de laborantin (voir partie 10). Ce professionnel nécessite une compétence exclusive en anatomopathologie.

12.3.3 Difficultés de recrutement

Le LNS rencontre d'importantes difficultés de recrutement, qui à la date du présent rapport représentent une vacance d'environ 50 postes de travail.
Il y a donc urgence à trouver des solutions pérennes pour cet établissement, faute de quoi, il ne sera pas en mesure de développer les activités tel que prévu dans la loi modifiée et ne sera pas en mesure de répondre aux exigences qualitatives telles que la durée de production d'un résultat anatomopathologique définie par le Plan National Cancer.
Les professions difficiles à recruter sont :

- les biologistes médicaux,
- les médecins généticiens,
- les médecins légistes,
- les médecins anatomopathologistes,
- les médecins spécialistes en microbiologie,
- les macroscopistes,
- les laborantins et ATM de laboratoire spécialisés dans un des domaines d'activité du LNS (ex : génétique, biologie moléculaire),
- les conseillers en génétique.

Les raisons des difficultés de recrutement de professionnels répondant aux besoins du LNS sont les suivantes :

- au niveau international, peu de professionnels ayant les compétences attendues se trouvent sur le marché du travail,
- la loi sur les laboratoires impose des critères pour la validation des résultats, qui sont différents dans d'autres pays (Pays-bas, Allemagne, Grande-Bretagne…) et empêchent de recruter des candidats ayant le profil adapté au service,
- les critères utilisés pour homologuer les diplômes des candidats potentiels ne sont pas adaptés aux besoins du LNS (rejet si la personne n'a travaillé que dans un laboratoire de recherche alors qu'elle devra faire le même type d'analyse au LNS, des techniciens en biologie moléculaire rejetés parce qu'ils ne répondent pas aux critères de formation des laborantins mais ont la compétence pour les analyses à réaliser dans le département de biologie moléculaire du LNS),
- le processus d'homologation des diplômes n'implique pas les professionnels du LNS et il n'y a pas d'évaluation scientifique et professionnelle des candidats,
- la procédure d'autorisation d'exercer est très longue en raison de ces difficultés liées au profil des personnes candidates et liées aux contenus de leur formation,
- les exigences linguistiques sont un facteur défavorable au recrutement de personnes compétentes et qualifiées ne parlant pas une des trois langues nationales,
- le salaire n'est pas attractif pour les postes de biologistes,
- la CCT de la FHL est très concurrentielle pour les ATM de laboratoire et les laborantins,
- les jeunes résidents luxembourgeois formés à l'étranger ne reviennent pas toujours au Luxembourg.

Les exigences linguistiques sont à rediscuter car le LNS étant obligé de recruter à l'étranger, l'anglais est la langue qui permet de communiquer dans les équipes. Seules quelques activités en lien direct avec la population telles que le conseil génétique, la toxicologie médico-légale et la médecine légale,… exigent de s'exprimer dans les langues du pays. Il faudrait donc réfléchir à introduire une modulation des exigences linguistiques en fonction des postes à occuper, ce qui diminuerait considérablement les difficultés de recrutement. Bien entendu, le LNS pourrait imposer qu'au bout d'une année ou de 2 ans, le professionnel embauché sur une fonction ne comportant pas d'exigence linguistique, soit en mesure de s'exprimer dans au moins une des langues nationales.

De même, il faudrait introduire une modulation des exigences relatives au contenu de formation chez les ATM de laboratoire ou chez les laborantins, car ces contenus ne sont pas obligatoirement nécessaires au LNS (ex : prélèvement). En cas de mise en place de modulations, l'exercice professionnel pourrait alors être limité à un terrain spécifique. Pour exercer dans un autre lieu, le professionnel devrait répondre aux exigences habituelles liées à la profession. Dans ce cas, il serait contraint de compléter sa formation pour recevoir une autorisation d'exercer sans limitation de champ d'exercice.

Les refus d'homologation des diplômes portent aussi bien sur des techniciens de laboratoire que des macroscopistes ou des biologistes.
Les délais pour recruter peuvent être très longs de 1 à 4 ans, malgré le recours à un chasseur de tête.
Des candidats disposant des compétences attendues par le LNS en provenance de pays non européens ne sont pas homologués, le LNS est alors obligé de se rabattre sur des candidats en provenance de certains pays européens dont le niveau de formation est moins élevé, ce qui impose alors un long processus de formation et d'encadrement sur le terrain, alors que les personnes occupent les fonctions.

Le LNS ne dispose pas d'un document stratégique concernant sa vision des compétences pour aujourd'hui et pour les 10 ans à venir tenant compte des évolutions technologiques et scientifiques pouvant avoir lieu dans les disciplines qui lui sont confiées par l'autorité publique.

12.3.4 Atouts et handicaps de recrutement du LNS

Le LNS possède certains atouts lors du recrutement :

- locaux et équipements de qualité,
- moyens disponibles pour réaliser les activités,
- proximité de l'IBBL,
- possibilités de faire de la recherche dans quasi tous les départements,
- diversité des disciplines représentées,
- contact proche avec les cliniciens sans que le LNS soit attaché à un centre hospitalier universitaire,
- esprit académique dans les départements et proximité avec l'Université,
- opportunités pour développer des projets et possibilités de participer au changement,
- dynamique de soutien du ministère,

Mais le LNS a aussi des handicaps lors du recrutement :

- image internationale peu évidente,
- concurrence internationale d'autres pays lors d'un recrutement,
- concurrence des laboratoires hospitaliers au niveau salarial pour le recrutement des techniciens de laboratoire,
- pas d'accueil d'étudiants en spécialisation de médecine (biologie, médecine légale...) car le LNS ne dispose pas de convention avec des universités,
- le pays est petit et l'opportunité de rencontrer des cas cliniques rares est faible,
- le LNS n'est pas attaché à un Centre Hospitalier Universitaire,
- le LNS n'est pas attaché à une Université,
- le LNS est plutôt isolé, il ne participe pas par exemple de manière systématique aux réunions de concertation pluridisciplinaires en oncologie, bien que la participation soit en progression cette dernière année.

12.3.5 Perspectives pour l'avenir

L'automatisation, la robotisation, l'intelligence artificielle modifieront très certainement dans les prochaines années les pratiques professionnelles au sein du LNS, exigeant sans doute du personnel hautement qualifié, cependant les réflexions sur ce sujet ne sont pas encore matures au sein du LNS.
Il est en tout cas certain, que les profils de formation généralistes polyvalents ne sont plus adaptés aux besoins du LNS. Chaque domaine d'activité du LNS requiert déjà à ce jour des compétences spécialisées tant chez le chef du laboratoire que chez les laborantins et les ATM de laboratoire : en génétique, en toxicologie, en médecine légale, en anatomopathologie avec des sur-spécialisations telles que la neuropathologie, en biologie moléculaire…
C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place une formation de technicien de laboratoire avec Bac+3 qui permette d'acquérir les compétences de base dans tous les domaines et de prévoir des modules de pratique avancée soit dans le cadre d'une 4ème année, soit en cours d'emploi sous la forme d'une promotion professionnelle contractuelle.

Dans un avenir proche, de nouveaux métiers devront intégrer le LNS tels que les bio-informaticiens, les data-managers.
Mais pour s'orienter dans ce sens, le LNS devra développer sa réactivité, notamment au niveau informatique, et se délier de sa dépendance actuelle au CTIE (Centre des Technologies de l'Information de l'Etat) pour tout ce qui touche à l'informatique médicale et scientifique.
Pour optimiser les chances de recrutement de certains profils de biologistes spécialisés ou de médecins spécialisés, il faut que le Luxembourg se donne les moyens de former des jeunes dans les disciplines que le LNS doit assurer au niveau national, de ce fait il faut réfléchir à des modèles de formation assurée par le terrain s'il est habilité mais non académiques, ou à des modèles académiques conventionnés avec des universités à l'étranger.

12.3.6 Attentes du LNS

Il est attendu du LNS de se réformer vite, de répondre aux objectifs nationaux (devenir un centre d'excellence) mais l'environnement administratif ne lui facilite pas la tâche puisqu'il ne peut pas acquérir les ressources humaines adaptées à ses besoins.
Le LNS attend de l'autorité publique plus qu'une écoute, à savoir la création d'un environnement favorable légal et administratif pour le soutenir dans sa recherche des professionnels compétents afin d'atteindre ses objectifs, ce qui impose que plusieurs ministères se concertent et travaillent ensemble (MINSAN et MESR) avec le LNS.
Il faudra réviser la loi sur les laboratoires, la loi sur les professions de santé, les dispositions sur les homologations de diplômes, pour soutenir le recrutement des ressources humaines pour le LNS.
Il faut réfléchir sur un système plus souple laissant plus d'autonomie de décision à la direction du LNS dans le choix des ressources humaines adaptées à ses besoins, tout en préservant les diplômes et en ne permettant pas des reconnaissances de diplômes sans que tous les niveaux de compétences ne soient garantis. **Des réflexions sur des autorisations ou des homologations à champ limité (seulement LNS) sont à faire avec l'autorité publique dans les meilleurs délais pour pouvoir faciliter le recrutement dans cet établissement**.

12.4. Focus sur les laboratoires privés d'analyses médicales

12.4.1 Mission des établissements

La FLLAM (Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales) regroupe aujourd'hui les laboratoires suivants :

- Laboratoires Ketterthill,
- Laboratoires réunis,
- Bionext et les Laboratoires des Forges du Sud.

Les laboratoires privés sont soumis à la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.
Leur mission est de réaliser des analyses médicales dans divers domaines fixés par règlement grand-ducal dans le cadre de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies humaines.

Dispersés sur le territoire, ils offrent les prélèvements en centres ou à domicile.
Ils ont passé des conventions de collaboration avec les hôpitaux pour réaliser l'activité ambulatoire des hôpitaux.

12.4.2 Professions requises

Les laboratoires privés utilisent les ressources professionnelles suivantes pour les analyses médicales:

- direction médicale assurée par un biologiste ou un médecin ou un pharmacien qui assurent la validation des résultats, la communication avec les médecins traitants des patients,
- des scientifiques de laboratoire de niveau PhD, par exemple en biologie moléculaire, qui n'ont pas le droit de signature, mais supervisent les unités techniques, développent les techniques d'analyse, les valident et les implémentent,
- des laborantins : les laboratoires privés ne recrutent désormais que des laborantins et plus d'ATM de laboratoire,
- des infirmières préleveuses.

En sus de ces professionnels, sont retrouvés les fonctions de support : coursiers, magasiniers, gestionnaires de stock, logisticiens, secrétariat, qualiticien et accréditation, informaticien… La maintenance des équipements est assurée par les fournisseurs, les laborantins intervenant en 1er recours lorsque la panne nécessite un délai d'attente.

Les laboratoires privés ne font pas de différence sur le terrain entre les laborantins et les ATM de laboratoire qui sont encore en activité.

Les infirmiers sont essentiellement utilisés aux prélèvements, ce qui réduit la profession à une technique et donc sous-utilise les compétences de l'infirmier, alors que dans d'autres secteurs d'activité le besoin d'infirmier est important. Il y a donc lieu de réfléchir en attendant le développement des nouvelles technologies robotisées de prélèvement, au développement d'une profession de préleveuse, afin de remettre sur le marché de l'emploi des infirmiers utilisant la totalité de leurs compétences.

Le besoin en scientifiques dans les laboratoires privés est identique au besoin retrouvé dans le LNS ou dans les laboratoires hospitaliers. Ces professionnels assurent le middle management en encadrant les équipes de laborantins et d'ATM de laboratoire. Pourtant

ces professionnels n'ont pas d'existence légale et pas d'attributions professionnelles officielles, ce qui d'ailleurs pose problème dans le cadre du processus d'accréditation des laboratoires.

Les laboratoires privés ne sont soumis à aucune norme de dotation en personnel. Ils déterminent seuls leur dotation et les qualifications qu'ils embauchent.
La norme ISO 15.189 applicable aux laboratoires d'analyses médicales ne prévoit aucune norme de ressources professionnelles.

12.4.3 Difficultés de recrutement

Les laboratoires privés sont aussi soumis aux difficultés de recrutement dans les fonctions suivantes :

- biologistes,
- pharmaciens,
- laborantins,
- infirmiers.

Les raisons des difficultés de recrutement sont :

- marché de l'emploi extrêmement tendu dans les pays frontaliers pour ces professions (Allemagne, Belgique, France),
- l'absence de CCT au sein des laboratoires privés qui engendre un turn over national vers des institutions où les salaires sont plus élevés.

12.4.4 Conditions de travail

Il n'y a pas de CCT applicable au personnel salarié des laboratoires privés.
De ce fait, ils subissent la concurrence nationale avec les laboratoires hospitaliers qui sont soumis à la CCT de la FHL, mais aussi avec le LNS qui offre des conditions salariales supérieures à celles des laboratoires privés.
Chez les infirmiers, le turn over est très élevé (moins d'une année) bien que les contrats soient des CDI. Mais il s'agit le plus souvent de contrats à temps partiel. Ces professionnels migrent vers l'assurance dépendance ou vers l'hôpital dès qu'un poste se libère.

12.4.5 Perspectives pour l'avenir

Les laboratoires privés croient dans le développement intensif d'un partenariat public-privé. Ils veulent se positionner dans la reprise des activités de routine des laboratoires hospitaliers, ce qui ne laisserait aux laboratoires hospitaliers que les analyses urgentes pour les services d'urgence, les blocs opératoires, les réanimations et quelques cas d'urgence en cours d'hospitalisation. Leurs structures peuvent techniquement absorber cette activité.
Ils sont prêts à absorber une plus grande partie d'activité ambulatoire si les hôpitaux font un véritable virage ambulatoire.
Ils estiment que le scope de leur activité va s'élargir, au fur et à mesure que se redessinera l'organisation du système de santé luxembourgeois.

Sur le plan technologique, la robotisation permettra dans un avenir proche de réaliser une partie des prélèvements.
L'intelligence artificielle facilitera la validation des résultats dans un avenir plus lointain. Pour l'instant, les systèmes experts apportent déjà beaucoup d'aide en fournissant l'historique des résultats du patient et la validation technique.

12.5. Focus sur le Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB)

12.5.1 Mission de l'établissement

Le CFB est un établissement hospitalier spécialisé. Il a pour mission d'être le service hospitalier national de radiothérapie.
Il offre des traitements de radiothérapie à visée curative ou palliative dans un contexte pluridisciplinaire de cancérologie.

Cet établissement présente une constante évolution de son activité. Il dispose aujourd'hui de 4 accélérateurs. Lors du déménagement prévu en 2024, il disposera de 6 accélérateurs de dernière génération puisque les remplacements sont programmés.
Les nouveaux équipements disposent d'une IRM intégrée permettant une adaptation du volume et une meilleure répartition de la dose.
Les tendances actuelles de traitement vont vers l'hypo-fractionnement.
L'activité du CFB devrait continuer de croître dans les 10 années à venir en nombre de patients à traiter.
Les frontaliers représentent 10 % de l'activité totale du CFB.

12.5.2 Besoins en ressources professionnelles

Les ressources professionnelles propres utilisées actuellement par le CFB sont :
- 6 médecins radiothérapeutes (valeur 6 ETP),
- 1 médecin généraliste (valeur 1 ETP),
- 6 experts en physique médicale (valeur 6 ETP)
- 4 dosimétristes (valeur 3,5 ETP),
- 20 ATM de radiologie spécialisés en radiothérapie (valeur 18,7 ETP),
- 3 infirmiers en soins généraux ayant une expérience en oncologie (valeur 2,6 ETP) ,
- 1 psychologue clinicien (valeur 1 ETP).

La règle de base est 1 expert physicien pour 1 médecin radiothérapeute.

Le CFB a accès à des services supports fournis par le CHEM :
- qualiticien,
- diététique,
- pharmacie,
- infirmier hygiéniste.

12.5.3 Rémunération des professionnels

Au CFB, à la différence de l'INCCI, tous les professionnels sont salariés, y compris les médecins radiothérapeutes.
La rémunération des médecins est établie à partir d'une grille de salaires. Les salaires sont alimentés par la facturation des actes de radiothérapie selon la nomenclature des actes et services des médecins et médecins dentistes.
Actuellement, ce modèle fonctionne et permet de payer les 6 médecins salariés.
Les autres professionnels non médicaux bénéficient de la CCT de la FHL, y compris les experts en physique médicale et les dosimétristes.

12.5.4 Recrutement des médecins radiothérapeutes

Le CFB recrute actuellement un 7ème médecin radiothérapeute.
Le recrutement est extrêmement complexe. Il a été initié depuis 3 ans et n'était toujours pas conclu à la date de la visite sur site pour cette étude.
Etant donné le délai très long du recrutement, une anticipation des futurs besoins médicaux est nécessaire car 2 médecins radiothérapeutes partiront dans les 5 prochaines années et 1 médecin radiothérapeute dans les 10 prochaines années.
Avec l'implantation des nouvelles machines il faudra probablement augmenter le nombre de médecins radiothérapeutes et pas seulement remplacer les départs, d'autant que l'activité de RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) représentait sur l'année 2018, la valeur de 1ETP de médecin radiothérapeute. Le CFB souhaiterait recruter un médecin radiothérapeute supplémentaire pour combler cette activité, mais l'institution n'a pas trouvé de candidat sur le marché de l'emploi.

Les moyens utilisés par le CFB pour recruter le médecin radiothérapeute sont :

- les annonces dans les quotidiens médicaux,
- les sites Internet médicaux,
- les réseaux personnels des médecins radiothérapeutes,
- les société scientifiques,
- les sites universitaires,
- un chasseur de tête.

Malgré cette diversification des moyens de recrutement, le nombre de candidats est très faible.
Le périmètre de recherche des candidats est européen : Belgique, France, Italie, Espagne…
Les difficultés de recrutement d'un médecin radiothérapeute sont liées aux éléments suivants :

- curriculum vitae des candidats ne correspondant pas aux besoins,
- salaire demandé par le candidat supérieur à ce que le CFB pouvait payer,
- proposition concurrente en Suisse plus attractive,
- diminution de l'attractivité salariale du Luxembourg par rapport aux autres pays frontaliers, notamment dans les structures privées,
- pas de possibilité d'exercer une fonction de professeur à l'Université du Luxembourg.

Les candidats négocient les conditions de travail : travailler sur 4 jours, avoir un logement, avoir une possibilité de trouver un travail pour le conjoint.

12.5.5 Recrutement des ATM de radiothérapie

Le CFB recrute les ATM de radiologie au Luxembourg et en France, mais il a besoin d'ATM spécialisés en radiothérapie. Le nouveau cursus de formation des ATM de radiologie au Luxembourg donne satisfaction au CFB. Cependant le nombre d'étudiants formés n'est pas suffisant pour combler les besoins.
Afin d'augmenter ses potentialités de recrutement, le CFB accueille des étudiants en stage venant de plusieurs écoles en France et en Belgique, formant des ATM en radiothérapie. Tous les étudiants ATM de radiologie du Luxembourg passent en stage au CFB.
La radiothérapie est enseignée au cours du cursus de formation d'ATM de radiologie au Luxembourg. Cependant, la pratique avancée en radiothérapie n'est véritablement acquise qu'après 1 année complète. Le processus d'encadrement du nouveau collaborateur comprend 6 mois de traitement de radiothérapie externe, puis 6 mois

consacrés aux apprentissages sur simulateur et la curithérapie. Ce temps n'est pas actuellement considéré dans les normes conventionnelles entre la CNS et la FHL

Le Luxembourg reste attractif pour le recrutement des ATM en radiothérapie, notamment en raison des salaires et des conditions de travail de la CCT, mais aussi en raison des équipements de dernière génération qui permettent d'utiliser les nouvelles techniques de traitement.
Actuellement, le besoin en recrutement d'ATM en radiothérapie est d'environ 1 personne par an.
Pour l'extension du CFB en 2024, il faudra pouvoir recruter 3 à 4 personnes supplémentaires ATM en radiothérapie.

12.5.6 Recrutement d'infirmiers ayant une pratique avancée en oncologie

Les infirmiers en soins généraux sont chargés de la dispensation des chimiothérapies et de la gestion des effets secondaires.
Seuls des infirmiers expérimentés en oncologie peuvent être recrutés car l'équipe étant minimale, le professionnel doit être opérationnel.

12.5.7 Recrutement des experts en physique médicale et dosimétristes

Dans le chapitre 10, ont été détaillées les problématiques autour des experts en physique médicale. Il a été recommandé d'intégrer les experts en physique médicale dans les professions de santé réglementées.
Pour les dosimétristes, la direction du CFB ne prévoit plus d'en recruter. D'ailleurs en France, cette profession sera rattachée prochainement à celle d'ATM de radiologie.
Des recrutements d'experts en physique médicale sont à prévoir : 1 en 2019, 1 en 2020 afin d'avoir autant d'experts que de médecins radiothérapeutes.
Il faudra aussi prévoir des recrutements pour le nouvel hôpital en raison de l'accroissement du nombre de machines.
Etant donné les difficultés pour recruter ce type de professionnels, le CFB devra largement anticiper.

12.6. Focus sur le Rehazenter, le Centre de Réhabilitation de Colpach et les services de rééducation gériatrique

12.6.1 Impact de la dissémination sur le territoire

Les activités de rééducation fonctionnelle et de réhabilitation physique sont disséminées sur l'ensemble du territoire en divers lieux :

- Rehazenter à Luxembourg ville,
- Centre de réhabilitation à Colpach,
- Service de rééducation fonctionnelle gériatrique à Steinfort,
- Service de rééducation fonctionnelle gériatrique à Dudelange,
- Service de rééducation fonctionnelle gériatrique à Ettelbruck.

Cinq institutions indépendantes interagissent dans un domaine très similaire pour des populations diverses.
A celles-ci devrait être ajouté le CHL qui réalise la rééducation cardiaque.
La loi hospitalière du 8 mars 2018 n'a pas considéré nécessaire d'introduire un regroupement de ces activités.
La dissémination sur le territoire permet sans doute de donner satisfaction à la population qui peut trouver une réponse à ses besoins en proximité.
Cependant ce choix induit une gestion consommatrice de ressources professionnelles par absence de mutualisation.
Or le recrutement des médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation (MPR) n'est pas aisé.
Le remplacement en cas de grossesse, de congé maladie des médecins, ou tout simplement de congés annuels n'est pas organisé de manière globale.
Cette dissémination sans gestion globale induit aussi une certaine concurrence entre les institutions. L'offre nationale de rééducation n'est pas concertée entre tous les acteurs, chacune des institutions pouvant déterminer les orientations qu'elle souhaite prendre. Il n'existe pas non plus de synthèse nationale permettant de voir si des pans de rééducation sont exclus ou pauvrement représentés.
Bien que disséminés sur le territoire, les établissements n'ont pas d'obligations de prise en charge territoriale.
Cette dissémination n'a pas supprimé la concurrence avec la grande région, notamment avec les centres qui accueillent des patients résidant au Luxembourg qui réalisent leur rééducation à l'étranger.

12.6.2 Rôle des ressources professionnelles

Les ressources professionnelles de ce secteur d'activité sont prioritairement axées sur les aspects rééducatifs et réhabilitatifs en milieu stationnaire ou ambulatoire.
Cependant les liens avec le secteur libéral sont peu développés alors qu'une continuité des prises en charge est attendue pour les personnes qui nécessiteront un suivi à domicile.

