Commission européenne



State of Health in the EU

Luxembourg

Profils de santé par pays 2019

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES POUR UNE VIE MEILLEURE

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

La série profils de santé par pays

Les profils de santé par pays produits dans le cadre de l'initiative *State of Health in the EU* fournissent un aperçu concis et pertinent de la santé et des systèmes de santé dans les États membres de l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE), soulignant les caractéristiques et les enjeux particuliers à chaque pays, sur fond de comparaisons entre pays. Ils visent à soutenir les décideurs et les influenceurs en leur offrant un outil d'apprentissage mutuel et d'échanges volontaires.

Ces profils ont été préparés par l'OCDE et l'European Observatory on Health Systems and Policies avec la Commission européenne. L'équipe remercie le réseau Health Systems and Policy Monitor, le comité de la santé de l'OCDE et le groupe d'experts de l'UE sur l'information en matière de santé pour leurs commentaires et suggestions précieux.

Table des matières

1. POINTS SAILLANTS 3
2. LA SANTÉ AU LUXEMBOURG 4
3. FACTEURS DE RISQUE 6
4. LE SYSTÈME DE SANTÉ 8
5. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 12
   5.1. Efficacité 12
   5.2. Accessibilité 15
   5.3. Résilience 18
6. PRINCIPALES CONCLUSIONS 22

Sources des données et des informations

Les données et les informations utilisées dans les profils de santé par pays proviennent des statistiques nationales officielles fournies à Eurostat et à l'OCDE, qui ont été validées afin d'assurer les normes les plus élevées en matière de comparabilité des données. Les sources et les méthodes sous-tendant ces données sont disponibles dans la base de données d'Eurostat et dans la base de données sur la santé de l'OCDE. Des données supplémentaires proviennent également de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), de l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que d'autres sources nationales.

Les moyennes de l'UE calculées sont des moyennes pondérées des 28 États membres, sauf indication contraire. Ces moyennes de l'UE ne concernent ni l'Islande ni la Norvège.

Ce profil a été finalisé au mois d'août 2019 et repose sur les données disponibles en juillet 2019.

Pour télécharger le fichier Excel correspondant à tous les tableaux et graphiques contenus dans ce profil, veuillez saisir le lien URL suivant dans votre navigateur internet: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Luxembourg.xls

Contexte démographique et socioéconomique au Luxembourg, 2017

Facteurs démographiques	Luxembourg	UE
Population (estimations à mi-année)	596 000	511 876 000
Part de la population de plus de 65 ans (en %)	14,2	19,4
Taux de fécondité[1]	1,4	1,6
Facteurs socioéconomiques		
PIB par habitant (en EUR, PPA[2])	75 900	30 000
Taux de pauvreté relative[3] (en %)	18,7	16,9
Taux de chômage (en %)	5,6	7,6

1. Nombre d'enfants nés par femme âgée de 15-49 ans. 2. La parité de pouvoir d'achat (PPA) est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en gommant les différences de niveau de prix entre les pays. 3. Pourcentage de personnes vivant avec moins de 60 % du revenu disponible équivalent médian.
Source : base de données d'Eurostat.

Clause de non-responsabilité: Les opinions exprimées et les arguments avancés dans le présent document n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'OCDE ou de ses pays membres, ni de l'European Observatory on Health Systems and Policies ou de ses partenaires. Les avis qui sont exprimés dans le présent document ne sauraient en aucun cas être considérés comme reflétant la position officielle de l'Union européenne.

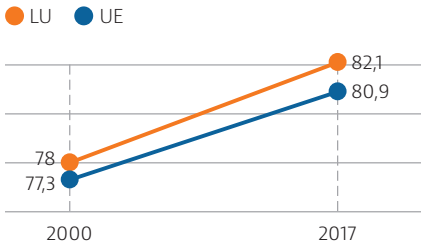
Le présent document ainsi que les données et les cartes qu'il contient sont sans préjudice du statut de tout territoire ou de la souveraineté exercée sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales et de la dénomination de tout territoire et toute ville ou région.

D'autres clauses de non-responsabilité concernant l'Organisation mondiale de la santé (OMS) figurent à l'adresse suivante: http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Points saillants

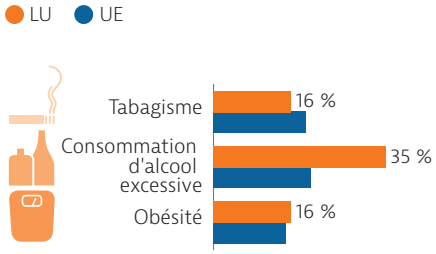
Bien que la population luxembourgeoise soit relativement jeune, elle vieillit rapidement du fait d'une espérance de vie en constante augmentation. C'est principalement après l'âge de 65 ans que l'espérance de vie a gagné en années, mais ces années sont pour beaucoup vécues avec des maladies chroniques et des invalidités, ce qui accroît la pression exercée sur les systèmes de santé et de soins de longue durée. Le système d'assurance maladie offre un accès large aux soins de santé et se décline en trois sous-systèmes couvrant la santé, les congés de maladie et les soins de longue durée. Le système de santé est bien financé et dispose d'infrastructures robustes et de niveaux de personnel stables. Différentes réformes ont entrepris d'orienter les activités vers les soins de premier recours et d'améliorer l'efficience du système de santé.



Espérance de vie à la naissance, en années

État de santé

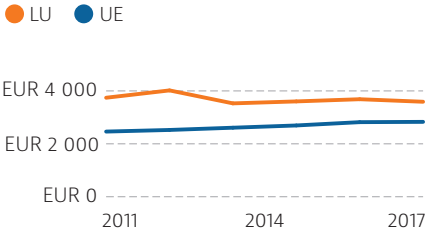
L'espérance de vie à la naissance, de 82,1 ans en 2017 (contre 78 ans en 2000), compte parmi les plus élevées de l'UE. Les femmes vivent environ cinq ans de plus que les hommes. La cardiopathie ischémique, l'AVC et le cancer du poumon restent les principales causes de décès. Alors que les taux de mortalité imputables à ces pathologies ont décliné depuis 2000, le taux de mortalité due au cancer du poumon chez les femmes a augmenté.



% d'adultes

Facteurs de risque

En 2017, 16 % des adultes fumaient tous les jours, soit un peu moins que la moyenne de l'UE, contre 26 % en 2001. La part des fumeurs réguliers chez les adolescents a également légèrement diminué au cours de cette période, mais elle est toujours supérieure à la moyenne de l'UE. La consommation d'alcool excessive chez les adultes comptait parmi les plus élevées de l'UE en 2014, mais chez les adolescents de 15 ans, ce taux est inférieur à celui de nombreux autres pays de l'UE. Le taux d'obésité (16%) est proche de la moyenne de l'UE (15 %) chez les adultes comme chez les adolescents de 15 ans, même si chez ces derniers, ce taux a augmenté au cours de la décennie écoulée.



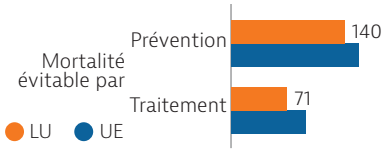
Dépenses par habitant (en euros, PPA)

Système de santé

En 2017, le Luxembourg a dépensé 3 575 EUR par habitant en soins de santé, ce qui dépasse largement la moyenne de l'UE. Environ 84 % des dépenses de santé sont publiques. La plupart des dépenses privées restantes sont à la charge directe des ménages, soit par le biais du ticket modérateur pour divers services, soit au titre d'une assurance maladie volontaire, à laquelle environ deux tiers de la population souscrit. Le système de santé repose majoritairement sur des professionnels de santé formés à l'étranger; toutefois, de nouvelles possibilités de formation des médecins et des infirmiers au niveau national pourraient réduire cette dépendance.

Efficacité

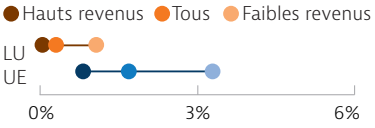
Le Luxembourg est l'un des pays les mieux classés de l'UE en termes de mortalité imputable à des causes qu'il est possible de prévenir ou de traiter, ce qui indique que son niveau élevé de dépenses, ses politiques de prévention et l'efficacité des soins dispensés se traduisent par des résultats positifs en matière de santé.



Taux de mortalité standardisés pour 100 000 habitants, 2016

Accessibilité

Au Luxembourg, les habitants signalent peu de besoins en soins médicaux non satisfaits, principalement en raison du montant peu élevé du reste à charge. La réorganisation du système actuel et le renforcement des soins de premier recours devraient réduire l'encombrement des services des urgences.



% déclarant des besoins médicaux non satisfaits, 2017

Résilience

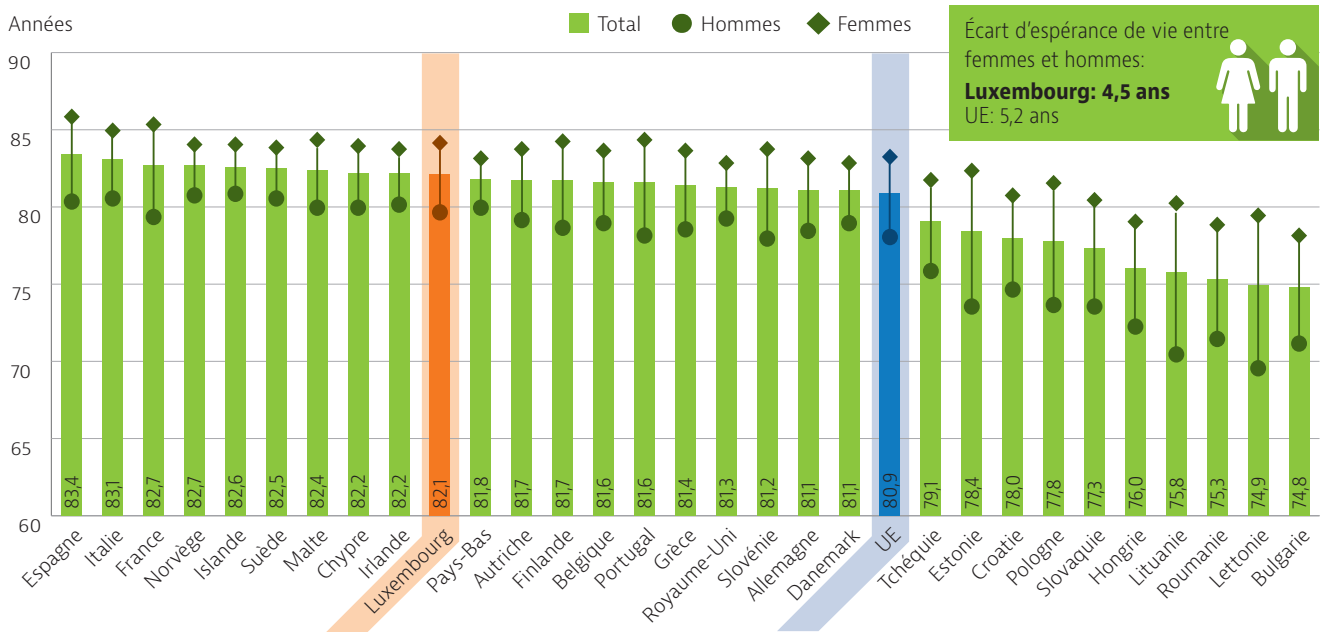
Les dépenses pour les soins de santé et de longue durée devraient connaître une augmentation importante, ce qui constitue un risque pour la soutenabilité budgétaire à long terme. La transformation en cours du système de santé vise à axer davantage celui-ci sur les soins ambulatoires et à stimuler les expérimentations sur le transfert de compétences. En parallèle, des solutions de eSanté sont en cours de développement pour améliorer l'efficience.

2 La santé au Luxembourg

L'espérance de vie à la naissance au Luxembourg est plus élevée que dans la plupart des autres pays de l'UE

Au Luxembourg, l'espérance de vie à la naissance est en augmentation constante depuis 2000. En 2017, l'espérance de vie moyenne était de 82,1 ans, soit environ 1,2 an de plus que la moyenne de l'UE (80,9) mais derrière les pays les plus performants sur cet indicateur que sont l'Espagne, l'Italie et la France (graphique 1). L'espérance de vie chez les femmes est particulièrement élevée: les femmes peuvent s'attendre à vivre environ cinq ans de plus que les hommes (84,4 ans, contre 79,9 ans chez les hommes).

Graphique 1. L'espérance de vie des Luxembourgeois dépasse la moyenne de l'UE de plus d'un an



Source: base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2017).

Les taux de mortalité imputables aux maladies cardiovasculaires sont parmi les plus bas de l'UE

L'augmentation de l'espérance de vie depuis 2000 s'explique par une diminution du taux de mortalité pour chacune des principales causes de décès. Ont notamment diminué les taux de mortalité dus à des cardiopathies ischémiques et à des AVC (graphique 2) et, bien que ces pathologies figurent toujours parmi les premières causes de décès au Luxembourg, les taux de mortalité qui leurs sont attribuables font partie des plus bas de l'UE. Bien qu'il ait aussi diminué depuis 2000, le taux de mortalité imputable au cancer du poumon reste la cause la plus fréquente des décès par cancer au niveau national. En effet, même si ce taux a chuté chez les hommes, il a augmenté chez les femmes, ces tendances reflétant l'évolution du tabagisme au sein de la population.

