



State of Health in the EU

Luxembourg

Profils de santé par pays 2021

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* (L'état de santé dans l'UE) fournissent un aperçu concis et pertinent de la santé et des systèmes de santé dans les États membres de l'Union européenne (UE) et l'Espace économique européen (EEE), soulignant les caractéristiques et les enjeux particuliers dans 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'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'European Observatory on Health Systems and Policies avec la Commission européenne. L'équipe remercie le réseau de la plateforme Health Systems and Policy Monitor, le comité de la santé de l'OCDE et le groupe d'experts de l'UE sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé pour leurs observations et suggestions précieuses.

Contents

1. POINTS SAILLANTS	3
2. LA SANTÉ AU LUXEMBOURG	4
3. FACTEURS DE RISQUE	6
4. LE SYSTÈME DE SANTÉ	7
5. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	11
5.1 Efficacité	11
5.2 Accessibilité	13
5.3 Résilience	16
6. PRINCIPALES CONCLUSIONS	22

Sources des données et des informations

Les données et informations utilisées dans les profils de santé par pays sont principalement basées sur les 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), du Centre européen de prévention et de contrôle

des maladies (ECDC), des enquêtes 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 27 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 de septembre 2021 et repose sur les données disponibles à la fin du mois d'août 2021.

Contexte démographique et socioéconomique au Luxembourg, 2020

Facteurs démographiques	Luxembourg	UE
Population	626 108	447 319 916
Part de la population de plus de 65 ans (en %)	14,5	20,6
Taux de fécondité ¹ (2019)	1,3	1,5
Facteurs socioéconomiques		
PIB par habitant (en EUR, PPA ²)	79 223	29 801
Taux de pauvreté relative ³ (en %, 2019)	17,5	16,5
Taux de chômage (en %)	6,8	7,1

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 éliminant les différences de niveaux de prix entre 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.

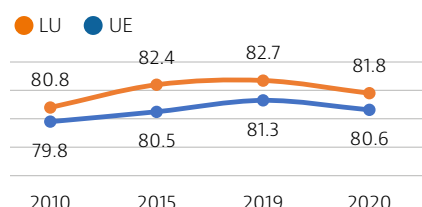
Le présent document ainsi que les données et les cartes qu'il contient sont sans préjudice du statut de tout territoire ou de la souveraineté exercée sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales et de la dénomination de tout territoire et toute ville ou région.

D'autres clauses de non-responsabilité s'appliquent pour l'OMS.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Points saillants

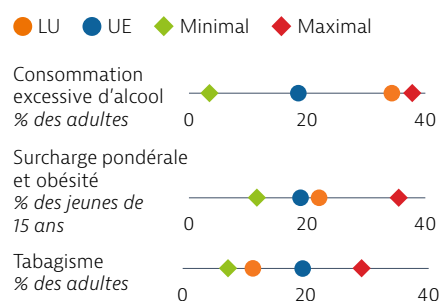
Le Luxembourg a connu une augmentation continue de l'espérance de vie jusqu'à 2019, mais en 2020, elle a chuté considérablement en raison des décès liés à la COVID-19. Les facteurs de risque comportementaux représentent en temps normal plus d'un tiers des décès. La consommation élevée d'alcool et le taux d'obésité croissant sont des enjeux de santé publique importants. La population luxembourgeoise bénéficie d'un bon accès aux soins de santé, avec un large panier de soins et peu de dépenses non remboursées. Le Luxembourg a réagi rapidement à la pandémie de COVID-19 par la mise en place d'une stratégie de dépistage massif, le déploiement des téléconsultations, la constitution d'une réserve nationale de professionnels de santé et la réorganisation des soins primaires.



Espérance de vie à la naissance, années

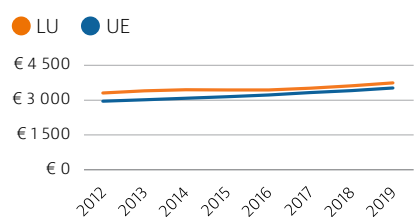
État de santé

L'espérance de vie à la naissance au Luxembourg a augmenté de presque deux ans entre 2010 et 2019. Bien qu'elle ait baissé de près d'un an en 2020 avec la pandémie de COVID-19, elle reste au-dessus de la moyenne de l'UE. Malgré le déclin des taux de mortalité dus aux maladies cardiaques et aux AVC, ces deux pathologies demeurent les premières causes de décès, de même que le cancer du poumon.



Facteurs de risque

Les facteurs de risque comportementaux, en particulier les mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme, le manque d'activité physique et la consommation d'alcool, sont des vecteurs majeurs de morbidité et de mortalité au Luxembourg. Un adulte sur trois déclare avoir des consommations ponctuelles excessives d'alcool, ce qui classe le Luxembourg au troisième rang des pays de l'UE en la matière. Les niveaux de surpoids et d'obésité et le taux d'inactivité physique chez les jeunes de 15 ans sont au-dessus des moyennes de l'UE. Sur un plan plus positif, le tabagisme a décliné depuis 2001 chez les adultes et les jeunes.



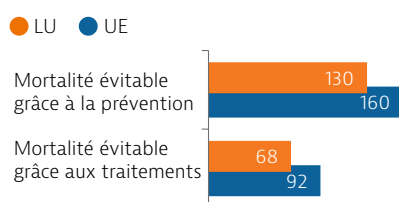
Dépenses par habitant (en euros, PPA)

Système de santé

En 2019, le Luxembourg dépensait 3 742 EUR par habitant pour la santé (après correction des écarts de pouvoir d'achat), ce qui est plus élevé que la moyenne de l'UE (3 523 EUR). La part publique des dépenses de santé (85 %) était supérieure également à la moyenne de l'UE. En 2020, les dépenses publiques de santé ont monté en flèche pour faire face à la pandémie de COVID-19.

Efficacité

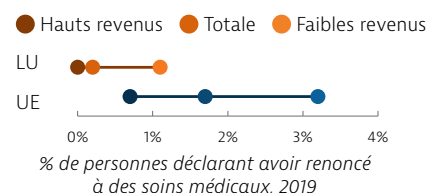
La mortalité évitable grâce à la prévention est plus faible que la moyenne de l'UE, ce qui traduit l'efficacité des politiques de prévention. De la même manière, le taux de mortalité imputable à des causes évitables grâce aux traitements est bas, ce qui indique que le système de santé offre des soins primaires et aigus efficaces pour les pathologies potentiellement mortelles.



Taux de mortalité standardisé par âge pour 100 000 habitants, 2018

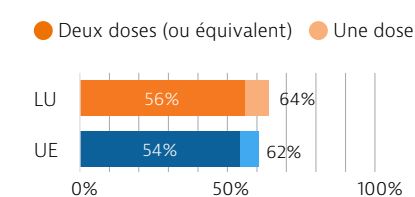
Accessibilité

Au Luxembourg, la couverture santé est généralement bonne et le nombre d'habitants signalant des besoins en soins médicaux non satisfaits figure parmi les plus bas de l'UE. Cependant, pendant les 12 premiers mois de la pandémie de COVID-19, une personne sur cinq a déclaré avoir renoncé à des soins médicaux, une part légèrement inférieure à la moyenne de l'UE. L'utilisation croissante des téléconsultations a contribué au maintien de l'accès aux soins pendant les différentes vagues de la pandémie.



Résilience

Le Luxembourg a réagi rapidement à la pandémie de COVID-19 et mis en place de multiples mesures, notamment un dépistage massif et un suivi efficace des contacts. La campagne de vaccination luxembourgeoise s'est déroulée en six phases. À la fin août 2021, 56 % de la population avaient reçu deux doses (ou équivalent) de vaccin contre la COVID-19.



Proportion de la population totale vaccinée contre la COVID-19 à la fin du mois d'août.

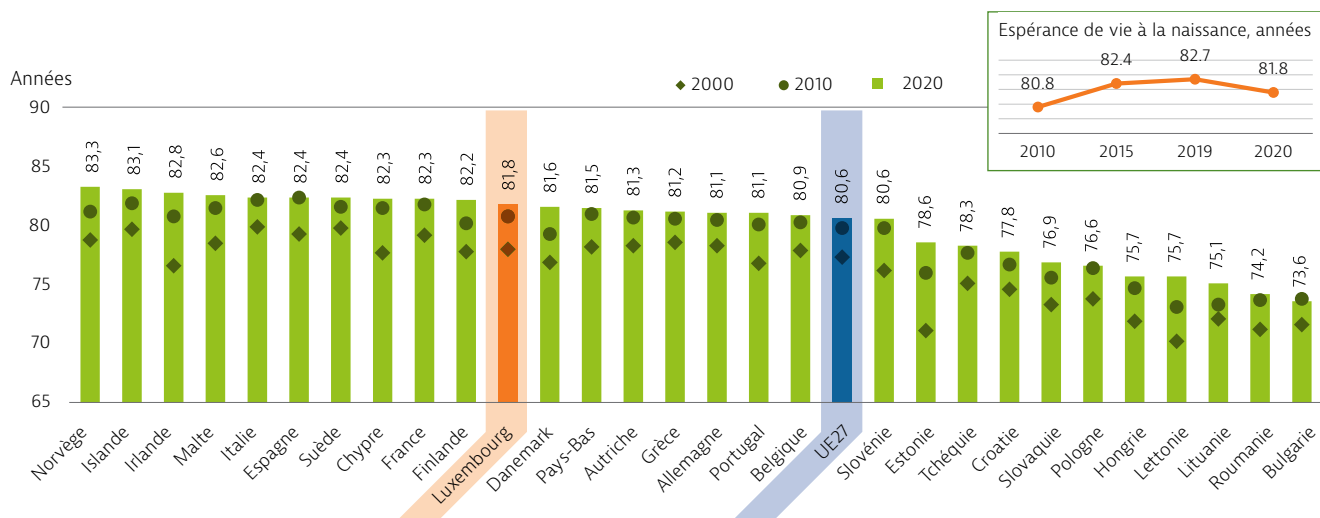
2 La santé au Luxembourg

L'espérance de vie au Luxembourg est relativement élevée, mais la COVID-19 a eu une incidence majeure en 2020

En 2020, l'espérance de vie à la naissance au Luxembourg était de 81,8 ans, soit un an de plus que la moyenne de l'UE, mais moins que d'autres pays de l'Union comme l'Irlande,

Malte et l'Italie (graphique 1). Bien qu'elle soit passée de 80,8 à 82,7 ans entre 2010 et 2019, à la suite de la pandémie de COVID-19, elle a baissé temporairement de 11 mois en 2020, contre une baisse moyenne de 8 ½ mois dans l'UE. Selon les estimations, en 2020, l'écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes était de 4,8 ans, soit moins que la moyenne de l'UE, qui est de 5,6 ans.

Graphique 1. L'espérance de vie au Luxembourg reste largement supérieure à la moyenne de l'UE

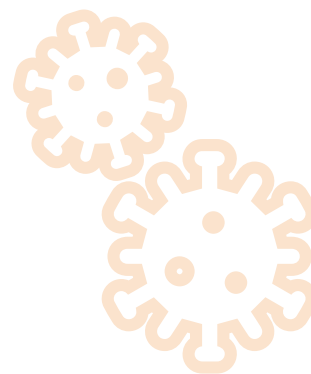


Remarque: la moyenne de l'UE est pondérée. Les données pour l'Irlande se rapportent à 2019.
Source: base de données d'Eurostat.

Les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon sont les principales causes de mortalité, ainsi que la COVID-19

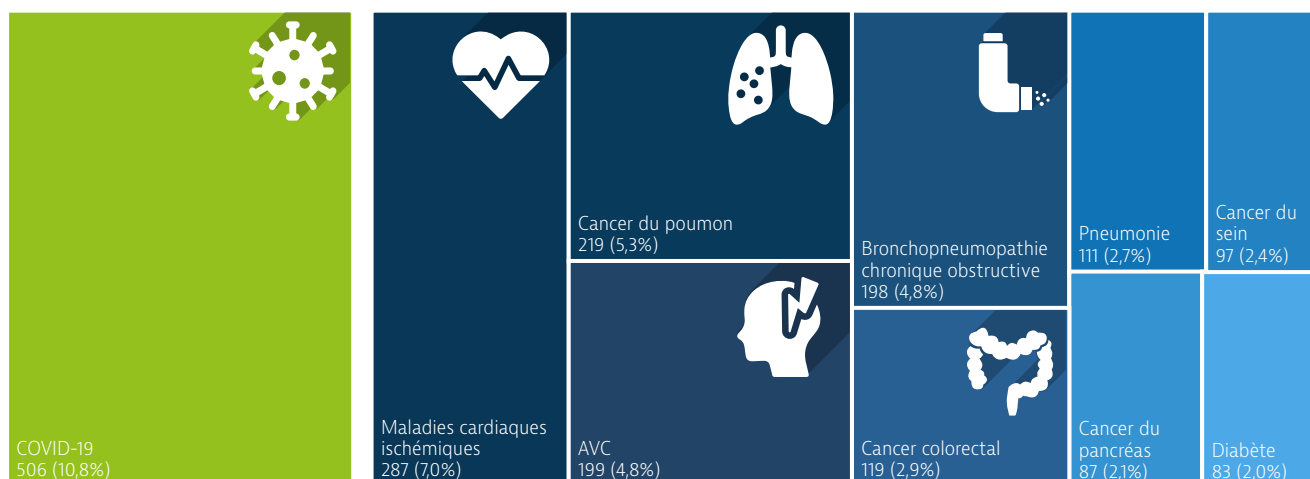
Les maladies cardiovasculaires représentent près de 30 % de l'ensemble des décès au Luxembourg, et le cancer se classe juste après (26 %). Plus précisément, la cardiopathie ischémique était la première cause de mortalité en 2019 (7 % de l'ensemble des décès), suivie du cancer du poumon (5,3 %), qui est resté le cancer causant le plus de décès, et de l'AVC (4,8 %) (graphique 2). Ces dix dernières années, le taux de mortalité au Luxembourg a chuté pour la quasi-totalité des causes. L'augmentation de l'espérance de vie jusqu'en 2019 résulte en particulier d'une réduction des morts prématurées à la suite de maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires, ainsi que d'une diminution du nombre de suicides et d'accidents de la route. En revanche, les taux de mortalité dus au cancer du sein, à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), au diabète et à la maladie d'Alzheimer et autres formes de démence ont peu évolué pendant la même période.

En 2020, la COVID-19 a été à l'origine de 500 décès au Luxembourg (11 % de la totalité des décès). À la fin août 2021, on comptait 330 morts supplémentaires. La plupart des personnes décédées étaient âgées (voir la section 5.3). Le taux de mortalité due à la COVID-19¹ jusqu'à la fin du mois d'août 2021 au Luxembourg était environ de 17 % inférieur à la moyenne de l'UE (1 325 morts par million d'habitants contre 1 590).



1. Inclut toutes les personnes infectées par le virus qui décèdent, tous milieux confondus (hôpitaux, maisons de repos et à domicile).