12.6. 3 Types de professions dans ce secteur d'activité

Ce secteur d'activité utilise une palette large de professions de santé réglementées :

- médecins en médecine physique et réadaptation (MPR),
- médecin psychiatre en exercice libéral,
- médecins généralistes en exercice libéral,
- médecins gériatres,
- kinésithérapeutes,
- ergothérapeutes,

- psychomotriciens,
- assistants sociaux,
- orthophonistes,
- orthoptistes,
- diététiciens,
- infirmiers,
- aides soignants.

En sus de ces professions de santé réglementées, plusieurs autres types de professionnels interviennent directement dans les prises en charge des patients :

- psychologues cliniciens,
- neuropsychologues,
- thérapeutes à médiation artistique,
- thérapeute en activité physique adaptée.

Cependant ces professionnels ne sont pas inscrits dans la liste des professions de santé réglementées.

Les médecins MPR ont le statut de salarié au Rehazenter en dehors du médecin psychiatre qui exerce en libéral.
Le salariat des médecins MPR est financé par le biais des actes de nomenclature qui sont peu rémunérateurs. De ce fait, cela limite le nombre de postes de médecins MPR créés, et cela induit des délais pour obtenir une consultation qui peuvent aller jusqu'à 2 mois.

12.6.4 Difficultés de recrutement

Le recrutement des médecins MPR est difficile. Les délais de recrutement sont longs, pouvant atteindre 2 ans et plus.
Les établissements utilisent les outils habituels de recrutement : annonces, sites Internet, sociétés scientifiques. Le recrutement par chasseur de tête n'est pas utilisé dans ce secteur.

Il est difficile de recruter des aides-soignants.
Le recrutement d'un infirmier formé au Luxembourg est exceptionnel. Ils vont généralement dans les hôpitaux aigus avant de venir en rééducation.

12.6.5 Besoin de compétences spécifiques pour la rééducation

Travailler en rééducation nécessite d'avoir des connaissances et compétences appropriées à ce type de patients tant au niveau relationnel, qu'éducatif, et au niveau techniques de soins. Or peu de professionnels disponibles sur le marché de l'emploi disposent de ces compétences. Le temps d'adaptation au milieu est de ce fait plus long.
Il y aurait lieu de développer une pratique avancée pour les infirmiers et les aides soignants de ce secteur.

12.6.6 Perspectives pour l'avenir

L'agrandissement du Rehazenter de 72 lits à 100 lits devrait générer des besoins en ressources professionnelles médicales et en professions de santé réglementées. Au minimum 2 médecins MPR devront être recrutés.
L'augmentation du nombre de lits à Steinfort devrait générer des besoins en professions de santé réglementées.
Le projet de réhabilitation physique en ambulatoire à Colpach devrait aussi générer des besoins complémentaires en professions de santé réglementées.

12.7. Focus sur le Domaine Thermal de Mondorf

12.7.1 Mission de l'établissement

Le Domaine Thermal de Mondorf a pour mission d'organiser les cures thermales au Luxembourg et de mettre en place la réhabilitation post-oncologique ambulatoire en partenariat avec le Centre de Colpach.
Différents types de cure sont offerts :

- cure de l'obésité pathologique chez l'adulte,
- cure pour rhumatismes,
- cure des voies respiratoires,
- cure des voies digestives,
- cure ORL,
- cure pour insuffisance lympho-veineuse.

12.7.2 Ressources professionnelles

Le Domaine thermal utilise différents types de ressources professionnelles :

- 2 médecins agréés pour prescrire les cures thermales et suivre les curistes pendant la cure, dont un médecin est médecin spécialiste en rééducation et médecine physique et l'autre est médecin interniste,
- 4 médecins spécialistes en rhumatologie agréés pour prescrire les cures,
- des médecins spécialistes en ORL et en pneumologie pour prescrire les cures spécifiques à leur domaine,
- 15 personnes agents thermaux d'hydrothérapie (valeur 13,45 ETP), dont la problématique a été détaillée dans le chapitre 10 du présent rapport,
- 30 masseurs,
- 25 kinésithérapeutes,
- 1 thérapeute en activité physique adapté,
- 3 ostéopathes,
- 2 psychologues cliniciens (valeur 1 ETP),
- 4 diététiciens,
- 1 podologue.

Le Domaine Thermal n'a pas recours aux professions d'infirmier ou d'aide-soignant.

Le personnel est salarié, à l'exception des médecins qui exercent en libéral.
La convention collective de travail appliquée est spécifique au Domaine thermal. Elle est moins favorable que celle de la FHL, ce qui engendre une certaine concurrence nationale (pas de 13ème mois, différence sur le salaire variable selon l'ancienneté).

La dotation en ressources professionnelles est définie par l'établissement en fonction des ressources financières disponibles. Les ressources de l'institution sont liées aux tarifs négociés avec la CNS tous les deux ans.

12.7.3 Problématiques de recrutement des médecins

Le Domaine thermal souhaite modifier son système actuel de médecins prescripteurs de cures afin d'avoir une équipe médicale présente au sein de l'institution, assurant les consultations pour les demandeurs de cure sur lettre de transfert d'un autre médecin.
En sus, le Domaine voudrait constituer une équipe de médecins généralistes pour répondre aux besoins des curistes en dehors de la présence des médecins prescripteurs de cure, c'est à dire la nuit, les jours ouvrables et les weekends à partir du samedi après midi jusqu'au lundi matin. Mais il rencontre des difficultés pour trouver des médecins généralistes intéressés par cette offre.

D'autre part, le recrutement d'un médecin rhumatologue pour remplacer un départ est très difficile.

12.7.4 Problématiques de recrutement des professions de santé réglementées

Aucune difficulté de recrutement n'est retrouvée chez les psychologues cliniciens.
Chez les kinésithérapeutes, il n'est pas difficile de recruter mais par contre très peu de candidats parlent plusieurs langues, ce qui rend difficile la prise en charge des curistes âgés.
Le problème de recrutement le plus important est retrouvé chez les masseurs. En effet, jusqu'à présent, les masseurs étaient formés en Allemagne. Cependant ces formations ne sont plus reconduites et il devient très difficile, voir impossible de recruter des masseurs en provenance d'Allemagne. Cette profession va s'éteindre. Cependant les prescriptions de massages vont persister dans le parcours du curiste et le Domaine thermal devra trouver une solution, économiquement viable :

- remplacer les masseurs par des kinésithérapeutes, mais le coût sera plus élevé et les kinésithérapeutes ne souhaitent pas assumer cette fonction,
- remplacer les masseurs par des aides-soignants formés aux massages thérapeutiques et maintenir les drainages lymphatiques chez les kinésithérapeutes.

A ce jour, le Domaine thermal ne peut pas prendre plus de curistes dans les locaux. Les ressources professionnelles sont fixées en fonction du nombre de curistes pris en charge. Cependant, un projet d'agrandissement des locaux a été déposé à la Chambre des députés. Les besoins de ressources professionnelles complémentaires devront être recalculés.

12.7.5 Détermination des besoins en ressources professionnelles

La détermination des besoins en ressources professionnelles devrait être basée, selon le type de cure, sur les problèmes cliniques les plus fréquents, en considérant les aspects curatifs mais aussi les aspects préventifs. L'éducation à la santé devrait être totalement intégrée, et des forfaits standard par types de professionnels et par type de cure devraient être appliqués. Les temps de réunion de concertation pluri-professionnelle devraient être comptabilisés et valorisés. Un volume annuel de temps de préparation des outils pédagogiques pour les séances avec les curistes devrait être valorisé notamment pour les diététiciens et les psychologues.
Pour les kinésithérapeutes et les masseurs, les programmes sont déterminés avec le médecin en fonction de la situation clinique du patient. Les temps de séances devraient être forfaitaires.
Le soutien psychologique n'est pas prévu dans tous les types de cure alors que certains patients en ont besoin. Il faudrait pouvoir l'introduire.
Le Domaine thermal ne dispose pas d'infirmiers mais cette compétence devrait être présente pour plusieurs types de prestation, tels que :

- gestion des « bobos » lors des chutes,
- injections chez les patients en cure pour rhumatismes,
- pansements et bandages chez les curistes pour problèmes lympho-veineux,
- soins aux curistes diabétiques…

Le suivi ambulatoire de cure notamment dans le cadre de l'obésité fait défaut. Il permettrait certainement d'éviter des rechutes.

12.7.6 Agents thermaux hydrothérapeutes

Le chapitre 10 a abordé la problématique des agents thermaux hydrothérapeutes qui interviennent directement dans le processus de cure, sans être inscrits dans la liste des professions de santé réglementées.

12.7.7 Perspectives pour l'avenir

La mise en route de la réhabilitation post-oncologique ambulatoire nécessitera des ressources en termes de :

- psychologue clinicien,
- thérapeute en activité physique adaptée,
- diététicien,
- kinésithérapeute,
- masseur,
- médecin chargé du suivi.

Le développement de nouvelles offres de cure sont à réfléchir en regard des problèmes de santé publique, tels que l'ostéoporose.
Le rôle du Domaine thermal dans la promotion de la santé et la prévention est à réfléchir.

Résumé Partie 13 : Focus sur certains établissements spécialisés

Certains établissements spécialisés présentent des problématiques spécifiques en termes de ressources professionnelles auxquelles l'autorité publique doit fortement s'intéresser car elles peuvent avoir un impact réel sur :

- l'existence d'un service public : la chirurgie cardiaque pour l'INCCI,
- le développement des missions : l'anatomopathologie et la génétique au LNS.

Il y a lieu de considérer l'intérêt de revoir le modèle de rémunération des médecins à l'INCCI, en rééducation, car cela constitue un handicap de recrutement.

Il est indispensable de repenser les concepts de gestion et le périmètre des activités mis en place il y a près de 20 ans pour l'INCCI ainsi que pour la rééducation, et imaginer des modèles plus porteurs soit pour attirer des professionnels de haut niveau (INCCI), soit gérer de manière plus efficiente les ressources (Rééducation).

Ces établissements ont tous la particularité d'avoir besoin de ressources professionnelles très spécifiques (macroscopistes, hydrothérapeutes, masseurs, perfusionnistes…), mais en petit nombre. Cependant, elles ne doivent pas être oubliées, leur pratique doit être cadrée au sein de la législation ou de la réglementation, et leur reconnaissance dans le système de santé doit exister.

Certaines de ces professions vont disparaître (ex : masseur) c'est l'opportunité de donner de nouvelles perspectives au métier de l'aide-soignant.

La formation d'ATM de laboratoire a disparu. Cependant le besoin de former de nouveau est présent, sous un autre modèle, avec un niveau plus élevé (Bac+3). Il faut saisir cette occasion pour n'avoir plus qu'un seul métier de technologue de laboratoire.

Il y a des projets d'agrandissements et d'augmentation des activités qu'il faut anticiper dans la formation des professionnels et dans le recrutement.

Le besoin de concertation est fort entre l'autorité publique et ces établissements pour trouver des solutions ensemble aux problématiques spécifiques de recrutement rencontrées. Des solutions d'autorisations d'exercer à champ limité, des réflexions approfondies sur le droit de signature dans les laboratoires, les conditions linguistiques aménagées… doivent être discutées dans les meilleurs délais afin de permettre le recrutement de bons candidats adaptés aux besoins.

L'utilisation des ressources professionnelles rares (infirmiers, sages-femmes) dans des fonctions limitées doit être discutée et d'autres solutions doivent être envisagées (ex : préleveuse) qui pourraient aussi offrir de nouvelles perspectives au métier de l'aide-soignant.

Tous ces établissements ont besoin d'une pratique avancée chez certains professionnels. Ce dispositif est à ancrer dans la loi sur les professions de santé afin qu'une reconnaissance des compétences acquises soit possible, qu'un cadre soit donné concernant les exigences de formation et que des attributions spécifiques complémentaires soient possibles.

Enfin il apparaît à travers cette analyse spécifique que les législations sur le LNS, sur les laboratoires, sur les professions de santé doivent être immanquablement révisées.

Recommandations INCCI:

- Organiser une concertation approfondie entre l'autorité publique et l'INCCI sur l'avenir de l'INCCI, sur le périmètre de sa mission, sur l'opportunité de mettre en place un grand centre cardio-vasculaire et neuro-vasculaire national, tels qu'ils existent à l'étranger, afin de rendre attractif l'INCCI pour des médecins anesthésistes et chirurgiens très compétents.
- Développer la télé-cardiologie au Luxembourg permettrait le développement d'un tel centre.
- Revoir le modèle de gestion de l'INCCI afin qu'il ne soit pas un frein au développement institutionnel.
- Revoir le modèle de rémunération des médecins de l'INCCI qui constitue actuellement un frein réel au recrutement.
- Inscrire les perfusionnistes dans la liste des professions de santé.
- Reconnaître la formation complémentaire des échographistes, des ATM de radiologie pour la salle hybride comme pratique avancée de professions de santé.
- Apporter de l'aide à l'INCCI dans sa recherche de chirurgiens cardiaques et de médecins anesthésistes.

Recommandations LNS :

Pour permettre au LNS de répondre à ses missions :

- Etablir au sein du LNS, par département, les types de profils de fonction nécessaires à l'atteinte des missions, avec une précision sur le niveau de compétences attendues, le type de formation requise, les exigences linguistiques indispensables, en tenant compte des grandes difficultés de recrutement de certaines professions.
- Sur cette base, organiser une concertation productive avec l'autorité publique, visant à rechercher des solutions efficaces, entre le LNS et l'autorité publique, pour ce qui concerne les homologations de diplôme et les autorisations d'exercer.
- Revoir la loi sur les laboratoires, car certains domaines comme la génétique n'y sont pas. D'autre part, revoir les titres professionnels pour l'exercice de chef de laboratoire, ainsi que la validation des résultats d'autant qu'avec les technologies avancées, la machine apporte une aide significative.
- Inscrire la profession de macroscopiste dans la liste des professions de santé avec une exigence de formation de niveau universitaire Bac+5 et définir les attributions.
- Inscrire la profession de scientifique de laboratoire dans la liste des professions de santé, définir les attributions, revoir leur rôle dans le cadre de la validation des résultats notamment dans la perspective de pénurie des biologistes avec une exigence de formation de niveau universitaire Bac+7 ou 8.
- Développer la profession de conseiller génétique en pratique avancée pour l'infirmier.
- Faire participer le LNS aux évaluations des candidatures pour l'homologation des diplômes, quand cela le concerne.
- Ne pas accepter que des professionnels qui interviennent dans le processus diagnostique travaillent sans autorisation d'exercer, si celle-ci est nécessaire pour toutes les autres professions dans un laboratoire.
- Prévoir un système d'autorisation d'exercer à champ d'exercice limité, si nécessaire.

- Rechercher des solutions avec les universités étrangères pour que le LNS soit terrain d'accueil pour les stages des étudiants en médecine.
- Etudier avec l'Université du Luxembourg, l'opportunité de développer la spécialisation de médecin biologiste.
- Mettre en place de nouveau au Luxembourg une formation de technologue de laboratoire à Bac+3 avec des modules de spécialisation sous forme d'une 4ème année, en remplacement de la formation d'ATM de laboratoire, afin de mieux répondre aux besoins de compétences spécialisées. Cette formation pourrait être contractualisée avec un centre de formation étranger, et délocalisée au Luxembourg.

Recommandations Laboratoires privés d'analyses médicales :

- Développer la fonction de préleveuse afin de remettre sur le marché de l'emploi les infirmiers dont les compétences sont sous-utilisées dans ce secteur. Délimiter ses attributions. Définir la formation à suivre.
- Inscrire la profession de scientifique de laboratoire dans la liste des professions de santé, définir les attributions et le niveau de diplôme (Bac+7 ou 8) requis pour être autorisé à exercer, définir leur rôle dans la validation des résultats.
- Ne conserver qu'une seule profession de technologue de laboratoire de niveau Bac+3.
- Redémarrer une formation de technologue de laboratoire mais en l'organisant avec un centre de formation étranger en la délocalisant si possible au Luxembourg.
- Promouvoir la formation de technologue de laboratoire et inciter les jeunes à s'orienter vers cette profession.
- Développer des incitatifs pour un poste de biologiste ou de pharmacien au Luxembourg afin de soutenir le recrutement.

Recommandations CFB:

- Reconnaître la pratique avancée en radiothérapie pour les ATM de radiologie travaillant au CFB selon des conditions d'expérience professionnelle à définir et de formation complémentaire à réaliser.
- Accorder dans les normes conventionnelles un temps d'encadrement du nouveau collaborateur en radiothérapie d'au minimum 6 mois de doublure.
- Augmenter le nombre d'étudiants formés en ATM de radiologie au Luxembourg pour avoir sur le marché de l'emploi luxembourgeois les diplômés nécessaires en 2024 lors du déménagement dans le nouvel hôpital.
- Reconnaître la pratique avancée en oncologie pour les infirmiers de soins généraux travaillant au CFB selon des conditions d'expérience professionnelle à définir et de formation complémentaire à réaliser.
- Intégrer les experts en physique médicale dans la liste des professions de santé réglementées.
- Si le métier de dosimétriste devait être maintenu après le déménagement au sein du CFB, prévoir d'intégrer cela dans la formation des ATM de radiologie.

Recommandations Rééducation:

- Repenser la configuration globale de la rééducation et de la réhabilitation sous un angle national, permettant une gestion conjointe des médecins spécialistes en rééducation et médecine physique, ainsi que la mutualisation de ressources au niveau des protocoles de prise en charge, des équipements,…
- Inscrire la profession de psychologue clinicien dans la liste des professions de santé réglementées, définir ses attributions et la formation requise pour être autorisé à exercer.

- Inscrire la profession de thérapeute en activité physique adaptée dans la liste des professions de santé réglementées, définir les attributions et la formation requise pour être autorisé à exercer.
- Inscrire la profession de thérapeute à médiation artistique dans la liste des professions de santé réglementées, définir les attributions et la formation requise pour être autorisé à exercer.
- Augmenter le lien dans le parcours de soins entre les institutions de rééducation et le secteur libéral.
- Développer une pratique avancée en rééducation pour les infirmiers et pour les aides-soignants de ce secteur.

Recommandations Domaine thermal de Mondorf:

- Développer une stratégie de remplacement des masseurs et réfléchir à l'opportunité de former des aides soignants aux massages thérapeutiques.
- Négocier les tarifs des cures avec la CNS sur base des programmes de prise en charge par type de cure, en comptabilisant les actions d'éducation à la santé auprès des curistes, les réunions de concertation pluri-professionnelles et un forfait temps annuel de préparation et mise à jour des outils pédagogiques.
- Intégrer les agents thermaux hydrothérapeutes dans la liste des professions de santé réglementées ou dans un règlement de normes. Définir leurs attributions et la formation requise pour l'exercice de la fonction.
- Intégrer les psychologues cliniciens dans la liste des professions de santé réglementées.
- Intégrer les thérapeutes en activité physique adaptée dans la liste des professions de santé réglementées.
- Etudier l'intérêt d'introduire des infirmiers dans les ressources professionnelles du Domaine thermal.
- Prévoir l'accessibilité possible à un soutien psychologique quelque soit le type de cure.
- Revoir avec la CNS l'intérêt d'introduire un certain suivi pour améliorer les chances d'efficacité de la cure, notamment chez les curistes d'obésité.
- Etudier l'intérêt d'un développement de programme de prévention de l'ostéoporose.
- Réfléchir sur le rôle que pourrait avoir le Domaine thermal dans la promotion de la santé et la prévention.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 13

Focus sur le secteur de l'assurance dépendance et sur le secteur de l'action sociale COPAS-FEDAS

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Contributeurs à la fourniture des données en provenance de la CNS-Assurance Dépendance :
Jessica GALHARDO, *CNS*
Christophe SHINN, *IGSS*
Isabelle DEBOURGES, *IGSS*
Carlo HALLER, *IGSS*
Laurence WEBER, *IGSS*

Sommaire

Partie 13 : Focus sur le secteur de l'assurance dépendance et sur le secteur de l'action sociale : COPAS-FEDAS	**Page**
13.1 Présentation générale du secteur de l'assurance dépendance (AD)	5
13.2 Focus sur les structures pour personnes âgées	7
13.3 Focus sur les réseaux de soins à domicile	11
13.4 Focus sur les structures pour personnes handicapées	13
13.5 Focus sur les structures de psychiatrie extrahospitalière	15
13.6 Focus sur le secteur de l'action sociale de la FEDAS	17
13.7 Description des ressources professionnelles dans le secteur de l'AD	20
13.7.1 Description des données	20
13.7.2 Evolution globale des effectifs totaux en ETP chez les prestataires de l'AD	20
13.7.3 Effectifs en ETP selon le type de structure par année entre 2008 et 2018	21
13.7.4 Personnel d'aides et de soins en ETP en 2018 selon le type de prestataire	22
13.7.5 Evolution des ETP des professions de santé réglementées entre 2008 et 2018	22
13.7.6 Evolution du ratio ETP infirmier par ETP aide-soignant	23
13.7.7 Evolution du ratio ETP du groupe de thérapeutes par ETP d'infirmier	25
13.7.8 Evolution du ratio nombre de bénéficiaires par ETP professions de santé réglem.	25
13.7.9 Evolution du ratio nombre de bénéficiaires par ETP infirmier ou aide-soignant	26
13.7.10 Distribution des ETP des professions réglementées selon le type de prestataires	27
13.7.11 Evolution des psychologues cliniciens entre 2008 et 2018	28
13.7.12Distribution des ETP psychologues cliniciens selon le type de prestataires	28
13.7.13 Evolution des ETP d'éducateurs de 2008 à 2018	28
13.7.14 Distribution des ETP d'éducateurs selon le type de prestataires en 2018	29
13.7.15 Evolution des auxiliaires de vie et économes entre 2008 et 2018	29
13.7.16 Ratio ETP d'ASF + Auxiliaires par aide-soignant en 2018	31
13.7.17 Evolution du nombre de bénéficiaires par ETP ASF + Auxiliaires de 2008 à 2018	31
13.7.18 Répartition des ETP d'aides socio-familiales et des auxiliaires selon les prestataires	31
Résumé Partie 13 : Focus sur le secteur de l'assurance dépendance et du secteur de l'action sociale	32

Glossaire

Acronyme	Définition
AD	Assurance Dépendance
AMMD	Association des Médecins et Médecins Dentistes
ASFT	Action Socio Familiale et Thérapeutique
CCT	Convention Collective de Travail
CIPA	Centre Intégré pour Personnes Agées
CNS	Caisse Nationale de Santé
COPAS	Confédération des Prestataires d'Aides et de Soins
CSS	Centres Semi Stationnaires
DAP	Diplôme d'Aptitude Professionnelle
ESC	Etablissement à Séjour Continu
ESI	Etablissement à séjour Intermittent
FEDAS	Fédération des Acteurs de l'Action Sociale
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
RAS	Réseaux d'Aides et de Soins
RGD	Règlement Grand-Ducal
RGPD	Règlement Général pour la Protection des Données

13.1. Présentation générale du secteur de l'assurance dépendance

La loi du 19 juin 1998 modifiée par la loi du 23 décembre 2005 a introduit une nouvelle assurance sociale appelée assurance dépendance, gérée par la CNS. Elle prend en charge le besoin d'assistance dans les actes essentiels de la vie :

- dans le domaine de l'hygiène corporelle, comprenant les soins d'hygiène et d'élimination,
- dans le domaine de la nutrition,
- dans le domaine de la mobilité, comprenant les déplacements, les transferts, l'habillage.

Depuis le 1er janvier 2018, la réforme de l'AD[1] est entrée en vigueur avec l'application de la facturation par forfait et l'introduction des activités d'appui à l'indépendance, des activités d'accompagnement et des activités de maintien à domicile en remplacement des anciennes activités de soutien, de conseil et de tâches domestiques.