Dans leur majorité, les habitants déclarent être en bonne santé, mais des disparités sociales existent

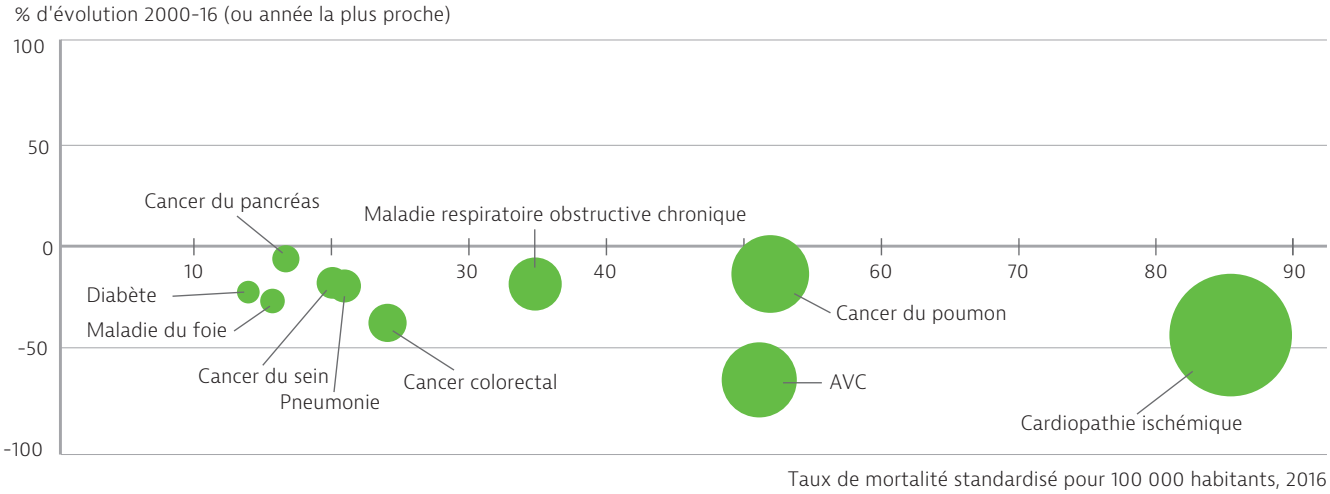
Au Luxembourg, environ les trois quarts (71 %) de la population déclarent être en bonne santé, ce qui coïncide avec la moyenne de l'UE (70 %). Bien que l'écart dans l'état de santé déclaré suivant le statut socio-économique soit moins prononcé que dans la plupart des autres pays, il existe des disparités entre les différentes tranches de revenus. Les deux tiers des personnes de la tranche des revenus les plus faibles déclarent être en bonne santé, contre plus des trois quarts de celles appartenant au quintile de revenus le plus élevé.

Le vieillissement rapide de la population du Luxembourg entraînera une augmentation de la demande de soins de santé et de longue durée

Au Luxembourg, la part de la population âgée de 65 ans et plus est l'une des plus faibles d'Europe, essentiellement en raison de l'afflux régulier d'une population active. En 2017, seule une personne sur sept (14 %) avait 65 ans et plus. Toutefois, cette proportion devrait passer à presque une sur quatre (24 %) d'ici à 2050. À l'âge de 65 ans, les Luxembourgeois peuvent espérer vivre encore 20 ans, dont environ neuf ans sans incapacité (contre dix ans dans l'ensemble de l'UE, graphique 3)[1]. Un petit peu plus de la moitié des personnes de ce groupe d'âge déclare vivre avec au moins une maladie chronique, proportion

1: Ces données sont fondées sur l'indicateur « années de vie en bonne santé », qui mesure le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre sans incapacité à différents âges.

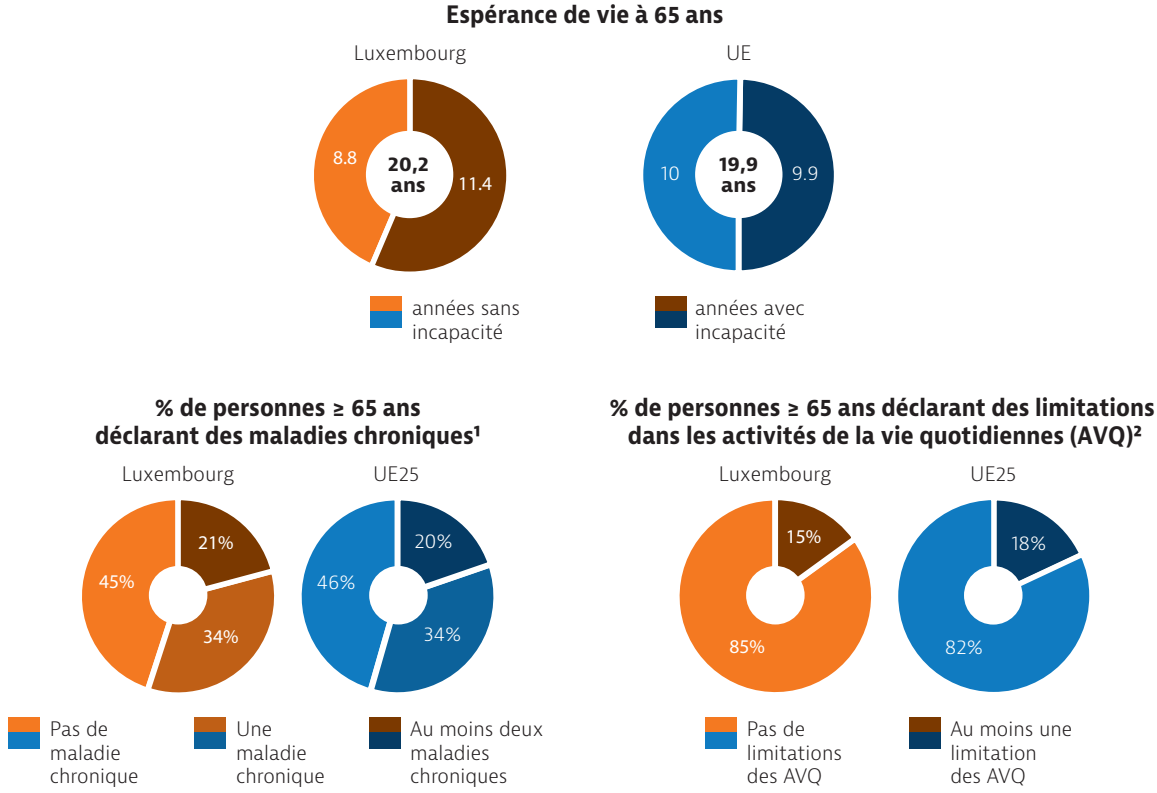
Graphique 2. Les taux de mortalité due aux principales causes de décès ont chuté depuis 2000



Remarque: la taille des disques est proportionnelle aux différents taux de mortalité en 2016.
Source: base de données d'Eurostat.

similaire à d'autres pays de l'UE. Environ une personne de plus de 65 ans sur six déclare des limitations dans l'accomplissement d'activités de base de la vie quotidienne, telles que s'habiller et se doucher, soit un peu moins que dans les autres pays de l'UE. Cette proportion continuera d'augmenter avec le vieillissement général de la population, ce qui augmentera inévitablement la pression financière pesant sur les systèmes de santé et de soins de longue durée (section 5.3).

Graphique 3. Environ 55 % des personnes âgées au Luxembourg déclarent être atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques



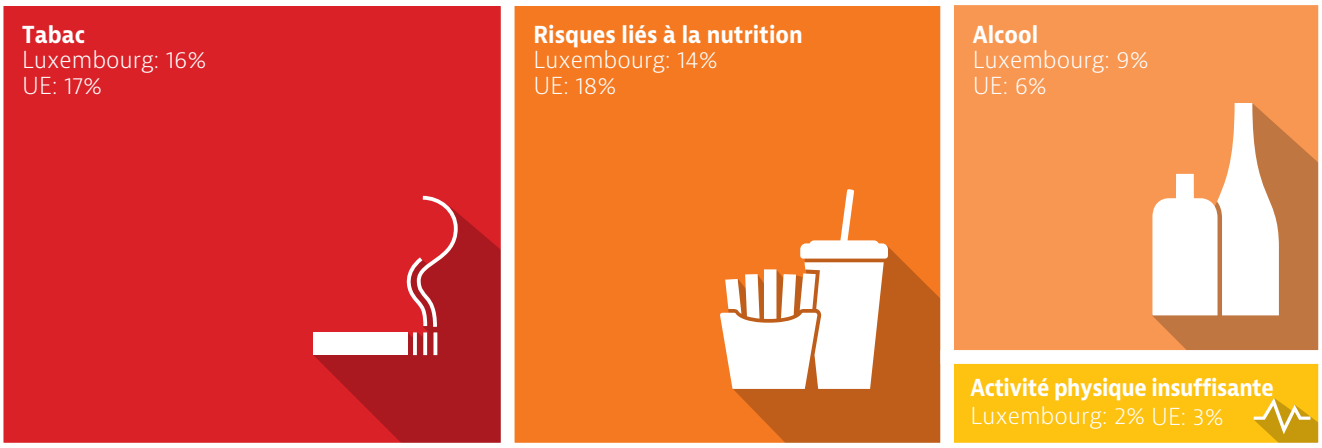
Remarques: 1. Les maladies chroniques comprennent les crises cardiaques, les AVC, le diabète, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer et l'arthrose ou la polyarthrite rhumatoïde. 2. Les activités de la vie quotidienne sont les suivantes: s'habiller, se déplacer dans une pièce, prendre un bain ou une douche, manger, se lever ou se coucher, aller aux toilettes.
Sources: base de données d'Eurostat sur l'espérance de vie et les années de vie en bonne santé (les données concernent l'année 2017); enquête SHARE pour les autres indicateurs (les données concernent l'année 2017).

3 Facteurs de risque

Plus d'un tiers des décès peuvent être imputés à une mauvaise hygiène de vie

En 2017, plus d'un décès sur trois (37 %) au Luxembourg était à imputer à des facteurs de risque liés au comportement, dont le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, la consommation d'alcool et une activité physique insuffisante, soit un total juste en dessous de la moyenne de l'UE (39 %, graphique 4). Environ 16 % de l'ensemble des décès peuvent être attribués au seul tabagisme (actif et passif). Les risques liés à une alimentation déséquilibrée (entre autre une faible consommation de fruits et de légumes et une forte consommation de sucre et de sel) sont responsables, selon les estimations, d'environ 14 % de l'ensemble des décès au Luxembourg, moins que dans l'UE prise dans son ensemble. Par ailleurs, environ 9 % des décès peuvent être imputés à la consommation d'alcool, soit l'une des plus fortes proportions de l'UE, et 2 % à une activité physique insuffisante.

Graphique 4. Les facteurs de risque comportementaux sont à l'origine de 37 % des décès au Luxembourg



Remarque: Le nombre total de décès liés à ces facteurs de risque (1 600) est inférieur à la somme des décès liés à chacun de ces facteurs pris individuellement (1 800) car un même décès peut être imputé à plus d'un facteur de risque. Les risques liés au régime alimentaire comprennent 14 composantes, par exemple une faible consommation de fruits et de légumes et la consommation de boissons à teneur élevée en sucre.
Source: IHME (2018), Global Health Data Exchange (les estimations concernent l'année 2017).

Le tabagisme a diminué chez les adultes, mais reste relativement élevé chez les adolescents

La proportion d'adultes fumant quotidiennement a fortement baissé au Luxembourg: en 2017, seul un adulte sur six fumait tous les jours, contre plus d'un sur quatre en 2001. Cette baisse s'explique en partie par les différentes lois antitabac et diverses campagnes d'information mises en place. Avec la transposition en droit interne, en 2017, de la directive européenne sur les produits du tabac, il est attendu que le nombre de fumeurs quotidiens continue de baisser (section 5.1). Bien que le taux de tabagisme chez les adolescents ait légèrement diminué au cours de la décennie écoulée, 16 % des adolescents de 15 ans déclarent toujours fumer au moins une fois par semaine, un pourcentage plus élevé que dans la plupart des autres pays de l'UE.

L'augmentation de l'obésité chez les adultes et les adolescents s'explique par les habitudes nutritionnelles et comportementales

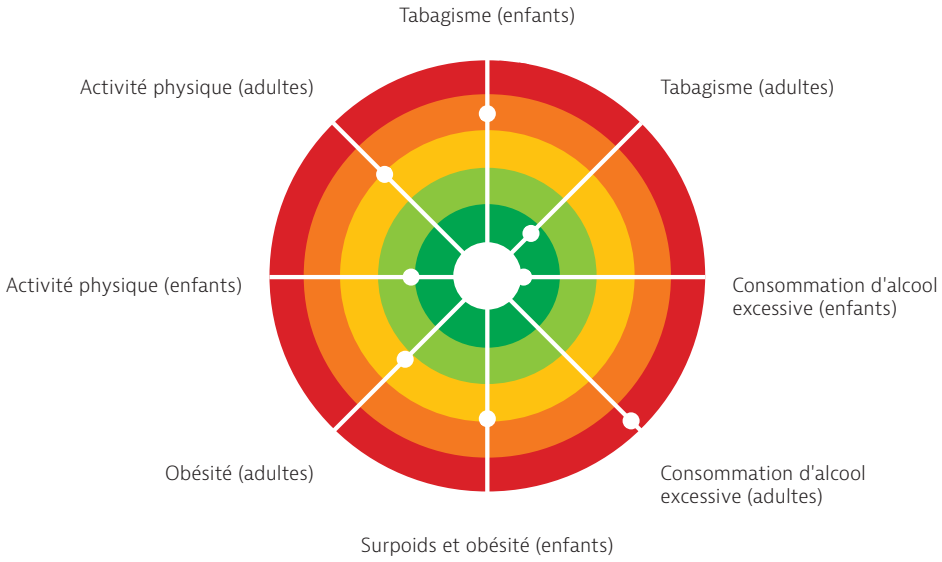
Au Luxembourg, un adulte sur six est obèse et près d'un adolescent de 15 ans sur cinq est obèse ou en surpoids. De manière générale, les niveaux d'obésité et de surpoids chez les adultes et les adolescents dépassent légèrement les moyennes de l'UE[2] (graphique 5) et ont augmenté au cours de la décennie écoulée. L'activité physique régulière chez les adultes est moins courante que dans beaucoup de pays de l'UE, mais à l'inverse, parmi les adolescents de 15 ans, environ 18 % ont déclaré exercer quotidiennement au moins une activité physique modérée : une proportion plus élevée que dans le reste de l'UE (15 %).

