



State of Health in the EU

Luxembourg

Profils de santé par pays 2017

La série des profils de santé par pays

Les profils de santé par pays fournissent un aperçu concis et pertinent de la santé et des systèmes de santé dans les États membres de l'Union, soulignant les caractéristiques particulières et les enjeux dans chaque pays. Ils visent à soutenir les efforts consentis par les États membres dans l'élaboration de leurs politiques fondées sur des données factuelles.

Ces profils sont le fruit de travaux menés conjointement par l'OCDE et *European Observatory on Health Systems and Policies* en collaboration avec la Commission européenne. L'équipe remercie les États membres et le réseau de *Health Systems and Policy Monitor* pour leurs suggestions et commentaires précieux.

Sommaire

1 • POINTS SAILLANTS	1
2 • LA SANTÉ AU LUXEMBOURG	2
3 • FACTEURS DE RISQUE	4
4 • LE SYSTÈME DE SANTÉ	6
5 • PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	8
5.1 Efficacité	8
5.2 Accessibilité	11
5.3 Résilience	13
6 • PRINCIPALES CONCLUSIONS	16

Sources des données et des informations

Les données et les informations utilisées dans ces profils pays sont principalement basées sur les statistiques nationales officielles fournies à Eurostat et à l'OCDE, qui ont été validées en juin 2017 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 sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que d'autres sources nationales.

Les moyennes de l'Union calculées sont des moyennes pondérées des 28 États membres, sauf indication contraire.

Pour télécharger le fichier *Excel* correspondant à tous les tableaux et graphiques contenus dans le présent profil, veuillez saisir le lien StatLink suivant dans votre navigateur internet:
<http://dx.doi.org/10.1787/888933623457>

Contexte démographique et socioéconomique au Luxembourg, 2015

	Luxembourg	UE	
Facteurs démographiques	Population (en milliers)	570	509 394
	Part de la population de plus de 65 ans (%)	14,2	18,9
	Taux de fécondité ¹	1,5	1,6
Facteurs socioéconomiques	PIB par habitant (en euros, PPA ²)	77 800	28 900
	Taux de pauvreté relative ³ (%)	8,2	10,8
	Taux de chômage (%)	6,4	9,4

1. Nombre d'enfants nés par femme âgée de 15 à 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 qui vivent avec moins de 50 % du revenu disponible équivalent médian.

Source: base de données d'Eurostat.

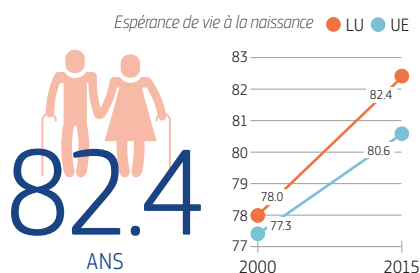
Clause de non-responsabilité: les opinions exprimées et les arguments avancés dans le présent document n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'OCDE ou de ses pays membres, ou de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ou de 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 toutes 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'OMS figurent à l'adresse <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/fr/>

1 Points saillants

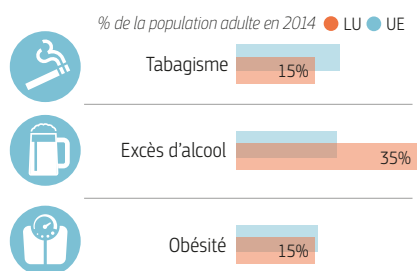
Les habitants du Luxembourg vivent plus longtemps que la plupart des Européens mais ne sont pas toujours en bonne santé après 65 ans. Le système de santé n'a pas connu de modifications substantielles au cours de la dernière décennie. Toutefois, les inquiétudes quant à la viabilité budgétaire du pays ont suscité une prise de conscience quant à l'importance de l'efficacité du système de santé et, depuis 2010, ont conduit à des réformes et à des politiques de maîtrise des coûts.

État de santé



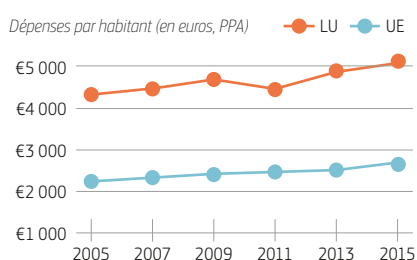
L'espérance de vie à la naissance était de 82,4 ans en 2015, contre 78,0 ans en 2000, et se situe bien au-dessus de la moyenne de l'UE. L'espérance de vie a surtout progressé après 65 ans et cet allongement résulte de la réduction des décès attribuables aux maladies cardiovasculaires. Toutefois, ces dernières restent la principale cause de décès chez les femmes et la deuxième chez les hommes, après le cancer.