Le demandeur d'une assurance dépendance bénéficie d'une évaluation de sa dépendance par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'AD qui détermine s'il relève de l'AD. Si tel est le cas, elle lui attribue une classe de dépendance, à laquelle correspond un forfait de soins pouvant être facturé par un prestataire.
Pour être couvert par l'AD, le bénéficiaire doit présenter une dépendance irréversible ou dépassant 6 mois selon toute probabilité. Son besoin d'aides et de soins doit être d'au moins 3 heures et demie par semaine. Les bénéficiaires possédant un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour recevoir des soins palliatifs font aussi partie des bénéficiaires de l'AD.

La COPAS regroupe différents types de prestataires intervenant dans le domaine des aides et soins pour les personnes relevant de l'assurance dépendance : personnes âgées, personnes avec handicap, psychiatrie extrahospitalière…

Les prestataires ne peuvent opérer leur activité auprès de bénéficiaires de l'AD que s'ils disposent d'un agrément du ministère de tutelle et s'ils adhèrent à la convention cadre signée entre la CNS et la COPAS.

Les prestataires sont classés en 4 catégories :

- les **établissements d'aides et de soins à séjour continu** (ESC) de type maison de soins ou Centre Intégré pour Personnes Agées (CIPA),
- les **établissements d'aides et de soins à séjour intermittent** (ESI), accueillant principalement des personnes handicapées en alternance entre le centre et le domicile privé,
- les **centres semi-stationnaires** (CSS) qui accueillent les bénéficiaires de jour ou de nuit,
- les **réseaux d'aides et de soins** (RAS), intervenant au domicile des bénéficiaires.

Le nombre de bénéficiaires relevant de l'AD était au 31 décembre 2017 de 13.860 personnes[2].
Le nombre de structures par catégorie était le suivant au 31 décembre 2018 :

---

[1] http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2017/08/29/a778/jo

[2] Rapport général 2018, IGSS. Il s'agit de chiffres provisoires.

Catégories de prestataires AD	Nombre
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu : Maisons de soins	22
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu : CIPA	30
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	43
Centres semi-stationnaires psycho-gériatriques	37
Centres semi-stationnaires pour personnes handicapées	17
Réseaux d'aides et de soins pour la population dépendante en général	12
Réseaux d'aides et de soins psycho-gériatriques	1
Réseaux d'aides et de soins pour personnes avec handicap	9

Source : CNS

Tab.13.1 : Nombre de structures ayant un agrément pour la prise en charge de personnes relevant de l'assurance dépendance au 31 décembre 2018 au Luxembourg

Dans le cadre de leurs activités, les prestataires relèvent de différents ministères : Ministère de la Santé, Ministère de la Famille et de l'Intégration, Ministère de la Sécurité Sociale, Ministère de l'Education Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse.

13.2. Focus sur les structures pour personnes âgées

13.2 1 Population cible

Personnes âgées dépendantes bénéficiaires ou non de l'AD ayant choisi une institutionnalisation dans une structure adaptée à leurs besoins.
Personnes dépendantes plus jeunes bénéficiaires de l'AD ayant choisi une institutionnalisation.

13.2.2 Mission des prestataires

Les prestataires prenant en charge des bénéficiaires de l'AD dans le cadre de structures d'hébergement pour personnes âgées:

- assistent les personnes dépendantes dans les actes essentiels de la vie,
- soutiennent leur intégration dans un nouvel environnement qui sera le plus souvent leur dernier lieu de vie, en respectant leur intimité de vie et leur auto détermination,
- veillent à maintenir les compétences et les liens sociaux des bénéficiaires le plus longtemps possible,
- portent attention avec bienveillance et empathie à la fragilité émotionnelle et sociale des bénéficiaires,
- assurent une surveillance régulière de l'état de santé des bénéficiaires en raison de leurs poly-pathologies,
- organisent les soins relevant de l'assurance maladie.

13.2.3 Ressources professionnelles

La prise en charge est multi-professionnelle.
Les prestataires utilisent différents types de ressources professionnelles qui sont réglementées comme professions médicales ou professions de santé. En sus, ils embauchent des professionnels non réglementés comme les psychologues ou les thérapeutes à médiation artistique qui interviennent dans les prises en charge. Des aides socio-familiales et des auxiliaires de vie complètent les équipes multi-professionnelles.
Dans ce secteur, sont donc retrouvés les acteurs professionnels suivants :

- des médecins généralistes qui interviennent pour le suivi médical des personnes en hébergement,
- des infirmiers en soins généraux, des infirmiers psychiatriques,
- des aides-soignants,
- des aides socio-familiales,
- des auxiliaires de vie, des auxiliaires économes,
- des kinésithérapeutes,
- des ergothérapeutes,
- des rééducateurs en psychomotricité,
- des orthophonistes, le plus souvent par contrat de sous-traitance,
- des diététiciens,
- des psychologues cliniciens,
- des thérapeutes à médiation artistique.

Le secteur ne souhaite pas le développement de nouvelles professions, mais préfère investir dans les catégories socio-professionnelles déjà en place. Il souhaite pouvoir recruter des professionnels mieux préparés à prendre en charge ce type de bénéficiaires, disposant de meilleures connaissances et de meilleures compétences pour la prise en charge de personnes âgées, afin de maîtriser entre autres, leurs compétences

de communication et d'éducation, et être capables de prendre de nouvelles responsabilités.

Notamment, l'infirmier, de par sa présence continue dans les institutions, devrait pouvoir mieux coordonner les prises en charge, étant donné que le médecin n'est que ponctuellement présent et que le recrutement de médecins pour assurer le suivi des personnes dépendantes en institution est très difficile.
Pour ce faire, l'infirmier doit avoir les connaissances en gériatrie-gérontologie-psycho-gériatrie et avoir les compétences relationnelles et techniques pour gérer tout type de situations pouvant se présenter pour cette population cible. Il doit pouvoir prendre un certain nombre de responsabilités dans la prise en charge du bénéficiaire en concertation avec le médecin généraliste et l'équipe multi-professionnelle.
Cette responsabilisation des infirmiers ne peut se faire que sur base d'une expérience professionnelle et de connaissances spécifiques, c'est pourquoi il faut encourager les migrations entre le secteur hospitalier et le secteur de l'AD en levant les freins à cette mobilité et en rendant ce secteur plus attractif. Les personnes dépendantes et les personnes vieillissantes ont tout à y gagner car elles ont autant besoin de professionnels compétents et expérimentés que les patients en phase aiguë.

13.2.4 Problématiques spécifiques

Plusieurs problématiques se posent dans les établissements d'hébergement de personnes dépendantes concernant les ressources professionnelles:

- Le secteur est confronté à des difficultés de recrutement pour les professions d'infirmier ou d'infirmier psychiatrique, ainsi que d'aides-soignants.
- La différence de conditions salariales et de conditions de travail (heures de travail par semaine, pause par poste) entre la CCT-SAS et la CCT-FHL exerce un rôle défavorable sur le recrutement et gêne la migration nationale des professionnels. Une CCT ne reconnaissant pas le même diplôme aux mêmes conditions induit une dévalorisation des professionnels de ce secteur par rapport à ceux du secteur hospitalier, et introduit une considération de 2ème classe.
- Il existe peu de concertation des autorités publiques avec ce secteur concernant les besoins en ressources professionnelles. Des initiatives de création de nouvelles formations sans s'appuyer sur une analyse préalable des besoins des prestataires sont lancées par les lycées.
- La fonction d'auxiliaire de vie ne répond pas aux attentes de ce secteur car cette profession a un diplôme d'aptitude professionnelle (DAP) comme l'aide-soignant, cependant cette profession ne dispose pas d'attributions professionnelles réglementées. De ce fait, elle bénéficie de la même grille de salaire sans pouvoir dispenser les mêmes prestations au bénéficiaire.
- La fonction d'aide socio-familiale est fondamentale pour ce secteur d'activités, mais des difficultés se posent sur le terrain notamment dans le cadre de la protection des données individuelles imposées par le règlement général sur la protection des données (RGPD).
- Les infirmiers dans le secteur de l'AD sont le plus souvent seuls face aux problèmes cliniques des bénéficiaires qui présentent des poly-pathologies. Ils ont besoin de connaissances et de compétences cliniques, de connaissances pharmacologiques multiples en cardiologie, en diabétologie, en pneumologie… afin d'apprécier correctement les situations cliniques et savoir réagir en l'absence du médecin. Ces compétences doivent être renforcées afin de ne pas envoyer aux urgences hospitalières de manière systématique les personnes

âgées[3] pour des soins de plaies ou pour une dénutrition alors qu'elles sont hébergées en maison de soins ou en CIPA. En effet, l'hospitalisation pour une personne âgée dépendante est un traumatisme, source de morbidité supplémentaire : chute, escarres, altération de la mobilité, désorientation temporo-spatiale, infection nosocomiale…

- Les professionnels recrutés infirmiers, aides-soignants et thérapeutes présentent en général une insuffisance de connaissances et de compétences pour aborder les personnes âgées dépendantes et pour gérer les comportements liés aux démences et autres troubles neuro-dégénératifs. La formation des « Altenpfleger » en Allemagne répondait très bien aux besoins du secteur de l'AD. Cette formation devrait servir de modèle pour développer les compétences des aides-soignants dans le secteur des personnes âgées dépendantes.
- La formation en soins palliatifs exigée pour les professionnels dans le cadre de l'agrément ASFT est supportée en totalité par les employeurs du secteur de l'AD, car elle ne fait toujours pas partie, 10 ans après la publication de la loi sur les soins palliatifs[4], de la formation initiale des professions de la santé.
- L'obligation des prestataires, en raison de la pénurie sur le marché de l'emploi luxembourgeois, de recruter des aides-soignants à l'étranger impose de gérer un choc culturel à savoir des différences de conception dans l'exercice du métier (ex : mise de ceintures de contention) et de proposer des stages d'intégration afin de garantir un même niveau de compétences et d'approches professionnelles.
- La situation de pénurie impose aux prestataires de recruter des professionnels étrangers ne s'exprimant pas dans la langue des personnes dépendantes qui est encore majoritairement luxembourgeoise malgré l'arrivée de bénéficiaires parlant d'autres types de langue maternelle. Or, le prestataire s'engage dans la signature de son agrément à ce que tout le personnel parle le luxembourgeois. Cette clause est caduque sur le terrain. Elle devrait être rediscutée.
- La rétention des professionnels dans le secteur de la dépendance et leur fidélisation est un enjeu majeur. Actuellement, un turn-over existe car les jeunes qui ont accepté un poste en 2ème intention au sein des institutions de l'AD, migrent vers l'hôpital dès qu'une place leur est proposée. Toutes les initiatives visant à valoriser l'exercice professionnel au sein de l'AD ou permettant de développer au cours de la carrière des expertises nécessaires complémentaires pourraient aider à fidéliser les professions de santé dans ce secteur d'activité.
- Le libre choix du bénéficiaire de conserver son médecin traitant lorsqu'il est institutionnalisé engendre une pléthore de médecins à gérer pour les établissements, ce qui rend très compliqué l'harmonisation des pratiques professionnelles et la gestion des situations critiques. Certaines institutions ont à gérer près de 30 médecins. Pourtant, dans d'autres domaines d'activité, les personnes n'ont pas le choix du médecin : au service des urgences, en anesthésie, en rééducation fonctionnelle… Il y a lieu de revoir cette problématique qui complexifie les situations à gérer et consomme du temps médical et du temps pour les professions de santé.
- Il n'existe aucun incitatif pour un jeune médecin généraliste pour avoir un contrat d'agrément avec un ESC, par rapport à une pratique en cabinet libéral. Les communes sont peu impliquées dans cette problématique alors que cela concerne généralement leurs administrés.

---

[3] Cf. Rapport sur l'étude des services d'urgence, Lair ML, 2018

[4] Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs et à la directive anticipée
http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n1/jo

- La réforme de l'AD intervenue le 1er janvier 2018 engendre l'obligation de réévaluer les bénéficiaires. Or à ce jour seulement 1/3 des bénéficiaires ont été réévalués. Il reste donc beaucoup d'incertitudes pour les prestataires quant à l'impact de la réforme sur les dotations en professionnels. Cela engendre beaucoup de prudence dans les adaptations à faire au niveau des effectifs.
- L'exercice professionnel dans le secteur de l'assurance dépendance est fatigant physiquement et moralement. La pénibilité physique et mentale ne fait pas l'objet de mesures d'évaluation ni d'ailleurs de compensations particulières.

13.3. Focus sur les réseaux de soins à domicile (RAS)

13.3.1 Population cible des RAS

La population cible des réseaux s'étale du bébé au vieillard.
Les RAS interviennent à la fois dans le cadre de l'AD chez des personnes reconnues dépendantes pour l'assistance aux actes essentiels de la vie et dans le cadre de l'assurance maladie (AM) chez des patients pour des prestations de soins.
La palette des pathologies rencontrées est très large. Il en est de même pour la palette des niveaux de dépendance des personnes maintenues au domicile.
Les cadres de vie sont très divers au niveau de l'hygiène et de l'aménagement de l'habitat, des situations familiales rencontrées, du réseau social du bénéficiaire, des ressources financières et donc du support externe dont il peut bénéficier.
Les ressources professionnelles du RAS doivent s'adapter à chacune des situations rencontrées, sans jugement, et doivent utiliser l'environnement du bénéficiaire comme support à leur intervention et à leur éducation.

13.3.2 Mission des réseaux de soins à domicile

La mission des RAS est d'apporter une assistance dans les actes essentiels de la vie aux bénéficiaires de l'AD maintenus à domicile.
C'est aussi de prester des soins dans le cadre de l'AM aux personnes à domicile.
Les objectifs sont de maintenir le plus longtemps possible les compétences de la personne et de son entourage pour pouvoir rester au domicile et éviter l'institutionnalisation ou l'hospitalisation.
Les RAS ont à relever le défi du développement des activités hospitalières ambulatoires nécessitant des soins et une surveillance après le retour au domicile.
Les professions de santé d'un RAS ont la responsabilité, en sus des aides et soins, de surveiller l'évolution de l'état de santé des bénéficiaires lors de leur passage au domicile, d'évaluer les risques encourus par le bénéficiaire, d'éduquer et de conseiller le patient et ses proches sur les actions préventives et de signaler les informations pertinentes au médecin.

13.3.3. Ressources professionnelles

La caractéristique de l'exercice professionnel au sein du RAS est un exercice en multi-professionnalité d'interventions mais un exercice solitaire du professionnel auprès du bénéficiaire.
Le professionnel doit faire preuve d'une grande autonomie, d'une capacité de décision car il est seul avec le bénéficiaire et ses proches, sans médecin accessible immédiatement. Il doit être capable de prendre une décision sur base de données cliniques, ce qui engage sa responsabilité.
Il doit donc disposer de connaissances et de compétences professionnelles solides et élargies. Sa compétence clinique doit être élevée, ce qui nécessite d'être expérimenté.
Les ressources actuelles des RAS sont :

- des infirmiers, des infirmiers psychiatriques,
- des aides-soignants,
- des aides socio-familiales et/ou des auxiliaires de vie,
- des kinésithérapeutes,
- des ergothérapeutes,
- des rééducateurs en psychomotricité,
- des assistants sociaux,
- des orthophonistes,

- des psychologues cliniciens,
- des psychothérapeutes,
- des diététiciens,
- des éducateurs.

13.3.4 Problématiques spécifiques

- Les prestations de prévention des risques, d'éducation à la santé, de relation d'aide, réalisées par les infirmiers des RAS, ne sont pas opposables à la CNS car ces soins ne font pas partie intégrante de la nomenclature des actes infirmiers.
- Il est difficile de réaliser un encadrement des collaborateurs, d'évaluer la qualité des prestations fournies, car ils travaillent seuls auprès du bénéficiaire.
- Les échanges avec les médecins généralistes ou les médecins spécialistes en cas de problème dans la prise en charge du bénéficiaire sont difficiles en raison de :
    - la faible disponibilité des médecins traitants,
    - la diminution des visites à domicile des médecins généralistes,
    - l'absence de dossier de santé unique et complet permettant une communication entre le RAS et le médecin traitant, ainsi qu'entre les différents médecins spécialistes qui participent à la prise en charge.
- Les infirmiers du RAS sont dépendants des prescriptions des médecins dans le cadre des soins palliatifs, des traitements de gestion de la douleur, des soins de plaies, alors que ces derniers ne voient pas le bénéficiaire au moment de la demande et qu'ils sollicitent très souvent le conseil de l'infirmier sur la prescription à faire.
- La coordination entre médecins et professions de santé du RAS est exagérément consommatrice de temps pour tous en raison de sa faible digitalisation.
- Le médecin doit être contacté par le SAD que ce soit pour une aggravation clinique ou pour un suivi de situation habituelle chez un patient ayant une maladie chronique (ex : renouvellement d'ordonnance), ce qui utilise du temps médical et du temps de profession de santé de manière inappropriée.
- La pratique infirmière en RAS n'est que très peu développée dans la formation initiale ce qui nuit à sa connaissance par les professionnels.
- La disparité entre la CCT-SAS et la CCT-FHL est contreproductive lors du recrutement des professions de santé. En effet, étant donné que l'exercice professionnel sur le terrain se fait seul, les RAS recherchent prioritairement des infirmiers ou des aides-soignants expérimentés. Les jeunes diplômés ne sont pas recrutés de prime abord. Mais le différentiel entre les deux CCT ne permet pas de recruter des infirmiers expérimentés en provenance du milieu hospitalier.
- Il est très difficile de recruter dans les RAS des professionnels maîtrisant la langue luxembourgeoise.
- Il n'existe pas de dispositif de promotion professionnelle contractuelle qui permettrait à des aides-soignants ayant travaillé dans un RAS d'accéder à la formation d'infirmier.

13.4. Focus sur les structures pour personnes handicapées

13.4.1 Population cible

La population cible va de l'enfant à la personne âgée reconnue handicapée, vivant au domicile et/ou dans des unités de vie de 8 à 10 personnes en général.

13.4.2 Mission des structures d'accueil et d'hébergement des personnes handicapées

Donner à la personne handicapée un deuxième domicile dans lequel elle peut s'épanouir et développer un projet de vie durable dans une unité de vie en participant à la vie communautaire en fonction de la sévérité de son handicap.
L'objectif est de maintenir les compétences actives du bénéficiaire, de les développer pour acquérir de l'autonomie dans les domaines où cela est possible et de respecter une auto-détermination. La participation active du bénéficiaire à son projet de vie est un principe de base de la prise en charge.
L'insertion sociale, familiale, professionnelle ou éducative est recherchée pour permettre à la personne handicapée d'être intégrée autant que possible dans la société.
Les professionnels ont la mission de créer un lieu de vie agréable, d'apporter une assistance à la vie sur une longue durée. Il peut aussi s'agir d'une prise en charge pour un accueil temporaire pour les weekends ou les vacances.
Des réseaux de soins pour les personnes handicapées complètent le dispositif des structures d'hébergement et d'accueil. Les ressources professionnelles apportent un soutien éducatif pour que la personne handicapée gère son projet de vie de manière autonome.

13.4.3 Ressources professionnelles

La prise en charge est multi-professionnelle sur base du projet de vie du bénéficiaire. Le concept du « Agir ensemble » guide l'exercice professionnel.
La bienveillance et la bientraitance sont deux principes de base de l'exercice professionnel pour apporter du soutien à la personne handicapée.
Les ressources professionnelles utilisées sont les suivantes :

- infirmiers,
- aides-soignants,
- aides socio-familiales,
- auxiliaires de vie,
- éducateurs gradués, diplômés, instructeurs,
- thérapeutes : ergothérapeutes, rééducateur en psychomotricité, thérapeute via médiation artistique, kinésithérapeute.

Le secteur souhaite introduire des aides-éducateurs.

13.4.4 Problématiques spécifiques aux structures pour personnes handicapées

- Les auxiliaires de vie n'ont pas le profil de formation adapté pour un exercice professionnel auprès des personnes handicapées.
- Le recrutement de professionnels pouvant s'exprimer en langue luxembourgeoise est très difficile.
- Les professionnels ayant des connaissances et des compétences comportementales pour la prise en charge des personnes handicapées sont très rares sur le marché de l'emploi.
- La formation initiale tant chez l'infirmier que chez l'aide-soignant préparent insuffisamment le futur professionnel au secteur du Handicap.

- La CCT-SAS exerce un rôle négatif lors du recrutement car les personnes expérimentées préfèrent rester au sein du secteur hospitalier en raison du différentiel de salaire.
- Le secteur manque de visibilité pour attirer les professionnels.

13.5. Focus sur les structures de psychiatrie extrahospitalière

13.5.1 Population cible

Personnes présentant des troubles de santé mentale (ex : personnes psychotiques) nécessitant un suivi médico-thérapeutique en dehors de l'hospitalisation stationnaire ou ambulatoire, et un accompagnement pour une inclusion dans la société et plus particulièrement une insertion familiale, sociale, éducative et professionnelle.
La population accueillie doit répondre à des critères d'admission dans ces structures.

13.5.2 Mission des structures de psychiatrie extrahospitalière

Accompagnement médico-thérapeutique et socio-éducatif de la population cible afin de permettre une insertion sociale, familiale, éducative ou professionnelle de la population cible.
L'accompagnement se fait soit dans des centres extrahospitaliers soit par un RAS spécialisé au domicile. Il peut être très long, parfois jusqu'en fin de vie.
Les structures sont financées par conventionnement avec le MINSAN ainsi que par la CNS lorsqu'il s'agit de structures de logement.

13.5.3 Ressources professionnelles

La prise en charge est multidisciplinaire.
Les professionnels doivent être expérimentés pour être en mesure d'établir le contact avec les personnes et obtenir leur confiance pour accepter un accompagnement au domicile. Le principe de l'auto-détermination du bénéficiaire guide la prise en charge. Le bénéficiaire est soutenu par l'équipe pour déterminer son projet de vie compatible avec sa maladie.
Divers types de professionnels interviennent :

- des médecins psychiatres, notamment pour le diagnostic et le traitement, la détermination en équipe de la prise en charge et pour le suivi,
- des infirmiers psychiatriques,
- des infirmiers,
- des assistants sociaux,
- des psychologues,
- des ergothérapeutes,
- des éducateurs instructeurs.

Ce secteur a besoin de psychothérapeutes et au minimum d'un sociologue notamment pour aider à mieux gérer les problématiques liées aux migrants.

13.5.4 Problématiques spécifiques dans le secteur de la psychiatrie extrahospitalière

- Le secteur de la psychiatrie extrahospitalière est conventionné en grande partie. Il dépend donc au niveau des ressources professionnelles du budget alloué par l'Etat.
- La plateforme nationale de santé mentale détermine un Plan National de Santé Mentale avec des objectifs qui, en soit, sont cohérents avec les recommandations internationales dans ce domaine, mais il manque une vision et un schéma directeur de l'organisation des structures à moyen et long terme et donc des moyens à y affecter, notamment les ressources professionnelles pour y parvenir. Les normes de personnel ne sont pas discutées et ne font pas l'objet d'une stratégie pour l'avenir. Il n'y a pas de planification des ressources

professionnelles ni sur le plan quantitatif ni sur le plan qualitatif. Pourtant, sur le seul aspect économique, la psychiatrie extrahospitalière permettrait de mieux maîtriser les dépenses liées à la santé mentale, qui en Europe augmentent considérablement.