2: Sur la base de données de mesure du poids et de la taille réels des sujets, le taux d'obésité chez les adultes est même encore plus élevé au Luxembourg et a atteint 23 % en 2014, contre 16 % en 2000.

La consommation excessive et régulière d'alcool chez les adultes est l'une des plus élevées de l'UE

Les efforts engagés pour enrayer la consommation excessive d'alcool ont donné des résultats limités, et cette consommation continue de représenter un problème de santé publique majeur (section 5.1). Le pourcentage d'adultes ayant fait état d'épisodes de consommation d'alcool excessive[3] compte parmi les plus élevés de l'UE (plus d'un adulte sur trois), le Luxembourg arrivant en troisième place après le Danemark et la Roumanie. Sur une note plus positive, seulement un adolescent de 15 ans sur sept déclare avoir été ivre au moins deux fois dans sa vie, ce qui est la proportion la plus faible de l'UE. Bien que la plupart des facteurs de risque comportementaux sont plus présents chez les personnes ayant un revenu ou un niveau d'éducation plus faibles, les épisodes de consommation d'alcool excessive sont légèrement plus répandus chez les personnes dont le niveau d'éducation est plus élevé.

Graphique 5. L'obésité et la consommation excessive d'alcool constituent des enjeux de santé publique important au Luxembourg



Remarque: Plus le point est proche du centre, meilleur est le classement du pays par rapport aux autres pays de l'UE. Aucun pays ne se situe dans la zone blanche centrale car des progrès peuvent être réalisés dans tous les pays et dans tous les domaines.
Sources: Calculs de l'OCDE à partir de l'enquête de 2015 du projet ESPAD et l'enquête de HBSC de 2013-2014 pour les indicateurs concernant les enfants, et des statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) de 2017, de l'enquête européenne par interview sur la santé (EHIS) de 2014 et des statistiques de l'OCDE sur la santé de 2019 pour les indicateurs concernant les adultes.

3: On entend par consommation d'alcool excessive l'absorption, lors d'une même sortie, de six boissons alcoolisées ou plus par un adulte, et de cinq boissons alcoolisées ou plus par un adolescent.

4 Le système de santé

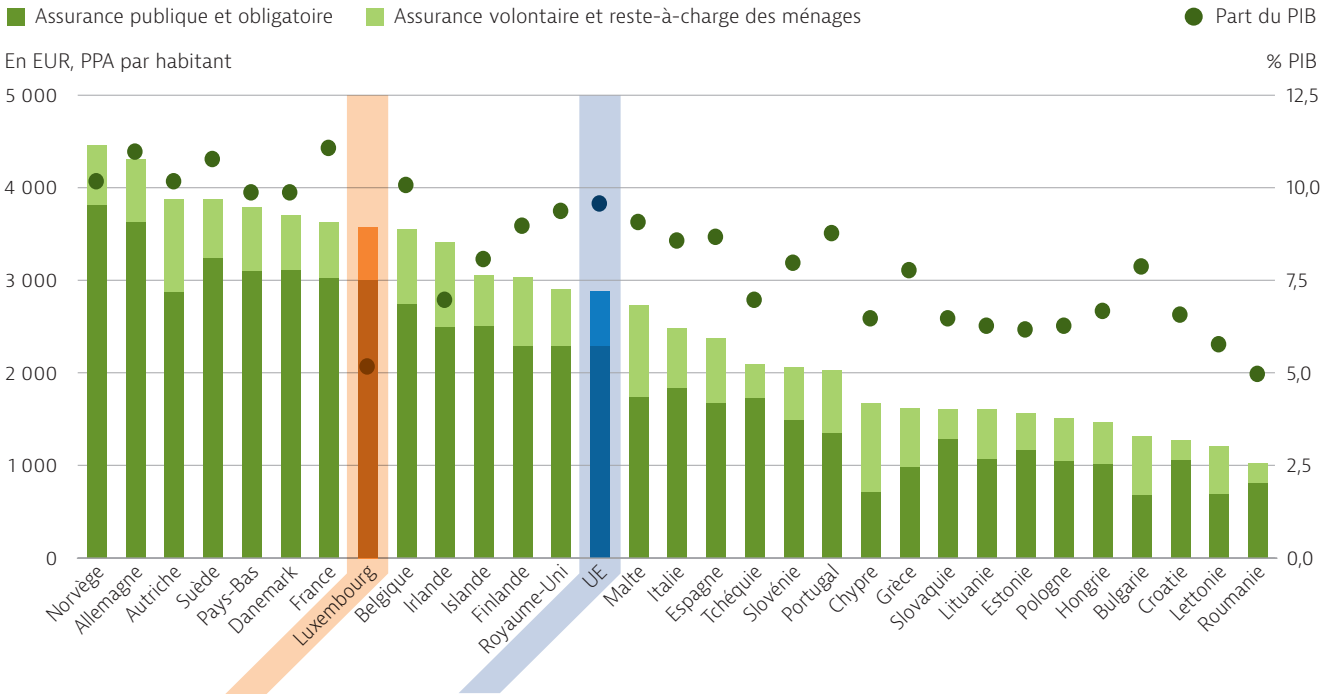
Le système d'assurance maladie est centralisé et le pilotage de la politique de santé est réparti entre différents ministères

Le Luxembourg possède un système d'assurance maladie-maternité obligatoire à payeur unique, la Caisse Nationale de Santé (CNS). La CNS est organisée en trois branches: les soins de santé, les congés de maladie et l'assurance des soins de longue durée. Elle négocie les budgets hospitaliers généraux, négocie avec les prestataires et contrôle la qualité des services de santé. La gouvernance du système de santé est hautement centralisée et les compétences sont réparties entre des ministères clés. Le ministère de la santé élabore la politique en matière de santé et supervise les fonctions de planification et de réglementation ainsi que l'agrément des prestataires, sa Direction de la Santé étant chargée de superviser les questions de santé publique. Le ministère de la sécurité sociale supervise les institutions publiques qui financent les soins de santé, les congés de maladie et les soins de longue durée, tandis que le ministère de la famille, de l'intégration et à la Grande Région supervise les installations qui dispensent les soins de longue durée, les réseaux de soins à domicile et les services de soins pour les personnes en situation de handicap. En 2010, le gouvernement a engagé une vaste réforme du secteur de la santé en vue de maîtriser les coûts et d'améliorer l'efficience, ce qui a eu un impact profond sur les récentes politiques de santé (encadré 1).

Les dépenses de santé comptent toujours parmi les plus élevées de l'UE

En dépit des efforts déployés afin de maîtriser les coûts, le Luxembourg se situe toujours dans le quartile supérieur des États membres de l'UE s'agissant des dépenses de santé par habitant: 3 575 EUR (montant corrigé pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat), soit largement au-dessus de la moyenne de l'UE, qui est de 2 884 EUR (graphique 6)[4]. Le financement public repose sur un système de partage des contributions, 40 % étant à la charge de l'État et le reste partagé entre les assurés et les employeurs. En 2017, la part des dépenses de santé financée publiquement (83,8 %) était supérieure à la moyenne de l'UE (79,3 %). Près de 11 % des dépenses de santé sont payés directement par les ménages (section 5.2), tandis que l'assurance complémentaire souscrite sur une base volontaire prend en charge 3,1 % du total.

Graphique 6. Les dépenses de santé par habitant sont plus élevées que dans la plupart des pays de l'UE



Remarque: En tant que part du PIB (5,4 %), les dépenses de santé sont les plus faibles de l'UE (9,8%), ce qui est également dû aux bonnes performances économiques du Luxembourg[5].
Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (les données concernent l'année 2017).

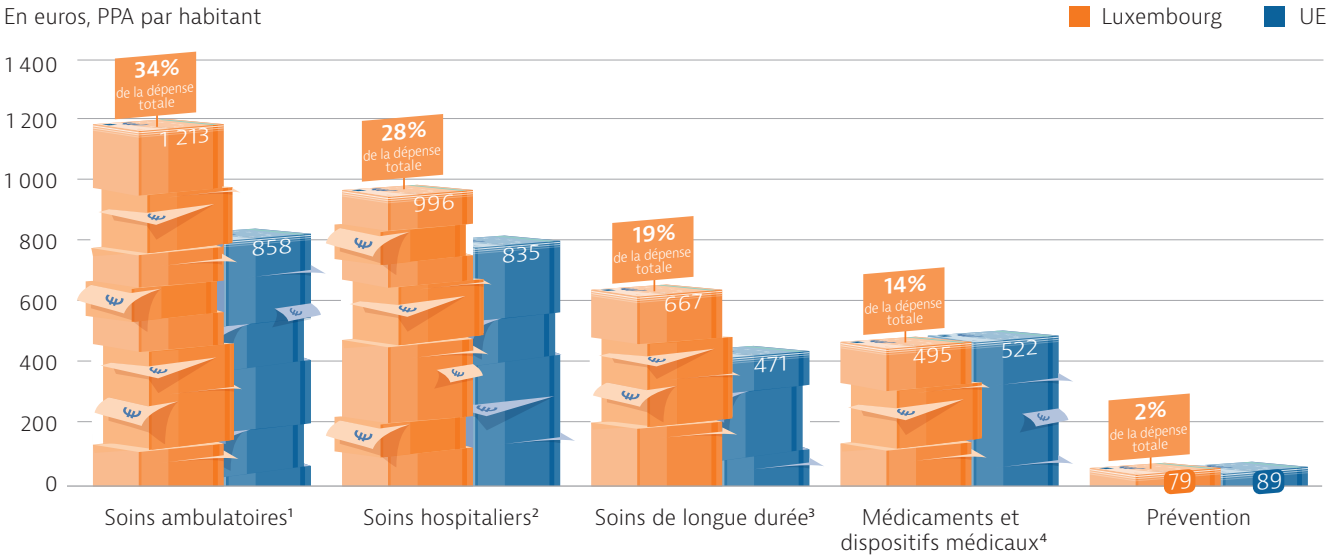
4: Les dépenses de santé au Luxembourg sont plus faibles que celles indiquées dans Panorama de la santé: Europe 2018 (OCDE, UE, 2018), car le pays a procédé à une révision détaillée de ses comptes de santé en 2019, qui a abouti à une réduction d'environ 15 % des dépenses de santé.
5: Étant donné qu'une part importante du PIB luxembourgeois est à imputer aux bénéfices des sociétés étrangères qui sont rapatriés, le revenu national brut (RNB) pourrait être une mesure plus pertinente de la capacité du pays à prendre en charge ses soins de santé, même si le RNB n'est pas véritablement une mesure de la capacité de production de l'économie intérieure.

Encadré 1. L'amélioration de l'efficience est au cœur des réformes du système de santé

La loi de 2010 portant sur la réforme du système de soins de santé a apporté des modifications majeures au fonctionnement du système de santé luxembourgeois. Les mesures adoptées couvrent une grande variété de domaines. Un plafond légal a été imposé sur les budgets hospitaliers et la substitution générique ont été introduits pour maîtriser les coûts de santé en augmentation. Les soins de premier recours ont été renforcés par la mise en œuvre d'un programme de coordination des soins dirigé par les médecins généralistes, et via le déploiement du dossier de soins partagé sous forme électronique et de réseaux de compétences pluridisciplinaires réunissant des professionnels de santé d'un même territoire (section 5.3). La transparence du système de santé a aussi été renforcée par la mise en place d'un système d'information des patients hospitalisés, d'une Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé et d'une cellule d'expertise médicale, ainsi que par la révision de la nomenclature des actes et prestations. Plus récemment, plusieurs réformes ont aussi été engagées dans le but d'encourager la coopération intersectorielle ainsi que de dispenser un plus grand nombre de soins en ambulatoire (section 5.3).

Les niveaux de dépenses par habitant pour l'ensemble des fonctions de santé sont élevés comparés à ceux d'autres pays de l'UE. Le Luxembourg dépense 1 213 EUR par habitant en soins ambulatoires, 996 EUR en soins hospitaliers et 667 EUR en soins de longue durée, dans chaque cas plus que la moyenne de l'UE (graphique 7). En pourcentage des dépenses de santé, les soins ambulatoires (33,9 %) et les soins de longue durée (18,7 %) sont supérieurs à la moyenne de l'UE (29,7 % et 16,3 % respectivement), tandis que les soins hospitaliers (27,9 %) sont juste en dessous de ce que dépensent les autres pays de l'UE (28,9 %). Le Luxembourg dépense 2,2 % des moyens qu'il consacre à la santé à des programmes de prévention, ce qui est également en dessous de la moyenne de l'UE (3,1 %).

Graphique 7. Le Luxembourg dépense une proportion importante des moyens qu'il consacre à la santé aux soins ambulatoires et de longue durée



Remarque: Les dépenses d'administration ne sont pas incluses. 1.Inclut les soins à domicile; 2.Inclut les soins curatifs et de réadaptation en hospitalisation ou dans d'autres structures; 3. inclut uniquement la composante « santé » ; 4. inclut uniquement la consommation non hospitalière.
Sources: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (les données concernent l'année 2017).

De bonnes performances économiques et l'importance du travail frontalier ont une incidence positive sur le financement du système de santé

Les bonnes performances économiques du Luxembourg, ainsi que la croissance de sa population et de l'emploi, ont des effets très positifs sur le financement public des soins de santé. L'importante réserve de la CNS profite à la population, qui bénéficie d'un éventail de prestations qui ne cesse de s'élargir (sections 5.2 et 5.3). Le pays attire également de nombreux travailleurs frontaliers qui font la navette entre le Luxembourg et les pays voisins (France, Belgique et Allemagne), et qui représentent près de la moitié (45 %) de la main-d'œuvre et plus d'un tiers des personnes assurées à la CNS. Étant donné que, pour la plupart, ces non-résidents se font soigner dans leur pays d'origine, où les coûts des prestations sont en moyenne inférieurs à ceux pratiqués au Luxembourg, ils subventionnent les prestations de santé de la population résidente (CNS, 2018).