Graphique 2. En 2020, une part importante des décès a été causée par la COVID-19



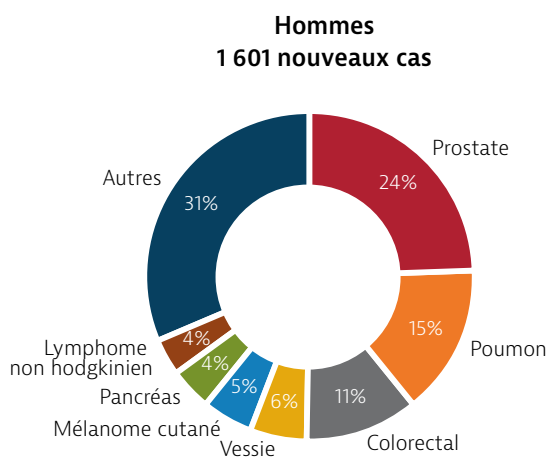
Remarque: le nombre et la proportion de décès liés à la COVID-19 se rapportent à 2020, tandis que le nombre et la proportion de décès liés à d'autres causes se rapportent à 2019. La taille du rectangle correspondant à la COVID-19 est proportionnelle à celle des autres causes principales de mortalité pour 2019. Sources: Eurostat (pour les causes de décès en 2019); ECDC (pour les décès liés à la COVID-19 en 2020, jusqu'à la semaine 53).

Les cancers les plus souvent diagnostiqués au Luxembourg sont ceux de la prostate et du sein

Selon les estimations du Centre commun de recherche de la Commission européenne établies à partir des données d'incidence collectées des années précédentes, environ 3 000 nouveaux cas de cancer étaient attendus au Luxembourg en 2020². Les taux d'incidence standardisés

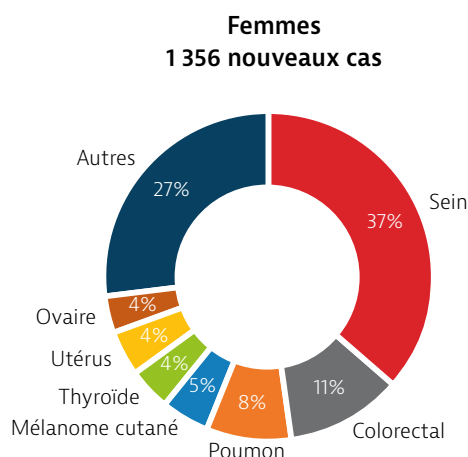
en fonction de l'âge, tous cancers confondus, devraient se situer en deçà de la moyenne de l'UE tant chez les hommes que chez les femmes. Comme indiqué sur le graphique 3, les localisations de cancer les plus fréquentes chez les hommes sont la prostate (24 %), le poumon (15 %) et le côlon-rectum (11 %); chez les femmes, il s'agit du sein (37 %), suivi du côlon-rectum (11 %) et du poumon (8 %).

Graphique 3. Près de 3 000 nouveaux cas de cancer étaient attendus au Luxembourg en 2020



Taux standardisé par âge (tous cancers confondus)

LU: 673 pour 100 000 habitants
UE: 686 pour 100 000 habitants



Taux standardisé par âge (tous cancers confondus)

LU: 474 pour 100 000 habitants
UE: 484 pour 100 000 habitants

Remarque: le cancer de la peau non-mélanome n'est pas pris en compte. Le cancer de l'utérus ne comprend pas le cancer du col de l'utérus. Source: ECIS – Système européen d'information sur le cancer

2. Il convient de noter que ces estimations ont été réalisées avant la pandémie de COVID-19, qui risque d'avoir des répercussions sur les taux d'incidence du cancer en 2020.

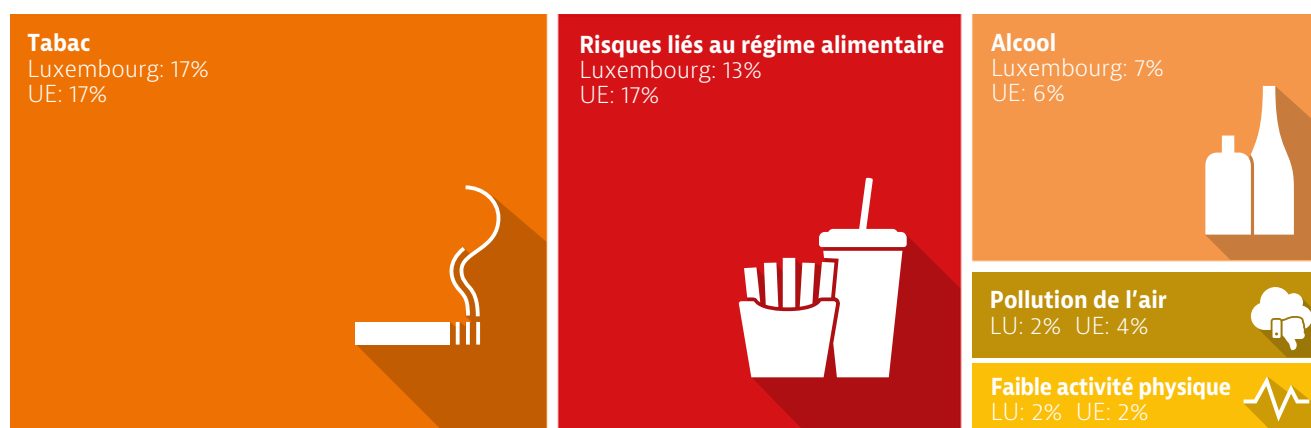
3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque liés au comportement sont une cause majeure de mortalité

Plus d'un tiers de l'ensemble des décès au Luxembourg est imputable à des facteurs de risque liés au comportement, tels que le tabagisme, les risques liés au régime alimentaire, la consommation d'alcool et le manque d'activité physique. De plus, des facteurs environnementaux comme la pollution de l'air sont également à l'origine d'un grand nombre de morts en causant maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires et certains types de cancer (graphique 4). Environ 17 % de la totalité des morts peuvent

être imputés au tabagisme (actif et passif), soit une proportion semblable à la moyenne de l'UE. Les risques liés au régime alimentaire (dont une faible consommation de fruits et de légumes et une forte consommation de sucre et de sel) représentent, selon les estimations, environ 13 % des décès au Luxembourg. Approximativement 7 % des décès sont imputables à la consommation d'alcool, tandis que 2 % sont liés à une activité physique réduite. L'exposition à la pollution de l'air par les particules fines (PM_{2,5}) et l'ozone a, à elle seule, représenté environ 2 % de la totalité des décès en 2019.

Graphique 4. Le tabac, les risques liés au régime alimentaire et l'alcool sont des vecteurs de mortalité majeurs au Luxembourg



Remarque: le nombre total de décès liés à ces facteurs de risque est inférieur à la somme des décès liés à chacun de ces facteurs pris individuellement, car un même décès peut être imputé à plus d'un facteur de risque. Les risques liés au régime alimentaire comptent 14 composantes, dont une faible consommation de fruits et de légumes et la consommation de boissons à teneur élevée en sucre. La pollution de l'air fait référence à l'exposition aux PM_{2,5} et à l'ozone. Sources: IHME (2020), Global Health Data Exchange (les estimations concernent l'année 2019).

Les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'activité physique expliquent en partie l'augmentation de l'obésité chez les adolescents

Environ un adulte sur six était obèse en 2019, une proportion semblable à la moyenne de l'UE. Au Luxembourg, plus d'un jeune de 15 ans sur cinq était en surpoids ou obèse en 2018, ce qui dépasse les niveaux observés dans la plupart des pays de l'UE et représente une augmentation considérable depuis 2006. Les garçons ont tendance à être plus en surpoids ou obèses que les filles.

Au Luxembourg comme dans d'autres pays, une alimentation déséquilibrée est le principal facteur contribuant au surpoids et à l'obésité. La consommation de fruits et de légumes y est moins courante que dans la plupart des autres pays de l'UE, avec seulement 40 % des adultes qui mangent des fruits ou des légumes tous les jours. En 2018, environ 65 % des jeunes de 15 ans ont signalé ne pas manger quotidiennement de fruits ou de légumes. Le manque d'activité physique contribue également au surpoids et à l'obésité. Le taux de pratique régulière d'une activité physique chez les adultes (63 %) est semblable à

la moyenne de l'UE (64 %). En revanche, parmi les jeunes de 15 ans, un sur huit seulement (12 %) a déclaré exercer quotidiennement au moins une activité physique modérée en 2018, soit moins que la moyenne de l'UE (14 %).

Le taux de consommation excessive d'alcool chez les adultes est l'un des plus élevés 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. Malgré une baisse lente de la consommation d'alcool de manière générale ces vingt dernières années, le pourcentage d'adultes ayant fait état d'épisodes de consommation d'alcool excessive («binge drinking»³) est le troisième plus élevé de l'UE, après le Danemark et la Roumanie: en 2019, un adulte sur trois a indiqué une telle consommation excessive d'alcool de manière régulière (voir la section 5.1). Sur un plan plus positif, seulement un adolescent de 15 ans sur dix déclarait avoir été ivre au moins deux fois dans sa vie en 2018, ce qui est la deuxième proportion la plus faible de l'UE.

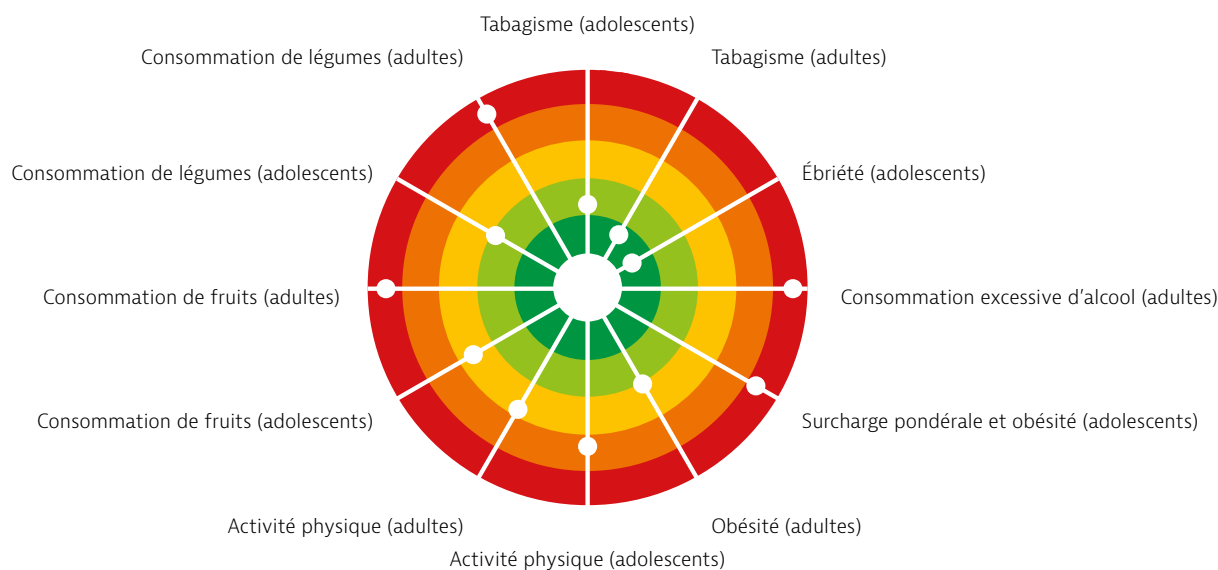
3. On entend par «binge drinking» le fait pour un adulte de consommer six (cinq au Luxembourg) boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion.

Le tabagisme a diminué chez les adultes et les adolescents

La proportion d'adultes fumant quotidiennement a baissé au Luxembourg par rapport au niveau enregistré il y a 20 ans: en 2019, seul un adulte sur neuf fumait quotidiennement, contre plus d'un sur quatre en 2001⁴. Dans le même ordre d'idées, le tabagisme chez les adolescents a diminué ces dix dernières années: en 2018, 13 % des jeunes de 15 ans déclaraient avoir fumé au cours du mois précédent, contre 21 % en 2013-2014. Ce

pourcentage est plus bas que dans la plupart des autres pays de l'UE, dont la moyenne s'établit à 18 % (graphique 5). Cette baisse pourrait s'expliquer en partie par les différentes mesures antitabac mises en place au cours des dernières décennies, notamment l'interdiction de fumer dans les lieux publics depuis 2006 (voir la section 5.1). Bien que cette interdiction ait favorisé une réduction des inégalités socioéconomiques en matière de tabagisme (Tchicaya, Lorentz & Demarest, 2016), l'écart entre les tranches de revenus les plus faibles et les plus élevés persiste.

Graphique 5. L'obésité croissante chez les jeunes et la consommation excessive d'alcool chez les adultes constituent des enjeux de santé publique importants



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 cible» 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 HBSC 2017-2018 pour les indicateurs concernant les adolescents; statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) de 2017 et statistiques de l'enquête européenne par interview sur la santé (EHIS) de 2019 pour les indicateurs concernant les adultes.

4 Le système de santé

Le système d'assurance maladie est géré par deux ministères

Le Luxembourg possède un système d'assurance maladie obligatoire. La Caisse nationale de santé (CNS) est le fonds national d'assurance maladie, auquel il incombe de financer et de prendre en charge les services de santé. Elle est organisée en trois branches: les soins de santé, les congés de maladie et l'assurance pour soins de longue durée. La gouvernance du système de santé est hautement centralisée et les compétences sont réparties entre le ministère de la Sécurité sociale et le ministère de la Santé. Ce dernier 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 piloter les questions de santé publique. Le ministère de la Sécurité sociale coordonne les institutions publiques qui financent les soins de santé, les congés maladie et les soins de longue durée. Quant au ministère de la Famille, de l'intégration et à la Grande Région, il supervise les établissements de soins de longue durée, les réseaux de soins à domicile et les services de soins pour personnes en situation de handicap. Pendant la pandémie de COVID-19, des mécanismes de gouvernance ont été instaurés pour faire face à la crise. Ainsi, la coordination de la réponse du système de santé a été gérée principalement par le ministère de la Santé (encadré 1).

4. Les résultats de l'enquête de la Fondation Cancer du Luxembourg révèlent des taux plus élevés de fumeurs quotidiens chez les adultes (environ 17 % en 2019 et 2020), avec une légère hausse ces cinq dernières années.