- Il existe une confusion sur le concept de psychiatrie ambulatoire et de psychiatrie extrahospitalière qui nuit à l'attribution des ressources appropriées et à la détermination du financement.
- Le virage extrahospitalier de la psychiatrie est annoncé depuis bien longtemps (rapport Haeffner, 1993) mais les dotations en personnel financées par l'Etat n'ont que très peu évolué pour faire avancer ce secteur depuis 25 ans. De nouveaux services sont ouverts mais les dotations négociées ne permettent pas de répondre aux besoins dans les conditions requises. L'Etat dote moins bien les services de la psychiatrie extrahospitalière que la CNS ne dote les services de logement ou la psychiatrie hospitalière. Il existe une certaine incohérence entre les objectifs politiques annoncés et les moyens attribués.
- Le recrutement d'un médecin psychiatre est très difficile car il n'est pas rémunéré par les institutions comme médecin spécialiste mais comme médecin généraliste, en raison des budgets alloués. Pour les médecins psychiatres employés privés, c'est la carrière du médecin généraliste de l'Etat qui sert de référence dans les budgets conventionnés. Le différentiel avec l'exercice en cabinet libéral est trop élevé pour intéresser un médecin psychiatre.
- Les médecins psychiatres étrangers ne sont plus intéressés par les postes vacants, car leur niveau salarial a été réévalué en Belgique et en France notamment.
- Des postes de médecins psychiatres pour les structures extrahospitalières sont ouverts depuis 2 ans pour certains sans qu'une seule candidature ait été reçue.
- La CCT-SAS ne prévoit pas de catégorie pour les médecins.
- Le recrutement d'infirmiers psychiatriques est très difficile, d'autant plus si est ajoutée l'obligation de parler la langue luxembourgeoise.
- Il n'est pas possible de trouver des infirmiers parlant la langue luxembourgeoise et ayant une expérience professionnelle en psychiatrie, acceptant de travailler en subissant une baisse de salaire par rapport à la CCT-FHL.
- Il existe une différence de salaire entre l'éducateur gradué (Bac + 3) et l'infirmier psychiatrique (BTS spécialisé) ce qui rend difficile le recrutement d'infirmiers psychiatriques, d'autant que ces derniers ont plus de responsabilités que l'éducateur gradué dans la prise en charge des bénéficiaires.
- Les éducateurs-instructeurs ont une grille de salaire qui nuit à leur recrutement. Or ces professionnels sont indispensables pour faire fonctionner les ATP.
- Il n'existe pas de financement de fonctions managériales dans ce secteur alors que certaines institutions ont des équipes conséquentes à gérer pouvant aller jusqu'à une centaine de personnes.
- Il n'existe pas de fonction de logistique type ouvrier pour ce secteur, ce qui amène les thérapeutes à intervenir et donc diminue le temps de travail thérapeutique et d'offre de prestations aux bénéficiaires.
- Les activités artistiques sont peu développées par manque de financement, alors qu'elles ont un intérêt thérapeutique.
- Les activités de formation continue des professionnels sont prévues dans la CCT-SAS mais ne sont pas considérées dans les budgets conventionnés par l'Etat alors qu'il s'agit d'une obligation légale pour les professions de santé.
- La psychiatrie extrahospitalière constitue le parent pauvre du système de santé. Géré par l'Etat, son développement reste insuffisant et n'est pas en adéquation avec les volontés politiques affirmées.

13.6 Focus sur le secteur de la FEDAS

13.6.1 Présentation générale de la FEDAS

La FEDAS regroupe 160 membres, organismes divers pouvant à la fois de par leurs activités relever de la COPAS et de la FEDAS. Cette organisation est financée par convention avec l'Etat.
Ils interviennent auprès de l'enfance, de la jeunesse, de la famille, de l'aide sociale, du handicap, de la protection internationale, de l'inclusion sociale et professionnelle.
Il s'agit d'organismes aussi diversifiés que le planning familial, les clubs seniors, les crèches, les maisons relais, les services s'occupant des réfugiés, des services d'assistance à domicile, des ateliers protégés pour les personnes avec handicap, l'accueil socio-éducatif en famille d'accueil ou en institution (foyers pour enfants), des services d'intervention précoce orthopédagogique…
Leur action permet d'apporter des aides et soins si les personnes relèvent de l'AD mais elle dépasse le cadre de l'AD, puisqu'elle assure par exemple des fonctions de guidance et de conseils, des fonctions socio-éducatives, des fonctions psychothérapeutiques, des aides sociales et d'insertion.
Environ 99 % de ces organismes relèvent de la loi ASFT et disposent donc d'un agrément. Lorsqu'ils interviennent auprès de bénéficiaires de l'AD, ils doivent de plus adhérer à la convention cadre entre la CNS et la COPAS.
Leur agrément dans le cadre de la loi ASFT impose des normes minimales de dotation en personnel selon le type de service. Ces normes sont définies dans les RGD.
Dans le cadre de leurs activités, ces organismes relèvent de divers ministères : Ministère de la famille et de l'intégration, Ministère de la santé, Ministère de l'égalité des chances, Ministère du travail, Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse, Ministère de la sécurité sociale.

13.6.2 Mission des organismes membres de la FEDAS

Les organismes de la FEDAS visent à rétablir, préserver, maintenir ou développer les compétences des bénéficiaires relevant de leur secteur, de manière durable, afin de leur permettre une insertion familiale ou en communauté, éducative, professionnelle et sociale, avec la meilleure autonomie possible, en préservant leur auto-détermination.
Ces objectifs sont d'autant plus importants lorsqu'ils s'adressent à des enfants, à des personnes handicapées ou à des personnes avec des troubles de santé mentale, afin de veiller à la protection de leurs droits.

Alors qu'au niveau de l'AD, l'objectif visé est la compensation de la perte d'autonomie dans les seuls actes essentiels de la vie, l'objectif des organismes de la FEDAS vise l'insertion des personnes et la réalisation de leur projet de vie.

La très grande différence avec le secteur hospitalier réside dans le fait que les professionnels vont accompagner les bénéficiaires tout au cours de leur vie ou dans de longues périodes de vie, alors qu'à l'hôpital la durée moyenne de contact sera de quelques jours. Ils doivent aider le bénéficiaire à avoir un projet de vie dans ce cadre, à le réaliser, et vont l'accompagner sur son parcours de vie. L'exercice d'un professionnel de la santé dans ce secteur doit porter une attention plus particulière et soutenue aux aspects sociaux, familiaux, professionnels et éducatifs, les aspects cliniques étant moins fréquents. Leur intervention entre dans le cadre de l'action sociale.

13.6.3 Ressources professionnelles nécessaires

Les prises en charge assurées par les organismes de la FEDAS sont multi-professionnelles.
Pour mener à bien leurs activités, ils ont recours à diverses professions, dont les éducateurs, les aides éducateurs[5], les aides socio-familiaux, les auxiliaires de vie.
Mais ils font aussi appel à une palette de professionnels de la santé ainsi que de professionnels non réglementés, dans le cadre de la prise en charge de leurs bénéficiaires:

- des médecins psychiatres,
- des médecins spécialisés en gynécologie et obstétrique,
- des psychothérapeutes,
- des psychologues cliniciens,
- des infirmiers,
- des infirmiers en pédiatrie,
- des infirmiers psychiatriques,
- des sages-femmes,
- des aides-soignants,
- des assistants d'hygiène sociale,
- des pédagogues curatifs,
- des kinésithérapeutes,
- des ergothérapeutes,
- des rééducateurs en psychomotricité
- des thérapeutes à médiation artistique.

13.6. 4 Spécificités de l'exercice des professions de santé dans le secteur de la FEDAS

L'exercice des professions de santé au sein du secteur de la FEDAS présente certaines spécificités qui sont problématiques et nécessitent d'être abordées dans le cadre d'une gouvernance nationale :

- Les professionnels doivent pouvoir communiquer dans plusieurs langues dont le luxembourgeois car ils s'adressent à des personnes fragilisées (enfants, personnes handicapées, personnes migrantes, personnes présentant des troubles de santé mentale), ce qui n'est pas possible actuellement vu le nombre de professionnels sur le marché de l'emploi pouvant répondre à cette exigence linguistique.
- Les professionnels doivent lorsqu'ils vont exercer auprès de personnes handicapées, disposer de connaissances sur le handicap et doivent avoir un minimum de compétences comportementales pour s'adresser à cette population particulière, ce qui n'est pas le cas actuellement, ce domaine n'étant que superficiellement abordé pendant les formations initiales des professions de santé. De même, ils doivent posséder des connaissances de sociologie et d'anthropologie lorsqu'ils s'adressent à des migrants.
- Les éducateurs dans les foyers d'hébergement, dans les crèches sont au quotidien avec les bénéficiaires. Ils encadrent les bénéficiaires comme le ferait la famille. La famille donnerait les médicaments au bénéficiaire sans avoir de certificat professionnel, mais en respectant la prescription du médecin. Cependant, l'éducateur n'est pas autorisé à donner un médicament car il s'agit

[5] Les aides éducateurs bénéficient d'une formation de 118 heures donnant lieu à un certificat d'aide éducateur permettant de travailler dans les crèches, les maisons relais, les foyers de jour…

d'un acte réservé au professionnel infirmier ou aide-soignant. Pour exemple, une personne connue et traitée pour des crises d'épilepsie régulières devant recevoir un traitement intra-rectal lors d'une crise, le recevrait par sa famille si elle était à domicile. Mais lorsqu'elle est dans un centre, elle ne peut pas le recevoir car l'éducateur n'est pas habilité par la loi à le faire. De ce fait, le 112 est appelé, il envoie une ambulance, ce qui allonge le délai de traitement pour la personne et peut diminuer ses chances. De plus, la crise est souvent terminée lors de l'arrivée du 112. Cependant comme le veut la procédure, par précaution, la personne est alors adressée au service des urgences de l'hôpital de garde qui n'est pas obligatoirement l'établissement où elle est suivie, ce qui constitue pour elle un stress supplémentaire difficile à gérer, alors que le traitement administré immédiatement aurait permis une résolution de la crise sous traitement comme prévu par la prescription médicale et aurait permis de contacter le médecin qui suit la personne habituellement. D'autres pays ont trouvé des solutions à ces problématiques, conscients qu'ils ne pouvaient pas mettre à disposition dans tous les lieux d'hébergement de jour et/ou de nuit des infirmiers 24h/24 alors que des personnes en incapacité ont des traitements à prendre. Ils ont réglementé ces situations en attribuant aux professionnels qui assistent les personnes dans leur cadre de vie comme le ferait la famille, tels que les éducateurs, les aides-soignants, les aides socio-familiaux, à administrer des médicaments prescrits par un médecin, sous réserve qu'ils soient préparés par une personne habilitée, étiquetés individuellement au nom du bénéficiaire et que la prescription médicale soit nominative, écrite et accessible.

- La prise en charge des bénéficiaires dans ce secteur est multi-professionnelle mais les frontières des attributions au quotidien ne sont pas évidentes. La personne handicapée, l'enfant ou la personne présentant des troubles de santé mentale s'adressent toujours au professionnel avec qui ils ont le meilleur contact. De ce fait, l'infirmier participe aux activités d'éducation et l'éducateur participe aux soins de santé. Chacun contribue à la prise en charge tout en étant hors des textes légaux des attributions. Cette même situation se reproduit pour les éducateurs diplômés, les éducateurs gradués, les aides-éducateurs. Ces 3 professions existent mais la distinction de leurs attributions respectives sur le terrain auprès des bénéficiaires est floue.
- La CCT-SAS applicable à ce secteur est pénalisante lors des recrutements, la concurrence avec la CCT-FHL étant importante.
- Le secteur de la FEDAS rencontre des problèmes de recrutement avec des vacances de poste entre la sortie du collaborateur et l'entrée du remplaçant pouvant aller de 2 à 4 mois selon les professions de santé.

13.7 Description des ressources professionnelles dans le secteur de l'Assurance Dépendance

13.7.1 Description des données

Les données présentées ci-après ne concernent que les professions de santé réglementées ainsi que les autres professions intervenant dans le processus de prise en charge, au sein des structures relevant de l'AD pouvant être membres de la COPAS ou de la FEDAS.
Elles ne comprennent pas les données des professions de santé travaillant dans des organismes de la FEDAS ne relevant pas de l'AD, étant donné qu'il n'existe pas de fichier spécifique qui les recense. Par contre, ces professionnels sont contenus dans la partie 9 du rapport de l'état des lieux, consacré à la présentation des professions de santé.
L'objet du rapport étant essentiellement les ressources professionnelles et les ressources en profession de santé, les données ci-après ne comprennent pas d'informations relatives aux personnels administratifs ou logistiques de ce secteur.
Il a été volontairement choisi de présenter les personnels socio-éducatifs car cela permet d'avoir une vue sur l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge des bénéficiaires au sein des structures relevant de l'AD.
La source de données est la CNS. Elles correspondent aux données communiquées par les prestataires sur base volontaire pour la négociation des valeurs monétaires. Les données ont été fournies par l'IGSS.
La base de données fournit des informations en termes d'ETP par qualification par type de structures. Les ETP sont calculés sur base de la moyenne annuelle.
Elle ne dispose pas d'informations sur le sexe, l'âge, la nationalité, le pays de domicile des professionnels, le pays de diplôme. De ce fait, dans ce chapitre ne sera présentée aucune analyse relative à ces critères.
Les données présentées dans ce chapitre concernent les années 2008 à 2018.

13.7.2 Evolution globale des effectifs totaux du personnel, en ETP, chez les prestataires d'aides et de soins de 2008 à 2018

Année	Effectif en ETP	Croissance en ETP	% par an
2008	6929,09		
2009	7127,81	198,72	2,87
2010	7416,95	289,14	4,06
2011	7905,14	488,19	6,58
2012	8324,62	419,48	5,31
2013	8746,66	422,04	5,07
2014	9264,36	517,70	5,92
2015	9427,27	162,91	1,76
2016	9392,30	-34,97	-0,37
2017	9485,21	92,91	0,99
2018	9640,93	155,72	1,64

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires

Tab.13.2: Evolution de 2008 à 2018 des effectifs totaux en ETP de personnel chez les prestataires d'aides et de soins de l'assurance dépendance

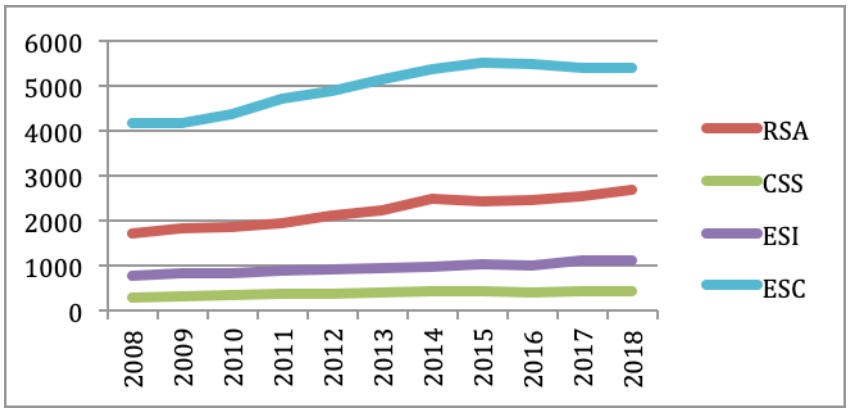
Les effectifs totaux en ETP comprennent le personnel administratif, technique et logistique, le personnel d'assistance, d'aides et de soins, ainsi que le personnel socio-éducatif.
Ces effectifs totaux sont composés de personnel qualifié, de personnel non qualifié, ainsi que de personnel en formation. Depuis 2008, la croissance des ETP dans les structures de l'AD a été de 2711,84 ETP, soit une croissance de 39,14 % sur 10 ans.

13.7.3 Evolution des effectifs en ETP chez les prestataires d'aides et de soins selon le type de structure par année entre 2008 et 2018

Année	RAS	CSS	ESI	ESC
2008	1715,2	276,78	770,64	4166,47
2009	1829,69	321,07	813,82	4163,23
2010	1857,11	349,04	821,94	4388,86
2011	1940,61	377,85	864,17	4722,51
2012	2107,29	399,59	917,71	4900,02
2013	2235,53	419,36	925,72	5166,05
2014	2480,22	436,8	967,43	5379,91
2015	2442,54	443,13	1011,2	5530,4
2016	2467,65	422,39	1001,48	5500,79
2017	2537,01	436,12	1093,55	5418,52
2018	2690,10	434,15	1105,33	5411,35
Croissance ETP	974,9	157,37	334,69	1244,88
% croissance 2008-2018	56,84	56,86	43,43	29,88

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires
Légende : RAS (réseau d'aides et de soins), CSS (centre semi-stationnaire), ESI (établissement à séjour intermittent), ESC (établissement à séjour continu)
Tab.13.3 : Evolution des effectifs en ETP chez les prestataires de l'assurance dépendance selon le type de structure de 2008 à 2018

Entre 2008 et 2018, les plus fortes croissances des effectifs en ETP, au sein des prestataires d'aides et de soins, ont eu lieu dans les réseaux de soins à domicile avec un taux de croissance de + 56,84 %, contre 29,88 % dans les ESC. Ce taux témoigne du développement de ces structures ces 10 dernières années.



Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires
Fig.13.1 : Evolution des effectifs en ETP chez les prestataires d'aides et de soins selon le type de structure entre 2008 et 2018

13.7.4 Personnel d'assistance, d'aides et de soins, socio-éducatifs en ETP en 2018 selon le type de prestataire

	RAS	CSS	ESI	ESC	Total
Total ETP Assistance/Soins/Socio éducatif	2.395,76	352,19	903,15	3907,17	7.558,27
dont Prof. médicales et Prof. Santé	1.613,50	135,02	286,63	2.930,49	4.965,63
dont Prof. socio-éducatives	21,13	111,62	475,12	196,68	804,54
dont Aides aux soins	761,14	105,55	141,41	780,00	1.788,10
dont ASF en formation	194,80	9,39	9,79	89,07	303,05
% prof médicales et prof. santé du total des ETP	67,35 %	38,34 %	31,74 %	75,00 %	65,70 %
Total ETP ajusté Assistance/Soins/Socio éducatif	2.200,96	342,80	893,36	3.818,10	7.255,22
% ajusté prof médicales et prof. santé du total des ETP	73,31 %	39,39 %	32,08 %	76,75 %	68,44 %

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires

Tab.13.4 : Distribution des ETP de personnel d'aides et de soins selon le type de prestataire de l'assurance dépendance en 2018

Les ETP d'assistance /aides et soins/socio-éducatives comprennent les professions réglementées intervenant dans la prise en charge (professions médicales et professions de santé), ainsi que les professions non réglementées (ex : psychologue clinicien), les professions éducatives (ex : éducateurs), les professions d'assistance (auxiliaires de vie, les auxiliaires économes, les aides socio-familiales) ainsi que les employés et ouvriers non qualifiés qui soutiennent les prises en charge.

Volontairement, les aides socio-familiales en formation ont été exclues, car le terme de formation induit qu'elles ne sont pas encore diplômées et qu'elles devraient donc recevoir un encadrement sur le terrain et ne pas être considérées dans les forces productives d'aides et de soins. Le total des ETP a été ajusté en les retirant.

En 2018, les professions réglementées (professions médicales et professions de santé) représentaient en moyenne 68,44 % du total ajusté des personnels d'assistance, d'aides et de soins, et socio-éducatifs. Selon le type de prestataire d'aides et de soins, cette proportion peut varier entre 32,08 % (ESI) et 76,75% (ESC).

Au sein des prestataires d'aides et de soins, ce sont les RAS qui accueillent la plus grande proportion d'aides socio-familiales en formation (64,28 %).

13.7.5 Evolution des ETP des professions de santé réglementées chez les prestataires d'aides et de soins entre 2008 et 2018

Les professions de santé faisant partie de ce chapitre concernent les professions réglementées par la loi du 26 mars 1992 sur la revalorisation de certaines professions de santé.
Dans le même tableau ont été ajoutés les médecins et les licenciés en sciences hospitalières, dont le nombre d'ETP est très peu élevé.

Professions réglementées /Année	2008	2018	Croissance 2008/2018	% Croissance
Médecin	3,95	1,34	-2,61	-66,08
Licencié en Sciences Hosp	2,58	3,4	0,82	31,78
Aide-soignant	1603,34	2593,14	989,8	61,73
Assistant social	22,83	26,75	3,92	17,17
Diététicien	0	2,17	2,17	/
Ergothérapeute	83,41	109,83	26,42	31,67
Infirmier	1353,92	2053,29	699,37	51,66
Infirmier anesthésiste	25,01	6,75	-18,26	-73,01
Infirmier gradué	45,53	48,75	3,22	7,07
infirmier psychiatrique	23,07	17,67	-5,4	-23,41
Kinésithérapeute	55,7	91,75	36,05	64,72
Pédagogue curatif	2,1	4,45	2,35	111,90
Psychomotricien	3,95	6,36	2,41	61,01
Total	3225,39	4965,65	1740,26	53,96

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires

Tab.13.5 : Distribution des ETP par professions de santé réglementées chez les prestataires de l'assurance dépendance en 2008 et 2018

Le nombre d'ETP de médecins salariés a diminué entre 2008 et 2018.
Le taux de croissance des ETP d'infirmiers est de 51,66 % sur cette période alors que celui des ETP aides-soignants est de 61,73 %.
Chez les thérapeutes, une forte croissance a eu lieu chez les ETP de kinésithérapeutes (64,72 %) et chez les ETP d'ergothérapeutes (31,67 %).
La baisse des ETP d'infirmiers anesthésistes ne constitue pas en soi un problème étant donné que cette profession n'est pas requise dans ce type de secteur et qu'il s'agissait de personnes ayant choisi de réorienter leur carrière.
Par contre, la diminution des ETP infirmiers psychiatriques est plus préoccupante et est à relier à la pénurie actuelle dans cette profession.
Les ETP de diététiciens sont apparus en tant que salariés chez des prestataires de l'assurance dépendance seulement en 2017, ce qui ne veut pas dire que les bénéficiaires n'avaient pas accès à cette profession au préalable, leurs besoins ayant pu être pris en compte par un contrat de sous-traitance avec un diététicien.
Les professions de pédagogue curatif et de rééducateur en psychomotricité sont peu utilisées chez les prestataires de l'assurance dépendance[6], et ce encore en 2018.
Les ETP d'infirmiers gradués sont en nombre quasi constant sur la période 2008 à 2018. Ils occupent le plus souvent des fonctions de management (direction, cadre intermédiaire) ou des fonctions transversales (audit, qualité).

13.7.6 Evolution du ratio ETP infirmier/ ETP aide-soignant chez les prestataires de l'assurance dépendance

Le ratio ETP Infirmier en soins généraux/ETP Aide-soignant constitue un indicateur important puisqu'il témoigne de la qualification et donc des connaissances et des compétences apportées aux bénéficiaires.