L'assurance maladie est obligatoire et la couverture des assurés est bonne

En 2015, 95,2 % de la population résidente était couverte par le système de sécurité sociale, et 65 % environ souscrivait, sur une base volontaire, une assurance maladie remboursant le ticket modérateur ou les prestations complémentaires (section 5.2). La cotisation à l'assurance maladie est obligatoire pour quiconque est actif économiquement ou reçoit un revenu de remplacement. L'assurance couvre les ayants droit, y compris les mineurs et les étudiants qui n'ont pas d'autre couverture d'assurance maladie. Les personnes qui travaillent uniquement à titre occasionnel au Luxembourg (moins de trois mois par année civile) en sont dispensées, mais elles peuvent décider de cotiser à titre volontaire. Les personnes qui travaillent pour des institutions européennes ou pour d'autres organisations internationales (telle que l'Agence de soutien et d'acquisition de l'OTAN), qui représentent une part importante de la population, sont couvertes par les régimes d'assurance maladie de leurs employeurs respectifs. Cependant, certaines personnes ne sont pas assurées, car elles n'ont ni revenu professionnel ni revenu de remplacement, ou encore du fait qu'elles n'entrent pas dans une catégorie de personnes particulières, telles que les personnes en situation de handicap ou les bénéficiaires du système de revenu minimum (section 5.2).

De nouvelles possibilités de formation des médecins et des infirmiers pourraient contribuer à réduire la dépendance à l'égard des professionnels de santé étrangers

Le Luxembourg compte trois médecins pour 1 000 habitants, soit moins que la moyenne de l'UE en 2017 (3,6 pour 1 000). Bien que ce nombre ait légèrement augmenté, le vieillissement des effectifs de médecins est rapide: aujourd'hui, l'âge moyen des généralistes est de 51 ans et celui des spécialistes de 52,3 ans (Inspection générale de la sécurité sociale, 2019), laissant augurer des problèmes de relève dans les années à venir[6]. Le Luxembourg est l'un des rares pays de l'UE à ne pas offrir de formation en médecine. À ce jour, seules sont proposées la première année de formation et une formation spécifique en médecine générale, ce qui explique la dépendance du pays envers les médecins formés à l'étranger. L'une des réponses consiste en la création d'une licence en médecine, probablement à partir de 2021 à l'Université du Luxembourg, dans l'espoir de voir augmenter le nombre d'étudiants souhaitant se consacrer à la médecine et, à terme, le nombre de jeunes médecins exerçant dans le pays.

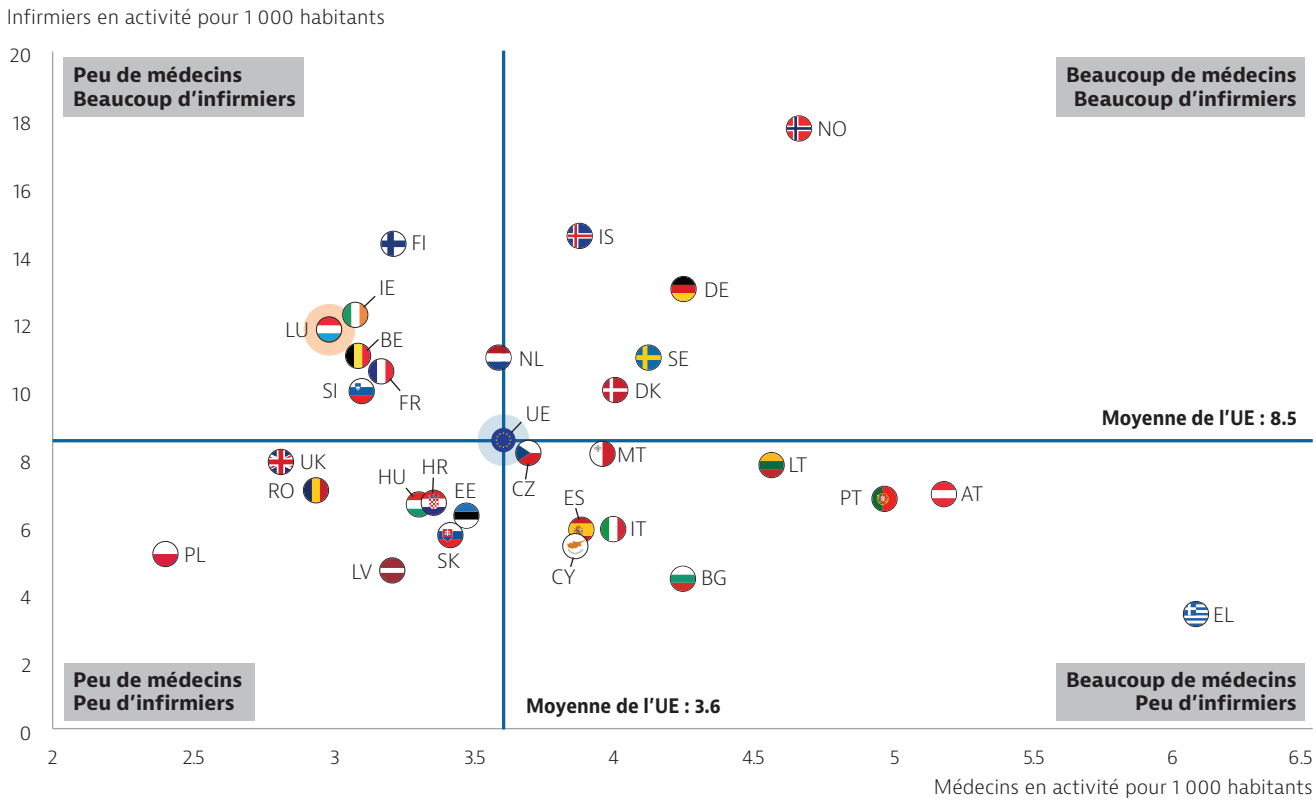
Le nombre d'infirmiers par habitant est supérieur à la moyenne de l'UE (graphique 8), mais les effectifs infirmiers dépendent également dans une large mesure des professionnels formés à l'étranger, attirés par de bonnes conditions de travail et de meilleurs salaires. Au Luxembourg, le nombre d'infirmiers diplômés a baissé et, entre 2013 et 2017, seul un infirmier nouvellement inscrit sur dix avait été formé dans le pays. Une étude est en cours de réalisation, destinée à explorer les différentes pistes pour attirer et former plus d'élèves infirmiers et pour adapter les programmes d'enseignement des infirmiers, des sages-femmes et des assistants médicaux aux normes européennes et aux enjeux à venir pour le système de santé du Luxembourg.

Des mesures sont prises pour renforcer les soins de premier recours et alléger la charge des services d'urgences et des hôpitaux

Au Luxembourg, les patients peuvent choisir librement leurs prestataires et ont un accès illimité à tous les niveaux de soins (généralistes, spécialistes et hôpitaux). Le pays compte six hôpitaux prenant en charge les soins aigus, dont quatre sont des hôpitaux généraux et deux sont des hôpitaux spécialisés. De nombreux traitements complexes et procédures de diagnostic non disponibles au Luxembourg sont assurés dans les pays voisins, car il serait disproportionné de proposer ces services à l'échelle nationale du fait de la taille de la population luxembourgeoise. Depuis 2010, plusieurs mesures ont été prises pour renforcer le système de soins de premier recours, notamment la mise en place du système eSanté, l'adoption de nouvelles solutions en matière de soins et d'une meilleure coordination des soins (Commission européenne, 2016a). Toutefois, le programme de coordination des soins dispensés par les généralistes, qui repose sur des dossiers de soins partagés, en est encore à ses débuts (section 5.3). Les autres efforts destinés à renforcer les soins de premier recours et à alléger la charge des services des urgences et des hôpitaux portent notamment sur le soutien financier aux cabinets de groupe et sur le renforcement de la coopération entre les prestataires de soins ambulatoires et hospitaliers (sections 5.2 et 5.3).

6: Les résidents luxembourgeois traversent fréquemment la frontière pour des soins programmés, ce qui amortit les conséquences du faible taux de médecins par habitant.

Graphique 8. Le Luxembourg compte un nombre relativement faible de médecins et un nombre élevé d'infirmiers



Remarque: Au Portugal et en Grèce, les données concernent tous les médecins autorisés à exercer, ce qui conduit à une surestimation importante (d'environ 30 % au Portugal, par exemple). En Autriche et en Grèce, le nombre d'infirmiers est sous-estimé, car il ne comprend que ceux qui travaillent en environnement hospitalier.
Source: Base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2017 ou l'année la plus proche).

5 Performance du système de santé

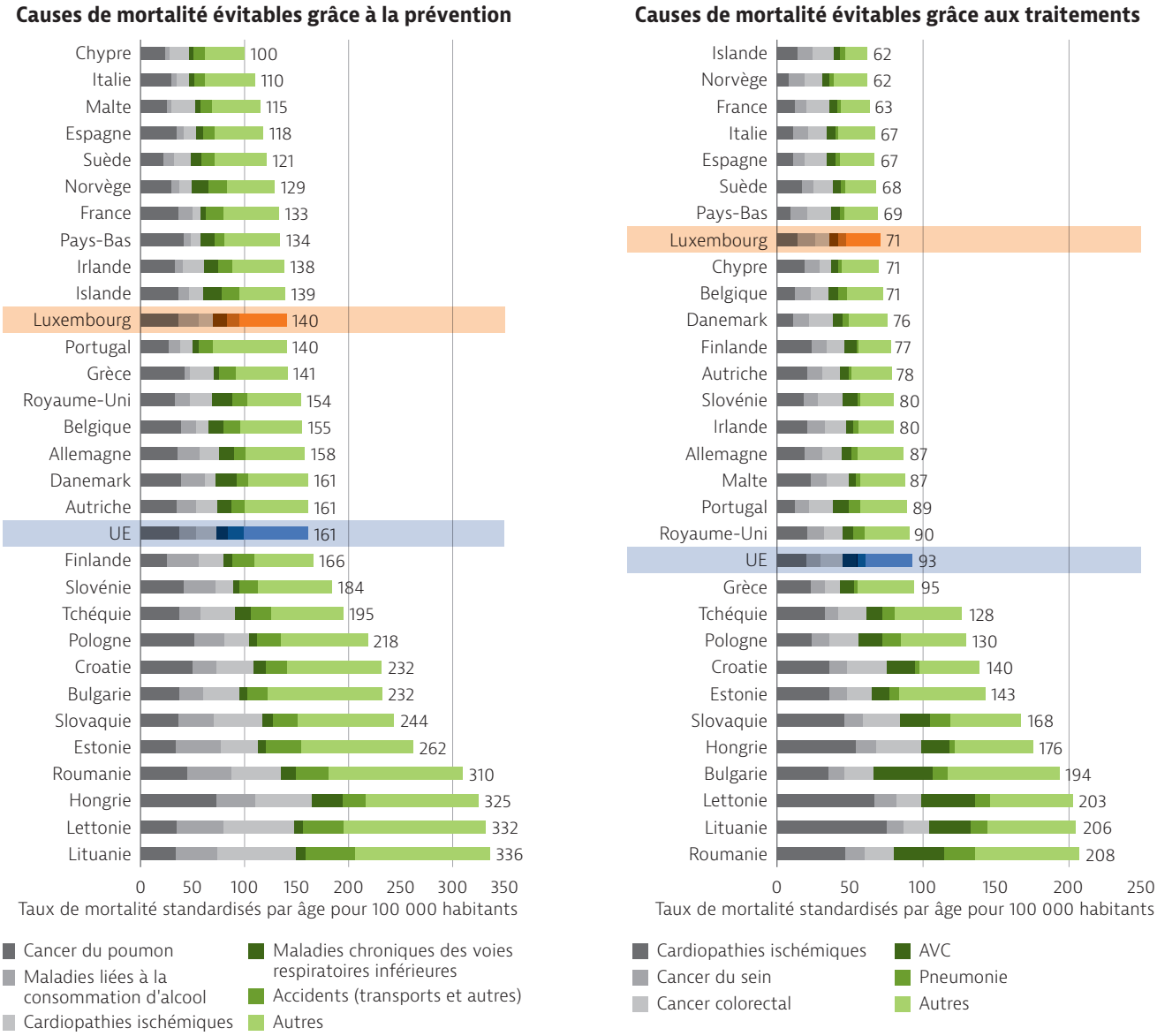
5.1. Efficacité

Les faibles taux de mortalité évitable par la prévention reflètent l'efficacité des mesures de santé publique

Le Luxembourg a, comparativement, un faible taux de mortalité évitable par la prévention (140 pour 100 000 contre une moyenne de l'UE de 161), ce qui laisse penser que les interventions de santé publique sont efficaces. Le cancer du poumon est la cause première de décès évitables par la prévention, à l'origine d'un décès sur quatre en 2016 (graphique 9).

Le tabagisme est le plus grand facteur de risque évitable au Luxembourg (section 3). Diverses politiques ont été mises en œuvre pour interdire le tabagisme dans les lieux publics (2006) et pour étendre cette interdiction aux bars et aux cafés (2014). En 2017, la directive européenne sur les produits du tabac a été transposée en droit interne, portant l'âge légal pour acheter des produits du tabac et des cigarettes électroniques à 18 ans et étendant l'interdiction de fumer dans les lieux publics aux aires de jeux pour enfants et aux véhicules lorsqu'un enfant de moins de 12 ans s'y trouve.

Graphique 9. Le Luxembourg fait parti des états de l'UE les plus performants s'agissant de la mortalité imputable à des causes qu'il est possible de prévenir ou de traiter



Remarque: la « mortalité évitable grâce à la prévention » comprend tout décès qui peut être évité principalement par des interventions de santé publique et des soins primaires de prévention. On entend par « mortalité évitable grâce aux traitements » tout décès qui peut être évité principalement par des interventions en matière de soins de santé, y compris les dépistages et les traitements. Ces deux indicateurs renvoient à une mortalité prématurée (avant 75 ans). Ces données sont basées sur les listes révisées de l'OCDE et d'Eurostat.
Source: Base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2016).