Encadré 1. Une cellule de crise interministérielle a été créée pour organiser la réponse à la pandémie de COVID-19

Le Haut-commissariat à la protection nationale (HCPN), sous l'autorité du Premier ministre et ministre d'État, est chargé de coordonner la gestion de crise et de planifier le plan de protection nationale, dont la mise en œuvre incombe aux ministères d'État, aux agences et aux départements. En outre, une cellule de crise interministérielle a été créée à la mi-mars 2020 sous l'égide du ministre de la Santé en vue d'évaluer la situation en continu, de prendre les mesures nécessaires et de coordonner les initiatives entre les ministères. Au sein du ministère de la Santé, une cellule de crise interne a été rapidement mise en place pour analyser la situation dans le pays, pour définir les stratégies générales de riposte et pour coordonner la mise en œuvre de l'ensemble des mesures relatives à la crise. Cette cellule se compose de 10 groupes de travail, qui supervisent et prennent en charge des domaines distincts (notamment la communication, la surveillance, les diagnostics et le suivi des contacts, les tests et les soins primaires). Elle coordonne tous les efforts menés par les hôpitaux, les laboratoires, les prestataires de soins primaires, les pharmacies, les maisons de repos et les réseaux de soins, tout en gérant la logistique, le matériel médical, la réserve de personnel de santé et la communication autour de la crise.

Source: COVID-19 Health Systems Response Monitor.

Le système d'assurance maladie luxembourgeois offre une couverture universelle

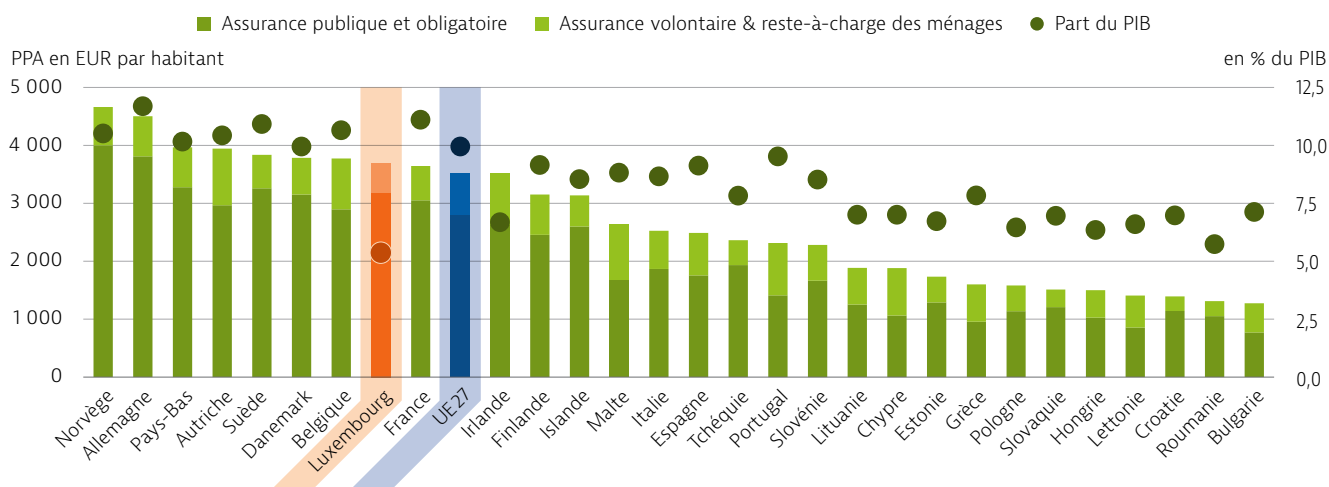
Le régime d'assurance maladie luxembourgeois est obligatoire pour quiconque est actif économiquement ou reçoit des prestations sociales de l'État. Il couvre les proches, y compris les mineurs et les étudiants qui n'ont pas d'autre couverture d'assurance maladie. L'importante réserve

financière de la CNS permet à la population de bénéficier d'un large éventail de prestations (voir la section 5.2). Les personnes qui travaillent uniquement à titre occasionnel au Luxembourg (moins de trois mois par année civile) sont dispensées de cotiser au régime obligatoire, mais peuvent décider de cotiser à titre volontaire. Les personnes qui travaillent pour des institutions européennes ou des organisations internationales, qui représentent une part importante de la population, sont couvertes par les régimes d'assurance maladie de leurs employeurs respectifs. D'après les données officielles, 100 % des personnes résidant au Luxembourg sont couvertes par une assurance maladie. En réalité, certaines personnes ne sont pas assurées (voir la section 5.2).

Les dépenses de santé par habitant sont relativement élevées et la part de financement public est supérieure à la moyenne de l'UE

Les dépenses de santé sont élevées au Luxembourg. En 2019, 3 742 EUR étaient dépensés par habitant pour les soins de santé (après correction des écarts de pouvoir d'achat), soit 220 EUR de plus que la moyenne de l'UE (graphique 6). En revanche, le Luxembourg ne consacre que 5,4 % de son PIB à la santé, ce qui en fait la part la plus faible dans toute l'UE (9,9 %). Cette statistique s'explique par les bonnes performances économiques globales du pays⁵. 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. Les dépenses financées publiquement constituent 85 % du total. Cette proportion a augmenté depuis 2012 (82,8 %) et se situe au-dessus de la moyenne de l'UE (79,7 %). Compte tenu de la très large couverture de l'assurance maladie, la part de dépenses non remboursées est faible (9,6 % contre 15,4 % en moyenne dans l'UE). L'assurance maladie complémentaire souscrite sur une base volontaire représente seulement 4,1 % du total des dépenses de santé, bien que deux tiers de la population y souscrivent.

Graphique 6. Les dépenses de santé par habitant au Luxembourg figurent parmi les plus élevées des pays de l'UE



Remarque: la moyenne de l'UE est pondérée.

Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (les données concernent l'année 2019, sauf pour Malte: 2018).

5. Une part importante du PIB luxembourgeois provient des bénéfices de sociétés étrangères qui sont rapatriés. Le revenu national brut (RNB) serait donc 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.

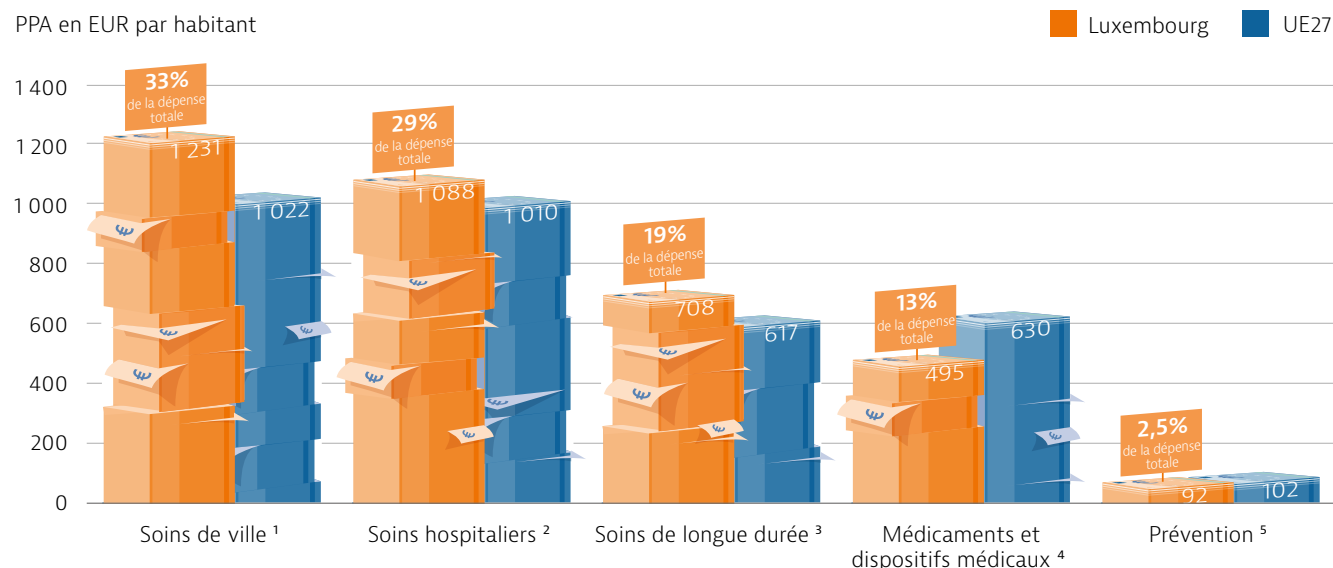
Les dépenses allouées aux soins ambulatoires ont diminué alors que celles allouées aux soins hospitaliers ont augmenté

Le premier poste de dépenses de santé au Luxembourg est celui des soins ambulatoires (soins à domicile compris), qui représentaient un tiers (32,9 %) de la totalité des dépenses de santé en 2019, soit plus que la moyenne de l'UE (29,5 %). Un peu moins d'un tiers (29,1 %) était alloué aux soins hospitaliers, conformément à la moyenne de l'UE. Malgré la loi de 2010 portant sur la réforme du système de santé, dont le but était d'enrayer l'augmentation des dépenses de santé en soins hospitaliers et de renforcer les soins primaires, la part des dépenses allouée aux soins hospitaliers a augmenté de 2,5 % entre 2010 et 2019, ce qui s'explique en partie par les conventions collectives de travail dans le secteur hospitalier. À l'inverse, la part allouée aux soins ambulatoires a baissé de 5,1 % au cours de la

même période. Les autres postes sont restés relativement stables. Le Luxembourg a dépensé un peu plus pour les soins de longue durée par habitant que la moyenne de l'UE (708 EUR contre 617 EUR). Toutefois, les dépenses en produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et prévention par habitant sont inférieures à la moyenne de l'UE (graphique 7).

En 2020, le gouvernement a attribué 194 millions d'EUR supplémentaires au système de santé, au titre de son paquet économique de stabilisation COVID-19. Ces ressources ont servi à la création de centres de soins ambulatoires pour les patients atteints de COVID-19, à l'acquisition de matériel médical, au renforcement des capacités de tests et à la prise en charge des frais de logement temporaire pour les travailleurs frontaliers actifs dans le secteur médico-social ayant besoin de rester au Luxembourg pendant la pandémie (voir les sections 5.2 et 5.3).

Graphique 7. Le Luxembourg consacre plus de moyens aux soins ambulatoires, hospitaliers et de longue durée que les pays de l'UE en moyenne



Remarque: les dépenses d'administration du système de santé ne sont pas incluses. 1. Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires (par exemple, le transport des patients). 2. Inclut les soins curatifs et de réadaptation dispensés à l'hôpital ou dans d'autres établissements. 3. Inclut uniquement la composante santé. 4. Inclut uniquement la consommation non hospitalière. 5. Inclut uniquement les dépenses consacrées aux programmes de prévention structurés. La moyenne de l'UE est pondérée.

Sources: statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2019).

Une part considérable des services de santé est produite en dehors du territoire luxembourgeois

Environ un tiers des personnes assurées à la CNS (35 %) sont des travailleurs frontaliers (qui constituent presque la moitié de la main d'œuvre luxembourgeoise). Étant donné que, pour la plupart, ces non-résidents se font soigner dans leur pays de résidence, une grande partie des prestations de soins de santé prises en charge par la CNS sont effectuées en dehors du Luxembourg, principalement en Allemagne, en Belgique et en France. En 2019, 8 677 patients (résidents et non-résidents) ont demandé l'autorisation à la CNS de se faire soigner à l'étranger, en majorité pour les soins hospitaliers (45 %) et les consultations et examens (33 %). Les dépenses pour des prestations de soins de santé effectuées dans des pays voisins ont représenté 20 % du total des dépenses de santé en 2019 (IGSS, 2021; CNS, 2020).

Au Luxembourg, les patients peuvent choisir librement leurs prestataires et ont un accès illimité à tous les niveaux de soins (généralistes, spécialistes et hôpitaux). Les soins hospitaliers sont assurés par quatre hôpitaux généraux et deux hôpitaux spécialisés, qui comptent ensemble 4,3 lits (dont 3,3 lits en soins aigus) pour 1 000 habitants, ce qui est en deçà de la moyenne de l'UE, qui est de 5,3 lits pour 1 000 habitants. Le nombre de lits d'hôpitaux par habitant a baissé en continu de 34 % depuis 2004, principalement à cause de l'accroissement de la population. En revanche, la durée moyenne de séjour a augmenté d'une demi-journée depuis 2011, atteignant 9,3 jours en 2019, soit beaucoup plus que la moyenne de l'UE (7,4 jours). Pendant la pandémie de COVID-19, les hôpitaux généraux luxembourgeois ont dû reporter ou annuler des interventions, mais aussi réorganiser leurs départements afin de libérer 270 lits en

soins aigus et une centaine de lits en soins intensifs pour les cas de COVID-19, ce qui représentait 13 % de la capacité totale du Luxembourg en soins normaux et deux tiers de sa capacité en soins intensifs (voir la section 5.3).

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière la dépendance du Luxembourg à l'égard des professionnels de santé étrangers

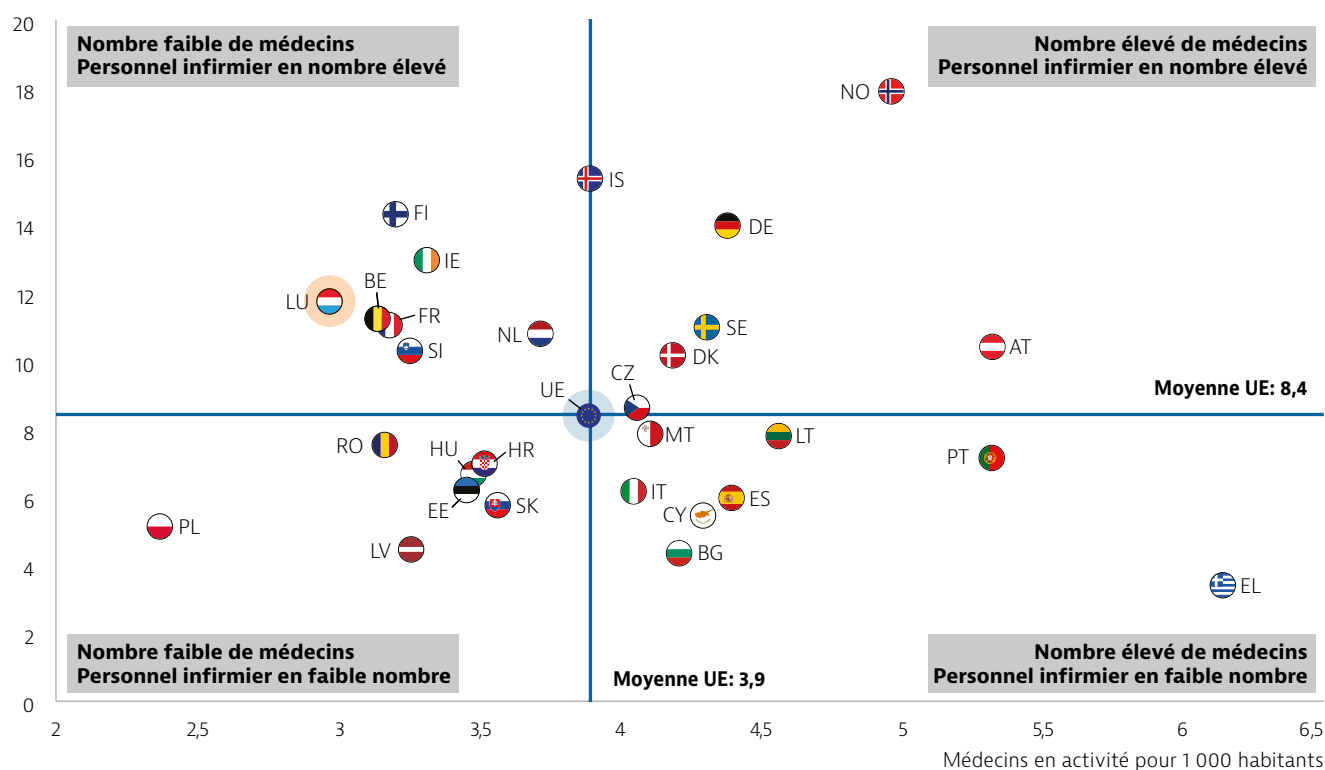
Avec environ 3 médecins pour 1 000 habitants en 2019, le Luxembourg occupe l'avant-dernière place du classement parmi les pays de l'UE (dont la moyenne est de 3,9 pour 1 000 habitants) (graphique 8), malgré une augmentation de 39 % depuis 2000. La faible densité de médecins est principalement due à l'absence de formation en médecine dans le pays, créant ainsi une dépendance vis-à-vis des médecins formés à l'étranger. Le premier diplôme national en médecine a été créé en 2021. La part de médecins vivant à l'étranger mais exerçant au Luxembourg a pratiquement doublé entre 2008 et 2017 (passant de 15,6 % à 26,4 %), et la moitié seulement de l'ensemble des médecins en

exercice sont des ressortissants luxembourgeois (IGSS, 2021). Les généralistes représentent un tiers environ des médecins, soit un peu plus que la moyenne de l'UE (21 %). Par ailleurs, la population de médecins vieillit: plus de la moitié des généralistes en exercice (54,4 %) et près de deux tiers des spécialistes (60 %) avaient plus de 50 ans en 2017 (Lair-Hillion, 2019) (voir la section 5.2).