Facteurs de risque



En 2014, 15 % des adultes au Luxembourg fumaient du tabac tous les jours, contre 23 % en 2005. Dans l'ensemble, la consommation d'alcool par adulte a diminué mais la consommation excessive d'alcool est parmi les plus élevées de l'UE. Les taux d'obésité chez les adultes sont proches de la moyenne de l'UE, mais le pourcentage de jeunes de 15 ans en surcharge pondérale progresse depuis 2005.

Le système de santé

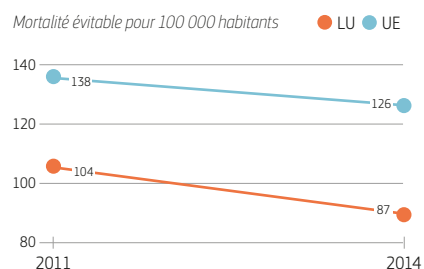


Les dépenses de soins de santé au Luxembourg sont les plus élevées des pays de l'UE. En 2015, le Luxembourg a dépensé en soins de santé 5 090 EUR par habitant en 2015, contre 2 797 EUR en moyenne dans l'UE. Cela équivaut à 6,0 % du PIB. Environ 82 % des dépenses de soins de santé sont financés par des fonds publics et le reste à charge est l'un des plus faibles de l'UE. L'assurance maladie-maternité couvre un généreux panier de soins de base.

Performance du système de santé

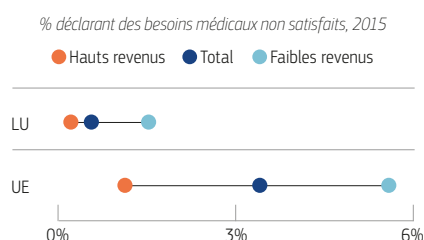
Efficacité

Les très faibles taux de mortalité évitable liée au système de santé indiquent que le système est efficace pour traiter les pathologies qui mettent la vie en danger.



Accès

L'accès aux soins de santé au Luxembourg est bon, les personnes déclarant des besoins en soins médicaux non satisfaits sont peu nombreuses et la différence selon les tranches de revenu est limitée.



Résilience

Malgré un financement stable, l'augmentation des dépenses est source d'inquiétudes et des efforts sont entrepris pour améliorer l'efficacité du système. Les dispositifs de bonne gouvernance semblent répondre de façon appropriée aux enjeux de santé publique, sans toutefois prévoir une évaluation systématique de la performance.



2 La santé au Luxembourg

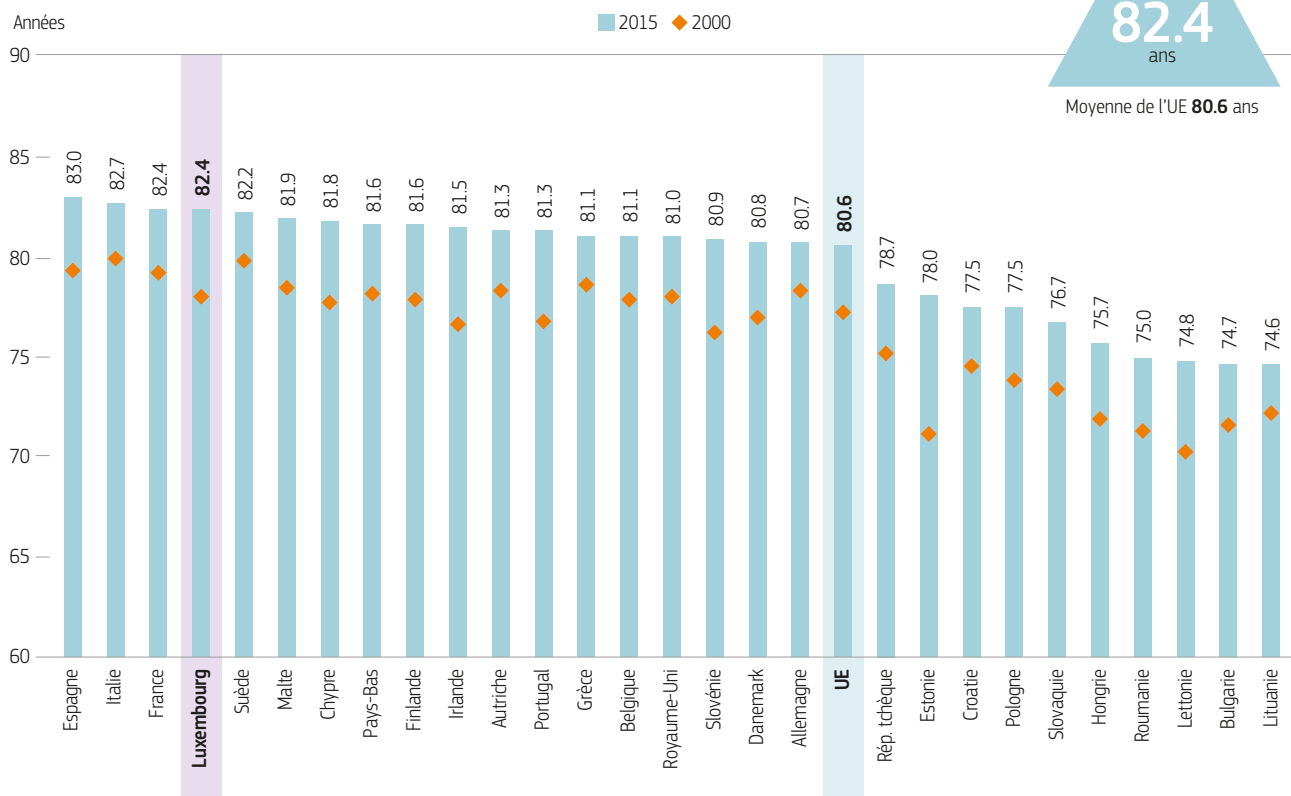
L'espérance de vie à la naissance progresse et est près de deux ans supérieure à la moyenne de l'UE