Les décès évitables dus à des maladies liées à l'alcool continuent également d'être un problème de santé publique. Leur nombre est supérieur à la moyenne de l'UE (graphique 9), ce qui est à lier à une consommation d'alcool importante au sein de la population générale (section 3). Le Luxembourg a lancé plusieurs campagnes de sensibilisation à la conduite en état d'ivresse et aux risques liés à l'abus d'alcool, tout particulièrement à l'intention des jeunes. Toutefois, la mise en œuvre du « plan national alcool », initié en 2012, est toujours en attente.

En réponse à des taux d'obésité croissants (section 3), plusieurs stratégies nationales ont été mises au point, y compris le plan d'action interministériel intitulé « Manger sain, bouger plus » (Gesond iessen, Méi bewegen), adopté en 2006 et actualisé en 2018, et visant à encourager une alimentation équilibrée et une plus grande activité physique. En 2018 également, deux programmes nationaux en faveur du sport ont été lancés pour informer les patients et les professionnels de santé des bienfaits de l'activité physique, plus particulièrement pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

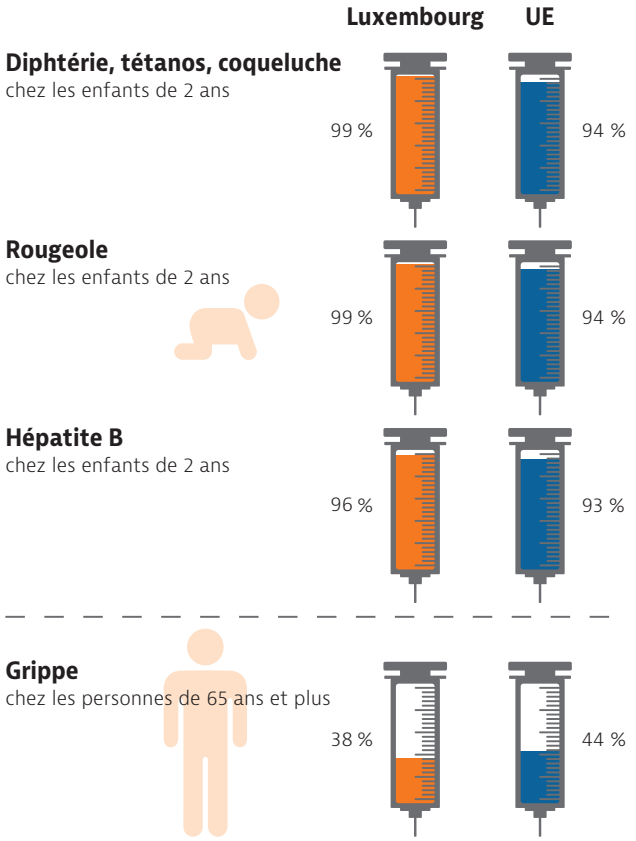
La couverture vaccinale contre la grippe enregistre une baisse inquiétante

Le programme de vaccination infantile a atteint des niveaux de vaccination élevés chez les nourrissons. S'agissant des principales maladies infectieuses, les taux d'immunisation sont supérieurs à la moyenne de l'UE et à l'objectif fixé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 95 % (graphique 10). Toutefois, le rappel de vaccin contre la rougeole ne couvre que 90 % de la population cible (Ministère de la Santé luxembourgeois, 2019). En outre, et bien que ce vaccin soit pris en charge par l'assurance maladie, le taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de plus 65 ans est relativement faible et n'a cessé de diminuer au cours de la décennie écoulée, tombant de 45 % en 2010 à 38% en 2017, soit en dessous des 44 % de moyenne dans l'UE et loin des 75 % recommandés par l'OMS.

Les campagnes sur la résistance antimicrobienne ont contribué à réduire l'utilisation inappropriée d'antibiotiques

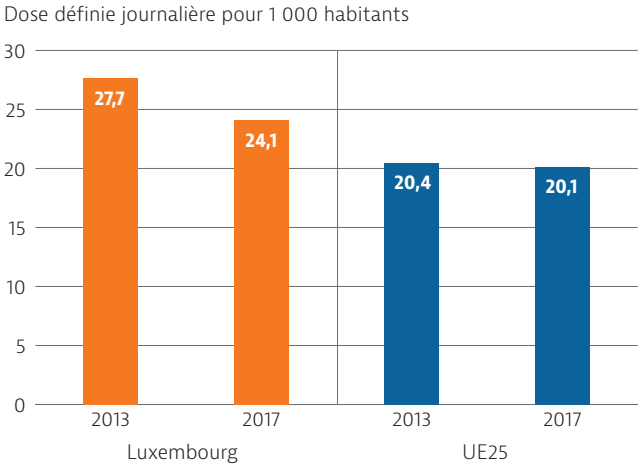
L'utilisation inappropriée d'antibiotiques est la première cause de résistance aux antimicrobiens. Le Luxembourg compte parmi les plus gros consommateurs d'antibiotiques en soins de ville de l'UE: plus de 90 % de l'ensemble des antibiotiques consommés dans le pays le sont dans ce secteur (dont environ 60 % prescrits par les généralistes). Les campagnes de santé lancées depuis 2006 et destinées à promouvoir une utilisation responsable des antibiotiques ont commencé à porter leurs fruits, le recours aux antibiotiques ayant diminué de 13 % dans le secteur de ville entre 2013 et 2017, même si ce chiffre reste supérieur à la moyenne de l'UE (graphique 11; ECDC, 2018). Le nouveau Plan National Antibiotiques 2018–2022 a vocation à réduire encore la résistance aux antimicrobiens, via la mise en place d'une démarche intersectorielle (Ministère de la Santé luxembourgeois, 2018b).

Graphique 10. De manière générale, le Luxembourg a un taux de couverture vaccinale élevé chez les enfants, mais faible pour la grippe chez les personnes plus âgées



Remarque: Ces données renvoient à la troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et l'hépatite B, et à la première dose pour la rougeole.
Sources: OMS/UNICEF, entrepôt de données de l'Observatoire mondial de la santé pour les enfants (les données concernent l'année 2018); statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 et base de données d'Eurostat pour les personnes de 65 ans et plus. Les données concernent l'année 2017 ou l'année la plus proche.

Graphique 11. Bien qu'en diminution, la consommation d'antibiotiques au Luxembourg est supérieure à la moyenne de l'UE



Remarque: Consommation d'antibactériens à usage systémique (Système de classification Anatomique Thérapeutique Chimique, groupe J01) par pays, exprimée en dose définie journalière pour 1 000 habitants.
Source: ECDC (2018).

Le taux de mortalité attribuable à des causes pouvant être traitées est inférieur à celui de nombreux autres pays de l'UE

Le Luxembourg obtient de bons résultats en termes de mortalité attribuables à des causes pouvant être traitées, ce qui indique que le système de santé dispense des soins efficaces. Ce taux de mortalité a diminué depuis 2011 et, avec 71 décès pour 100 000, il est aujourd'hui dans le dernier quartile des États membres de l'UE (graphique 9).

Cependant, le nombre de décès imputables au cancer du sein se rapproche de la moyenne de l'UE (12, contre 11 décès pour 100 000 dans l'UE). Les taux de participation au programme national de dépistage du cancer du sein ont chuté comparés aux taux observés à la fin des années 2000 et sont légèrement inférieurs à la moyenne de l'UE (56 % contre 61 % dans l'UE). Le programme de dépistage du cancer du sein invite toutes les femmes (assurées) âgées de 50 à 69 ans à se soumettre gratuitement à une mammographie tous les deux ans. À l'inverse, le taux de mortalité imputable au cancer colorectal est inférieur à la moyenne de l'UE (10 décès contre 15 pour 100 000). Le programme national de dépistage du cancer colorectal destiné aux personnes âgées de 55 à 74 ans a été mis en place en 2016 dans le cadre du Plan National Cancer, et il devrait contribuer à réduire encore plus ce taux de mortalité.

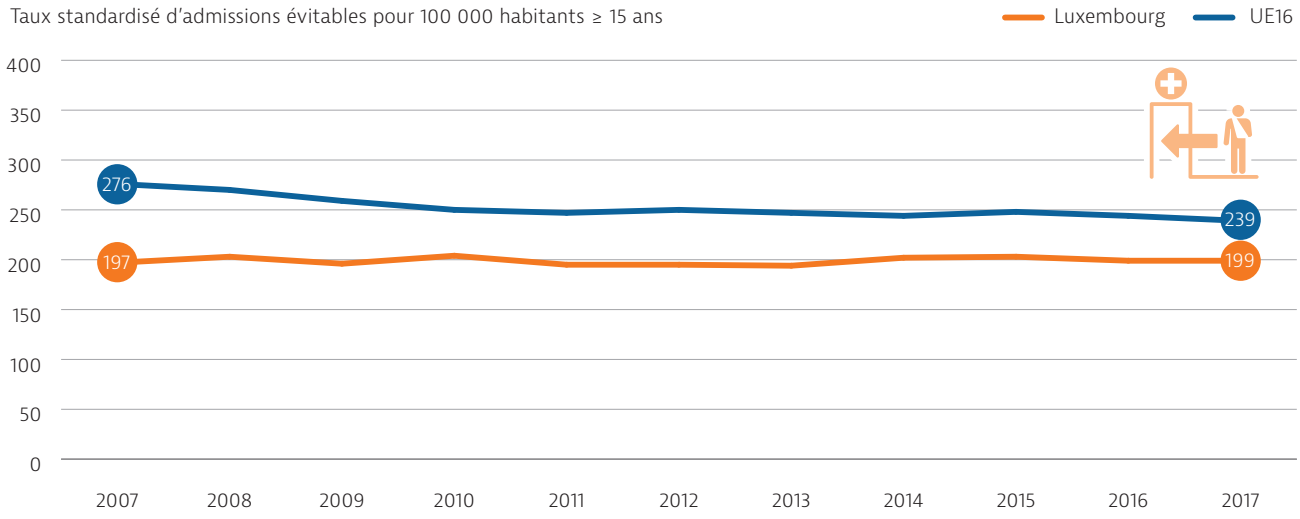
Le faible nombre d'hospitalisations évitables traduit une relative bonne performance des soins de premier recours

Le Luxembourg compte un nombre plutôt faible d'hospitalisations évitables, ce qui laisse supposer une certaine efficacité des soins de premier recours et des soins secondaires ambulatoires dans la gestion des maladies chroniques. Le nombre d'hospitalisations évitables pour les maladies chroniques telles que l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), est resté stable au cours de la décennie écoulée, et assez en-deçà de la moyenne de l'UE (graphique 12). Néanmoins, le Luxembourg entend renforcer encore les soins de premier recours et les soins ambulatoires pour alléger la charge des services d'urgence et permettre de traiter un plus grand nombre de patients en ville (sections 5.2 et 5.3).

La qualité des soins aigus a augmenté mais peut encore être améliorée

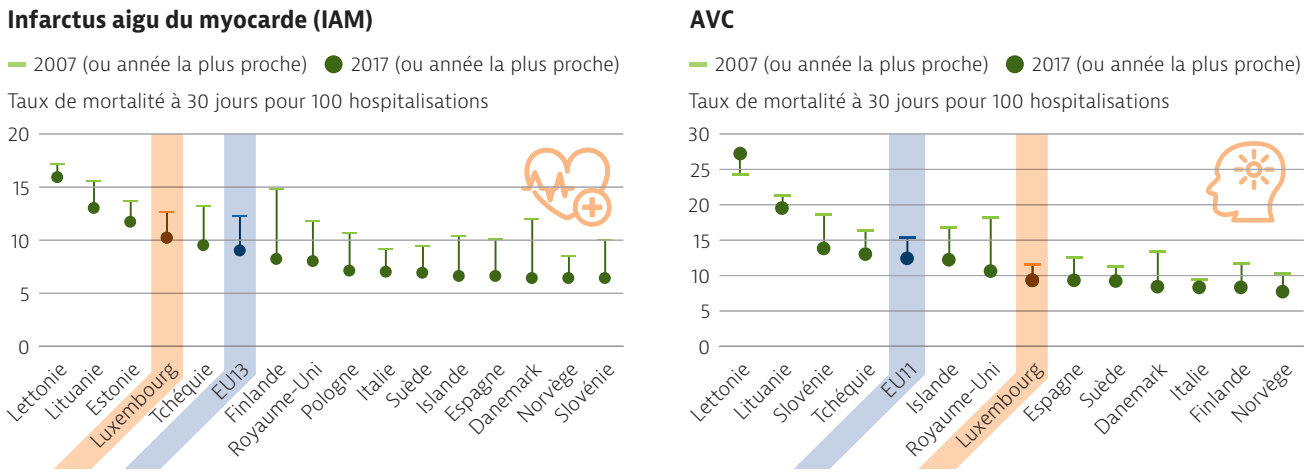
La qualité des soins aigus pour les affections potentiellement mortelles, telles que les crises cardiaques (infarctus aigu du myocarde, IAM) et les AVC, s'est améliorée au cours de la période 2007-2017. Moins de personnes meurent après avoir été admises pour un AVC que dans bon nombre d'autres pays. Toutefois, il semble qu'il reste une certaine marge d'amélioration concernant les soins dispensés en cas d'IAM, comme l'indique le taux de létalité à 30 jours, plus élevé que dans des pays comparables (graphique 13).

Graphique 12. Les hospitalisations évitables pour asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive se maintiennent en-dessous de la moyenne de l'UE



Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2019.