À l'inverse, le nombre d'infirmiers au Luxembourg a augmenté en continu ces dernières années et leur densité est l'une des plus fortes de l'UE (11,7 contre 8,4 infirmiers pour 1 000 habitants en moyenne dans l'UE). Plus de deux tiers des infirmiers en exercice résident dans les pays limitrophes – 29 % en France, 24 % en Allemagne et 12 % en Belgique (Lair-Hillion, 2019) – mais sont attirés par les meilleurs salaires et les bonnes conditions de travail au Luxembourg. Ainsi, le pays a été particulièrement vulnérable face à la fermeture des frontières pendant le premier confinement de la pandémie de COVID-19 en 2020.

Graphique 8. Le Luxembourg dispose d'un personnel infirmier suffisant grâce aux travailleurs frontaliers, mais compte très peu de médecins

Personnel infirmier en activité pour 1 000 habitants



Remarque: la moyenne de l'UE n'est pas pondérée. 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 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 2019 ou l'année la plus proche).

5 Performance du système de santé

5.1 Efficacité

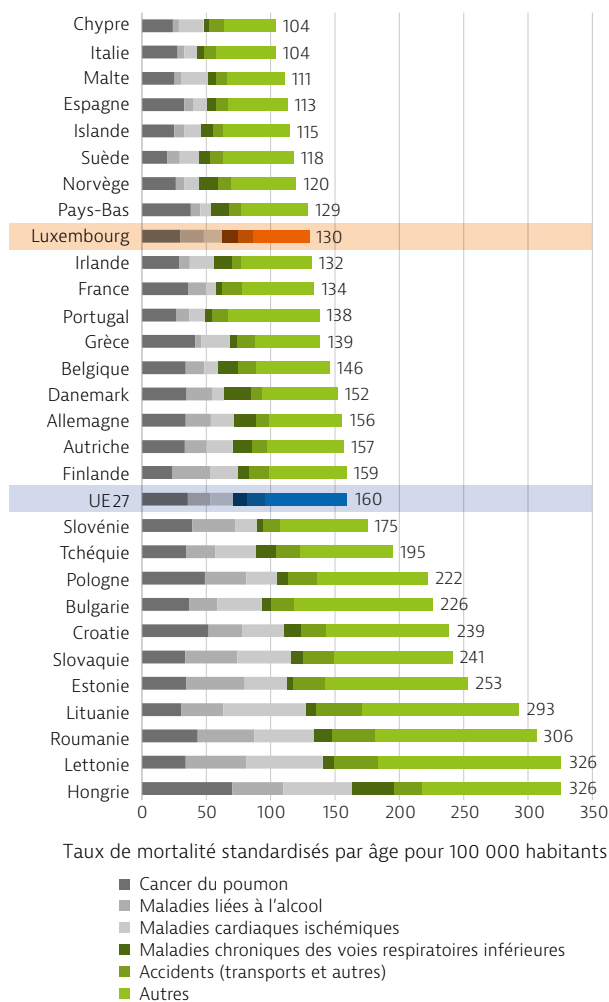
Les mesures de santé publique au Luxembourg ont eu un effet positif sur la mortalité évitable grâce à la prévention

Par rapport à l'ensemble de l'UE, le Luxembourg affiche de bons résultats en matière de mortalité évitable grâce à la prévention et aux traitements (graphique 9). En 2018, les causes de mortalité évitable grâce à la prévention ont représenté 130 morts pour 100 000 habitants, les premières

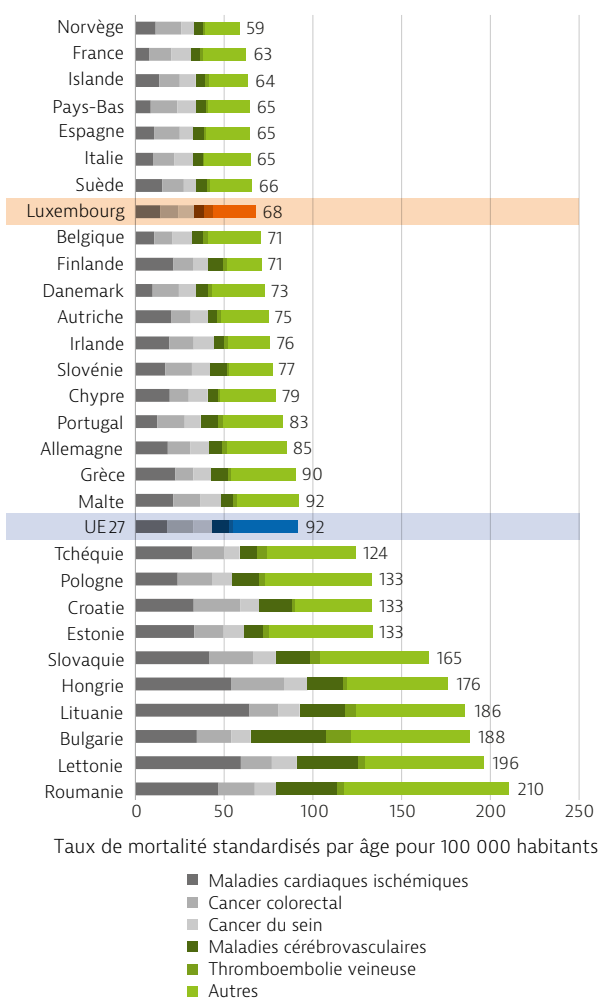
causes étant le cancer du poumon, les maladies liées à l'alcool, les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures et la cardiopathie ischémique. Dans le but de réduire encore plus le nombre de décès évitables grâce à la prévention, les politiques de santé publique restent un sujet prioritaire. En 2019, le Luxembourg a lancé son premier plan national de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires (2020-2024) en vue de réduire les décès évitables liés à ces pathologies. Les moyens d'y parvenir sont principalement la prévention des facteurs de risque, le dépistage et l'amélioration des parcours de soins.

Graphique 9. Les taux de mortalité imputable à des causes qu'il est possible de prévenir ou de traiter sont parmi les plus bas de l'UE

Causes de mortalité évitables grâce à la prévention



Causes de mortalité évitables grâce aux traitements



Remarque: on entend par «mortalité évitable grâce à la prévention» tout décès qui peut être évité principalement par des interventions de santé publique et des soins primaires préventifs. 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. Les décès dus à certaines maladies (par exemple, la cardiopathie ischémique et les maladies cérébrovasculaires) sont comptabilisés pour la moitié dans la catégorie de mortalité évitable grâce à la prévention et pour l'autre moitié dans celle des causes de mortalité évitable grâce aux traitements. Ces deux indicateurs renvoient à une mortalité prématurée (avant 75 ans). Ces données reposent sur les listes révisées de l'OCDE/d'Eurostat.

Source: base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2018, sauf pour la France: 2016).

Le niveau relativement faible du nombre de décès évitables grâce à la prévention enregistrés au Luxembourg, causés par exemple par le cancer du poumon et les accidents de la route, peut s'expliquer en partie par les politiques de santé publique fermes, telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les bars et les cafés, et les campagnes de sensibilisation à la sécurité routière de 2006 et 2014. Grâce à des mesures de lutte antitabac plus récentes (dont des campagnes de sensibilisation menées au titre du plan national de lutte contre le tabagisme 2016-2020, l'augmentation de la limite d'âge légale pour acheter du tabac en 2017, des hausses de taxe), le taux de tabagisme a pu être réduit, en particulier chez les jeunes (voir la section 3), mais il faudra attendre encore avant d'observer une baisse de la mortalité évitable. En dépit de ces signes avant-coureurs d'amélioration, la lutte contre le tabagisme reste une priorité en matière de santé publique. En 2008, le ministère de la Santé et la CNS ont mis en place un programme d'aide au sevrage tabagique, qui prend en charge deux consultations chez un médecin et la moitié des coûts d'achat de substituts (plafonnés à 100 EUR). Bien que ce programme existe depuis longtemps, le taux de participation reste faible.

La consommation excessive d'alcool demeure un enjeu de santé publique, malgré le nombre plutôt faible de décès évitables liés à l'alcool. Le pourcentage de personnes pratiquant le «binge drinking» est très élevé au Luxembourg (voir la section 3), en particulier chez les hommes. En 2020, le plan national de lutte contre l'alcoolisme (2020-2024) a enfin été adopté, alors qu'il avait été annoncé en 2012. Il a vocation à réduire la consommation abusive d'alcool et ses méfaits, mais aussi à créer des conditions favorables pour permettre à la population d'adopter des comportements sains et raisonnables face à l'alcool, et ce à tout âge. La mise en œuvre de ce plan a toutefois dû être reportée en raison de la pandémie de COVID-19.

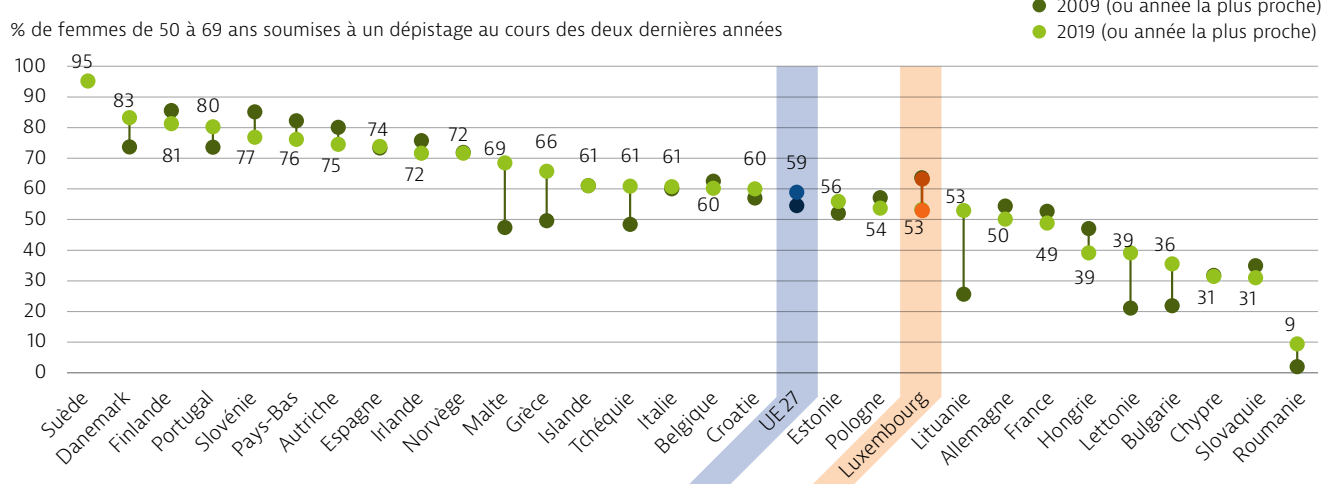
Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont des causes majeures de mortalité évitable grâce aux traitements

Dans l'ensemble, le nombre de décès évitables principalement grâce au système de soins a diminué depuis 2011, atteignant 68 décès pour 100 000 habitants en 2018, soit moins que la moyenne de l'UE, qui est de 92 pour 100 000 habitants (voir le graphique 9). Au Luxembourg, les causes majeures de mortalité évitable grâce aux traitements étaient la cardiopathie ischémique, le cancer colorectal, le cancer du sein et l'AVC, toutes présentant toutefois des taux de mortalité inférieurs aux moyennes de l'UE.

Le dépistage du cancer fait l'objet de recommandations nationales et joue un rôle central dans l'amélioration des taux de survie et dans la diminution du taux global de mortalité évitable. Le taux national de dépistage du cancer du col de l'utérus a augmenté, passant de 51 % en 2013 à 70 % en 2019. Cependant, le taux de participation au programme de dépistage du cancer du sein, lancé en 1992, a diminué ces dix dernières années, passant de 64 % en 2009 à 53 % en 2019, ce qui se situe en dessous de la moyenne de l'UE (graphique 10)⁶. Alors que les données concernant la mortalité liées au cancer et les taux de dépistage de la plupart des types de cancer sont disponibles, il est plus difficile d'évaluer la qualité des traitements anticancer, car les données sur les taux de survie à cinq ans ne sont pas systématiquement collectées. Le Luxembourg a toutefois adopté un deuxième Plan National Cancer pour la période 2020-2024, qui vise à améliorer la prévention et le traitement des cancers (encadré 2).

En raison de la pandémie de COVID-19, de nombreux dépistages de cancer, opérations et examens non essentiels ont été reportés en 2020. Une étude récente menée parmi les prestataires de soins oncologiques a révélé que, pendant le premier confinement, le nombre de séances de radiothérapie a chuté de près d'un tiers, et même après le confinement (de juillet à octobre 2020), il est resté en deçà du niveau habituel (Backes et al., 2021).

Graphique 10. Seulement la moitié environ des Luxembourgeoises passent les mammographies de dépistage recommandées



Remarque: la moyenne de l'UE n'est pas pondérée. Pour la plupart des pays, les données reposent sur les programmes de dépistage, et non sur des enquêtes. Sources: statistiques de l'OCDE sur la santé 2021; base de données d'Eurostat.