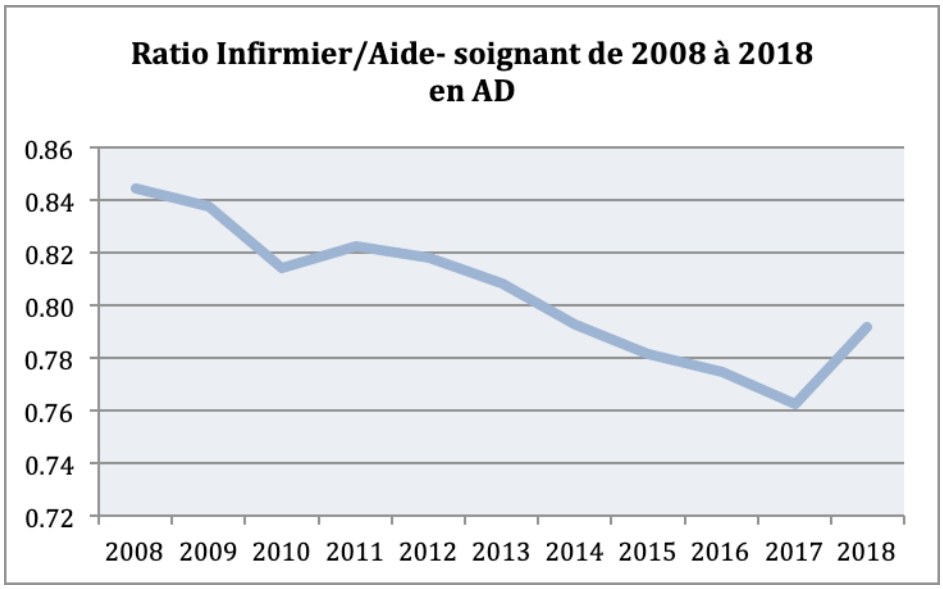
[6] Cf. la partie XX du présent rapport consacré aux professions qui présente la distribution nationale de chaque profession et identifie le rôle de chaque profession

Ce ratio se dégradait entre 2008 et 2017 passant de 0,84 à 0,76, témoignant de la déperdition de qualification infirmière dans ce secteur. Cependant, en raison de la réforme entrée en vigueur au 1er janvier 2018, il faudra surveiller l'évolution de ce ratio dans les années à venir.

Année	Ratio Infirmier/Aide-soignant
2008	0,84
2009	0,84
2010	0,81
2011	0,82
2012	0,82
2013	0,81
2014	0,79
2015	0,78
2016	0,77
2017	0,76
2018	0,79

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires

Tab. 13.6: Evolution du ratio ETP Infirmier / ETP Aide-soignant chez les prestataires de l'assurance dépendance entre 2008 et 2018



Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires

Fig.13.2 : Evolution du ratio ETP Infirmier / ETP Aide-soignant chez les prestataires de l'assurance dépendance entre 2008 et 2018

13.7.7 Evolution du ratio ETP du groupe des thérapeutes par rapport aux ETP d'infirmiers chez les prestataires de l'assurance dépendance de 2008 à 2018

Sont comptabilisés dans le groupe des thérapeutes pour établir ce ratio : les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, c'est-à-dire les professions qui interviennent pour maintenir et renforcer si possible les aptitudes fonctionnelles des bénéficiaires, entraînent leurs fonctions cognitives, contribuant ainsi à préserver l'autonomie des personnes dépendantes.

Le ratio groupe de thérapeutes par rapport aux infirmiers permet d'apprécier si l'équilibre de l'équipe multi-profesionnelle s'est maintenu au cours des années.

Chez les prestataires de l'assurance dépendance, le ratio des ETP de thérapeutes par rapport aux ETP d'infirmiers est resté stable sur la période 2008 à 2018, aux alentours d'un ETP thérapeute pour 10 ETP infirmiers.

Année	ETP Infirmiers	ETP Thérapeutes	Ratio
2008	1353,92	143,06	0,11
2009	1434,11	151,41	0,11
2010	1478,95	151,98	0,10
2011	1593,55	161,77	0,10
2012	1695,79	178,01	0,10
2013	1762,58	184,95	0,10
2014	1862,00	189,24	0,10
2015	1884,45	202,61	0,11
2016	1904,66	196,62	0,10
2017	1930,04	186,70	0,10
2018	2053,29	207,94	0,10

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires

Tab.13.7 : Evolution du ratio ETP groupe de thérapeutes par rapport aux ETP d'infirmiers chez les prestataires de l'assurance dépendance entre 2008 et 2018

13.7.8 Evolution du ratio nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance par ETP des professions de santé réglementées

Sont considérées dans les professions de santé réglementées les professions relevant de la loi du 26 mars 1992, auxquelles ont été ajoutés les médecins et les licenciés en sciences hospitalières.

La source du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance est le rapport général de l'inspection générale de la sécurité sociale 2018.

Le ratio du nombre de bénéficiaires par ETP des professions de santé réglementées a évolué en diminuant le nombre de bénéficiaires à gérer par ETP entre 2008 et 2017, passant de 3,29 à 2,90. En 2018, il s'agit d'un ratio estimé étant donné que le nombre de bénéficiaires a été estimé sur base d'un taux de croissance de 1% entre 2017 et 2018 (ce taux variait entre 0,6 et 1,5 % sur les 4 dernières années).

Année	ETP Professions	Bénéficiaires	Ratio
2008	3225,39	10621	3,29
2009	3415,1	11159	3,27
2010	3571,18	11847	3,32
2011	3823,2	12386	3,24
2012	4080,14	12999	3,19
2013	4260,21	13378	3,14
2014	4541,71	13492	2,97
2015	4640,67	13568	2,92
2016	4692,6	13774	2,93
2017	4785,67	13860	2,90
2018	4965,65	13999*	2,82**

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires
**: estimation du nombre de bénéficiaires basé sur un taux de croissance de 1% par rapport à 2017*
*** : ce ratio est estimé et sera à recalculer après la publication par l'IGSS du nombre de bénéficiaires 2018*
Tab.13.8 : Evolution du ratio de bénéficiaires par ETP professions de santé réglementées chez les prestataires de l'assurance dépendance entre 2008 et 2018

13.7.9 Evolution du ratio nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance par ETP infirmiers et par ETP aides-soignants

Ce ratio permet de suivre le nombre de bénéficiaires à gérer par un ETP infirmier et par un ETP aide soignant par année entre 2008 et 2018.

Année	Bénéficiaires	ETP Infirmiers	Ratio Bénéf./Inf	ETP AS	Ratio Bénéf. / AS
2008	10621	1353,92	7,84	1603,34	6,62
2009	11159	1434,11	7,78	1711,67	6,52
2010	11847	1478,95	8,01	1816,49	6,52
2011	12386	1593,55	7,77	1937,05	6,39
2012	12999	1695,79	7,67	2072,49	6,27
2013	13378	1762,58	7,59	2180,91	6,13
2014	13492	1862,00	7,25	2348,19	5,75
2015	13568	1884,45	7,20	2410,78	5,63
2016	13774	1904,66	7,23	2459,18	5,60
2017	13860	1930,04	7,18	2530,95	5,48
2018	13999*	2053,29	6,82**	2593,14	5,40**

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires
**: estimation du nombre de bénéficiaires basé sur un taux de croissance de 1% par rapport à 2017*
*** : ce ratio est estimé et sera à recalculer après la publication par l'IGSS du nombre de bénéficiaires 2018*
Tab.13.9 : Evolution du ratio de bénéficiaires de l'assurance dépendance par ETP infirmier et par ETP aide-soignant entre 2008 et 2018

Le nombre de bénéficiaires à gérer par ETP infirmier a baissé entre 2008 et 2017, le ratio 2018 demandant à être confirmé.
Chez les aides-soignants, le ratio du nombre de bénéficiaires à gérer par ETP aide-soignant a diminué de 2008 à 2017, celui de 2018 demandant à être confirmé.

13.7.10 Distribution des ETP des professions réglementées selon le type de prestataires de l'assurance dépendance en 2018

Le profil de répartition des ETP de professions de santé réglementées au sein des institutions prestataires, y compris les médecins et les licenciés en sciences hospitalières varie selon le type de prestataire en 2018.

Les ESC en 2018 occupent 59,02 % de la totalité des professions réglementées au sein des prestataires de l'AD, les RSA 32,49 %, alors que les CSS et les ESI occupent à eux deux 8,49 % des professions réglementées.
Les aides-soignants sont embauchés à 67,22 % par les ESC et à 26,52 % par les RAS.
Les ergothérapeutes sont embauchés à 59,41 % par les ESC et à 23,26 % par les RAS.
Les infirmiers se répartissent entre les ESC (48,86 %) et les RAS (41,68%).
Les infirmiers psychiatriques se retrouvent surtout dans les ESC.
Les kinésithérapeutes se répartissent entre les ESC (51,97 %) et les RAS (28,94 %).

Professions Régl.	RAS	%	CSS	%	ESI	%	ESC	%	Total
Médecin	0	0	0,02	1,49	0,2	14,93	1,12	83,58	1,34
Licencié Sciences Hosp	0	0	0,09	2,65	0,02	0,59	3,29	96,76	3,4
Aide soignant	687,8	26,52	65,45	2,52	96,8	3,73	1743,08	67,22	2593,13
Assistant social	2,08	7,78	2,7	10,09	10,17	38,02	11,8	44,11	26,75
Diététicien	0,53	24,42	0,02	0,92	0	0,00	1,62	74,65	2,17
Ergothérapeute	25,55	23,26	7,26	6,61	11,77	10,72	65,25	59,41	109,83
Infirmier	855,85	41,68	51,61	2,51	142,52	6,94	1003,31	48,86	2053,29
Infirmier anesthésiste	4	59,26	0	0,00	0	0,00	2,75	40,74	6,75
Infirmier gradué	8,48	17,39	1,36	2,79	2,39	4,90	36,53	74,92	48,76
Infirmier psychiatrique	1,77	10,02	0,75	4,24	6,59	37,29	8,56	48,44	17,67
Kinésithérapeute	26,55	28,94	3,79	4,13	13,73	14,96	47,68	51,97	91,75
Pédagogue curatif	0,61	13,68	0,85	19,06	1,16	26,01	1,84	41,26	4,46
Psychomotricien	0,28	4,40	1,12	17,61	1,29	20,28	3,67	57,70	6,36
Total Professions Régl.	1613,5	32,49	135,02	2,72	286,64	5,77	2930,5	59,02	4965,66

Source : CN-IGSS, Données fournies par les prestataires
Tab. 13.10: Répartition des ETP de professions de santé réglementés par type de prestataire de l'assurance dépendance en 2018

Au sein des RAS, les infirmiers représentent 53,04 % de l'ensemble des professions réglementées et les aides-soignants 42,63 %.
Par contre dans les ESC, les aides-soignants représentent 59,48 % de l'ensemble des professions réglementées alors que les infirmiers ne représentent que 34,24 %.

13.7.11 Evolution des ETP de psychologues cliniciens entre 2008 et 2018 chez les prestataires de l'assurance dépendance

Année	ETP Psychologues	Bénéficiaires	Ratio Ben/psych.
2008	32,34	10621	328,42
2009	31,77	11159	351,24
2010	29,16	11847	406,28
2011	29,6	12386	418,45
2012	29,85	12999	435,48
2013	35,71	13378	374,63
2014	38,89	13492	346,93
2015	41,12	13568	329,96
2016	36,5	13774	377,37
2017	35,7	13860	388,24
2018	38,22	13999*	366,18**

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires
**: estimation du nombre de bénéficiaires basé sur un taux de croissance de 1% par rapport à 2017*
*** : ce ratio est estimé et sera à recalculer après la publication par l'IGSS du nombre de bénéficiaires 2018*
Tab.13.11 : Evolution du ratio nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance pour un ETP psychologue clinicien entre 2008 et 2018

Le ratio de bénéficiaires par ETP de psychologue n'est pas stable pendant la période 2008 à 2018. Il était meilleur en 2008 qu'en 2017 avec 328 bénéficiaires contre 388 en 2017 pour 1 ETP psychologue clinicien. Le ratio de 2018 demande à être confirmé.

13.7.12 Distribution des ETP psychologues selon le type de prestataire en 2018

Les ESI disposent en 2018 de 42,40 % des psychologues salariés chez les prestataires de l'assurance dépendance, alors que les ESC ne disposent que de 23,91 %.
Ce pourcentage en ESC est à confronter aux publications scientifiques sur la dépression des personnes âgées dépendantes.

Prestataire	RAS	CSS	ESI	ESC	Total
Psychologues	8,99	3,89	16,21	9,14	38,23
%	23,52	10,18	42,40	23,91	100

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires
Tab.13.12 : Répartition des ETP psychologues cliniciens par type de prestataire de l'assurance dépendance en 2018

13.7.13 Evolution des ETP d'éducateurs, éducateurs gradués et éducateurs instructeurs chez les prestataires de l'assurance dépendance de 2008 à 2018

Bien que les éducateurs ne soient pas des professions de santé réglementées, ils interviennent dans la prise en charge des personnes dépendantes et font partie intégrante des équipes multi-professionnelles de ce secteur.
Les trois types d'éducateurs ont été considérés comme un seul groupe pour cette analyse, d'autant que les interviews ont montré qu'il n'existait pas beaucoup de différences de rôle sur le terrain entre ces 3 professions.

Le ratio du nombre de bénéficiaires par ETP éducateur[7] s'est amélioré entre 2008 et 2017 passant de 25,19 à 19,30 bénéficiaires, le ratio 2018 demandant à être confirmé.

Année	ETP Educateurs	Bénéficiaires	Ratio
2008	421,57	10621	25,19
2009	475,61	11159	23,46
2010	502,74	11847	23,56
2011	538,14	12386	23,02
2012	574,22	12999	22,64
2013	594,19	13378	22,51
2014	642	13492	21,02
2015	696,97	13568	19,47
2016	674,02	13774	20,44
2017	718,22	13860	19,30
2018	728,49	13999*	19,22**

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires
**: estimation du nombre de bénéficiaires basé sur un taux de croissance de 1% par rapport à 2017*
*** : ce ratio est estimé et sera à recalculer après la publication par l'IGSS du nombre de bénéficiaires 2018*
Tab.13.13 : Evolution du ratio nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance par ETP éducateur entre 2008 et 2018

13.7.14 Distribution des ETP d'éducateurs, tous types confondus, selon le type de prestataire de l'assurance dépendance en 2018

Prestataire	RAS	CSS	ESI	ESC	Total
Educateurs*	10,13	106,63	427,26	184,53	728,55
%	1,39	14,64	58,65	25,33	100

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires
** : tous types d'éducateurs : éducateurs gradués, éducateurs diplômés, éducateurs instructeurs*
Tab.13.14 : Répartition des ETP éducateurs par type de prestataire de l'assurance dépendance en 2018

La majorité des éducateurs, tous types confondus, se trouve dans les ESI et les ESC, soit au total 84 %.

13.7.15 Evolution des auxiliaires de vie et auxiliaires économes, ainsi que des aides socio-familiales chez les prestataires de l'assurance dépendance entre 2008 et 2018

Les auxiliaires de vie et les auxiliaires économes ont été introduits en 2017 chez les prestataires de l'assurance dépendance plus tardivement que les aides socio-familiales.
Ils représentent avec 159,62 ETP, 15,26 % du total des ETP d'ASF et d'auxiliaires, mais ne représentent que 2,20 % des 7.255,02 ETP[8] de professionnels qualifiés intervenant dans la prise en charge des personnes dépendantes.

[7] Tout type d'éducateur confondu

[8] 7558,27 ETP moins 303,05 ETP d'ASF en formation, soit 7.255,02 ETP

Année	Aux. Vie+ Economes	%	ASF	%
2008	0		546,17	100
2009	0		578,87	100
2010	0		646,36	100
2011	0		700,83	100
2012	0		758,8	100
2013	0		812,68	100
2014	0		862,15	100
2015	0		910,76	100
2016	0		914,14	100
2017	120,89	11,87	897,49	88,13
2018	159,62	15,26	885,91	84,74

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires

Tab.13.15 : Evolution des ETP d'auxiliaires de vie - auxiliaires économes et des aides socio-familiales chez les prestataires de l'assurance dépendance en 2018

Types de professionnels	Nombre d'ETP	%
Total des ETP du secteur assurance dépendance	9640,93	
Professionnels qualifiés pour la prise en charge	7.255,02[9]	100
Professions de santé réglementées + Médecins + Licencié en Sciences Hospitalières	4.965,63	68,44
Psychologues	38,23	0,53
Educateurs tous types	728,55	10,04
Assistants socio-familiaux	885,90	12,21
Auxiliaires de vie et auxiliaires économes	159,62	2,20

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires

Tab.13.16 : Pourcentage d'ETP d'auxiliaires de vie - auxiliaires économes et des aides socio-familiales chez les prestataires de l'assurance dépendance en 2018 par rapport au total des professionnels qualifiés intervenant dans la prise en charge

Remarque :

Il faut noter que ce secteur dispose donc de 4 qualifications intervenant dans le même champ d'aides aux personnes dépendantes : l'aide-soignant, l'ASF, l'auxiliaire de vie et l'auxiliaire économe, sans pour autant que la hiérarchie de fonction soit clairement établie.

Il serait intéressant de se demander pourquoi deux nouvelles qualifications ont été introduites dans ce secteur, d'étudier leurs différences par rapport aux ASF et de comparer leurs apports respectifs pour les bénéficiaires. Cette évaluation devrait se faire avec les prestataires.

[9] 7558,27 ETP moins 303,05 ETP d'ASF en formation, soit 7.255,02 ETP

13.7.16 Ratio d'ETP entre les ASF plus les auxiliaires tous types confondus et les aides-soignants chez les prestataires de l'assurance dépendance en 2018

	Valeur
ETP ASF + Auxiliaires	1045,52
ETP Aides soignants	2593,14
Ratio ASF+Aux/AS	0,40
Ratio AS/ASF+Aux	2,48

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires

Tab.13.17 : Ratio ETP d'auxiliaires de vie - auxiliaires économes - aides socio-familiales par rapport aux aides-soignants chez les prestataires de l'assurance dépendance en 2018

13.7.17 Evolution du ratio nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance par ASF-Auxiliaires tous types confondus entre 2008 et 2018

Année	Bénéficiaires	ASF+Auxiliaires	Ratio
2008	10621	546,17	19,45
2009	11159	578,87	19,28
2010	11847	646,36	18,33
2011	12386	700,83	17,67
2012	12999	758,8	17,13
2013	13378	812,68	16,46
2014	13492	862,15	15,65
2015	13568	910,76	14,90
2016	13774	914,14	15,07
2017	13860	1018,38	13,61
2018	13999*	1045,52	13,39**

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires

**: estimation du nombre de bénéficiaires basé sur un taux de croissance de 1% par rapport à 2017*

*** : ce ratio est estimé et sera à recalculer après la publication par l'IGSS du nombre de bénéficiaires 2018*

Tab.13.18 : Evolution du ratio de bénéficiaires par ETP d'auxiliaires de vie - auxiliaires économes - aides socio-familiales chez les prestataires de l'assurance dépendance de 2008 à 2018

Le ratio du nombre de bénéficiaires à prendre en charge par ETP d'ASF-Auxiliaire tous types confondus s'est amélioré de 2008 à 2018 passant de 19,45 à 13,61 en 2017, le ratio de 2018 devant être confirmé.

13.7.18 Répartition des ETP d'aides socio-familiales et des auxiliaires tous types confondus selon les types de prestataires en 2018

	RAS	CSS	ESI	ESC	Total
ASF	311,21	66,49	49,41	458,8	885,90
Auxiliaires vie + Economes	30,17	18,24	24,45	86,77	159,62
Total	341,38	84,73	73,86	545,57	1045,52

Source : CNS-IGSS, Données fournies par les prestataires

Tab.13.19 : Répartition des ETP d'ASF, d'auxiliaires économes, d'auxiliaires de vie par type de prestataire de l'assurance dépendance en 2018

Les auxiliaires de vie sont principalement réparties sur les RAS et les ESC.

Les ASF sont prioritairement affectés dans les RAS et les ESC.

Résumé Partie 13 : Focus sur le secteur de l'assurance dépendance et du secteur social

Le secteur de l'assurance dépendance est un grand employeur de professionnels de la santé puisqu'il embauchait 4.965,63 ETP de professionnels de la santé réglementés en 2018, sur les 9.640,93 ETP totaux. Il concerne des structures membres de la COPAS et de la FEDAS.
Il comporte des spécificités qui méritent d'être mises en évidence dans le cadre du présent rapport car elles impactent le recrutement des professionnels.
La population cible de ce secteur est très diversifiée tout comme elle peut l'être dans le secteur hospitalier. Elle va de l'enfance au vieillard. Les interventions se déroulent dans divers types de lieux : des institutions avec séjour continu ou séjour intermittent, des centres semi-stationnaires et au domicile des bénéficiaires.
La dépendance des personnes est soit physique, soit liée à un handicap intellectuel, soit liée à un trouble de santé mentale ou à une dégénérescence cognitive.
La prise en charge peut être totale c'est à dire permettre aux personnes dépendantes de s'intégrer dans un dernier cadre de vie (ex : dans les maisons de soins) ou permettre à des personnes dépendantes de vivre un projet de vie malgré leur dépendance dans un lieu d'hébergement (ex : accompagnement des personnes handicapées dans des lieux de vie). Mais elle peut aussi être partielle lors du maintien à domicile.
Alors que le secteur hospitalier recoure essentiellement à des professionnels de la santé qualifiés, le secteur de l'assurance dépendance allie, pour la prise en charge des bénéficiaires :

- des professionnels de la santé réglementés,
- des professionnels de la santé non réglementés tels que les psychologues cliniciens, les thérapeutes à médiation artistique,
- des personnels éducatifs tels que les éducateurs, éducateurs gradués, éducateurs instructeurs,
- des aides pour les actes essentiels de la vie, tels que les aides socio-familiales, les auxiliaires de vie, les auxiliaires économes.

Ce secteur est soumis à des problématiques de recrutement sévères dans les qualifications de médecin généraliste, de médecin psychiatre, d'infirmiers, d'infirmiers psychiatriques et d'aides-soignants.
Il est très difficile d'agréer ou de salarier un médecin généraliste pour assurer le suivi médical des bénéficiaires institutionnalisés. Les communes sont d'ailleurs peu impliquées pour rechercher des incitatifs à ce recrutement alors qu'il s'agit le plus souvent de leurs administrés.
Les professionnels prenant en charge les bénéficiaires doivent pouvoir s'exprimer dans la langue maternelle de ce dernier en raison des troubles cognitifs ou des troubles mentaux ou de l'âge pour les enfants. Or, une proportion encore importante de bénéficiaires parle le luxembourgeois. Mais sur le marché de l'emploi, les professions de santé accessibles aux prestataires ne disposent pas de cette compétence linguistique étant donné qu'elles proviennent en général de l'étranger, ce qui complexifie le recrutement. Le pays ne forme pas assez de professionnels pouvant répondre à cette compétence linguistique.
La CCT-SAS exerce un rôle défavorable sur l'emploi dans ce secteur, puisqu'il existe une différence significative de salaire et de conditions de travail avec la CCT-FHL. Elle induit une dévalorisation des professionnels de ce secteur alors que leur mission auprès des personnes dépendantes est importante, qu'elles doivent faire face à toutes les situations sans un support médical continu. Cela nuit à la mobilité des professions de santé entre le milieu hospitalier et le secteur de l'assurance dépendance. Or, ce dernier secteur a besoin de professionnels expérimentés ayant une bonne connaissance clinique et pharmacologique afin d'être en mesure d'apprécier les risques cliniques des

bénéficiaires. Ils doivent aussi savoir gérer les relations avec les familles, des imprévus, et s'adapter au contexte dans les RAS. Les professionnels de ce secteur ont besoin de connaissances et de compétences avancées dans le domaine de la gériatrie, de la gérontologie, de la psycho-gériatrie, des soins palliatifs, des troubles du comportement et du handicap, afin de développer un comportement professionnel bienveillant et stimulant. Ces aspects ne sont pas abordés en profondeur dans le cadre des formations de base des professionnels.
Plusieurs ministères sont impliqués dans ce secteur, ce qui complexifie la gouvernance. Les acteurs tels que la COPAS et la FEDAS regrettent de ne pas toujours être impliqués dans les décisions politiques concernant leur secteur. Des professions ont été créées (ASF, auxiliaires de vie, auxiliaires économes) sans une véritable concertation permettant de réfléchir sur la hiérarchie des fonctions et sur les attributions professionnelles de chacune des professions. Aujourd'hui cette multitude de professions mériterait d'être évaluée afin de mesurer leur apport auprès des bénéficiaires et d'identifier les problèmes qui se posent. Notamment, il existe un problème d'attributions des auxiliaires de vie.
D'autres concertations sont nécessaires autour des attributions de l'aide-soignant qui sont inopérantes sur le terrain lorsqu'elles nécessitent la présence physique de l'infirmier. La place de l'éducateur dans l'administration des médicaments est aussi à discuter, d'autant qu'il exerce au quotidien très souvent une fonction de substitution temporaire de la famille.