Graphique 13. Le Luxembourg obtient des résultats mitigés en matière de mortalité à la suite d'une hospitalisation



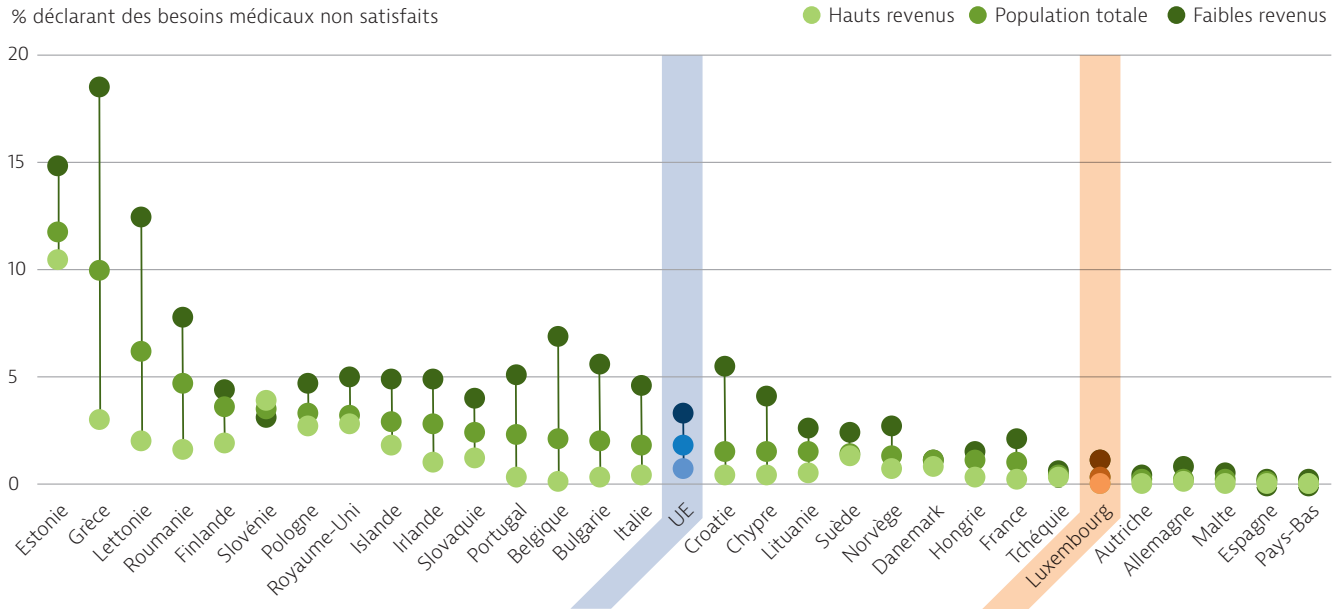
Remarque: Ces chiffres sont basés sur des données patients et ont été normalisés âge-sexe pour les personnes de 45 ans et plus qui, en 2010 dans les pays de l'OCDE, ont été hospitalisées pour un IAM et un AVC.
Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2019.

5.2. Accessibilité

Très peu de personnes déclarent des besoins médicaux non satisfaits, mais des inégalités persistent

De manière générale, le système de santé du Luxembourg fait état de bonnes performances concernant l'accès aux services de soins de santé. Seul 0,3 % de la population déclare des besoins médicaux non satisfaits (0,6 % pour des soins dentaires) que ce soit pour des raisons de coûts, de distance ou de délais d'attente. Ces proportions sont très inférieures aux moyennes de l'UE (1,7 % et 2,9 % respectivement), et les variations entre niveaux de revenus sont négligeables (graphique 14). Ces chiffres restent toutefois plus élevés pour d'autres groupes de personnes vulnérables (par exemple les personnes au chômage et les ressortissants de pays tiers), ce qui traduit la persistance de certaines inégalité en matière d'accès (Swinnen, 2018)[7].

Graphique 14. Le Luxembourg rapporte très peu de besoins soins médicaux non satisfaits



Remarque: Les données concernent les besoins en examen ou traitement médical non satisfaits pour des raisons de coûts, de distance à parcourir ou de délais d'attente. La prudence est de mise lors de la comparaison des données entre les pays, car il existe des variations dans l'instrument d'enquête utilisé.
Source: Base de données d'Eurostat, sur la base des statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) (les données concernent l'année 2017).

7: *Une enquête distincte (enquête européenne par interview sur la santé), qui ciblait des personnes présentant des besoins en soins (par opposition à la population générale), montre qu'environ 6 % de la population ont déclaré certains besoins médicaux non satisfaits pour des raisons financières en 2014. Le taux était beaucoup plus élevé parmi les personnes disposant de faibles revenus (12 %) que parmi les personnes disposant de revenus élevés (2 % seulement). Par ailleurs, les besoins non satisfaits étaient beaucoup plus élevés en matière de soins dentaires: 12 % de la population ayant des besoins en soins dentaires ont déclaré que certains de ces besoins n'ont pas été satisfaits en 2014. Là encore, la proportion était beaucoup plus importante chez les personnes à faibles revenus (22 %) que chez les personnes à revenus élevés (4 %).*

Deux tiers de la population souscrit une assurance maladie complémentaire volontaire pour couvrir le reste à charge

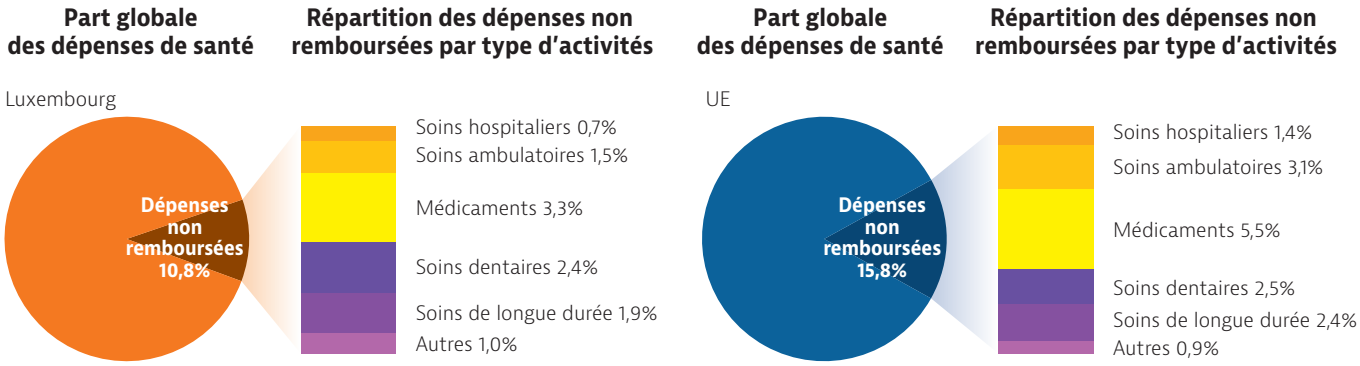
Le taux de couverture de l'assurance maladie est bon, bien que tous les résidents ne soient pas couverts (section 4) : au moins 700 personnes sont signalées comme n'ayant pas d'assurance maladie ou comme étant confrontées à des difficultés financières pour pouvoir y souscrire (Médecins du monde, 2017). L'assurance maladie complémentaire souscrite sur une base volontaire représente 3,1 % du total des dépenses de santé. Elle joue un rôle relativement important si l'on considère que près de 65 % de la population y ont recours pour couvrir le reste à charge ou des services complémentaires en lien avec les soins ambulatoires, le forfait journalier hospitalier, une chambre d'hôpital individuelle, des soins dentaires et l'optique.

Le panier de soin est large et le reste à charge faible

Le Luxembourg offre un panier de soins généreux, continuellement élargi, qui contient plus de services et prestations que dans les pays voisins. La partie des dépenses prise en charge par les assurés est donc faible. L'assurance maladie met en œuvre un système de remboursement où les patients règlent aux prestataires les soins ambulatoires et sont ensuite remboursés par la CNS, à des taux différents suivant les prestations, variant de 60 % à 100 % du coût. De manière générale, le reste à charge des assurés est de 12 % pour les consultations, sauf lorsqu'il s'agit d'une visite à domicile, où le taux applicable est de 20 %. Des exemptions s'appliquent aux personnes présentant un handicap ou une maladie chronique attesté, aux enfants, aux femmes enceintes, ou si le total du reste à charge dépasse 2,5 % du revenu brut annuel. Au-delà d'un montant annuel de 60 EUR intégralement à charge de l'assurance maladie, les soins dentaires sont pris en charge à hauteur de 88 % des tarifs conventionnels. Les traitements hospitaliers ne donnent pas lieu au versement d'un ticket modérateur (sauf forfait journalier de 21 EUR), pas plus que les analyses en laboratoire.

La part des dépenses de santé prises en charge par les assurés eux-mêmes était de 10,8 % en 2017, soit le troisième niveau le plus faible de l'UE après la France et la Croatie. Elle représente également une des plus faibles parts de la consommation finale des ménages dans l'UE (1,7 % contre une moyenne de l'UE de 2,2 %). Les produits pharmaceutiques représentent de loin le plus gros poste de dépenses de santé des assurés (3,3 % du total des dépenses de santé en 2017), suivi des dépenses de soins dentaires et des soins de longue durée (graphique 15). Les dépenses relativement élevées en produits pharmaceutiques s'expliquent par les différents taux de remboursement pour les médicaments inscrits sur la liste positive ainsi que par le faible taux de pénétration des médicaments génériques (section 5.3). Pour les soins de longue durée en établissement spécialisé, la quasi-totalité des paiements pris en charge par les assurés concerne le coût de l'hébergement et des services (repas, logement, services domestiques de base, gestion du linge, etc.) dans des maisons de retraite et des centres intégrés pour personnes âgées. Le Luxembourg offre un soutien financier aux personnes âgées dont les revenus ne suffisent pas à couvrir ces coûts.

Graphique 15. Les médicaments représentent la part la plus élevée d'un reste à charge relativement faible



Sources: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (les données concernent l'année 2017).

Le passage à un modèle de tiers payant social généralisé pour les soins de ville pourrait améliorer l'accès

En dépit d'un large éventail de prestations, les soins de santé demeurent difficilement accessibles pour une minorité de personnes en raison de l'avance des frais pour les soins ambulatoires, qui ne sont remboursés que rétrospectivement. En 2013, le Luxembourg a introduit un modèle de tiers payant social pour les personnes à faibles revenus rencontrant des difficultés à régler leurs factures au préalable (encadré 2).

Encadré 2. Les personnes à faibles revenus bénéficient d'un système de paiement direct pour les soins de ville

Les personnes à faibles revenus peuvent demander à bénéficier du tiers payant social. Les offices sociaux locaux certifient annuellement leur éligibilité à bénéficier de la prise en charge directe par la CNS du coût des soins médicaux et dentaires. Le ticket modérateur est pris en charge par les offices sociaux locaux.

L'extension à l'ensemble de la population de ce modèle de tiers payant social pour les soins dispensés en ville, où les patients paieraient uniquement le reste à charge aux prestataires, est à l'étude, suite notamment à une pétition populaire organisée en 2017. Les promoteurs du modèle du tiers payant social font valoir qu'il réduira les frais de fonctionnement (à l'heure actuelle, pour être remboursés, les patients doivent envoyer leurs factures à la CNS) et contribuera à améliorer l'accès aux soins des populations vulnérables. Les médecins s'opposent à cette idée, craignant des retards dans le règlement de leurs actes, des contraintes administratives, des contrôles accrus, une baisse de leurs revenus et des restrictions des options thérapeutiques. Toutefois, le gouvernement actuel s'est engagé à mettre en œuvre ce tiers payant social, à donner la priorité à des services de soins santé à coûts élevés, et à mettre en place un système électronique qui facilite le remboursement immédiat des prestataires par la CNS. Il reste à voir si les négociations seront fructueuses au cours de l'actuelle législature.

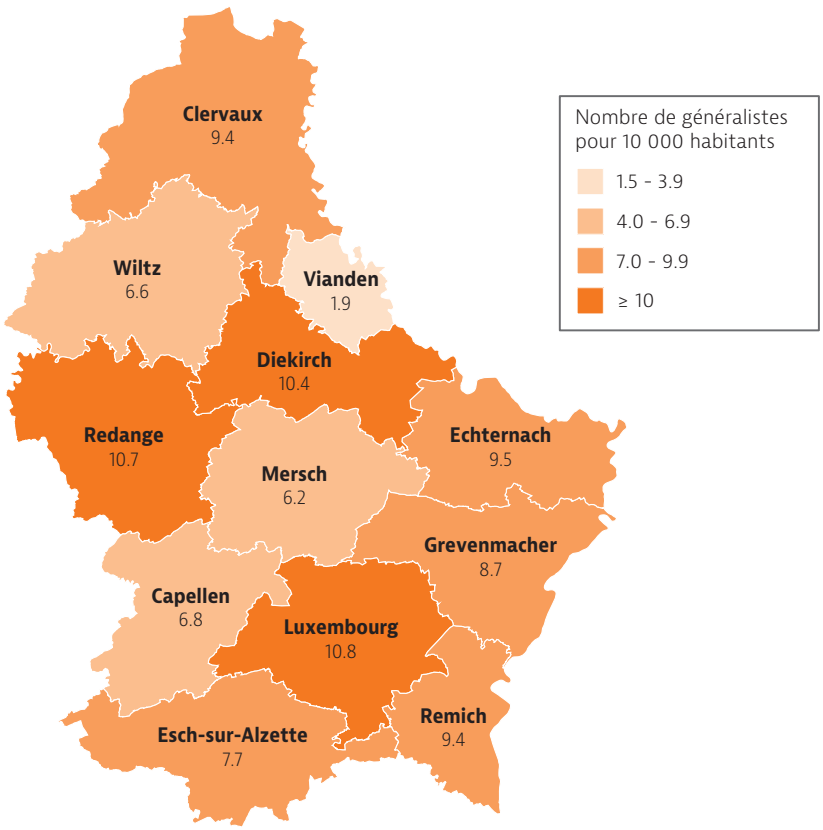
Des mesures sont prises pour alléger la charge des services des urgences

L'encombrement des services d'urgence est perçu comme une barrière à l'accès aux soins, même si les délais d'attente moyens sont semblables à ceux que connaissent les pays voisins et en dépit du nombre très faible de besoins déclarés comme non satisfaits. À l'heure actuelle, environ 25 % des patients passent au moins trois heures aux urgences, entre le moment de leur admission et celui de leur sortie. Pour augmenter la capacité d'admission, au cours de deux prochaines années, un système parallèle dans lequel les deux services d'urgence de la ville de Luxembourg seront de garde simultanément remplacera le système actuel de garde alternée. En outre, l'infrastructure des soins d'urgence, les niveaux des effectifs, ainsi que les procédures et le triage, seront contrôlés et améliorés, et les taux de remboursement réévalués.