6. D'autres données issues de l'enquête EHIS indiquent que 78 % des femmes ont déclaré avoir passé une mammographie en 2019.

Encadré 2. Le Luxembourg a adopté un deuxième Plan National Cancer pour 2020-2024

Le deuxième Plan National Cancer (PNC) (2020-2024) du Luxembourg poursuit les efforts et les mesures menés dans le cadre du premier PNC lancé en 2014. Les principaux axes de priorité sont la digitalisation des échanges de données et l'expansion des systèmes d'information, l'application de la génétique moderne et de la pathologie moléculaire, ainsi que la structuration des parcours de soins en réseaux de compétences. Le renforcement de la recherche translationnelle et du rôle central de l'Institut National du Cancer sont également au cœur de cette stratégie.

Le PNC adopte les recommandations du partenariat européen d'action contre le cancer et les fondements du plan européen pour vaincre le cancer, qui définit une nouvelle approche de l'UE visant à appréhender l'ensemble de la prise en charge de la maladie, de la prévention et du dépistage au traitement et à la qualité de vie des patients atteints d'un cancer et des personnes ayant survécu au cancer (Commission européenne, 2021a).

Le gouvernement a commandé plus de vaccins contre la grippe en 2020 pour améliorer la couverture vaccinale

La pandémie de COVID-19 a soulevé l'importance de l'augmentation de la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière, qui permettrait d'atténuer la pression sur les hôpitaux et de prévenir la propagation d'un autre virus à grande échelle. L'objectif de la campagne 2020-2021 était de vacciner 30 000 personnes de plus que l'année précédente et d'éviter une pénurie de vaccins contre la grippe, comme ce fut le cas au Luxembourg en 2018. Pour y parvenir, le gouvernement et le secteur privé ont commandé jusqu'à 120 000 doses en tout. Par le passé, la couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes à haut risque (plus de 65 ans) était faible, en dépit de la prise en charge par l'assurance maladie et de vastes campagnes de sensibilisation. Environ 40 % des personnes de plus de 65 ans ont été vaccinées en 2019, une proportion légèrement inférieure à la moyenne de l'UE (42 %). En revanche, le programme de vaccination universelle des enfants a remporté une grande adhésion, avec achat centralisé de vaccins par les pouvoirs publics et livraison directe aux cabinets médicaux.

Le faible nombre d'hospitalisations évitables traduit une bonne performance des soins primaires

Le nombre d'hospitalisations évitables pour les maladies chroniques est plus bas au Luxembourg que dans bien d'autres pays de l'UE, ce qui semble indiquer l'efficacité des soins primaires et des soins secondaires ambulatoires dans la gestion des maladies chroniques. En effet, le nombre

d'hospitalisations évitables pour l'asthme et la BPCO est resté stable entre 2007 et 2015, et en deçà de la moyenne de l'UE. Pour le diabète, ce nombre a diminué au cours de la même période, bien que toujours supérieur à la moyenne de l'UE. Les données obsolètes sur les hospitalisations évitables et le manque de données concernant les indicateurs de qualité de soins dans les hôpitaux (par exemple, le taux de mortalité intrahospitalière à 30 jours et le taux de survie après un diagnostic de cancer) dénotent des lacunes dans la collecte des données. Le nouvel Observatoire national de la santé fondé par le Luxembourg a pour mission de centraliser et d'harmoniser les données relatives à la santé, notamment sur l'état de santé de la population et sur l'offre de soins (voir la section 5.3).

5.2 Accessibilité

Peu de personnes déclaraient des besoins en soins médicaux non satisfaits, mais la situation a évolué avec la pandémie de COVID-19 en 2020

Grâce à la couverture santé universelle et au panier de soins plutôt complet, avant la pandémie de COVID-19, très peu de personnes résidant au Luxembourg (0,2 %) faisaient part de besoins en soins médicaux non satisfaits que ce soit en raison du coût, de la distance ou des délais d'attente, ce qui plaçait le pays bien en deçà de la moyenne de l'UE. En outre, il y avait peu de disparités entre les tranches de revenus (graphique 11). La part des personnes signalant des besoins en soins dentaires non satisfaits était également l'une des plus basses de l'UE (0,4 % contre 2,8 %). Toutefois, d'après l'enquête d'Eurofound (2021), pendant les 12 premiers mois de la pandémie de COVID-19, 19 % des personnes interrogées ont déclaré avoir renoncé à des soins médicaux, contre 21 % en moyenne dans l'UE⁷. Ces résultats devraient toutefois être considérés avec prudence, car l'échantillon était petit.

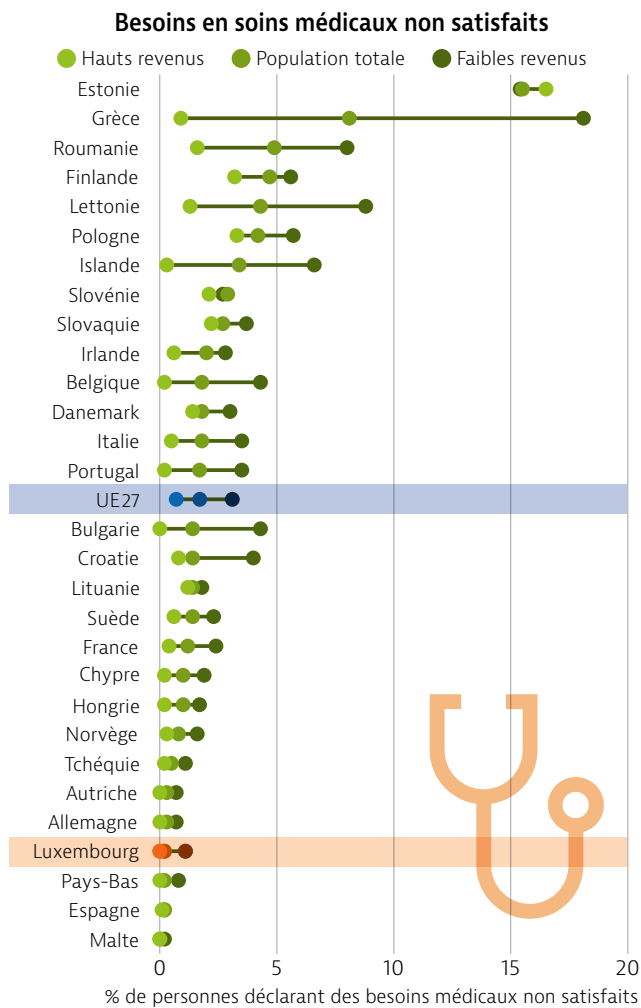
Malgré la couverture universelle, des lacunes et des obstacles persistent dans l'accès aux soins

Malgré l'assurance maladie obligatoire, certaines parties de la population ne sont pas couvertes et ont un accès très limité aux soins de santé, à savoir les sans-abri, les résidents en fin de droits sociaux et les personnes migrantes sans papiers. En 2019, au moins 880 personnes étaient signalées comme n'ayant pas d'assurance maladie ou comme étant confrontées à des difficultés financières pour pouvoir y souscrire (Médecins du Monde, 2019). En 2013, le Luxembourg a lancé un modèle de tiers payant social⁸ pour les personnes de groupes vulnérables rencontrant des difficultés à avancer les frais de soins ambulatoires. À partir de 2023, un dispositif de tiers payant devrait être étendu à l'ensemble de la population, ce qui signifie que la CNS, au lieu des patients, paiera directement les prestations aux prestataires sur le lieu de soin, à hauteur du barème de remboursement.

7. Les données de l'enquête d'Eurofound ne sont pas comparables à celles de l'enquête EU-SILC compte tenu des différences de méthodologie.

8. Les personnes à faibles revenus peuvent demander à bénéficier du tiers payant social (prestations en nature) : 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 alors pris en charge par les services sociaux locaux.

Graphique 11. Avant la pandémie, le Luxembourg rapportait très peu de besoins en soins médicaux non satisfaits, sans disparité notable selon le niveau de revenus



Remarque: les données portent sur les besoins non satisfaits en matière d'examen médical ou de traitement en raison du coût, de la distance à parcourir ou des 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 de l'enquête EU-SILC (les données concernent l'année 2019, sauf pour l'Islande: 2018).

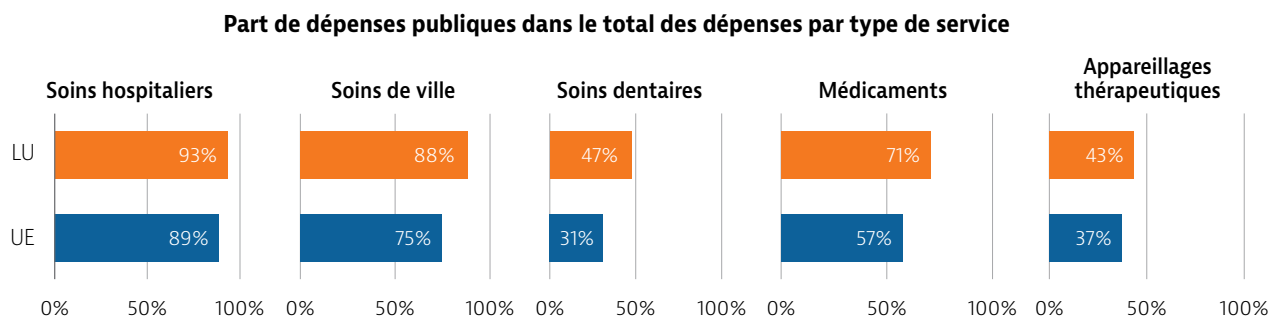
Le panier de soins garantit une bonne prise en charge de la majorité des services de santé

Les personnes couvertes par le régime d'assurance maladie obligatoire bénéficient d'un panier de soins très étendu, qui comprend bien plus que les services essentiels et continue d'être élargi progressivement, en particulier en matière de soins thérapeutiques. Le régime obligatoire assure la prise en charge directe de la majorité des traitements hospitaliers, à l'exception d'une participation journalière restant à charge pour les adultes. Actuellement, la plupart des soins ambulatoires sont remboursés: les patients avancent les frais et sont remboursés ultérieurement par la CNS selon un taux allant de 60 % à 100 %. Habituellement, les frais médicaux et dentaires sont remboursés à hauteur de 88 % par la CNS, avec un montant annuel de 66,50 EUR intégralement pris en charge par l'assurance maladie pour les soins dentaires. Les médicaments figurant sur la liste positive sont remboursés selon trois taux différents (100 %, 80 %, 40 %). Certaines personnes bénéficient d'une prise en charge intégrale, à savoir les personnes présentant un handicap ou une maladie chronique grave, les enfants et les femmes enceintes, ou si le total du reste à charge dépasse 2,5 % du revenu brut annuel.

Compte tenu de la participation aux frais limitée des usagers, les dépenses publiques constituent une part importante du financement de certains services de santé et produits médicaux, ces proportions étant largement supérieures à la moyenne de l'UE (graphique 12). Pour couvrir le reste à charge ou les services non compris dans le panier d'avantages sociaux, tels que l'acupuncture ou une chambre d'hôpital individuelle, environ 65,5 % de la population souscrivent une assurance complémentaire sur base volontaire.



Graphique 12. La part importante de financement public dans les dépenses de soins de santé s'explique par le panier de soins complet



Remarque: par «soins ambulatoires», on entend les services dispensés par les généralistes et les spécialistes en milieu ambulatoire. Les produits pharmaceutiques comprennent les médicaments prescrits et vendus sans ordonnance, ainsi que les biens périssables médicaux. Les appareils thérapeutiques font référence aux produits d'optique, aux aides auditives, aux fauteuils roulants et à d'autres dispositifs médicaux.

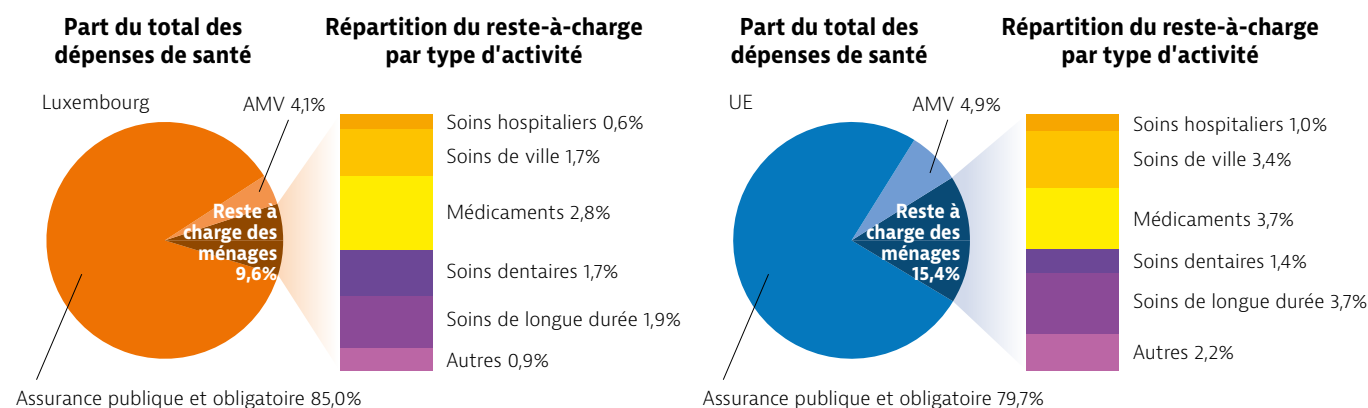
Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (les données concernent l'année 2019 ou la dernière année disponible).

Le reste à charge est très faible au Luxembourg, mais les dépenses en médicaments peuvent être importantes

La part des dépenses de santé prises en charge par les assurés est la deuxième plus faible de l'UE (9,6 %) après la France, et bien en dessous de la moyenne de l'UE (graphique 13). Elle représente également une des plus faibles parts de la consommation finale des ménages dans

l'UE (1,6 % contre une moyenne de l'UE de 3,1 %). Toutefois, le reste à charge reste encore élevé pour les médicaments, les soins de longue durée et les soins dentaires. La répartition du reste à charge est la suivante: un tiers environ pour les médicaments (29 %) et un cinquième respectivement pour les soins de longue durée, les soins ambulatoires et les soins dentaires.

Graphique 13. Le reste à charge au Luxembourg est très en deçà de la moyenne de l'UE



Remarque: la moyenne de l'UE est pondérée. L'assurance maladie volontaire (AMV) comprend aussi d'autres régimes de cotisations volontaires. Sources: statistiques de l'OCDE sur la santé 2021; base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2019).