L'espérance de vie à la naissance au Luxembourg compte parmi les plus élevées d'Europe et seuls trois autres États membres de l'UE enregistrent une espérance de vie plus élevée (graphique 1). Elle a augmenté de plus de quatre ans entre 2000 et 2015 et atteint 82,4 ans, soit près de deux ans de plus que la moyenne de l'UE. Comme dans d'autres États membres, un important écart subsiste entre les hommes et les femmes: les hommes (80,0 ans) vivent, en moyenne, près de cinq ans de moins que les femmes (84,7 ans).

La majeure partie de l'allongement de l'espérance de vie au Luxembourg depuis 2000 a été enregistrée après 65 ans: à cet âge, l'espérance de vie des femmes atteignait 21,8 ans en 2015 (contre 20,1 ans en 2000) et celle des hommes 18,9 ans (contre 15,5 ans en 2000). À l'âge de 65 ans, les hommes peuvent espérer vivre 11 ans environ de leurs dernières années sans incapacité, tandis que les femmes ne peuvent espérer vivre que neuf ans de leurs dernières années en bonne santé.¹

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 1. L'espérance de vie à la naissance au Luxembourg est la quatrième plus élevée d'Europe



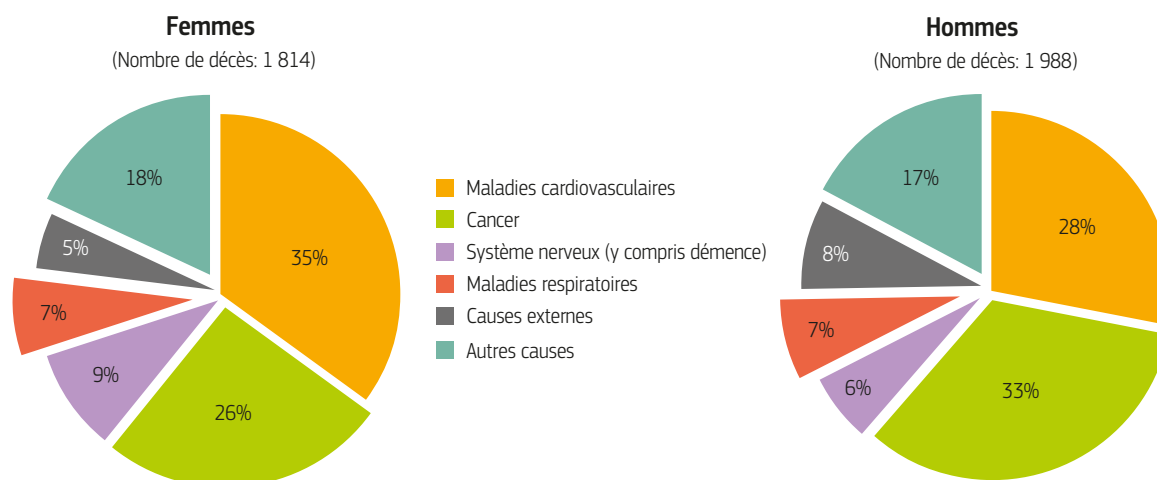
Source: base de données d'Eurostat.