Les services d'urgence du Luxembourg sont encombrés car ils sont utilisés de manière non-pertinente. Près d'une personne sur cinq admise aux urgences ne constitue pas un cas d'urgence, et une personne sur quatre pourrait en fait être traitée par un généraliste (Ministère de la Santé luxembourgeois, 2017). Dans l'espoir de voir les patients modifier leur comportement en matière de soins, une campagne en cours conseille aux résidents de faire appel à des cabinets de généralistes assurant des soins hors des heures d'ouverture. En outre, deux applications informent les utilisateurs sur les services de santé immédiatement disponibles près de chez eux. Une troisième mesure encourage la création de cabinets de groupe (rassemblant au moins quatre médecins), en offrant une somme forfaitaire de 10 000 EUR s'ils remplissent plusieurs critères, notamment des heures d'ouverture étendues et des consultations sans rendez-vous.

Il existe par ailleurs un solide réseau de généralistes, et trois maisons médicales de garde assurent les soins hors des heures d'ouverture. Malgré ce, la densité des généralistes en exercice varie entre les douze cantons que compte le Luxembourg (graphique 16).

Graphique 16. La densité des généralistes en exercice n'est pas la même sur l'ensemble du territoire luxembourgeois



Source: Ministère de la Santé, 2019 (les données concernent l'année 2017).

5.3. Résilience[8]

Des dépenses de santé et de soins de longue durée élevées pourraient remettre en cause la soutenabilité financière du système

Bien que les dépenses de santé au Luxembourg soient très élevées, la CNS a accumulé des réserves financières représentant 27 % de ses dépenses d'assurance maladie en 2017 (Inspection générale de la sécurité sociale, 2019). Néanmoins, l'augmentation des dépenses doit être rigoureusement contrôlée, notamment si l'on considère que les dépenses publiques de santé devraient passer de 3,9 % du PIB en 2016 à 5,1 % d'ici 2070 (Commission européenne-CPE, 2018). Par ailleurs, les dépenses de soins de longue durée en proportion du PIB (1,3 %) comptaient parmi les plus élevées des États membres de l'UE en 2016, et elles devraient passer à 4,1 % en 2070, dépassant de 1,4 % la moyenne de l'UE.

Ces hausses des dépenses attendues, dues au vieillissement, conjuguées aux dynamiques d'autres paramètres macroéconomiques, posent un risque pour la soutenabilité financière des systèmes de santé et de soins de longue durée à l'avenir (Commission européenne, 2019b, 2019c). À l'origine, la réforme des soins de longue durée de 2017 visait à maîtriser les niveaux de dépenses. Pour autant, étant donné le bon état financier du système d'assurance des soins de longue durée, cette réforme se concentre aujourd'hui sur l'amélioration de la qualité des soins, l'élargissement de l'éventail des prestations, l'investissement dans les services de prévention et la définition de normes claires, plutôt que de répondre aux inquiétudes quant à la soutenabilité financière à long terme.

Le transfert de compétences constitue une solution prometteuse

Comme indiqué à la section 4, le nombre de médecins est relativement faible, et leur moyenne d'âge augmente. En outre, environ 60 % de l'ensemble des professionnels de santé qui travaillent au Luxembourg sont ressortissants d'autres pays. Si elle représente, éventuellement, un défi pour la stabilité du système de santé, cette situation est également l'occasion d'envisager une nouvelle répartition des responsabilités et des actes entre professionnels de santé (encadré 3).

En dépit d'une légère augmentation de leur part de marché, les médicaments génériques restent peu utilisés

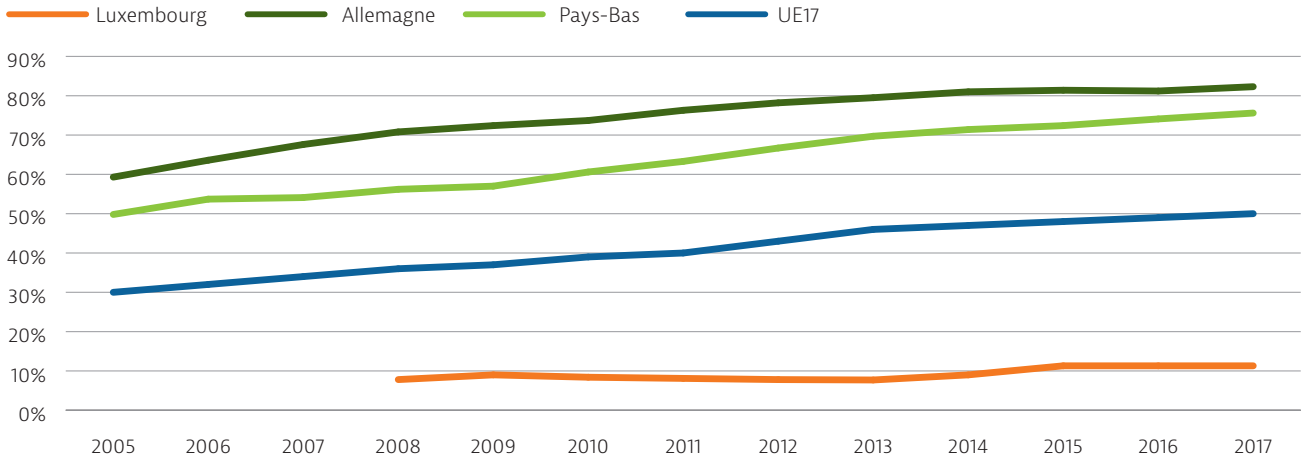
Le Luxembourg connaît le taux de pénétration des médicaments génériques le plus faible des 17 pays de l'UE pour lesquels des données sont disponibles (11,3 % du volume total des médicaments remboursés en 2017, comparé à 50 % en moyenne pour les 17 pays de l'UE). En 2014, dans le cadre des mesures visant à maîtriser les coûts (voir encadré 1), le ministère de la Santé a introduit un système de substitution pour les médicaments génériques. Il a spécifié deux groupes pharmacothérapeutiques devant faire l'objet d'une substitution obligatoire par l'alternative générique la moins chère, indépendamment de ce que le médecin indiquait dans son ordonnance. Cette politique semble avoir contribué à une légère augmentation de la part des génériques (en volume comme en valeur): entre 2013 et 2017, le volume est passé de 7,7 % à 11,3 % (graphique 17). Des gains d'efficacité supplémentaires pourraient être obtenus en ouvrant d'autres catégories de médicaments à la substitution par des génériques, et en encourageant la prescription par dénomination commune internationale. L'espoir est que la participation du pays à la collaboration Beneluxa contribuera aussi à améliorer la fixation des prix, le remboursement et un accès durable aux médicaments (encadré 4).

Encadré 3. Le transfert de compétences est une option sérieuse pour répondre aux problèmes de démographie médicale

Afin d'avoir une idée claire de la demande et de l'offre futures en professionnels de santé, le Luxembourg s'attache actuellement à déterminer les lacunes en matière de compétences et à envisager les réformes à engager pour répondre au mieux aux besoins des professionnels de santé et des patients. Diverses innovations en matière de transfert de compétences font actuellement l'objet de discussions. Elles visent également à améliorer l'attractivité des soins de premier recours et pourraient remédier à la pénurie de professionnels de santé originaires du Luxembourg. La réglementation sur la définition des compétences fait actuellement l'objet de modifications réglementaires pour les sages-femmes, qui seront désormais autorisées à vacciner les femmes enceintes, acte jusqu'ici possible uniquement sur ordonnance médicale. En outre, de nouveaux centres de soins devraient améliorer la coordination et le partage des tâches en 2018: dans la pratique, différents professionnels la santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes et chercheurs cliniciens) travailleront de manière plus étroite pour partager expertise et prise en charge de certaines maladies.

8: La résilience désigne la capacité des systèmes de santé à s'adapter efficacement à des environnements en mutation, à des crises ou à des chocs soudains.

Graphique 17. Les génériques représentent environ un dixième du marché des médicaments au Luxembourg



Remarque: Les données renvoient à la part des génériques en volume.
Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2019.

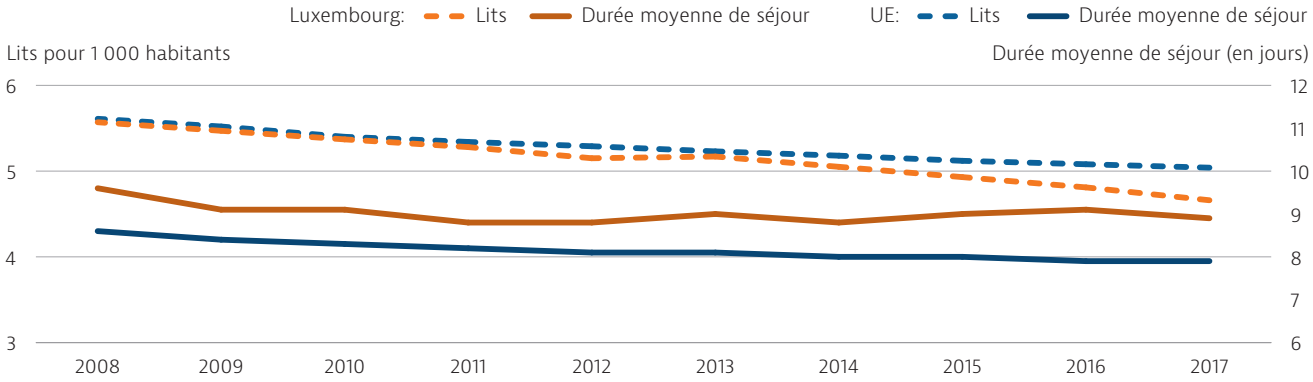
Encadré 4. Le Luxembourg cherche à développer sa capacité de prospective (horizon scanning) dans le cadre de l'initiative Beneluxa

Le Luxembourg a été en 2015 l'un des quatre membres fondateurs de l'initiative Beneluxa, aux côtés de la Belgique, des Pays-Bas et de l'Autriche. Cette coopération a pour objet d'améliorer l'accès aux médicaments innovants, à un prix abordable, en renforçant l'efficience de l'évaluation et des décisions de prix et remboursement, afin d'améliorer la position du payeur sur le marché. En 2018, les pays de l'initiative Beneluxa ont décidé d'étendre leurs activités à la prospective et ont lancé une initiative internationale sur ce sujet (International Horizon Scanning Initiative) et qui compte 15 pays membres. Compte tenu de l'impact potentiel des nouveaux médicaments à coûts élevés sur l'accès et la soutenabilité financière à long terme des systèmes de santé, il devient crucial de disposer d'informations prévisionnelles détaillées. L'instrument de prospective utilise un large éventail de sources de données et évalue les produits qui arrivent sur le marché sur la base de leurs effets attendus sur: la santé des patients, l'organisation des systèmes de santé et le coût potentiel pour les finances publiques.

La chirurgie ambulatoire est promue mais des gains d'efficiences supplémentaires pourraient être obtenus via une diminution des capacités hospitalières

La réduction du nombre d'hôpitaux et de lits d'hôpital par nombre d'habitants (graphique 18) montre que le Luxembourg tente de réduire le poids du secteur hospitalier. Toutefois, il est possible d'encore réduire le recours à des traitements hospitaliers onéreux. Ainsi, un taux d'occupation des lits relativement faible (71 % contre 77 % en moyenne dans 22 pays de l'UE) et une durée moyenne de séjour supérieure à la moyenne de l'UE (graphique 18) montrent que des progrès peuvent encore être faits. Il se peut toutefois que la durée moyenne de séjour diminue au cours des années à venir, car la loi hospitalière de 2018 traite la question de la pénurie de lits pour les soins de suite et réadaptation, entraînant une diminution des sorties retardées par manque de place d'aval.

Graphique 18. Le nombre de lits d'hôpital a diminué, mais la durée moyenne de séjour demeure supérieure à la moyenne de l'UE

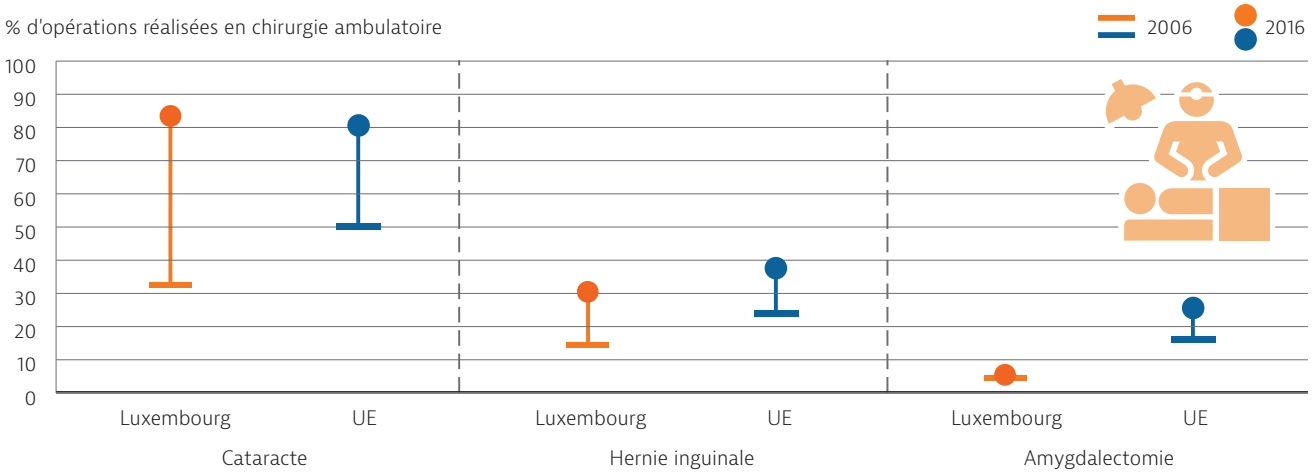


Source: Base de données d'Eurostat.