La réorganisation des formations médicales vise à rendre certains métiers de la santé plus attractifs

Comme indiqué à la section 4, le Luxembourg compte un faible nombre de médecins, et cela se répercute particulièrement sur les soins ambulatoires. Afin d'éviter des pénuries de professionnels de santé à long terme, plusieurs actions ont été entreprises pour diminuer la dépendance à l'égard des professionnels de santé étrangers et pour rendre les métiers de la santé plus attractifs. Ainsi, l'offre de formations de spécialisation destinées aux médecins en fin d'études a été élargie afin d'inclure l'oncologie et la neurologie. De plus, un nouveau cursus de bachelor en médecine a été ouvert en 2021. D'ici quelques années, le gouvernement prévoit également de proposer de nouveaux cursus infirmiers afin de mettre en avant ce métier, notamment des programmes de bachelor de soins infirmiers, de sage-femme et d'assistance technique médicale en radiologie, ainsi quatre bachelors en soins infirmiers spécialisés. Il est aussi question d'un programme en soins infirmiers avancés d'une durée de quatre ans. Ces nouveaux métiers permettront de développer des milieux de travail plus collaboratifs, au sein desquels les soins seront dispensés par des équipes pluridisciplinaires. Ils contribueront aussi à atténuer les pénuries de médecins en redistribuant les tâches. La mise en place d'un registre numérique pour les professions de santé est également au programme, le but étant de favoriser la création de détachements dans les régions sous-dotées.

Une nouvelle plateforme de téléconsultation a aidé à assurer la continuité des prestations

Au début de la pandémie de COVID-19, le Luxembourg a agi rapidement pour garantir le maintien des services de santé tout en prévenant la transmission du virus aux personnes à risque et aux professionnels de santé. En mars 2020, le ministère de la Santé a réorganisé le modèle de soins primaires en mettant en place quatre parcours pour les patients: téléconsultations, visites médicales dans les institutions résidentielles et à domicile, prise en charge dans les centres de soins avancés pour les patients atteints de COVID-19, et prise en charge aux urgences (voir la section 5.3).

Les téléconsultations ont joué un rôle clé dans le maintien de l'accès aux services de santé non liés à la COVID-19. À la mi-mars 2020, une plateforme de téléconsultation (eConsult) a été mise en place pour permettre aux patients de consulter leur médecin traitant, leur dentiste ou leur sage-femme par téléphone ou en téléconsultation, ainsi que d'obtenir un certificat d'arrêt de travail ou une ordonnance médicale. Le 9 avril, environ 600 médecins et plus de 4 000 patients s'étaient inscrits sur eConsult et près de 3 000 téléconsultations avaient été réalisées. D'après l'enquête d'Eurofound (2021), 44 % de la population ont déclaré avoir eu une téléconsultation médicale (soit plus que la moyenne de l'UE – 39 %) au cours des 12 premiers mois de la pandémie.

Dans le même temps, un outil de télésuivi des patients COVID-19 a été déployé au Luxembourg pour assurer le suivi des personnes sorties de l'hôpital et en isolement à domicile. Cette surveillance a été réalisée par une équipe de professionnels de la Direction de la santé: pendant le premier mois d'utilisation, 388 patients ont été suivis à domicile au moyen de ce nouvel outil (ministère de la santé, 2020a). Dans le cadre du processus de consultation en cours au Luxembourg pour élaborer un plan national de santé, lancé en 2020 et connu sous le nom de «Gesondheitsdësch», cet outil de suivi évoluera vers une solution de télé-médecine permanente intégrée aux services de santé en ligne.

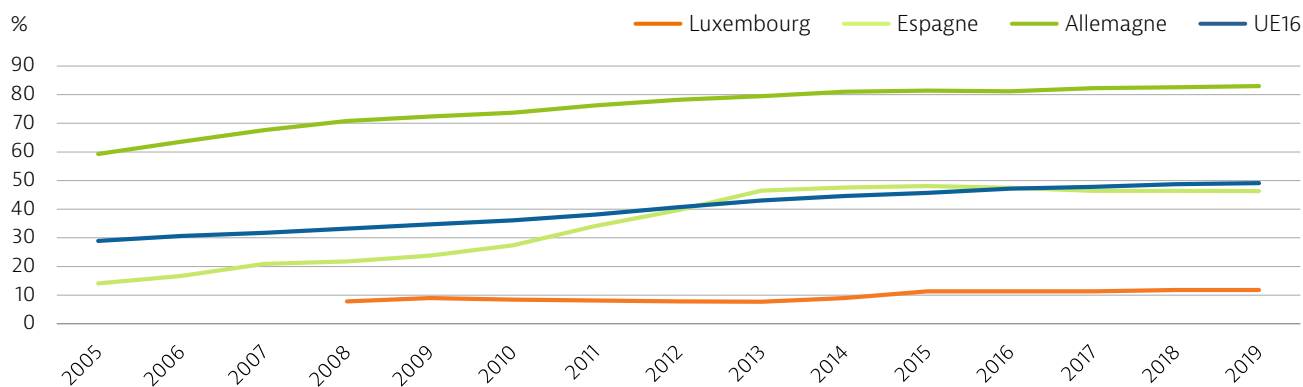
Un projet de loi vise à améliorer l'accès des patients aux médicaments

À l'heure actuelle, le Luxembourg est le seul pays de l'UE à ne pas disposer d'agence nationale des médicaments, ce qui pose problème lors des négociations relatives aux produits pharmaceutiques et entraîne un manque de transparence dans les décisions en matière de prix et de remboursement. Pour garantir l'accès aux médicaments, le gouvernement a adopté un projet de loi en 2019 portant sur la création d'une Agence nationale des médicaments et produits de santé, dont les fonctions étendues comprendraient, entre autres, la surveillance de la qualité et de l'innocuité des médicaments, l'autorisation et le contrôle des activités

des entreprises de biotechnologies, la gestion des essais cliniques et la fixation des prix des médicaments et des dispositifs médicaux. L'objectif est d'améliorer l'accès des patients aux médicaments n'ayant pas encore été autorisés au Luxembourg⁹. La gestion des pénuries de médicaments est un sujet en phase avec l'un des volets principaux de la stratégie pharmaceutique pour l'Europe de la Commission européenne, qui plaide pour une coopération renforcée entre les autorités nationales en matière de politiques de prix, de paiement et de marchés publics, afin d'améliorer le caractère abordable et le rapport coût-efficacité des médicaments (Commission européenne, 2020).

Le recours aux génériques pour améliorer l'accès aux médicaments est peu courant au Luxembourg. En 2014, les pouvoirs publics ont mis en place un dispositif de substitution pour les médicaments génériques, spécifiant deux groupes pharmacothérapeutiques devant faire l'objet d'une substitution obligatoire par le médicament générique équivalent le moins cher, indépendamment de ce que le médecin indique dans son ordonnance. Malgré tout, par rapport au reste de l'UE, le pays présente le plus faible taux de pénétration des génériques en volume (graphique 14) et en valeur: seuls 5,6 % des produits pharmaceutiques financés par des fonds publics sont des génériques.

Graphique 14. L'utilisation des génériques au Luxembourg reste faible



Remarque: les données renvoient à la part des génériques en volume.
Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

5.3 Résilience

Cette section sur la résilience se concentre principalement sur les répercussions de la pandémie de COVID-19 et sur les mesures prises en réponse à cette crise sanitaire¹⁰. Comme indiqué à la section 2, la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions majeures sur la santé et la mortalité de la population luxembourgeoise: un peu plus de 830 décès liés à la COVID-19 ont été enregistrés entre janvier 2020 et fin août 2021. Les mesures prises pour endiguer la pandémie ont également pesé sur l'économie, mais le PIB du Luxembourg n'a chuté que de 1,3 % en 2020, soit moins que la baisse de 6,2 % observée en moyenne dans l'UE.

9. À l'heure actuelle, les autorisations de mise sur le marché sont émises par le ministère de la Santé et les prix et les taux de remboursement sont fixés par le ministère de la Sécurité sociale.

10. Dans ce contexte, la résilience du système de santé a été définie comme la capacité à se préparer aux chocs, à les gérer (absorber, adapter et transformer), et à en tirer des enseignements (Groupe d'experts de l'UE sur l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé, 2020).

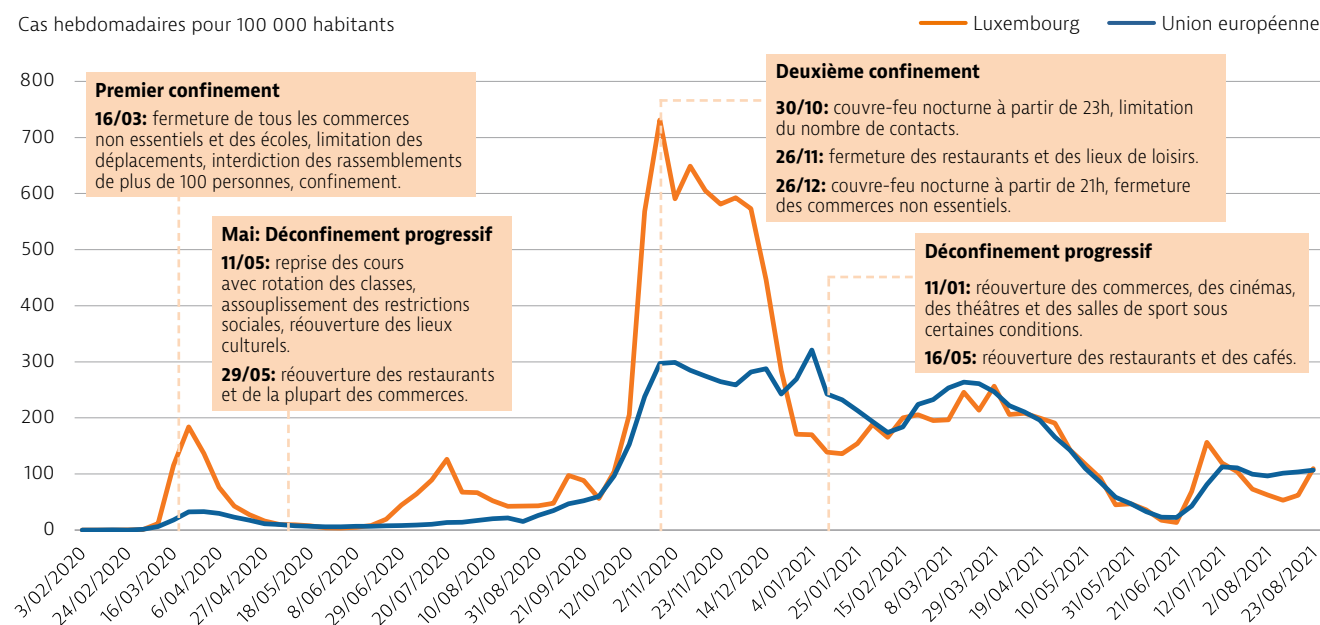
Diverses mesures d'atténuation ont été adoptées au fur et à mesure des vagues de la pandémie

Après les premiers cas de COVID-19 recensés début mars 2020, le gouvernement a annoncé plusieurs recommandations et mesures de confinement, dont l'annulation des événements publics rassemblant plus de 1 000 personnes, des restrictions de voyage, l'arrêt des cours en présentiel et des restrictions des visites à l'hôpital et en maison de retraite (graphique 15). À la mi-mars, l'état d'urgence a été déclaré et le Parlement a voté pour un confinement total, avec fermeture des commerces et limitations de déplacement. Aux mois d'avril et mai, ces

mesures ont été levées progressivement, allant de pair avec un dépistage massif et des mesures préventives, notamment le port du masque dans les lieux publics et le respect des distances de sécurité. À partir de l'été 2020, le Luxembourg a connu une deuxième vague de cas, mais moins marquée que dans certains autres pays européens. Pour y faire face, le gouvernement a soumis les rassemblements à des restrictions, qui ont été renforcées en octobre 2020 lorsque le nombre de cas est de nouveau monté en flèche. De nouvelles mesures d'atténuation ont été prises en novembre, suivies d'un deuxième confinement

en décembre 2020 (avec couvre-feu nocturne et fermeture des commerces non essentiels). La plupart de ces mesures restrictives ont été prolongées jusqu'à l'année suivante, avant d'être progressivement levées entre janvier et mai 2021. Le gouvernement a également instauré CovidCheck, un certificat sous forme numérique ou papier devant être présenté dans les établissements accueillant du public, lors d'événements et pour certaines activités. Ce certificat constitue une preuve de vaccination contre la COVID-19, de résultat négatif au test COVID-19 ou de rétablissement après une infection à la COVID-19.

Graphique 15. Les mesures de confinement ont fait chuter le nombre de cas de COVID-19



Remarque: la moyenne de l'UE n'est pas pondérée (le nombre de pays compris dans la moyenne varie en fonction de la semaine). Les nombres de cas de COVID-19 dans les pays de l'UE ont été fortement sous-estimés pendant la première vague au printemps 2020 en raison des capacités de tests limitées.
Source: ECDC pour les cas de COVID-19 et les auteurs de ce profil pour les mesures de confinement.

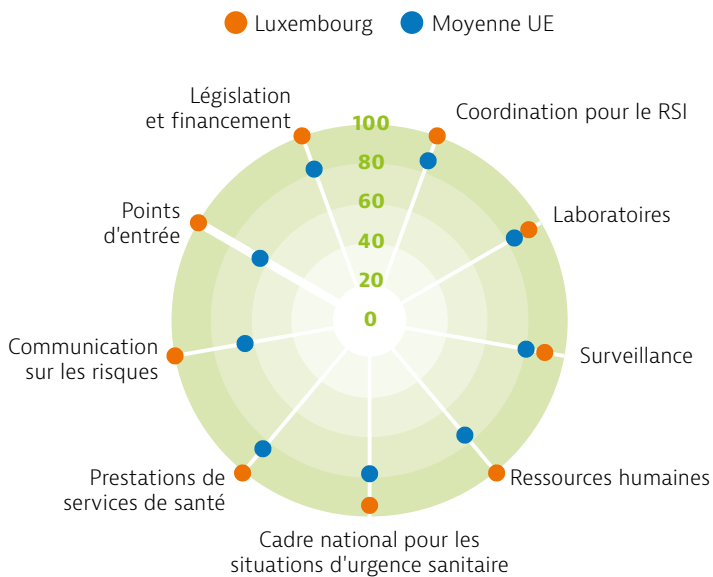
Le Luxembourg était relativement bien préparé à une urgence de santé publique

Dès le début, le Luxembourg a réagi très rapidement à la pandémie de COVID-19. Certes, le pays vivait des difficultés semblables au reste de l'Europe, notamment la pénurie d'équipement de protection individuelle (EPI) et de professionnels de santé. Toutefois, les acteurs publics à tous les niveaux de gouvernance (y compris les communes et les pompiers) se sont vite joints à l'effort national pour faire face à la crise. Du fait de sa petite taille, le Luxembourg a pu rapidement mettre en place des mesures sanitaires publiques, et la cellule de crise du ministère de la Santé a assuré et centralisé la coordination des dispositifs du système de santé, comme le port du masque, les tests, le suivi des contacts, la mobilisation des infrastructures hospitalières et du matériel médical, et l'organisation des traitements de la COVID-19 (voir la section 4).