Les structures de psychiatrie extrahospitalières sont le parent pauvre du système de soins de santé. Alors que les décisions politiques plaident pour le développement d'une psychiatrie extrahospitalière depuis plus de 25 ans, les moyens n'ont pas suivi. Le conventionnement par l'Etat de certaines de ces structures mérite d'être revu afin que les allocations de ressources soient adaptées aux objectifs, que le modèle de rémunération des médecins psychiatres notamment soit adapté afin de favoriser leur recrutement. Ce secteur souffre de pénurie d'infirmiers psychiatriques.

La mission des réseaux de soins à domicile devrait être reprécisée au niveau national, afin de déterminer leur place dans les soins primaires et notamment dans la prévention et l'éducation à la santé. En effet, ces prestations réalisées à ce jour par ces professionnels ne font l'objet d'aucune modalité de rémunération.

Tous les indicateurs étudiés chez les prestataires de l'assurance dépendance témoignent d'une amélioration entre 2008 et 2017 :

- nombre absolu de professionnels qualifiés,
- ratio de bénéficiaires par ETP de professions qualifiées passé de 3,29 à 2,90,
- ratio de bénéficiaires par ASF et auxiliaires passé de 19,45 à 13,61,
- ratio de bénéficiaires par infirmier passé de 7,84 à 7,18,
- ratio de bénéficiaires par aide-soignant passé de 6,62 à 5,48,
- ratio de bénéficiaires par éducateur passé de 25,19 à 19,30,
- ratio stable de l'équipe de thérapeutes,
- introduction de la diététique.

Seuls certains indicateurs doivent attirer l'attention :

- le nombre de médecins qui a baissé,
- le nombre d'infirmiers psychiatriques,
- le ratio infirmier/aide-soignant qui s'est dégradé entre 2008 et 2018 passant de 0,84 à 0,79. En raison de l'indisponibilité médicale, il est essentiel de déterminer un seuil sous lequel il ne faut pas descendre afin de garantir aux bénéficiaires une sécurité de leur prise en charge. Cette situation renforce l'idée qu'en raison de leur faible nombre, il est nécessaire d'avoir dans l'AD des infirmiers très

qualifiés et expérimentés, capables de détecter rapidement un problème de santé, capables de porter un jugement clinique, capables de prendre des décisions dans le cadre de protocoles bien établis avec le corps médical. Le développement d'une pratique avancée de l'infirmier dans le secteur de la gérontologie-gériatrie-psycho-gériatrie chez les prestataires de l'AD prend tout son sens dans ce secteur.

La fonction de l'aide-soignant est une fonction clé de l'AD. Renforcer les compétences de cette profession afin de les adapter à la population cible, par le biais d'un diplôme de technicien, offrirait à la fois des ressources professionnelles renforcées mais aussi une plus grande ouverture à ces professionnels.

Ce secteur souffre particulièrement des dysfonctionnements dans la communication entre professionnels de la santé et autres professions, en raison d'incompatibilités dans les divers systèmes de digitalisation utilisés par les acteurs et en l'absence d'un dossier de santé unique. Les autorités publiques ont un rôle à exercer pour favoriser une digitalisation communicante et ergonomique, faisant gagner du temps aux professionnels et améliorant la sécurité des informations. Trop peu d'outils de télémédecine, de télésurveillance sont actuellement opérationnels dans ce secteur. Or, cela devrait soutenir la communication entre les professionnels et surtout aider dans l'avenir à optimiser les ressources professionnelles nécessaires dans ce secteur d'activité.

Vu la diversité des professions intervenant dans les prises en charge des bénéficiaires de l'assurance dépendance, certaines étant soumises au secret professionnel et les autres non, l'application du RGPD devient complexe et mérite d'être discutée au niveau national avec la CNPD, afin de promouvoir une application raisonnée et raisonnable ne mettant pas en péril la sécurité du bénéficiaire.

Le secteur de la dépendance et le secteur du handicap sont peu à l'affiche et peu valorisés dans la promotion des métiers au niveau national. Ils méritent pourtant de la considération en regard du rôle qu'ils tiennent auprès de ces populations fragilisées.

Le secteur d'action sociale occupe lui aussi des professions de santé réglementées, pour des bénéficiaires ne relevant pas nécessairement de l'assurance dépendance. Ce sont par exemple des enfants dans des foyers, dans des crèches, des maisons relais ou des adultes dans la prison…
Ces professionnels n'ont pas été oubliés dans cette étude. Ils apparaissent dans la présentation faite de chacune des professions. Cependant, il n'a pas été possible d'établir les mêmes indicateurs que pour l'assurance dépendance car aucune base de données n'était accessible.

Recommandations :

- Impliquer les secteurs de la COPAS et de la FEDAS dans la gouvernance nationale des ressources professionnelles pour l'AD et des professions réglementées quelque soit le secteur d'exercice (assurance dépendance ou action sociale).
- Ne développer des filières professionnelles nouvelles qu'après une analyse des besoins avec les prestataires qui devraient être les futurs employeurs de ces diplômés.
- Veiller à garantir une hiérarchie des fonctions dans le secteur, applicable sur le terrain, et de ce fait ne pas multiplier différents types de professions, afin de ne pas générer de confusion dans l'opérationnalisation des attributions auprès du bénéficiaire.
- Harmoniser la CCT-SAS avec la CCT-FHL afin de ne pas générer de concurrence nationale, de ne pas dévaloriser le secteur de la dépendance par rapport au secteur hospitalier, et de permettre une plus grande mobilité entre les secteurs.
- Développer chez l'infirmier au sein des institutions de l'AD pour personnes âgées, le rôle de coordination des prises en charge sous réserve d'une formation en pratique avancée en gériatrie-gérontologie-psycho-gériatrie de niveau universitaire type DU, afin d'optimiser l'utilisation des ressources en médecin généraliste.
- Définir un ratio nombre de bénéficiaires par Infirmier et un ratio infirmier par aide-soignant en dessous desquels, il ne faudrait pas descendre et ce par type de prestataire.
- Développer au Luxembourg, en partenariat avec une université étrangère, une formation de pratique avancée de type diplôme universitaire, commune pour les médecins généralistes, les infirmiers et les thérapeutes (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciens, rééducateurs en psychomotricité) dans le domaine de la gériatrie-gérontologie-psycho-gériatrie. Elargir les attributions des infirmiers ayant ce diplôme universitaire spécifique en pratique avancée dans certains domaines afin de gérer des situations de soins plus complexes selon des protocoles standardisés, en précisant les informations à partager avec le médecin de manière systématique. Mettre en place avec les médecins des arbres décisionnels pour les soignants des RAS et ESC permettant de délimiter les situations habituelles pouvant être gérées selon les protocoles par des infirmiers formés en pratique avancée. Cela permettrait d'optimiser le temps médical et le temps des professions de santé qui sont précieux. Dans ce cadre, renforcer la compétence clinique et pharmacologique des infirmiers de ce secteur d'activité pour savoir prendre en charge les problèmes cliniques habituels des populations concernées par l'AD, en élaborant avec les médecins les protocoles à suivre et les procédures de communication des informations. Plusieurs situations cliniques pourraient relever d'une telle approche : déshydratation, dénutrition, gestion de la douleur, gestion des plaies, problèmes de transit…
- Rechercher des solutions avec le secteur de la FEDAS aux problématiques rencontrées par les professionnels dans ce secteur, lorsque les normes ne prévoient pas d'infirmier 24h sur 24, 365 jours par an, afin d'identifier les mesures à prendre pour répondre aux besoins des bénéficiaires comme le ferait leur famille. Veiller à ce que les dispositions prises garantissent pour ces personnes présentant des incapacités, les mêmes chances que pour tous les autres citoyens. Revoir, si besoin, les attributions de l'éducateur, afin que dans certains contextes et sous réserve d'avoir suivi une formation, il puisse administrer, comme le ferait la famille, un traitement déjà initialisé et stabilisé, par voie orale, anale, sous-cutanée, transcutanée, prescrits par un médecin, dont l'ordonnance est disponible et nominative.

- Développer des Plans d'Assistance Individualisée dans le secteur de la FEDAS décrivant la procédure à suivre par les professionnels qui encadrent les bénéficiaires et leur portent assistance tout au cours de la vie, et reconnaître à ces professionnels des droits d'intervention au bénéfice des personnes, sous réserve qu'ils aient été formés pour le faire.
- Intégrer la formation en soins palliatifs dans la formation initiale des aides soignants, des infirmiers, des aides socio-familiaux.
- Développer un module de formation continue adapté à la pratique spécifique en RAS afin de développer les compétences des équipes du RAS dans l'évaluation des situations cliniques et dans la détermination des réponses à apporter.
- Revoir le programme de formation initiale des aides-soignants pour mieux intégrer les connaissances et compétences de base relatives aux personnes âgées et aux personnes présentant des troubles neuro-dégénératifs.
- Développer une formation de technicien pour l'aide soignant avec une orientation personnes âgées dépendantes, personnes handicapées.
- De même, les professionnels se dirigeant vers le secteur du handicap devraient suivre un module de formation continue spécifique à la prise en charge de ces bénéficiaires. Développer les stages dans ce secteur pendant la formation des aides-soignants, des infirmiers, des infirmiers pédiatriques, des infirmiers psychiatriques.
- Développer une politique nationale d'intégration des collaborateurs étrangers dans ce secteur afin de gérer les différences d'approches professionnelles.
- Développer une politique d'éducation linguistique adaptée pour les professionnels recrutés et revoir la contrainte inscrite au contrat d'agrément qui est incompatible avec la situation de recrutement des professions de santé.
- Développer un programme global de fidélisation des professions de santé dans le secteur de l'AD en proposant des initiatives leur permettant d'enrichir leurs compétences professionnelles. Valoriser ceux qui y participeraient. La promotion professionnelle contractuelle pour passer de la fonction d'aide-soignant à la formation d'infirmier ou de la fonction d'aide socio-familiale à la fonction d'aide-soignant devrait en faire partie.
- Développer pour le secteur de l'AD un programme d'évaluation de la pénibilité physique et mentale, et proposer des mesures visant à protéger le bien être au travail afin d'éviter une déperdition de ressources expérimentées en fin de carrière.
- Déployer au sein des ESC, avec le soutien des organismes représentants les médecins, un modèle d'organisation du suivi médical qui soit plus fonctionnel, tel qu'il a déjà été adopté par plusieurs ESC.
- Développer avec les communes des incitatifs pour les jeunes médecins généralistes pour signer un agrément avec un ESC.
- Réaliser un bilan de la réévaluation des bénéficiaires dans le cadre de la réforme de l'AD afin d'identifier l'impact potentiel sur les dotations des ressources professionnelles. Ce bilan devrait intéresser les autorités publiques dans le cadre des stratégies à développer relatives à la pénurie de professions de santé formées au Luxembourg.
- Dans le cadre de la conceptualisation collective du système de santé pour les 10 à 15 ans à venir, définir les missions du RAS dans le parcours de soins des patients et dans le cadre des soins primaires, en déduire les prestations à fournir par les professions de santé du RAS et décider de leurs modalités de financement.
- Modifier les modes de communication et de collaboration entre le médecin et le RAS en utilisant la digitalisation, la télémédecine, et en anticipant les démarches administratives.

- Réaliser une promotion positive des métiers du secteur de la dépendance et du handicap auprès de la population, leur donnant une image attractive, pour favoriser le recrutement.
- Faire de la psychiatrie extrahospitalière une priorité de santé publique et pour ce faire définir le schéma directeur des structures et de leurs missions devant œuvrer au Plan national de santé mentale (psychiatrie hospitalière stationnaire et ambulatoire, psychiatrie extrahospitalière), revoir totalement les modalités de financement et d'attribution des ressources, faire une planification stratégique des ressources notamment en infirmiers psychiatriques et en médecins psychiatres.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Partie 14

Focus sur les étudiants en médecine

Rapport final et Recommandations
Version 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Le présent rapport a été commandité par le Ministère de la santé et la Direction de la santé qui en sont les destinataires.

Auteur :
Marie-Lise LAIR-HILLION
Santé et Prospectives
marieliselair@gmail.com

Contributeurs à la fourniture de données :
ALEM : Frédéric Scharz, Chris Speicher, Yannick Hoffmann
CEDIES : Jerry Lenert
CNS-IGSS : Christophe Shinn, Isabelle Debourges, Carlo Haller, Laurence Weber
MESR : Léon Diederich, Pierre Misteri
MINSAN : Linda Scholtes, Michèle Wolter

Sommaire

Partie 14 : Focus sur les étudiants en médecine	Page
14.1 Préambule	4
14.2 Données obtenues sur les étudiants en médecine	4
Résumé partie 14 : Focus sur les étudiants en médecine	11

Glossaire

Acronyme	Définition
ALEM	Association Luxembourgeoise des Etudiants en Médecine
CEDIES	Centre d'Information sur l'Enseignement Supérieur
CNS	Caisse Nationale de Santé
MEVS	Médecin en Voie de Spécialisation
MINSAN	Ministère de la Santé
MESR	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
RGD	Règlement Grand-Ducal

14.1 Préambule

Les informations sur les étudiants en médecine en provenance du Luxembourg sont éparses. Aucun organisme ne peut à la date du présent rapport donner une information exhaustive sur :

- le nombre d'étudiants en médecine,
- leur année d'étude,
- leur pays d'étude,
- leur université,
- la spécialisation choisie,
- leur devenir après le diplôme.

Les informations produites ci-après proviennent de plusieurs sources :

- l'Association Luxembourgeoise des Etudiants en Médecine (ALEM),
- le CEDIES, qui alloue des aides financières et des bourses,
- le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MESR),
- le Ministère de la Santé (MINSAN),
- la Caisse Nationale de Santé (CNS).

Etant donné qu'il n'a pas été possible d'accéder aux bases de données ni de consolider les informations obtenues, les données ci-après sont fournies sans garanties concernant leur exhaustivité ou leur redondance.

14.2 Données obtenues sur les étudiants en médecine

Au niveau de l'ALEM :

L'association recense 320 membres étudiants en médecine qui étudient dans 11 pays en Europe.
Ne sont recensés que les membres de l'association. Il se peut donc que des étudiants en médecine ne soient pas membres de l'ALEM.

Au niveau du CEDIES :

Le nombre d'étudiants recensé par le CEDIES est lié à l'attribution d'une aide financière ou d'une bourse pour la réalisation des études. De ce fait, il se peut que des étudiants ne demandent pas d'aide financière, dans ce cas ils ne sont pas recensés dans les données fournies ci-après.

Dans la conférence de presse du mardi 25 septembre 2018, le Ministre délégué à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche, Marc Hansen, fournissait les informations suivantes relatives à l'année académique 2017-2018 :

- 1.567 étudiants en médecine dont 1.091 résidents
- sur les 1.091 étudiants résidents : 385 hommes et 706 femmes
- le Top 4 des villes européennes pour la réalisation des études de médecine : Strasbourg, Munich, Luxembourg, Nancy,
- 793 étudiants étaient en formation de base et spécialisation dont 545 résidents répartis en 184 hommes et 361 femmes.

Pour l'année académique 2018-2019, le CEDIES a accordé des aides financières ou des bourses à 1.010 étudiants en médecine résidents, dont 632 femmes et 378 hommes. Il est probable que les étudiants soient des étudiants en formation de base car ils bénéficient d'une indemnisation par le Ministère de la Santé lorsqu'ils sont en voie de spécialisation, et ne relèvent alors plus du CEDIES.

Sur ces 1.010 étudiants en médecine en 2018-2019, la distribution par nationalité se répartit comme suit :

Nationalité	Nombre
Allemande + Autrichienne	22
Belge	32
Française	56
Italienne	13
Luxembourgeoise	800
Portugaise	35
Pays de l'Est UE	15
Pays du Nord UE	16
Pays du Sud UE	13
Amérique Nord	1
Amérique Sud	2
Afrique	4
Pays Moyen Orient	1
Total	**1.010**

Source : CEDIES-MESR

Tab.14.1 : Distribution par nationalité des étudiants en médecine résidents en 2018-2019 ayant bénéficié d'une aide financière

Chez les étudiants en médecine, résidents au Luxembourg, de nationalité luxembourgeoise ayant bénéficié d'une aide financière en 2018-2019, les pays de réalisation des études sont prioritairement l'Allemagne, la France, la Belgique et le Luxembourg.

Mais force est de constater que les étudiants en médecine de nationalité luxembourgeoise se dirigent au total vers 22 pays pour réaliser leur formation, ce qui engendre immanquablement une grande diversité dans les formations. Si tous ces étudiants reviennent exercer au Luxembourg lorsqu'ils sont diplômés, il est facilement compréhensible que soient retrouvées sur le terrain des différences d'approches dans les prises en charge, dans les référentiels de bonne pratique utilisés, dans les habitudes acquises dans la pratique professionnelle.

Cette situation n'est pas retrouvée dans les autres pays européens de taille plus grande que le Luxembourg, les étudiants étant généralement formés dans leur pays selon une même école de formation.

Pays d'Etudes	%
Allemagne	41,32
Autriche	7,82
Belgique	11,54
Bosnie	0,25
Bulgarie	0,50
Canada	0,12
Cuba	0,12
Espagne	0,74
France	21,71
Grèce	0,37
Hongrie	0,50

Irlande	0,12
Italie	0,50
Lettonie	0,37
Luxembourg	10,42
Pays-Bas	0,74
Pologne	0,12
Portugal	0,87
Roumanie	0,37
Royaume Uni	0,87
Slovaquie	0,12
Suisse	0,50

Source : CEDIES-MESR

Tab.14.2 : Distribution en pourcentage des pays de réalisation des études pour les étudiants en médecine résidents, de nationalité luxembourgeoise, en 2018-2019, ayant bénéficié d'une aide financière

Au niveau du MESR :

D'autres chiffres sont annoncés concernant le nombre d'étudiants en médecine :

- 350 étudiants en Allemagne,
- 66 étudiants en Autriche,
- 23 étudiants en Grande-Bretagne,
- 12 étudiants en Espagne,
- 10 étudiants en Italie.

Le MESR estime à plus de 100 étudiants par année résidant au Luxembourg qui s'inscrivent en faculté de médecine

Deux voies d'accès sont utilisées par les étudiants :

- Université du Luxembourg : 1ère année puis place réservée à l'étranger : 52 places au total dont 34 en France, 15 en Belgique, 3 en Allemagne,
- entrée directe dans une université à l'étranger sans passer par l'Université du Luxembourg.

Par contre, étant donné qu'aucun suivi n'est assuré, le MESR n'est pas en mesure de fournir une information sur le nombre de ces étudiants qui finissent réellement leurs études de médecine et qui ensuite rentrent au Luxembourg pour exercer leur activité professionnelle.

Le MESR espère que le développement du Bachelor de médecine au Luxembourg permettra d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine, puisqu'il est prévu de démarrer avec 25 étudiants et d'augmenter ultérieurement si le bilan est positif à 30 ou 35 étudiants. Trois voies d'accès aux études de médecine seront alors possibles :

- Université du Luxembourg : 1ère année puis place réservée à l'étranger : 52 places au total dont 34 en France, 15 en Belgique, 3 en Allemagne,
- Université du Luxembourg : Bachelor puis orientation à l'étranger pour les 4ème, 5ème et 6ème années, spécialisation à l'étranger à l'exception de celles qui seront développées au Luxembourg (oncologie, neurologie),
- entrée directe dans une université à l'étranger sans passer par l'Université du Luxembourg.

Au niveau du MINSAN :
Deux règlements grand-ducaux (RGD) régissent l'obtention d'indemnités financières allouées par l'Etat luxembourgeois aux étudiants en médecine, qui permettent de ce fait d'avoir quelques données complémentaires :

- RGD du 28 janvier 1999 fixant les modalités et les conditions en vue de l'obtention d'une indemnité pour les médecins en voie de formation spécifique en médecine générale, modifié le 17 février 2017,
- RGD du 12 mai 2000 fixant les modalités et les conditions en vue de l'obtention d'une aide financière pour les médecins en voie de spécialisation, modifié le 10 mars 2017.

Les étudiants en médecine réalisant leur formation spécifique en médecine générale sur le territoire luxembourgeois peuvent bénéficier s'ils répondent aux conditions d'une indemnité de 3.300 € depuis l'été 2019. Cette indemnité est versée par le MINSAN. Il ne peut y avoir que 2 candidats par service hospitalier ou service hospitalier spécialisé et 1 candidat en cabinet libéral de médecine générale.

Pour les MEVS, ils peuvent bénéficier d'une aide financière qu'ils soient en formation sur le territoire luxembourgeois ou à l'étranger, qui s'élève à 2.700 € par mois, si l'étudiant répond aux conditions et s'il ne bénéficie pas d'une bourse allouée par le MESR.

A la date du présent rapport le MISAN donne les informations suivantes :

- 56 étudiants en médecine réalisant leur formation spécifique en médecine générale perçoivent une indemnité du MINSAN,
- 12 MEVS réalisant leur formation de spécialisation à l'étranger reçoivent une indemnité du MINSAN.

Au niveau de la CNS :
A partir de la 3ème année, les étudiants en médecine en formation spécifique en médecine générale peuvent obtenir un code fournisseur auprès de la CNS. De même pour les MEVS dans les autres disciplines.
De ce fait, la CNS dispose aussi de quelques informations sur les MEVS, que ceux-ci soient des résidents luxembourgeois ou des étudiants étrangers venant faire un stage de spécialisation au Luxembourg dans un des hôpitaux luxembourgeois.