Dans le même temps, la part de certaines procédures chirurgicales réalisées en ambulatoire a augmenté. Entre 2010 et 2016, les admissions pour une intervention de chirurgie ambulatoire sont passées de 48 % à 60 % de l'ensemble des admissions hospitalières (Ministère de la Santé luxembourgeois, 2018a), bien qu'une grande variation par hôpital et type d'acte se retrouve. De manière générale, la part des opérations de la cataracte et la part des opérations des hernies inguinales réalisées en chirurgie ambulatoire ont augmenté, tandis que les amygdalectomies sont encore pour la plupart réalisées dans le cadre d'une hospitalisation complète (graphique 19 ; Ministère de la Santé luxembourgeois, 2018a).

La réforme de la loi hospitalière de 2018 cible précisément une plus grande substitution des hospitalisations complètes par de la chirurgie ambulatoire, et définit par ailleurs les conditions d'une transparence améliorées. Elle vise en outre à encourager la coopération et la coordination entre les prestataires de soins ambulatoires et les prestataires de soins hospitaliers pour certaines pathologies (AVC, cancer, diabète, douleurs chroniques, affections neurodégénératives, etc.) par le biais de réseaux de soins. Le nouveau gouvernement entend par ailleurs encourager une plus grande collaboration entre hôpitaux en matière de systèmes d'information, de services de laboratoire et de stérilisation, de gestion de la qualité et des risques ainsi que de développement professionnel continu.

Graphique 19. Les taux d'interventions par chirurgie ambulatoire ont augmenté au Luxembourg, et peuvent être encore améliorés



Sources: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018; base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2000 et 2016, ou des années les plus proches).

Encadré 5. Des technologies d'eSanté sont en cours de développement

En 2015, l'agence nationale d'eSanté a introduit le dossier de soins partagé (DSP) en tant que programme pilote pour les patients atteints de plusieurs pathologies ou de maladies chroniques, qui se sont inscrits auprès d'un généraliste coordonnateur. Les DSP sont accessibles par la plateforme eSanté, qui permet l'échange dématérialisé sécurisé de données de santé entre prestataires de soins ambulatoires, prestataires de soins hospitaliers, et patients. L'Agence nationale d'eSanté fournit en outre un outil de partage de données pour les résultats des analyses médicales (regibox) et un service national de pseudonymisation pour les prestataires et les chercheurs. En 2018, environ 10 % de la population possédaient un DSP et environ deux cinquièmes des généralistes étaient connectés à la plateforme eSanté et à regibox. Parmi les autres projets envisagés figurent une carte de santé électronique, destinée à remplacer la carte de sécurité sociale actuelle, et un système électronique pour soutenir le modèle de tiers payant social pour les services de soins ambulatoires (section 5.2).

Pour ce qui est de la recherche, l'équipe du projet international « Clinnova » travaille depuis 2017 à la création d'un centre d'excellence consacré à la santé numérique et à la médecine personnalisée au Luxembourg. Ce projet entend établir une plateforme sécurisée de partage de données de recherche, reliant les données d'études cliniques, les registres, les DSP et les appareils et dispositifs de santé mobile. À l'heure actuelle, plusieurs entreprises procèdent à des essais cliniques sur les technologies de santé mobile pour certaines pathologies chroniques particulières, telles que la maladie de Parkinson et la démence.

L'eSanté pourrait permettre des gains d'efficience supplémentaires

Le Luxembourg est l'un des pays les plus avancés de l'UE en matière de connectivité, de compétences numériques et d'utilisation de l'internet par les citoyens. Dans le cadre de la Digital Lëtzebuerg Initiative, le Luxembourg s'est engagé pour la diversification vers l'économie numérique. Dans le domaine de la santé, cette initiative s'attache à accroître l'adoption des solutions numériques pour améliorer l'échange de données de santé (entre médecins, pharmacies, etc.), la coordination des soins et la responsabilisation des patients. Elle vise notamment à étendre l'utilisation du dossier de soins partagé en tant qu'élément central de l'amélioration de la qualité des soins et de la prestation des services. La numérisation des services publics et l'utilisation des technologies numériques dans l'administration publique peuvent être encore améliorées: en effet, le Luxembourg est en deçà de la moyenne de l'UE sur ces deux indicateurs (Commission européenne, 2018). En outre, les dispositifs de santé mobile (« mHealth ») et les solutions numériques destinés à soutenir la gestion des soins auto-administrés sont encore en cours d'élaboration (encadré 5).

Les systèmes d'information stimuleront l'évaluation de la performance

Le Luxembourg manque de données sur la qualité, la sécurité, le type et l'efficacité des soins dispensés, rendant difficiles à la fois le contrôle des ressources allouées et l'évaluation de la performance du système de santé. Plusieurs tentatives visant à améliorer la documentation des services et des coûts ont échoué ces dernières années. La détermination des tarifs et des normes pour les actes des médecins, par exemple, a rencontré l'opposition de ceux-ci (bien qu'une révision complète des tarifs soit en cours).

Dans le cadre d'une initiative distincte, la loi hospitalière de 2018 a introduit le recueil obligatoire des activités hospitalières et des normes de codification, renforçant la transparence, la qualité et la sécurité des prestations hospitalières, ce à des fins d'analyse comparative et de planification. Il reste à voir comment ces informations pourraient être utilisées pour l'introduction d'une rémunération à l'activité (groupes homogènes de séjour), mais dans l'intervalle, ces données faciliteront l'évaluation et la comparaison de la qualité des prestations hospitalières. Enfin, un Observatoire national de la santé, planifié pour 2020, recueillera les données nationales de santé et fournira au gouvernement des informations fiables sur l'état de santé de la population (morbidité et mortalité), les facteurs de risque et le système de santé. Ces informations seront utilisées pour évaluer la performance du système de santé dans son ensemble.

6 Principales conclusions

- L'espérance de vie au Luxembourg est parmi les plus élevées de l'UE. Des taux de mortalité relativement faibles imputables à des causes pouvant être traitées indiquent que le système de santé prodigue, dans l'ensemble, des soins de bonne qualité et contribue dans une mesure importante à améliorer la santé de la population. Toutefois, certains facteurs de risque ont une incidence négative sur l'espérance de vie. En particulier, la consommation d'alcool est parmi les plus élevées de l'UE et représente un problème de santé publique majeur.

- En dépit des efforts déployés pour maîtriser les coûts, les dépenses de santé par habitant (3 575 EUR en 2017) comptent parmi les plus élevées des pays de l'UE. Bien que les soins de santé soient bien financés, on s'attend à une hausse importante des dépenses publiques dans le secteur de la santé, ainsi que pour les soins de longue durée, en raison des besoins croissants d'une population vieillissante. La part des dépenses de santé financée publiquement (83 %) est supérieure à la moyenne de l'UE (79 %), tandis que près de 11 % des dépenses de santé sont payés directement par les ménages.

- De manière générale, la population luxembourgeoise a un bon accès aux soins, avec peu de difficultés liées à la distance, aux délais d'attente ou aux coûts. Les dépenses non remboursées et le montant du reste à charge sont faibles. Le panier de soins est très large et régulièrement étendu. Toutefois, certaines inégalités sont à relever en matière d'accès, les personnes disposant de faibles revenus déclarant des besoins médicaux non satisfaits pour raisons financières. S'il est adopté, le projet d'étendre le modèle de tiers payant social aux prestations ambulatoires pourrait améliorer encore l'accès aux soins de santé, notamment pour les populations vulnérables.

- Les futurs projets de formation de médecins et d'infirmiers dans le pays sont destinés à remédier à la dépendance importante du Luxembourg envers les travailleurs formés à l'étranger, et, à plus long terme, à accroître le nombre de praticiens. En parallèle, des innovations dans le transfert de compétences et dans la répartition des tâches entre professionnels seront nécessaires en vue de maintenir l'attractivité du secteur de la santé pour les professionnels de santé tant luxembourgeois qu'étrangers ainsi que pour pallier au nombre relativement faible de médecins.

- Le Luxembourg a lancé d'importantes réformes stratégiques pour améliorer l'efficience des soins et renforcer les soins de premier recours. Une autre priorité est d'inciter les usagers à moins recourir aux hôpitaux et aux urgences. À cet effet, le gouvernement soutient la création de cabinets de groupe de médecins généralistes dont les heures d'ouverture sont étendues. Les réformes hospitalières essentielles visent, entre autres, à encourager le recours aux interventions de chirurgie ambulatoire et à renforcer la coopération entre les prestataires de soins de ville et les prestataires des soins hospitaliers dans le cadre de réseaux multidisciplinaires. La réduction du nombre de lits d'hôpital pour soins aigus et de la durée moyenne de séjour ainsi que le développement de la politique de substitution des génériques pourraient également contribuer à améliorer l'efficience générale du système.

- Bien que l'infrastructure numérique soit déjà avancée au Luxembourg, le pays poursuit ses efforts pour mettre en œuvre des solutions d'eSanté destinées à accroître encore la transparence et l'efficacité de certaines actions (telles que la dématérialisation des remboursements des prestataires) et à renforcer la collaboration et la coordination des soins. D'importantes mesures ont été prises par ailleurs pour améliorer l'information et les données de santé. Ainsi, la récente réforme de la législation hospitalière rend obligatoire le recueil des activités hospitalières, tandis que le tout nouvel Observatoire de la Santé recevra l'ensemble des données nécessaires à l'évaluation de la performance du système de santé. À la lumière des inquiétudes concernant la soutenabilité financière du système de santé, il sera important de promouvoir des interventions susceptibles d'améliorer l'efficience.

Sources principales

Berthet F et al. (2015), *Health Systems in Transition. HiT in brief: Luxembourg.* WHO Regional Office for Europe (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies), Copenhagen.

OECD, EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing, Paris, https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm

Références

CNS (2018), *Décompte de l'assurance maladie-maternité 2017* Caisse National de Santé, Luxembourg.

ECDC (2018), *Antimicrobial consumption. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017.* European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

European Commission (2018), *Digital Economy and Society Index (DESI) 2018. Country Report Luxembourg.* European Commission, Brussels, http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/image/document/2018-20/lu-desi_2018-country-profile_eng_B4406FFE-002F-A163-A4CE5D474BAF2793_52228.pdf

European Commission (2019a), *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability. Country documents 2019 update.* Institutional Paper 105. European Commission, Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf

European Commission (2019b), *Country Report Luxembourg 2019.* 2019 European Semester. European Commission, Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-luxembourg_en.pdf

European Commission (2019c), *Fiscal Sustainability Report 2018.* Institutional Paper 094. European Commission, Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip094_en_vol_1.pdf

Médecins du Monde (2017), *Rapport annuel 2017*, Esch-sur-Alzette and Luxembourg.

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070).* Institutional Paper 079. May 2018. European Commission, Brussels.

IGSS (2019), *Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2018*. General Inspectorate for Social Security, Luxembourg.

Ministry of Health of Luxembourg (2017), *Vers une amélioration des services d'urgences*. Press release 15.12.2017, Luxembourg.

Ministry of Health of Luxembourg (2018a), *Carte sanitaire – Mise à jour 2017*, Luxembourg.

Ministry of Health of Luxembourg (2018b), *Plan National Antibiotiques 2018-2022*, Luxembourg.

Pivot D, Leite S (2019), *Enquête de couverture vaccinale 2018 au Grand-Duché de Luxembourg*. Health Directorate, Ministry of Health of Luxembourg, Luxembourg.

Swinnen H (2018), *ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare Luxembourg 2018.* European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels.

Liste des abréviations des pays

Allemagne	DE	Danemark	DK	Hongrie	HU	Luxembourg	LU	Roumanie	RO
Autriche	AT	Espagne	ES	Irlande	IE	Malte	MT	Royaume-Uni	UK
Belgique	BE	Estonie	EE	Islande	IS	Norvège	NO	Slovaquie	SK
Bulgarie	BG	Finlande	FI	Italie	IT	Pays-Bas	NL	Slovénie	SI
Chypre	CY	France	FR	Lettonie	LV	Pologne	PL	Suède	SE
Croatie	HR	Grèce	EL	Lituanie	LT	Portugal	PT	Tchéquie	CZ

Commission européenne

State of Health in the EU
Profils de santé par pays 2019

Les Profils de santé par pays constituent une étape importante du cycle actuel de la Commission européenne vers la transmission des connaissances sur L'état de santé dans l'Union européenne, et sont produits grâce au soutien financier de l'Union européenne. Ces profils sont le fruit de travaux menés conjointement par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'European Observatory on Health Systems and Policies, en collaboration avec la Commission européenne.

Les Profils de santé par pays, concis et pertinents pour l'action publique, reposent sur une méthodologie transparente et cohérente qui utilise des données tant quantitatives que qualitatives, tout en s'adaptant avec souplesse au contexte de chaque État membre de l'Union européenne et/ou de l'Espace économique européen. L'objectif est de créer un outil d'apprentissage mutuel et d'échange volontaire qui puisse être utilisé tant par les décideurs que par les influenceurs de politiques.

Chaque profil de santé par pays fournit une synthèse succincte des points suivants :

- l'état de santé du pays;
- les déterminants de la santé, en particulier les facteurs de risque liés au comportement;
- l'organisation du système de santé;
- l'efficacité, l'accessibilité et la résilience du système de santé.

La Commission assortit les principales conclusions de ces Profils de santé par pays d'un rapport d'accompagnement.

Pour en savoir plus: ec.europa.eu/health/state

Merci de citer cet ouvrage comme suit: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Luxembourg: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264841451 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES POUR UNE VIE MEILLEURE

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