Sur la base du Règlement sanitaire international (RSI)¹¹, le Luxembourg enregistrait avant la crise des niveaux au-dessus de la moyenne pour les indicateurs de sa capacité autoévaluée à détecter et à gérer les risques pour la santé publique (graphique 16). Le pays a fait preuve de cette capacité importante lorsqu'il a su rapidement créer des points d'accès de soins ambulatoires permettant de tester et soigner les cas suspects de COVID-19, piloter l'achat de matériel de laboratoire et déployer un système centralisé de suivi des données. À la Direction de la santé, une unité centrale de suivi des contacts a été mise en place en mars 2020 pour assurer la détection précoce de cas et de foyers et pour gérer les alertes. Les capacités des laboratoires étaient limitées au début, mais ont vite été élargies pour pouvoir mener une stratégie de dépistage massif. En outre, avant la pandémie de COVID-19, le Luxembourg ne disposait pas de réserve nationale d'urgence d'EPI, ce qui a nui principalement aux maisons de repos et aux prestataires de soins primaires. Cependant, le gouvernement a acheté du matériel provenant d'Asie et a reçu du stock de l'UE.

11. Depuis 2005, le RSI fournit un cadre juridique transversal qui définit les droits et les obligations des pays concernant la gestion des événements et urgences de santé publique. En vertu du RSI, tous les États membres sont tenus de renforcer leurs capacités de santé publique afin de prévenir, détecter, évaluer et signaler les risques pour la santé publique, ainsi que d'y faire face. Le processus de suivi de l'état d'avancement de la mise en œuvre du RSI nécessite l'évaluation de 13 capacités fondamentales, ce qui est fait au moyen d'un questionnaire d'auto-évaluation.

Graphique 16. Avant la pandémie, le Luxembourg faisait état, au titre du RSI, de meilleures capacités de gestion des urgences pour la santé publique que l'UE en moyenne



Remarque: la moyenne de l'UE n'est pas pondérée.
Source: RSI de l'OMS (les données concernent l'année 2019).

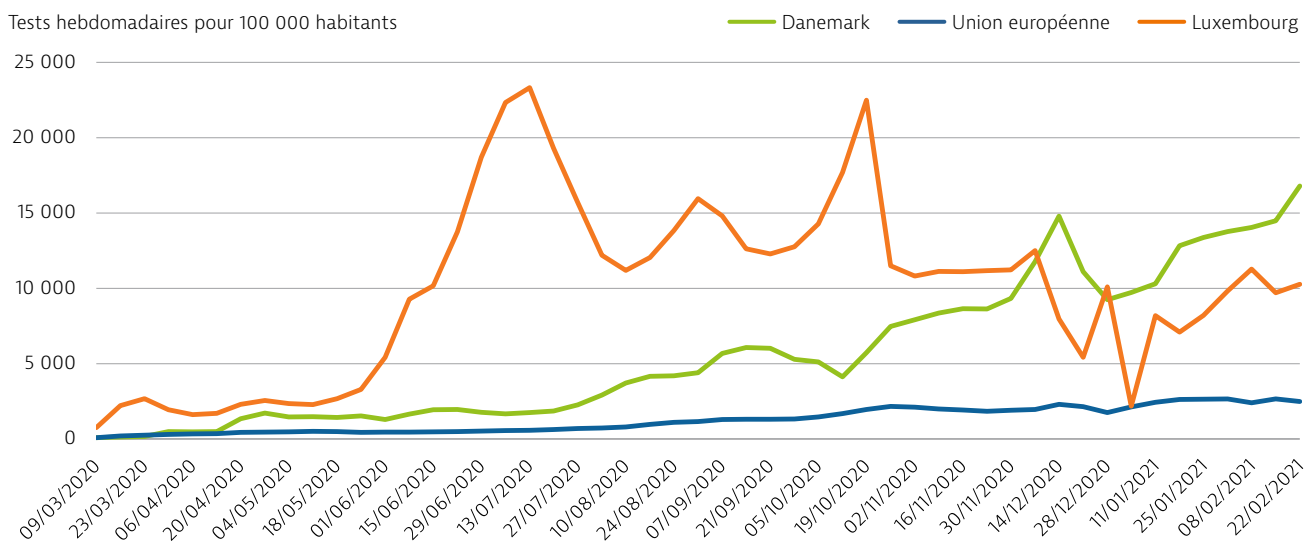


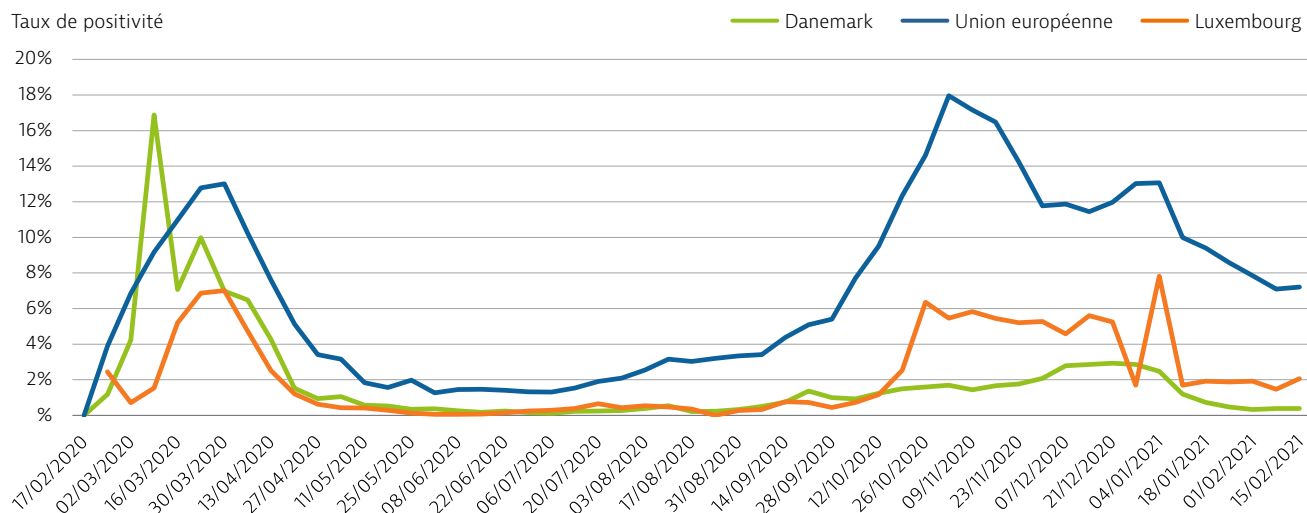
Une stratégie de dépistage massif a été lancée assez tôt et s'est poursuivie à long terme

Dès le début de la pandémie de COVID-19, le Luxembourg a mené une politique de dépistage massif ambitieuse, entièrement prise en charge, conduisant à un taux de dépistage très élevé (graphique 17). De mai à juillet 2020, l'ensemble de la population et de la main-d'œuvre frontalière a été invité à se soumettre à un test PCR, le but étant de lever les mesures de confinement en disposant de données fiables et d'acquérir une vision longitudinale de la transmission domestique. La population a été divisée en trois catégories en fonction du risque d'exposition au virus, chaque catégorie étant invitée à des fréquences différentes. Les deuxième et troisième phases de test se sont déroulées de septembre 2020 à février 2021 et de mars à juillet 2021.

Pour effectuer ce dépistage de l'ensemble de la population, le Luxembourg a dû constituer la capacité de tests la plus forte de toute l'UE, atteignant jusqu'à 23 321 tests hebdomadaires pour 100 000 habitants à la mi-juillet 2020, soit bien plus que le Danemark, pays qui s'est lui aussi démarqué par son taux de dépistage élevé (graphique 17). À l'aéroport de Luxembourg, tous les passagers entrant dans le pays dès fin mai 2020 ont pu se faire tester gratuitement à leur arrivée. Jusqu'à l'été 2020, les rassemblements familiaux constituaient une grande partie des foyers d'épidémie recensés au Luxembourg, tandis que les travailleurs frontaliers représentaient 16 % des infections (ECDC, 2020). Lorsque le dépistage de grande ampleur a démarré en mai et juin 2020 et que les taux de dépistage ont augmenté, les taux de positivité sont restés stables et inférieurs à 1 %. Au cours de la deuxième vague d'octobre 2020, moins de tests ont été effectués et les taux de positivité ont par conséquent augmenté, culminant à une valeur comprise entre 6 et 8 % (graphique 17).

Graphique 17. Le Luxembourg a atteint très tôt le meilleur taux de dépistage de toute l'UE, alors que les taux de positivité demeuraient parmi les plus bas





Remarque: la moyenne de l'UE est pondérée (le nombre de pays compris dans la moyenne varie en fonction de la semaine). Source: ECDC.

Efficace, le dispositif de suivi des contacts n'a pas nécessité la création d'une application spécifique

En mars 2020, la Direction de la santé a mis en place une unité de suivi des contacts chargée d'identifier les contacts, de gérer les quarantaines et les périodes d'isolement, ainsi que les foyers d'infection. L'équipe formée rassemblait 220 personnes, dont 68 employés de la compagnie aérienne nationale détachés à cet effet. Au vu de la montée rapide du nombre de cas positifs en novembre 2020, la Direction de la santé a simplifié et accéléré sa procédure en demandant aux personnes testées positives à la COVID-19 de fournir les noms des personnes ayant été en contact avec elles au moyen d'un formulaire en ligne, sans attendre l'appel de l'équipe de suivi des contacts. Il leur a également été demandé de transférer un lien et leur numéro de référence aux personnes ayant eu un contact à haut risque avec elles.

Le dispositif de suivi des contacts du Luxembourg a été très performant: il s'est écoulé généralement 24 à 48 heures entre le recensement d'un cas confirmé en laboratoire et l'envoi des alertes. Grâce à ce dispositif efficace, le Luxembourg n'a pas eu besoin de mettre en place une application de suivi des contacts, contrairement à la plupart des autres pays de l'UE. Cependant, dès juin 2020, les résidents du Duché ont pu utiliser d'autres applications européennes, telles que la version allemande Corona-Warn-App.

Le Luxembourg disposait de suffisamment d'infrastructures et de personnel pour assurer la prise en charge des patients atteints de la COVID-19

Pour répondre à la hausse de la demande en soins de santé lors de la pandémie de COVID-19, le gouvernement a lancé, en mars 2020, un recensement obligatoire de l'ensemble des professionnels de santé réglementés, y compris les internes en médecine, les étudiants, les retraités et les personnes en congé sans solde. En parallèle, il a mis en place une plateforme pour l'inscription des volontaires médicaux et non médicaux. Le Luxembourg a ensuite commencé à établir une réserve sanitaire grâce à ces bases de données.

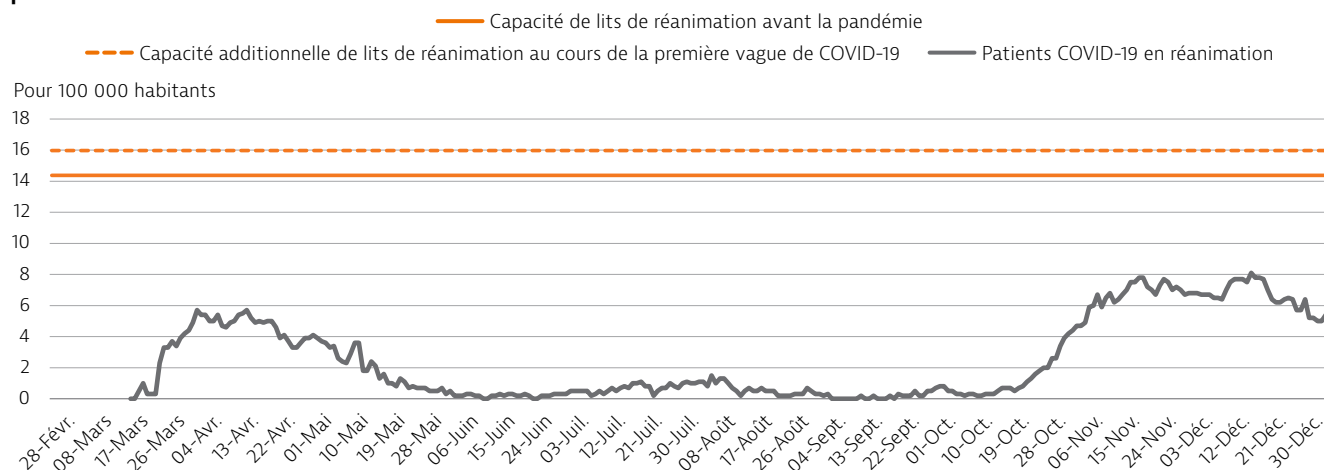
Des volontaires ont également été mobilisés pour d'autres postes, notamment aux lignes d'assistance téléphonique, au suivi des contacts, dans les centres de prélèvement et dans les centres de consultation COVID-19.

Le Luxembourg est bien doté en lits de soins aigus et de soins intensifs, présentant des taux supérieurs aux moyennes de l'UE (voir la section 4). Le gouvernement a demandé aux hôpitaux de libérer des capacités pour les patients atteints de COVID-19, principalement en reportant les interventions prévues mais non urgentes, ainsi qu'en créant des lits de soins intensifs supplémentaires. La coordination des services hospitaliers a été centralisée et quatre phases de fonctionnement ont été définies dans le plan en vigueur relatif à la capacité d'intensification face à la COVID-19. Par conséquent, les capacités disponibles de lits de soins aigus et de soins intensifs ont suffi pendant les première et deuxième vagues de la pandémie (graphique 18). Des patients COVID-19 des pays limitrophes, notamment la France, ont même été transférés vers les hôpitaux luxembourgeois.

Quatre centres de soins avancés ambulatoires sont venus s'ajouter à la capacité hospitalière existante pendant la pandémie de COVID-19

Dès le début de la pandémie de COVID-19 (mi-mars 2020), le gouvernement et les organisations professionnelles de santé ont créé quatre centres de soins avancés. L'objectif de ces centres était de fournir des soins spécifiques aux patients COVID-19, de réduire la pression exercée sur les hôpitaux et de garder les patients à l'écart des services d'urgences et des cabinets médicaux. Ils étaient ouverts tous les jours de 8 h à 20 h et disposaient de deux filières de consultation distinctes: une pour les patients présentant des signes d'infection à la COVID-19, et l'autre pour les patients sans signe d'infection (ministère de la Santé, 2020b). Les patients obtenant un résultat de test positif étaient ensuite renvoyés chez eux en auto-isolement ou transférés vers un hôpital si nécessaire. Les données du patient étaient aussi envoyées à l'unité de suivi de contacts de la Direction de la santé pour qu'elle veille à informer les personnes ayant été en contact avec lui.

Graphique 18. Les hôpitaux étaient dotés d'une capacité suffisante en soins intensifs pour accueillir les patients atteints de COVID-19



Remarque: ne comprend que les lits de soins intensifs de niveau 3 (réanimation), les lits de soins intensifs de niveaux 1 et 2 ne sont pas inclus.
Source: ministère de la Santé.