	2007		2010		2014		2017	
Spécialité / Sexe / Année	F	H	F	H	F	H	F	H
Anesthésiologie	1	1	2	1	4	2	7	2
Cardiologie	3	6	3	2	4	3	2	4
Chirurgie générale	6	10	6	11	12	3	5	15
Endocrinologie			1		1			
Gastro-entérologie	2		1	1	1	1	1	
Gynécologie-obstétrique	4	3	7	3	7	2	6	4
Hématologie générale			1		2	1	1	6
Médecine générale	1	3	4				3	
Médecine interne	6	2	10	5		2	2	2
Neurochirurgie		1	1	1		3	2	2
Neurologie	3	3	5	4	2	1	7	2
Orthopédie	2	5	2	8	3	8	2	8
Oto-rhino-laryngologie	2	4	2	1	3	1	3	2
Pédiatrie	11	3	12	4	11	2	8	6
Pneumologie		1	2		2	1	2	2
Psychiatrie	2	3	1	2			1	1
Psychiatrie infantile	4		1	1	2		1	1
Radiodiagnostic	3	5	8	4	5	3	1	6
Urologie	1	1	1	1	1	1	2	
Total général	51	51	70	49	60	34	56	63

Source : Données CNS-Traitement IGSS
Tab.14.3 : Distribution selon le sexe, selon la spécialité médicale, par année, des médecins en voie de spécialisation ayant soumis au moins un mémoire d'honoraire à la CNS dans l'année

En 2017, la part la plus importante de MEVS était de nationalité belge, ce qui était possible car le CHL était reconnu par les facultés de médecine en Belgique comme un terrain de stage assimilé aux terrains de stage belges.
Cependant, une décision a été prise par le Ministère belge en 2019 qui va modifier cette situation: le CHL a été informé que désormais il perdait cette reconnaissance de terrain de stage assimilé. Il sera maintenant considéré comme terrain de stage étranger, ce qui va probablement diminuer le nombre d'étudiants MEVS en provenance de la Belgique dès la rentrée académique 2019-2020.
De même, les maîtres de stage du CHL nommés actuellement par le Ministère belge ne seront pas reconduits après expiration de leur mandat et de nouveaux maîtres de stage ne seront plus nommés. Le Luxembourg devra désigner les médecins pouvant devenir maîtres de stage.

Nationalité	Nombre
Allemande	8
Belge	61
Française	6
Luxembourgeoise	18
Pays Est UE	15
Pays Nord UE	2
Pays Sud UE	9

Source : Données CNS-Traitement IGSS
Tab.14.4 : Distribution par nationalité en 2017, des médecins en voie de spécialisation ayant soumis au moins un mémoire d'honoraire à la CNS dans l'année

Alors que le CHL puisait une partie de son recrutement dans les MEVS belges venus en stage dans l'établissement, cette nouvelle situation devrait impacter le recrutement des médecins au Luxembourg dans les années à venir.

Tous les MEVS recensés par la CNS ne sont pas affiliés l'année complète au régime général de la sécurité sociale. Entre 2007 et 2017, ce nombre a tendance à diminuer.
Le tableau ci-après permet de visualiser le nombre de MEVS ayant eu un an d'affiliation au régime général de la sécurité sociale par année :

Année	Nombre de MEVS
2007	19
2008	30
2009	20
2010	27
2011	20
2012	22
2013	18
2014	17
2015	18
2016	12
2017	15

Source : Données CNS-Traitement IGSS
Tab.14.5 : Nombre de médecins en voie de spécialisation ayant soumis au moins un mémoire d'honoraire à la CNS dans l'année, par année entre 2007 et 2017, ayant eu une affiliation d'une année au régime général de la sécurité sociale

La contribution des MEVS, affiliés l'année complète au régime général de la sécurité sociale, au système de santé luxembourgeois pendant la période de 2007 à 2017 a été mesurée en nombre de coefficients produits. Le tableau ci-après présente l'évolution du nombre de coefficients produits en moyenne par MEVS par mois d'affiliation :

Année	Nombre de coefficients /MEVS/mois
2007	4.055
2008	2.969
2009	3.987
2010	3.662
2011	2.772
2012	2.725
2013	3.077
2014	3.383
2015	3.645
2016	3.867
2017	3.299

Source : Données CNS-Traitement IGSS

Tab.14.6 : Nombre de coefficients produits par mois par médecin en voie de spécialisation ayant soumis au moins un mémoire d'honoraire à la CNS dans l'année, entre 2007 et 2017, ayant eu une affiliation d'une année au régime général de la sécurité sociale

Lorsque sont considérés tous les MEVS ayant produit dans l'année plus de 18.000 € de coefficients, quel que soit le nombre de mois d'affiliation au régime général de la sécurité sociale, alors le nombre de coefficients produits par MEVS par mois entre 2007 et 2017 est le suivant :

Année	Nombre de MEVS	Nombre de coefficients /MEVS/mois
2007	59	2.524
2008	69	2.225
2009	63	2.347
2010	61	2.577
2011	59	2.093
2012	50	2.274
2013	53	2.138
2014	60	2.074
2015	63	2.194
2016	66	2.157
2017	69	2.138

Source : Données CNS-Traitement IGSS

Tab.14.7 : Nombre de coefficients produits par mois par médecins en voie de spécialisation ayant soumis au moins 18.000 € de mémoire d'honoraire à la CNS dans l'année, entre 2007 et 2017

Ce nombre moyen de coefficients produits par MEVS ayant soumis au moins 18.000 € de coefficients à la CNS dans l'année, et par mois d'affiliation a diminué entre 2007 et 2017. La contribution générale moyenne des MEVS au système de santé luxembourgeois a donc diminué de 2007 à 2017.

Chez les MEVS spécialistes (hors médecins généralistes), la proportion de MEVS ayant produit par année plus de 18.000 € de coefficients est la suivante entre 2007 et 2017 :

Année	Nbre de MEVS < 18.000 €	Nbre de MEVS > 18.000 €	% MEVS > 18.000 €
2007	40	58	59,18
2008	32	65	67,01
2009	48	59	55,14
2010	54	61	53,04
2011	39	59	60,20
2012	36	50	58,14
2013	40	53	56,99
2014	34	60	63,83
2015	42	63	60,00
2016	49	66	57,39
2017	47	69	59,48

Source : Données CNS-Traitement IGSS

Tab.14.8 : Pourcentage de médecins en voie de spécialisation chez les médecins spécialistes ayant soumis au moins 18.000 € de mémoire d'honoraire à la CNS dans l'année, entre 2007 et 2017

Résumé Partie 14 relative aux étudiants en médecine

Les informations sur les étudiants en médecine en provenance du Luxembourg sont éparses. Aucun organisme ne peut à la date du présent rapport donner une information exhaustive sur :

- le nombre d'étudiants en médecine,
- leur année d'étude,
- leur pays d'étude,
- leur université,
- la spécialisation choisie,
- leur devenir après le diplôme,
- les abandons.

Les étudiants en médecine de nationalité luxembourgeoise sont répartis dans 22 pays de formation, ce qui est source de différences dans les pratiques professionnelles et rend plus complexe l'harmonisation des pratiques de prise en charge des patients.

Les MEVS contribuent au système de santé luxembourgeois. Ils proviennent en majorité de l'étranger. Ils constituaient jusqu'à ce jour une source de recrutement de médecins au Luxembourg. Cependant, les modifications engagées par le Ministère belge concernant la reconnaissance des stages au Luxembourg risquent d'impacter considérablement la venue des MEVS et donc le recrutement futur.

Recommandations :

- Mettre en place un système d'information permettant de connaître avec exhaustivité le nombre exact d'étudiants en médecine, dans chaque année d'étude, ainsi que leur spécialisation, leur pays d'étude.
- Mettre en place un système de suivi des étudiants en médecine après l'obtention de leur diplôme afin de connaître leur devenir professionnel (pays d'exercice, établissement, spécialisation).

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Conclusion

L'état des lieux sur les professions médicales et sur les professions de santé n'a été possible que grâce à la participation active de 647 personnes et de 129 organismes.
Cette étude comportant un volet qualitatif et un volet quantitatif a permis de répondre aux questions posées.

Le système de soins au Luxembourg, l'assurance dépendance et l'action sociale sont obligés de recourir à des professionnels de la santé étrangers pour fonctionner. Le pays n'est pas autonome avec sa seule production de ressources professionnelles médicales et de professions de santé. Avec un taux de 62 % de professions de santé réglementées provenant de l'étranger, le pays a dépassé un seuil critique le rendant extrêmement vulnérable et dépendant des décisions politiques et économiques des pays frontaliers concernant leurs professions de santé. De même, avec un taux de 51 % de médecins de nationalité luxembourgeoise, le Luxembourg n'est pas en capacité d'assurer seul la prise en charge de la population avec les médecins provenant du pays, c'est pourquoi il a recours aux médecins étrangers, dont le pourcentage s'accroit d'année en année.

En Europe, le marché de l'emploi des médecins est extrêmement tendu et tous les pays ont fait ces dix dernières années des efforts très importants pour conserver leurs propres médecins et éviter leur migration. Le Luxembourg a alors perdu de son attractivité. De plus, d'autres facteurs influencent les difficultés de recrutement, tels que l'absence de centre hospitalier universitaire, l'absence de faculté de médecine complète, l'exercice libéral de la médecine dans certaines disciplines, l'absence de programmes d'intégration d'un jeune médecin et d'encadrement des étudiants en médecine, les différences de valorisation des spécialités médicales dans la nomenclature des actes médicaux, la coexistence de deux statuts de médecins (salariés et libéraux), le coût du logement…
Presque toutes les disciplines médicales sont touchées par les difficultés de recrutement qu'elles soient directement en contact avec les patients ou indirectement impliquées dans le processus de prise en charge comme les biologistes, les médecins anatomo-pathologistes.
Désormais, le recrutement de médecins bien formés, qualifiés, ayant une expérience professionnelle suffisante pour venir exercer au Luxembourg en libéral devient très complexe, et certains pans du système de santé sont menacés (ex : INCCI).
Chez les professions de santé, la production nationale est insuffisante pour répondre aux besoins. Le recours au recrutement frontalier est encore possible mais toute initiative en France, en Belgique ou en Allemagne qui viserait à rehausser les salaires des professions de santé engendrerait immédiatement une grave crise du système sanitaire luxembourgeois et de l'action sociale.
Il existe une pénurie de médecins et de professions de santé issus du Luxembourg. Mais l'étude a permis de constater qu'il n'existe pas de véritable pénurie ayant amené à fermer des offres de soins en raison du manque de ressources professionnelles, car le recrutement à l'étranger a permis jusqu'à présent de combler les besoins. Cependant, les difficultés de recrutement s'aggravent d'année en année.
Actuellement, quelques premiers impacts sur la prise en charge de la population ont été notés: diminution du nombre de visites médicales à domicile, refus de médecins de prendre des nouveaux patients, délais allongés d'obtention de rendez-vous chez un médecin spécialiste, psychiatrie extrahospitalière sans médecin psychiatre, dans certains cas un suivi impossible par un médecin généraliste des patients en rééducation gériatrique ou en maisons de soins.

Or, la pyramide des âges des médecins montre un âge médian d'environ 53 ans, ce qui signifie que de nombreux médecins partiront en pension dans les 15 prochaines années,

engendrant un risque important de pénurie réelle. En effet, sur les 2.088 médecins[1] vraiment actifs en 2017, il est prévu que 1.233[2] à 1.437[3] médecins prennent leur retraite jusqu'en 2034, soit entre 59 % et 69 % de l'effectif des praticiens. Le Luxembourg devra à la fois remplacer les départs, mais aussi faire face à l'accroissement des besoins en soins liés à l'augmentation du nombre de résidents, au vieillissement de la population et à l'évolution des maladies chroniques, ce qui constituera un défi majeur.
De plus, il faut tenir compte de la croissance entre 2007 et 2017 de la féminisation de la profession médicale, de l'exercice plus fréquent à temps partiel et des nouvelles tendances dans la relation au travail des jeunes générations.
De ce fait, les départs de médecins devront dans l'avenir être remplacés par un coefficient supérieur à 1, ce qui augmente le nombre de médecins à recruter et donc aussi à former.
Cette situation était pressentie. Cependant, le pays a pris un certain retard à mesurer l'ampleur du phénomène auquel il sera confronté, et ensuite à prendre des dispositions comme l'ont fait avant lui d'autres pays européens. L'OMS a lancé l'alerte il y a déjà plusieurs années, incitant les états membres à agir pour devenir autonomes dans leurs ressources professionnelles. La stratégie 2030 fixe des objectifs très clairs que le Luxembourg devrait faire siens s'il veut ne pas mettre en péril son système de santé et perdre les places très honorables qu'il a acquis dans les comparaisons européennes relatives au système de soins de santé.
Mais, toutes les décisions qui seront prises par les pouvoirs publics en faveur des professions médicales n'auront malheureusement un effet que dans 10 à 15 ans en raison de leur longue formation.
C'est pourquoi, pour éviter de mettre en péril le système de soin, des mesures profondes s'imposent dès à présent. Il ne s'agit pas de vouloir essentiellement recruter des médecins ou en augmenter le nombre. Il s'agit de repenser complètement le fonctionnement du système de soins et notamment d'organiser de manière efficiente les services de santé afin d'éviter toute utilisation inappropriée de ressources, de développer une nouvelle forme d'interaction entre les professionnels de la santé (médecins et professions de santé) en attribuant de nouveaux rôles aux professions de santé, de mieux organiser les compétences de manière synergique en optimisant les ressources professionnelles rares tout en garantissant la qualité des prises en charge. Pour cela, il y a lieu de revoir totalement le rôle, les compétences et attributions, la formation, ainsi que le positionnement des professions de santé au sein du système de soins.
En parallèle, il y a lieu de renforcer le nombre d'étudiants en médecine, de rester attractif pour le recrutement médical en provenance de l'étranger, d'améliorer les conditions de l'exercice médical au Luxembourg, d'investir dans les soins primaires, de valoriser et promouvoir l'ensemble des professions.
Le pays doit prendre des décisions pour obtenir des résultats à long terme, ainsi que des décisions pour garantir un système de santé viable à court et moyen terme.
L'étude a aussi montré que la densité médicale mesurée par le biais du registre professionnel surestime la disponibilité réelle médicale auprès de la population, car chaque médecin est comptabilisé pour une valeur de 1 alors qu'il peut n'exercer qu'à temps partiel, et que les médecins en voie de spécialisation contribuent moins au système de santé qu'un médecin titré. Il est donc nécessaire pour l'avenir de mieux caractériser annuellement la véritable disponibilité médicale au service de la population.

---

[1] Médecins généralistes, médecins spécialistes, médecins dentistes ayant au moins envoyés plus de 18.000 € de mémoires d'honoraires à la CNS en 2017

[2] Départ à 65 ans

[3] Départ à 60 ans

Cet état des lieux a permis d'identifier une inégalité d'accès territorial, certains cantons étant très défavorisés en compétences médicales et en professions de santé, tels que les cantons de Vianden, de Clervaux ou de Redange. Des incitatifs à l'installation des médecins dans certains territoires sont à inventer.
Le ratio médecin généraliste sur médecin spécialiste reste encore en 2017 ou en 2018 défavorable à la médecine générale, même si le nombre de médecins généralistes a augmenté dans le pays.

Chez les professions de santé, le système de formation actuel ne soutient pas le système de santé. Il n'est aucunement incitatif pour les jeunes luxembourgeois à se diriger vers ces professions car ils n'obtiendront qu'un BTS. Le Luxembourg fait partie des derniers pays à ne pas exiger le baccalauréat pour entrer dans les études d'infirmier, démontrant ainsi son manque de compréhension des besoins du secteur ainsi que son manque de vision et de stratégie pour les années à venir en ce qui concerne la place que devront prendre les infirmiers pour pérenniser le système de soins et répondre aux besoins de santé de la population. D'autre part, le taux de déperdition des étudiants en cours de formation est élevé. Une véritable réforme en profondeur de la formation des infirmiers est à introduire pour donner au pays les meilleures chances d'affronter les années difficiles à venir.
Un effort important doit être réalisé pour promouvoir les professions de santé auprès des jeunes et des parents, et leur redonner du sens au sein de la société.
La différence de CCT entre les secteurs d'activité des professions de santé n'est pas favorable à une mobilité des professionnels entre les secteurs, ce qui permettrait d'offrir de nouvelles perspectives en cours de carrière. Elle engendre une dévalorisation professionnelle qui nuit au recrutement dans le secteur de la dépendance et de l'action sociale. De même chez les médecins, l'existence de deux modes d'exercice (libéral et salariat) génère une concurrence nationale contreproductive.
Les attributions professionnelles d'un grand nombre de professions de santé sont à revoir car elles ne sont plus en adéquation avec les pratiques sur le terrain. Il y a lieu de trouver un nouveau modèle plus souple pour actualiser les attributions de manière régulière.
La liste des professions de santé est à réviser en supprimant certaines professions, en introduisant de nouvelles professions. Certaines professions n'ont aucune perspective.
Toutes les professions de santé ont besoin d'une pratique avancée c'est pourquoi il est recommandé de reconnaître dans la loi un statut de pratique avancée plutôt que de créer de multiples infirmiers spécialisés.
Il n'existe pas de dispositif de promotion professionnelle contractuelle au Luxembourg ce qui est un véritable manque pour permettre aux professionnels de reprendre des études (ex : passage de l'aide soignant vers l'infirmier, passage de l'infirmier vers l'infirmier spécialisé…) et ainsi contribuer à réduire la pénurie dans certaines professions de santé et à maintenir le plus longtemps possible les ressources professionnelles dans le milieu du travail.
Il n'existe pas de normes relatives aux professions de santé spécialisées (ex : infirmier pédiatrique, infirmier psychiatrique), ce qui traduit l'absence de compréhension et de valorisation de l'apport de ces professions dans les soins aux patients.

Enfin, l'étude a montré une insuffisance de gouvernance des ressources professionnelles de la santé : pas de concertation permanente avec les acteurs, pas de comité réellement fonctionnel au niveau gouvernemental même s'il est inscrit dans les textes réglementaires, pas d'organe consacré aux ressources professionnelles au Ministère de la santé ou à la Direction de la santé, pas de vision nationale partagée de l'organisation du système de soins dans les 10 à 15 ans à venir en terme de structures et d'organisation permettant d'en déduire le besoin en ressources professionnelles, pas de

monitoring et pas assez d'indicateurs de suivi des ressources professionnelles, pas de plateforme de communication entre les besoins et les offres de professions médicales.
Les organes de représentation des professionnels ont de faibles moyens et un périmètre de responsabilités à réviser afin de mieux les impliquer dans le développement des professions. Le Conseil Supérieur des Professions de Santé est totalement à refonder mais il devra être accompagné pour changer de paradigme.

Il n'existe pas de véritable stratégie partagée concernant la planification, la régulation, l'organisation, le développement des ressources en professionnels de la santé nécessaires au fonctionnement hospitalier, aux soins extrahospitaliers, aux soins primaires, à l'assurance dépendance et à l'action sociale. Personne n'est véritablement redevable de garantir la meilleure adéquation possible entre les ressources professionnelles, les compétences et les besoins. Chacun des secteurs d'activité devra être associé à la détermination des types de professions de santé nécessaires pour répondre à sa mission en tenant compte d'un risque réel de pénurie médicale.

Certains principes devront être soumis à discussion dans une perspective d'impact sur les ressources professionnelles et d'optimisation : exercice libéral de la médecine dans certains secteurs, rôle du médecin généraliste, statut du médecin hospitalier, concentration de l'exercice médical sur le diagnostic, la thérapie, le suivi des cas aigus et des cas complexes, intervention des professions de santé ayant une pratique avancée dans le suivi des patients chroniques et dans la gestion de situations de routine, nouveaux rôles pour certaines professions de santé avec un droit de prescription et de prestation de certains actes sous réserve d'une formation universitaire complémentaire, réorganisation des services de santé pour optimiser les besoins en professionnels de la santé, développement de la prévention pour réduire les soins curatifs, investissement très important dans les soins de santé primaires.
La conception des cabinets de groupe devrait être revue et s'orienter vers un nouveau concept de centres de santé multi-professionnels alliant des médecins de diverses disciplines mais aussi des professions de santé, en respectant un maillage au sein du territoire luxembourgeois, permettant d'offrir les soins de prévention, d'éducation à la santé, les soins primaires et les soins de suivi des maladies chroniques avec différentes compétences. Les communes et la CNS devraient être associées à un tel projet. Des initiatives de télémédecine devraient s'inscrire dans les centres de santé afin de communiquer avec les médecins spécialistes hospitaliers. Ces centres de santé devraient bénéficier de ressources financées : infirmiers de pratique avancé, secrétariat, locaux…

En conclusion, cet état des lieux apporte aux pouvoirs publics un grand nombre d'informations utiles à la prise de décision.
Mais la situation de dépendance du système de santé luxembourgeois est telle et le risque de grave pénurie important, que cela nécessite plus qu'un simple plan d'action. Elle devrait être déclarée « cause nationale » afin d'être considérée par plusieurs ministères. La population devrait être informée pour mieux comprendre les efforts qui sont à consentir pour garantir la pérennité du système de santé luxembourgeois et permettre au pays d'augmenter son indépendance. Les organes tels que la Chambre des députés, les syndicats devraient être associés afin de soutenir efficacement les changements importants à opérer.
Devant une telle situation de dépendance, devant les objectifs 2030 de l'OMS, devant les données sur les départs prévisibles des professions médicales et des professions de santé, il y a lieu de revoir maintenant sans attendre :

- l'organisation du système de soins afin de mieux utiliser les ressources professionnelles existantes et n'avoir aucune déperdition de ressources rares,
- le système de formation des professions de santé,

- les incitatifs à l'installation des médecins et les mesures favorisant l'attractivité du Luxembourg,
- les situations critiques déjà existantes dans les établissements spécialisés.

L'investissement devra être de long terme pour rééquilibrer les ressources professionnelles nécessaires au système de soins de santé et des partenariats forts devront être développés avec l'Université du Luxembourg et les universités à l'étranger pour offrir sur le territoire des formations académiques pour les professions de santé en complément de la formation médicale.

L'enjeu est majeur, mais le pays peut réussir s'il s'en donne les moyens.

Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg

Documents consultés et annexe

Version finale 2019-10-01

Santé et Prospectives
Siège social : 87 Schmiedenacht, L-4993 Sanem, G.D. de Luxembourg
Tél : (+352) 59 49 55 GSM : (+352) 621 277 983
E-mail : marieliselair@gmail.com
Registre du commerce : B176851
TVA : LU26158716

Documents consultés pour la rédaction du rapport « Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg »

- Ressources humaines pour la santé : Stratégie mondiale à l'horizon 2030. OMS 2016
  https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf
- Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé. OMS, mai 2010 (WHA63.16)
  https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1
- Accord de coalition gouvernemental 2018-2023
- Code de la santé, Luxembourg
- Code de la sécurité sociale : lois et règlements 2019. Luxembourg
- Rapport général de la sécurité sociale 2018. Ministère de la sécurité sociale
- Loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé
- Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
- Règlement grand ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique
- Loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une Assurance Dépendance
- Loi du 23 décembre 2005 modifiant différentes dispositions du code des assurances sociales en matière d'Assurance Dépendance
- Loi du 29 août 2017 portant modification du code de la sécurité sociale
- Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant : 1 les normes concernant la dotation et la qualification du personnel; 2 les coefficients d'encadrement du groupe
- Règlement grand-ducal du 18 septembre 2018 modifiant le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant : 1 les normes concernant la dotation et la qualification du personnel, 2 les coefficients d'encadrement du groupe
- Référentiel des aides et soins de l'Assurance Dépendance Mémorial A 1089 du 19 décembre 2017
- Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles
- Loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile et création d'un Corps Grand Ducal d'Incendie et de Secours (CGDIS)
- Loi du 26 mars 2019 relative à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants et à la sécurité des sources de rayonnements ionisants contre les actes de malveillance
- RGD du 8 juillet 1976 concernant l'organisation médicale, pharmaceutique et paramédicale du CHL
- Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide
- RGD du 28 avril 2009 déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne en fin de vie
- RGD du 19 septembre 1991 fixant les conditions d'accès et d'utilisation de l'appareillage pour lithotritie extracorporelle par des usagers extérieurs au CHL
- RGD du 18 mars 2000 fixant les conditions d'accès et d'utilisation de l'appareillage pour ostéodensitométrie au Luxembourg
- RGD du 1er mars 2002 relatif à la pharmacie hospitalière et au dépôt hospitalier de médicaments
- RGD du 12 juin 2004 fixant les normes pour un service d'imagerie médicale travaillant avec un tomographe à résonnance magnétique nucléaire
- Loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux

- Loi du 15 décembre 1978 relative à l'information sexuelle et à la prévention de l'avortement et à la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse modifiée par la loi du 17 décembre 2014
- Loi du 17 juillet 1984 modifiée par la loi du 9 avril 2014 relative aux laboratoires d'analyses médicales
- RGD du 18 décembre 1998 déterminant les disciplines d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale et réglementant la formation spécialisée des responsables de laboratoire
- RGD du 27 mai 2004 déterminant les critères minima à observer dans le cadre des activités globales d'un laboratoire d'analyses médicales
- Loi du 15 mai 1984 introduisant des examens médicaux systématiques pour les enfants âgés entre 2 et 4 ans
- Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé
- Loi du 2 décembre 1987 modifiée par la loi du 18 mai 2010 portant réglementation de la médecine scolaire
- Loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un code du travail
- RGD du 31 janvier 1995 relatif à la formation du médecin du travail
- RGD du 2 avril 1996 modifié par le RGD du 6 février 2007 relatif au personnel, aux locaux et à l'équipement des services de santé au travail,
- RGD du 3 février 2009 relatif au contrôle médical des étrangers
- Loi du 31 juillet 1991 modifiée déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien
- Loi du 25 novembre 1982 modifiée par la loi du 25 juin 2015 relative aux organes destinés à la transplantation
- RGD du 2 février 1984 modifié par le RGD du 6 octobre 2009 relatif au service national de coordination pour le prélèvement d'organes
- RGD du 3 décembre 2009 déterminant les procédures à suivre pour constater la mort en vue d'un prélèvement
- Loi du 1er août 2007 relative aux tissus et cellules humaines destinés à des applications humaines
- RGD du 30 août 2007 concernant les exigences de traçabilité, la notification des réactions et incidents indésirables graves, ainsi que certaines exigences techniques relatives à la codification, à la transformation, à la conservation, au stockage et à la distribution des tissus et de cellules d'origine humaine
- Loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, texte coordonné au 24 décembre 2014
- RGD du 19 mars 1982 fixant les modalités de l'examen médical et de la prise de sang et/ou d'urine effectués en cas de présomption d'usage illicite d'un stupéfiant ou d'une substance toxique, soporifique ou psychotrope
- RGD du 19 mars 1982 fixant les modalités de l'examen médical et de la prise de sang et/ou d'urine effectués en cas de présomption de trafic illicite d'un stupéfiant ou d'une substance toxique, soporifique ou psychotrope
- RGD du 30 janvier 2002 déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution, texte coordonné du 25 mars 2016
- Loi du 15 mars 1979 portant réglementation de la transfusion sanguine
- RGD du 25 janvier 2006 établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation, la distribution et la transfusion du sang humain et des composants sanguins
- Loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente
- Loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin dentiste et de médecin vétérinaire (Mémorial A n°31 de 1983)
- Loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé (Mémorial A n°20 de 1992) et la Loi du 21 août 2018 portant

modification de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé

- Loi du 14 juillet 2010 transposant pour les professions de médecin, de médecin dentiste, de médecin vétérinaire, de pharmacien et de certaines autres professions de santé, les dispositions de la directive 2005/36/CE du parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et de la directive 2006/100/CE portant adaptation de certaines directives dans le domaine de la circulation des personnes
- Loi du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute
- Règlement grand-Ducal du 24 avril 1993 relatif au Conseil Supérieur de certaines professions de santé (Mémorial A n°33 de 1993)
- Règlement grand-ducal du 7 novembre 2010 établissant le code de déontologie de certaines professions de santé
- Règlement grand-ducal du 14 mai 1996 portant institution de la Commission permanente de consultation ayant pour objet de conseiller le Ministre de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle et le Ministre de la Santé en matière de formation, de statuts et de règes de l'exercice des professions de santé
- Règlement grand-ducal du 25 novembre 1993 autorisant 1.la création et l'exploitation d'une banque de données des personnes exerçant certaines professions de santé, 2.l'utilisation du numéro d'identité des personnes physiques et morales
- Règlement grand-ducal du 22 août 2003 déterminant pour la profession de diététicien 1.les études en vue de l'obtention du diplôme de diététicien, 2.les modalités de reconnaissance des diplômes étrangers, 3.l'exercice de la profession de diététicien
- Règlement grand-ducal du 19 janvier 2018 réglementant l'exercice et les attributions de la profession d'orthophoniste
- Règlement grand-ducal du 7 octobre 1991 portant réforme de la profession d'ATM de laboratoire
- Règlement grand-ducal du 1er octobre 1970 modifiant le règlement grand-ducal du 15 juillet 1969 portant exécution des articles 1er et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession de laborantin
- Règlement grand-ducal du 18 mars 1981 réglementant les études et les attributions de la profession d'assistant technique médical
- Projet de réforme de la formation d'ATM de chirurgie: Profil professionnel de l'ATM de chirurgie 03.05.1999 au 15.10.2002
- Règlement grand-ducal du 18 juillet 2013 réglementant l'exercice et les attributions de la profession d'assistant social
- Règlement grand-ducal du 15 juillet 1969 portant exécution des articles 1er et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession d'assistant d'hygiène sociale
- Règlement grand-ducal du 11 juillet 1969 portant exécution des articles 1er et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession d'infirmier gradué
- Règlement grand-ducal du 21 janvier 1998 portant sur l'exercice de la profession d'infirmier
- Règlement grand-ducal du 21 janvier 1998 portant sur l'exercice de la profession de masseur
- Règlement grand-ducal du 8 mai 2009 déterminant pour la profession d'infirmier en anesthésie et réanimation, a. l'accès aux études en vue de

l'obtention du diplôme, b. les modalités de reconnaissance des diplômes étrangers, c. l'exercice de la profession,

- Règlement grand-ducal du 11 décembre 1981 réglementant les études et les attributions de sage-femme
- Règlement grand-ducal du 25 janvier 2012 portant sur l'exercice de la profession d'infirmier en pédiatrie
- Règlement grand-ducal du 10 juin 2011 portant sur l'exercice de la profession d'infirmier psychiatrique
- Règlement grand-ducal du 24 septembre 1969 portant exécution des articles 1er et 5 de la loi du 18 novembre 1967 portant réglementation de certaines professions paramédicales en ce qui concerne la profession de masseur-kinésithérapeute
- Règlement grand-ducal du 15 février 2002 déterminant pour la profession d'ergothérapeute : 1. Les études en vue de l'obtention du diplôme d'ergothérapeute, 2. Les modalités de reconnaissance des diplômes étrangers, 3. L'exercice de la profession d'ergothérapeute
- Règlement grand-ducal du 9 mai 2003 portant sur l'exercice de la profession d'assistant technique médical de radiologie
- Règlement grand-ducal du 7 juin 2007 déterminant pour la profession de rééducateur en psychomotricité 1. Les études en vue de l'obtention du diplôme, 2. Les modalités de reconnaissance des diplômes étrangers, 3. l'exercice de la profession
- Règlement grand-ducal du 25 juillet 2002 portant sur l'exercice de la profession d'aide-soignant
- Loi du 28 octobre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, portant création d'un registre des titres professionnels et d'un registre des titres de formation, modifiant a. la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin dentiste et de médecin-vétérinaire, b. la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien, c. la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, d.la loi modifiée du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmiers et d'infirmières et réglementant la collaboration entre le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé, e. la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales, f. la loi du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute
- Règlement grand-ducal du 28 janvier 1999 fixant les modalités et les conditions en vue de l'obtention d'une indemnité pour les médecins en voie de formation spécifique en médecine générale
- Règlement grand-ducal du 12 mai 2000 fixant les modalités et conditions en vue de l'obtention d'une aide financière pour les médecins en voie de spécialisation
- France : Code de la santé publique :
    - article L4151-1 modifié par la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 – art.38
    - article L2122-1 modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 86
    - article L4151-2 modifié par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 – art. 103 JORF 11 août 2004
    - article L4151-3 modifié par la loi du 9 août 2004 – art. 104 JORF 11 août 2004
    - article L4151-4 modifié par la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 – art.5
    - article L5134-1 modifié par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 – art.52
    - article R4127-324

    - article D331-1 du code de la sécurité sociale
    - article R4127-318 du code de la santé publique modifié par décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 – art.1
    - décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, version consolidée du 29 octobre 2015 modifié par décret n° 21014-1043 du 12 septembre 2014 – art.33
    - article D4151-20 du code de la santé publique créé par décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012- art. 1
    - article D4151-21 du code de la santé publique créé par décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012 – art. 1
- France : Code de la santé publique Article L4121-2 modifié par l'Ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017-art.
- https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1920F61A6003CB822DFC0C17BF753DA2.tplgfr44s_2?idArticle=LEGIARTI000034058800&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte
- France: Ordre National des Médecins:
- https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=BEAFD1DF96925FFC1385DFC705DA3549.tplgfr44s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171278&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190130
- France: Ordre National des Sages-Femmes:
- https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=1920F61A6003CB822DFC0C17BF753DA2.tplgfr44s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171286&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190130
- France : Code de la santé Article L4312-1 modifié par l'ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018-art.
- France: Code la Santé, Article L4312-2 Modifié par : LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 63 (V)
- https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=1920F61A6003CB822DFC0C17BF753DA2.tplgfr44s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006185282&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190130
- Belgique : Loi du 13 décembre 2006 portant sur les dispositions diverses en matière de santé article 62
- Belgique : Arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins. MB 14-11-1967
- http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1967111031&table_name=loi
- Belgique: Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé
- http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi
- Suisse: Loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires
- https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20040265/index.html#fn1
- Canada-Québec: c-26-Code des professions, section I, constitution des ordres professionnels, 1994, c.40, a.17.
- http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/showDoc/cs/C-26?langCont=fr
- Canada-Québec: Réglement sur la formation continue obligatoire des médecins. Code des professions R.L.R.Q. c.C-26, a 94, 1er al. , par.0
- http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2018-12-04-fr-reglement-formation-continue-obligatoire-md.pdf?t=1559390933422
- Canada-Québec: Loi médicale, chapitre M-9 du code des professions, section II, Ordre des médecins du Québec
- http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/M-9
- Canada-Québec: Loi sur les infirmières et infirmiers, chapitre I-8 du code des professions, section II, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

- http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/I-8
- Canada-Québec: Loi sur les sages-femmes, chapitre S-01 du code des professions, section I, Ordre des sages-femmes du Québec
- http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-0.1/
- Règlement grand-ducal du 17 février 2017 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles
- Projections macro économiques et démographiques de long terme 2017-2030. STATEC nov.2017 Volume LXIV n° 03/2017
- OECD/EU (2018) Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OCDE (2017) Panorama de la santé 2017 : les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE, Paris https://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr
- State of Health in the UE : Luxembourg. Profils de santé par pays. 2017 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_lu_french.pdf
- Les opportunités d'empli pour le métier d'infirmier au Luxembourg. Frontaliers Grand-Est, avril 2019 https://www.frontaliers-grandest.eu/uploads/publications/METIER%20INFIRMIER%20LUXEMBOURG-web.pdf
- Formation en Hygiène Hospitalière : l'expérience scandinave. Norwegian Institute of Public Health. Nina Sorknes. 2 juin 2010. 21ème Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière
- Recommandations nationales pour la mise en place d'un système de surveillance et de prévention de l'infection nososcomiale. Ministère de la santé, Direction de la santé, Groupe National de Guidance pour la Prévention des Infections Nosocomiales. Luxembourg, 1998
- Belgique : Arrêté royal du 26 avril 2007 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre
- S. Rinaldetti, I. Jung. Démographie médicale au Luxembourg. Edition 2011. ALEM
- OECD/Eurostat/WHO-Europe Joint Data Collection on Non-Monetary Health Care Statistics. Definitions for common variables related to Health Employment and Education. Définitions LUX_Health employment_2018_V3.xls
- D. Bejko, N. de Rekeneire, J. Pastore, S. Majerus, S. Leite, S. Lehners, S. Couffignal. Traumatismes au Luxembourg : Analyse de la situation des données du système de surveillance hospitalier RETRACE de 2014 et du registre des causes de décès. Direction de la Santé et Luxembourg Institute of Health. 2017
- S. Lehners, J.C. Schmit, N. de Rekeneire, D. Pivot, G. Weber, S. Leite, C. Bors, J. Pütz. Statistiques des causes de décès pour l'année 2016. Direction de la Santé juin 2018
- A. Lecomte, A. Billy, J. Barre, S. Couffignal, N de Rekeneire, G. Weber. Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg : Rapport sur les naissances 2014-2015-2016 et leur évolution depuis 2001. Luxembourg Institute of Health et Direction de la Santé
- Fact Sheet European Health Interview Survey 2014 : Etat de santé et bien être. Luxembourg Institute of Health et Direction de la Santé. 2017 *http://sante.public.lu/fr/publications/e/ehis-fact-sheet-etat-de-sante-et-bien-etre/ehis-fact-sheet-etat-de-sante-et-bien-etre-fr.pdf*
- Fact Sheet European Health Interview Survey 2014 : Obésité, Nutrition et Activité Physique. Luxembourg Institute of Health et Direction de la Santé. 2017. *http://sante.public.lu/fr/publications/e/ehis-fact-sheet-obesite-nutrition/ehis-fact-sheet-obesite-nutrition-methodologie.pdf*

- Fact Sheet European Health Interview Survey 2014 : Utilisation et accessibilité des services de santé. Luxembourg Institute of Health et Direction de la Santé. 2018.
  http://sante.public.lu/fr/publications/e/ehis-fact-sheet-acces-serv-sante/index.html
- Fact Sheet European Health Interview Survey 2014 : Consommation de tabac et d'alcool. Luxembourg Institite of health et Direction de la Santé, 2017 Lien : *http://sante.public.lu/fr/publications/e/ehis-fact-sheet-tabac-alcool/ehis-fact-sheet-tabac-alcool-method.pdf*
- N. Berndt, R. Seixas, A. Origer. National Drug Report 2018 : l'état du phénomène des drogues et des toxicomanies au Grand-Duché de Luxembourg. Direction de la Santé et Point Focal OEDT
- Ministère de la Sécurité Sociale, Rapport Général sur la Sécurité Sociale au Grand-Duché de Luxembourg, Luxembourg, 2017.
  http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2017/rg_2017.pdf
- Gesond iessen Méi bewegen, Plan cadre national 2018-2025, Luxembourg http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-cadre-national-gimb-2018-2025/plan-cadre-national-gimb-2018-2025.pdf
- Programme national de Promotion de la santé affective et sexuelle 2019. Luxembourg
  http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-action-national-promotion-sante-affective-sexuelle-2019/plan-action-national-promotion-sante-affective-sexuelle.pdf
- Plan National de Lutte contre le Tabagisme 2016-2020. Ministère de la Santé. Luxembourg http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-national-tabac-2016-2020/plan-national-tabac-2016.pdf
- Plan d'Action National VIH 2018-2022. Ministère de la Santé. Décembre 2017 http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-action-national-sida-2018-2022/plan-action-national-sida-2018-2022.pdf
- Plan d'action national de lutte contre les hépatites au Grand-Duché de Luxembourg 2018-2022 (PANHEL). Ministère de la santé. Décembre 2017.
  http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-action-national-hepatites-2018-2022/plan-action-hepatites-2018-2022.pdf
- Demenz. Rapport final du comité de pilotage en vue de l'établissement d'un plan d'action national « maladies démentielles ». Conseil de gouvernement. 13 mars 2013.
  http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-national-maladies-dementielles/plan-national-maladies-dementielles.pdf
- Le tabagisme au Luxembourg en 2017. Enquête de la Fondation Cancer avec TNS-ILRES. 28 mai 2018
  https://maviesanstabac.lu/les-chiffres-au-luxembourg/
- Rapport d'activité 2017 du Comité de surveillance du SIDA et des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles
  http://sante.public.lu/fr/publications/c/comite-surveillance-sida-2017/comite-surveillance-sida-2017-rapport.pdf
- Loi du 1er août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique
  http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2018/08/01/a705/jo
- Règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire
  http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2019/02/15/a104/jo
- Enquête de couverture vaccinale au Grand-Duché de Luxembourg : enfants vaccinés, enfants protégés. 2012. Ministère de la santé- Direction de la santé.

http://sante.public.lu/fr/publications/e/enquete-couverture-vaccinale-lux-2012/enquete-couverture-vaccinale-lux-2012.pdf
- Carte sanitaire Grand Duché de Luxembourg. Mise à jour 2017. Document principal. Ministère de la santé- Direction de la santé. https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2018/06/20180604/cartesanitaire2017.pdf
- Carte sanitaire Grand Duché de Luxembourg : Synthèse. Mise à jour 2017. Ministère de la santé- Direction de la santé. https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2018/06/20180604/cartesanitaire2017synthese.pdf
- Carte sanitaire Grand Duché de Luxembourg. Mise à jour 2017 : Fascicule 1 Etablissements hospitaliers du Grand Duché de Luxembourg. Ministère de la santé-Direction de la santé. Février 2018. https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2018/06/20180604/etablissements.pdf
- Carte sanitaire Grand Duché de Luxembourg. Mise à jour 2017. Fascicule 2 Motifs de recours à l'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies (ICD10). Ministère de la santé-Direction de la santé- Février 2018. https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2018/06/20180604/motifsrecourshospitalisation.pdf
- Plan National Cancer 2014-2018. Ministère de la santé-Direction de la santé. 2 septembre 2014. http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-national-cancer-lux-2014-2018/plan-national-cancer-lux-2014-2018.pdf
- ATLAS on substance use (2010) : Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. OMS
- Couffignal S., jacobs J., Saleh S., Untereiner M. Prise en charge des cancers du poumon au Luxembourg en 2013-2014 : résultats issus du Registre National du Cancer- Rapport scientifique. LIH ; décembre 2018. 80 p.
- Convention entre la CNS et la FHL conclue en exécution de l'article 74 et suivants du Code de la sécurité sociale
- Rapport de la Commission des Normes : Normes définitivement retenues par la FHL et la CNS. Années budgétaires 2019 et 2020. Circulaire CNO n° 003/2019 du 01/03/2019
- Convention cadre signée entre la CNS et la Fédération COPAS asbl du 15 décembre 2017 ayant pour objet de définir dans le cadre de la législation relative à l'AD, les rapports entre la CNS et les prestataires d'aides et de soins (JO, Mém. A-1124 du 28 décembre 2017)
- Version coordonnée au 01/01/2019 de la nomenclature des actes et services des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, rééducateurs en psychomotricité, sages-femmes, orthophonistes, laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, prestataires de soins palliatifs, diététiciens
- Version coordonnée au 01/01/2019 de la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins dentistes
- Rapport de référencement du cadre luxembourgeois des qualifications vers le cadre européen des certifications pour la formation tout au long de la vie et le cadre de qualification dans l'espace européen de l'Enseignement Supérieur. 2014. MESR et MENEJ
- Proposition de Convention type LTPS 2019, validée par le bureau du Conseil d'Administration de la FHL le 25 avril 2019
- Birkel M. : Analyse des besoins en professionnels de santé du secteur hospitalier et du secteur dépendance. Propositions de mesures. Circulaire PF-DS N° 018/2019 du 06/05/2019

Sites Internet consultés

- www.fhlux.lu
- www.copas.lu
- www.fedas.lu
- www.uni.lu
- www.ltps.lu
- www.legilux.lu
- www.statec.lu
- www.who.int
- www.oecd.org
- www.europa.eu
- www.chl.lu
- www.chem.lu
- www.hopitauxschuman.lu
- www.chdn.lu
- www.baclesse.lu
- www.rehazenter.lu
- www.incci.lu
- www.croix-rouge.lu/centre-rehabilitation
- www.his.lu
- www.lns.lu
- www.fllam.lu
- www.collegemedical.lu
- www.ammd.lu
- www.andl.lu
- www.alo.lu
- www.anasig.lu
- www.atm.labo.from.lu
- www.anil.lu
- www.sages-femmes.lu
- www.alatmc.lu
- www.aliar.lu
- www.slp.lu
- www.alatd.lu
- www.musiktherapie.lu
- www.cedies.lu
- www.conseil-scientifique.lu
- www.sante.public.lu
- www.resolux.lu
- www.mss.public.lu
- www.men.public.lu
- www.ms.public.lu
- www.rnc.lu
- www.inc.lu
- www.ceom-ecmo.eu
- www.fmh.ch
- www.sbk.ch
- www.hebamme.ch
- www.cmq.org
- www.oiiq.org

Liste des annexes

- Annexe 1 : questionnaire pour les associations de patients

Annexe 1 :

Etude sur les Professions Médicales et Professions de Santé
Questionnaire pour les Associations de Patients ou de Familles

1. Cadre de l'étude

L'étude qui est réalisée doit répondre à 3 questions :

- a-t-on suffisamment de médecins généralistes et de médecins spécialistes pour répondre aux besoins de santé de la population ?
- les attributions professionnelles des soignants inscrites dans la loi sont elles en adéquation avec les soins qui se réalisent sur le terrain auprès des patients ?
- la formation des soignants au Luxembourg permet-elle de mettre sur le marché du travail des professionnels ayant les compétences attendues par les institutions et par les personnes ayant besoin de soins ?

Remarque : L'étude n'aborde pas les éléments de financement

L'avis des associations de patients ou de familles de patients devrait apporter un éclairage sur ces questions, complétant celui des institutions de soins et celui des professionnels de la santé.

2. Avis souhaité

Dans le cadre de cette étude, l'avis de votre association sur les points suivants est souhaité:

Nom de votre association :

1. Quelles sont les spécialités médicales concernées par les maladies dont votre association s'occupe ? (*Exemple : médecin psychiatre, médecin pédiatre, médecin rhumatologue,…)*

2. Quel est le délai moyen pour avoir une consultation chez les médecins généralistes qui suivent les personnes représentées par votre association si elles présentent un problème de santé?

3. Quel est le délai moyen pour avoir une consultation chez le médecin spécialiste qui suit les personnes représentées par votre association si la maladie se complique ? *(Si plusieurs types de médecins spécialistes, répondre par type)*

4. Quel a été le délai moyen pour avoir un 1er rendez-vous chez le médecin spécialiste pour les personnes nouvellement malades en 2018 ? *(Si plusieurs types de médecins spécialistes, répondre par type)*

5. Selon l'avis des personnes que vous représentez, quelles sont les compétences ou qualités attendues chez les médecins généralistes qui suivent vos adhérents ?

6. Selon l'avis des personnes que vous représentez, quelles sont les compétences ou qualités attendues chez les médecins spécialistes qui suivent vos adhérents?

7. Quelles compétences ou qualités attendez-vous chez les soignants en hôpital (*Exemple : infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes,…)* ?

8. Quelles compétences ou qualités attendez-vous chez les soignants des réseaux de soins à domicile (*Exemple : infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes,…)?*

9. Dans leur parcours de soins ou leur parcours de prise en charge, quelles sont encore en 2019 les principales difficultés rencontrées par les personnes représentées par votre association, pour lesquelles les professionnels de la santé (médecins ou soignants) pourraient peut-être intervenir ?

10. Qu'attendez-vous de l'autorité publique en ce qui concerne les professionnels de santé pour la prise en charge des personnes représentées par votre association ?

11. Autres points que vous souhaiteriez mettre en valeur pour cette étude