Les consultations dispensées dans les centres de soins avancés étaient gratuites pour tous, quel que soit le niveau de couverture d'assurance maladie. En dehors de ces centres, les tests de COVID-19 étaient réalisés sur présentation d'une ordonnance médicale, d'une carte de sécurité sociale et d'une carte d'identité. Avec la baisse du nombre de cas, les centres de soins avancés ont été fermés successivement au début de l'été 2020, puis deux centres de consultation ont rouvert en octobre et novembre 2020 pour les patients présentant des symptômes de COVID-19 ou testés positifs à la COVID-19, afin de réduire la pression sur les généralistes et de limiter le risque de transmission.

Les maisons de retraite ont été fortement touchées pendant la première vague, mais la réponse s'est améliorée immédiatement après

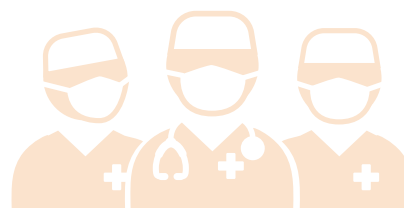
Au Luxembourg comme dans beaucoup de pays, les établissements de SLD ont été particulièrement affectés par la première vague de COVID-19. Entre mars et fin mai 2020, près de la moitié (46 %) des décès liés à la COVID-19 au Luxembourg concernait des résidents d'établissements de SLD (OCDE, 2021). Un groupe de travail chargé d'analyser la situation dans les maisons de retraite a mis en place plusieurs mesures de sécurité et d'hygiène afin de prévenir la transmission dans ces milieux. Toutes aussi importantes les unes que les autres, ces mesures comprenaient la formation et les orientations relatives à l'utilisation des EPI, la lutte contre les infections, les mesures d'hygiène et le dépistage des soignants, mais aussi les inspections effectuées et les recommandations données par les équipes d'hygiène sur la qualité des soins, ainsi que les mesures de sécurité visant à créer des circuits séparés avec des zones COVID-19 et des zones non-COVID-19 dans les maisons de retraite.

Le nouveau modèle organisationnel des soins primaires pendant la pandémie de COVID-19 (voir la section 5.2) a également prévu l'instauration d'un système de garde pour que des médecins généralistes soient disponibles pendant les week-ends et les jours fériés pour les établissements

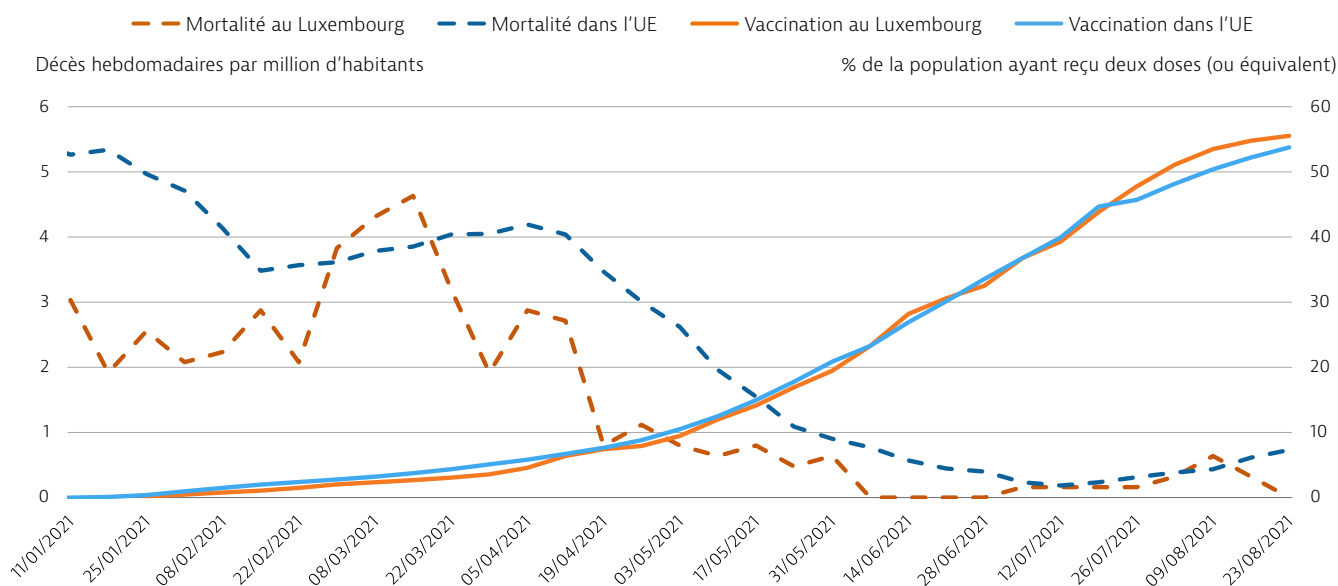
résidentiels. La présence de médecins 24 h/24, 7j/7 visait à réduire les hospitalisations et à assurer une meilleure continuité de soins dans les maisons de retraite. À la suite de ces essais positifs, le gouvernement a lancé un projet pilote en juillet 2020 afin de poursuivre le système de garde à l'avenir.

Le Luxembourg a commencé à faire vacciner les professionnels de santé et les résidents des maisons de retraite en décembre 2020

La stratégie de vaccination du pays comportait six phases en fonction du risque d'exposition des personnes. La première phase a été lancée fin décembre 2020: elle ciblait le personnel de santé dans les hôpitaux et les établissements résidentiels, ainsi que les personnes vivant dans les maisons de retraite. Les phases suivantes étaient découpées selon l'âge et l'état de santé préexistant des personnes. Les vaccinations ont été effectuées dans six centres prévus à cet effet (pour la population générale) et dans les hôpitaux. Des équipes mobiles sont allées vacciner les personnes âgées à leur domicile et dans les maisons de retraite. À la fin août 2021, plus de la moitié (56 %) de la population avait reçu deux doses (ou équivalent) de vaccin (graphique 19).



Graphique 19. Les taux de vaccination au Luxembourg ont avancé au même rythme que dans le reste de l'UE



Remarque: la moyenne de l'UE n'est pas pondérée (le nombre de pays compris dans la moyenne varie en fonction de la semaine).
Sources: ECDC pour les cas de COVID-19 et Our World in Data pour les taux de vaccination.

La pandémie de COVID-19 a révélé le besoin d'un système de données de santé amélioré

Lorsqu'il a fallu trouver le moyen de suivre en temps réel les ressources disponibles et d'assurer la surveillance épidémiologique pendant la pandémie de COVID-19, il est apparu que la collecte centralisée et actualisée de données relatives à la santé et l'échange de données entre les prestataires de soins de santé étaient cruciaux pour garantir le bon fonctionnement et l'adaptabilité du système de santé. Le nouvel Observatoire national de la santé du Luxembourg, fondé en 2021, jouera un rôle clé dans le développement des systèmes de données et d'information de santé. Ses activités comprennent la collecte et l'analyse des données des registres des maladies et des décès.

De plus, le Luxembourg Centre for Systems Biomedicine (Centre du Luxembourg pour la biomédecine des systèmes) participe au projet d'espace européen des données de santé, dont l'objectif est d'améliorer les échanges de différents types de données sur la santé et l'accès à ces données (par exemple dossiers médicaux électroniques, données génomiques, données issues de registres de patients), pour soutenir non seulement la prestation de soins de santé, mais aussi la recherche sur la santé et l'élaboration de politiques (Commission européenne, 2021b). Plus particulièrement, le Luxembourg contribue au développement du futur portail de données européen pour la recherche et l'innovation, une infrastructure décentralisée de santé numérique constituant la pierre angulaire de l'espace européen des données de santé.

Les réserves financières du pays et le programme de l'UE pour la relance et la résilience viennent renforcer la résilience du Luxembourg

La CNS a enregistré en continu des excédents de revenus au cours des dernières décennies, accumulant ainsi de larges réserves financières, ce qui a facilité la mobilisation rapide de ressources au moment de la pandémie de COVID-19.

Malgré les dépenses supplémentaires liées aux mesures gouvernementales adoptées en réponse à la pandémie, telles que le prolongement du congé pour raisons familiales, la prise en charge des indemnités en cas d'arrêt maladie et l'instauration de nouveaux tarifs pour les visites chez le médecin et le dentiste, la CNS attendait un surplus estimé à 6,7 millions d'EUR pour 2020 et une réserve égale à 26,3 % des dépenses actuelles en 2021. Ce surplus a toutefois été rendu possible par une participation financière de l'État de 200 millions d'EUR en 2020.

Par ailleurs, dans le cadre de son plan national pour la reprise et la résilience, le Luxembourg a affecté 1,2 million d'EUR à l'amélioration de la résilience du système de santé. Il s'agit en particulier d'investir dans le secteur de la santé pour appuyer les réformes visant à stimuler le développement des compétences des professionnels de santé. Parmi les mesures prévues à cet effet, on compte la diversification des compétences, le développement de la formation au Luxembourg et la création d'un registre des professions de santé afin de mieux planifier les soins de santé (0,34 million d'EUR). De plus, l'accent est mis sur les difficultés recensées dans le Gesondheitsdëschen en vue de moderniser le système de santé et le rendre plus résilient, notamment sur la numérisation des soins de santé, couverte par des investissements dans les solutions de télémédecine (0,83 million d'EUR) (ministère des Finances, 2021).

6 Principales conclusions

- L'espérance de vie à la naissance au Luxembourg a augmenté de plus de deux ans depuis 2010, atteignant 81,8 ans en 2020, ce qui est largement au-dessus de la moyenne de l'UE. Cependant, la COVID-19 a représenté, selon les estimations, 11 % des décès en 2020, ce qui a contribué à faire baisser l'espérance de vie de près de 11 mois par rapport à 2019. Les facteurs de risque, notamment le tabagisme et les mauvaises habitudes alimentaires, constituent un tiers de la totalité des décès en temps normal. Les politiques de santé publique, telles que les interdictions de fumer et les hausses de taxe sur le tabac, ont contribué à la baisse du tabagisme chez les adolescents et les adultes. Toutefois, la consommation excessive d'alcool chez les adultes demeure un sujet d'inquiétude.
- Les faibles taux de mortalité imputables à des causes susceptibles d'être traitées indiquent que le système de santé luxembourgeois prodigue des soins de bonne qualité. Les nombres de décès dus aux attaques cardiaques, aux AVC et aux cancers ont diminué ces dix dernières années. Le taux de mortalité lié au cancer du sein est resté relativement stable, avoisinant néanmoins la moyenne de l'UE. Le deuxième Plan National Cancer (2020-2024) du Luxembourg vise à améliorer l'application de la génétique moderne et de la pathologie moléculaire au traitement contre le cancer.
- Les dépenses de santé par habitant au Luxembourg figurent parmi les plus élevées de l'UE, même si elles représentent une part relativement faible de son PIB. La part publique des dépenses de santé est considérablement supérieure à la moyenne de l'UE (85 % en 2019). La population bénéficie d'un panier de soins étendu, et le reste à charge est le deuxième plus bas de l'UE. Le nombre d'habitants signalant des besoins en soins médicaux et en soins dentaires non satisfaits figure parmi les plus bas d'Europe. En revanche, la part du reste à charge pour les médicaments, les soins dentaires et les soins de longue durée peut parfois être importante. Pour améliorer encore l'accès aux soins ambulatoires et simplifier les procédures administratives, le gouvernement envisage d'étendre le dispositif de tiers payant à partir de 2023.
- Les effectifs de santé luxembourgeois sont caractérisés par une forte dépendance à l'égard des pays limitrophes. Environ deux tiers du personnel infirmier et un quart des médecins exerçant au Luxembourg vivent à l'étranger. Au tout début de la pandémie de COVID-19, la dépendance vis-à-vis des professionnels de santé étrangers a rendu le Luxembourg particulièrement vulnérable au risque de fermeture des frontières avec la Belgique, la France et l'Allemagne. Le gouvernement cherche à atténuer cette dépendance en rendant les métiers de la santé plus attractifs pour les personnes résidentes, en diversifiant les formations médicales et en instaurant des approches pluridisciplinaires.
- Le pays a agi rapidement pour faire face à la pandémie de COVID-19 et était relativement bien préparé. La cellule de crise du ministère de la Santé a coordonné toutes les mesures liées à la pandémie, avec l'appui d'autres services publics. Le système de surveillance de la santé publique comprenait un suivi des contacts efficace et une stratégie de dépistage à grande échelle.
- La pandémie de COVID-19 a amorcé une évolution rapide de l'offre de soins de santé et fait émerger des innovations dans ce domaine, mais a également révélé des problèmes persistants. Par exemple, le Luxembourg a commencé à généraliser le recours aux téléconsultations, a créé une réserve de professionnels de santé et a favorisé la coopération avec le ministère de la Famille pour venir en aide aux maisons de retraite et assurer leur surveillance. L'effort collaboratif mené par les services publics, les prestataires de soins de santé, les forces armées et les entreprises privées, ainsi que les réserves financières du fonds national d'assurance maladie ont permis de créer des structures dédiées, notamment les centres de soins avancés, les centres de dépistage et le nouveau service de médecins de garde pour les maisons de repos. Certaines de ces innovations seront poursuivies à long terme.

Sources principales

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*, Paris, OECD Publishing.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *COVID-19 Health Systems Response Monitor – Luxembourg*.

Références

Backes C et al. (2021). Lessons learned from COVID-19 lockdown for cancer care: a nationwide survey of oncologists in Luxembourg. *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*, 2020/2, January 2021.

CNS (2020), *Décompte de l'assurance maladie-maternité 2019*, Luxembourg.

ECDC (2020), *Population-wide testing of SARS-CoV-2: country experiences and potential approaches in the EU/EEA and the United Kingdom*. Stockholm.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement*.

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February–March 2021).

European Commission (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe*.

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan*.

European Commission (2021b), *The European Health Data Space*.

IGSS (2021), *Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2020*, Luxembourg.

Lair-Hillion ML (2019), *Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg: Rapport final et recommandations*. Luxembourg, Sante et Perspectives, Luxembourg.

Luxemburger Wort (2020), *Plus de la moitié des décès en maisons de repos*.

Médecins du Monde (2019), *Rapport annuel 2019*.

Ministry of Health (2020a), *The teleconsultation platform and the patient telemonitoring tool MAELA: Digitalisation in the fight against the COVID-19 pandemic*, Luxembourg.

Ministry of Health (2020b), *Organisation du système de santé en période de pandémie COVID-19*, Luxembourg.

Ministry of Finance (2021), *Plan pour la reprise et la résilience du Grand-Duché du Luxembourg*, Luxembourg.

OECD (2021), *Rising from the crisis: policy responses to COVID-19 in long-term care*, OECD Policy Brief.

Tchicaya A, Lorentz N, Demarest S (2016), Socioeconomic inequalities in smoking and smoking cessation due to a smoking ban: general population-based cross-sectional study in Luxembourg. *PLoS One*. Apr 21;11(4):e0153966.

Country abbreviations

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

State of Health in the EU

Profils de santé par pays 2021

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

Please cite this publication as: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Luxembourg: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264776098 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)