La hausse de la mortalité liée au diabète et au cancer du pancréas est source de préoccupation

Malgré leur recul depuis 2006, les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès chez les femmes au Luxembourg, et la deuxième chez les hommes, après le cancer (graphique 2). Plus précisément, les trois principales causes de décès sont, dans l'ordre, les cardiopathies non ischémiques, les cardiopathies ischémiques et le cancer du poumon, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) arrivant à la

quatrième place (graphique 3). Le nombre de personnes qui meurent de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences a plus que doublé depuis 2000 et le taux de mortalité standardisé était supérieur à la moyenne de l'UE entre 2004 et 2013. Cette hausse est causée par le vieillissement de la population, l'amélioration du diagnostic et l'absence de traitement efficace. Le nombre de décès causés par le cancer du pancréas et par le diabète a également augmenté depuis 2005, le taux de mortalité due au cancer du pancréas étant le plus élevé de l'UE en 2014.

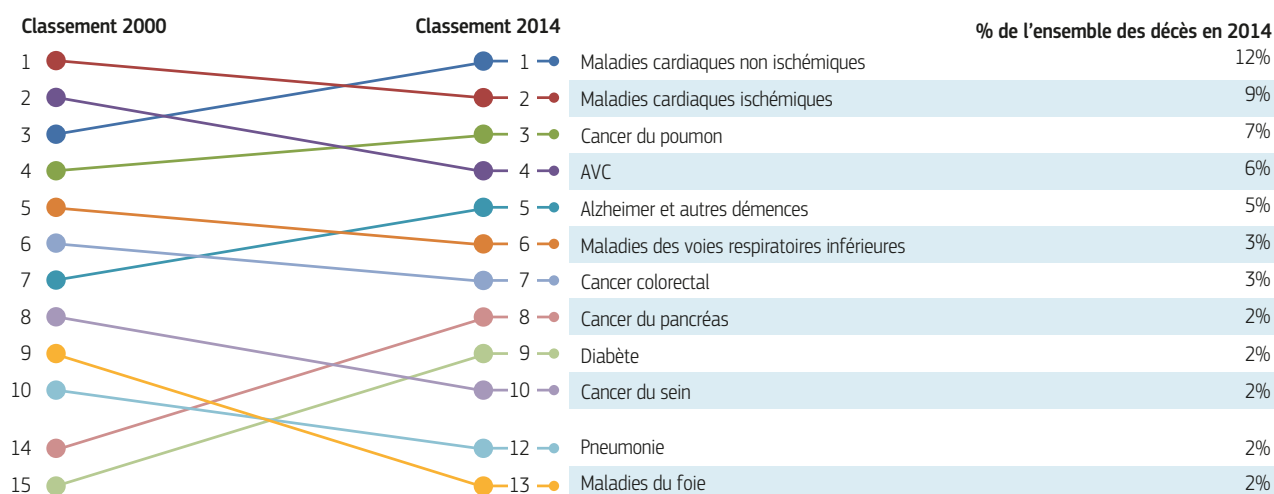
Graphique 2. Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont responsables de la majorité des décès



Remarque: les données sont présentées par grands chapitres de la CIM. La démence a été ajoutée au chapitre sur les maladies du système nerveux afin de l'inclure dans le même chapitre que la maladie d'Alzheimer (la principale forme de démence).

Source: base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2014).

Graphique 3. Les maladies cardiovasculaires demeurent la cause de décès la plus fréquente, suivies par le cancer du poumon et les accidents vasculaires cérébraux



Source: base de données d'Eurostat.

De nombreuses maladies chroniques sont parmi les principales causes de mauvaise santé

En ce qui concerne la charge de morbidité, les troubles musculo-squelettiques (y compris les douleurs dans le dos et les cervicales) occupent la deuxième place derrière les maladies cardiovasculaires et affectent de façon importante et croissante les années de vie corrigées de l'incapacité² (AVCI) (IHME, 2016).

2. L'AVCI est un indicateur utilisé pour estimer le nombre total d'années perdues en raison de certaines maladies et de certains facteurs de risque spécifiques. Une AVCI correspond à une année de vie en bonne santé perdue (IHME).

Selon les données de l'enquête santé européenne santé (EHIS), près d'une personne sur dix au Luxembourg souffre de dépression chronique, une sur quatorze d'asthme et une sur six vit avec de l'hypertension. Les personnes ayant le niveau d'éducation le plus bas³ sont 15 % plus susceptibles d'être hypertendues que les personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé.⁴

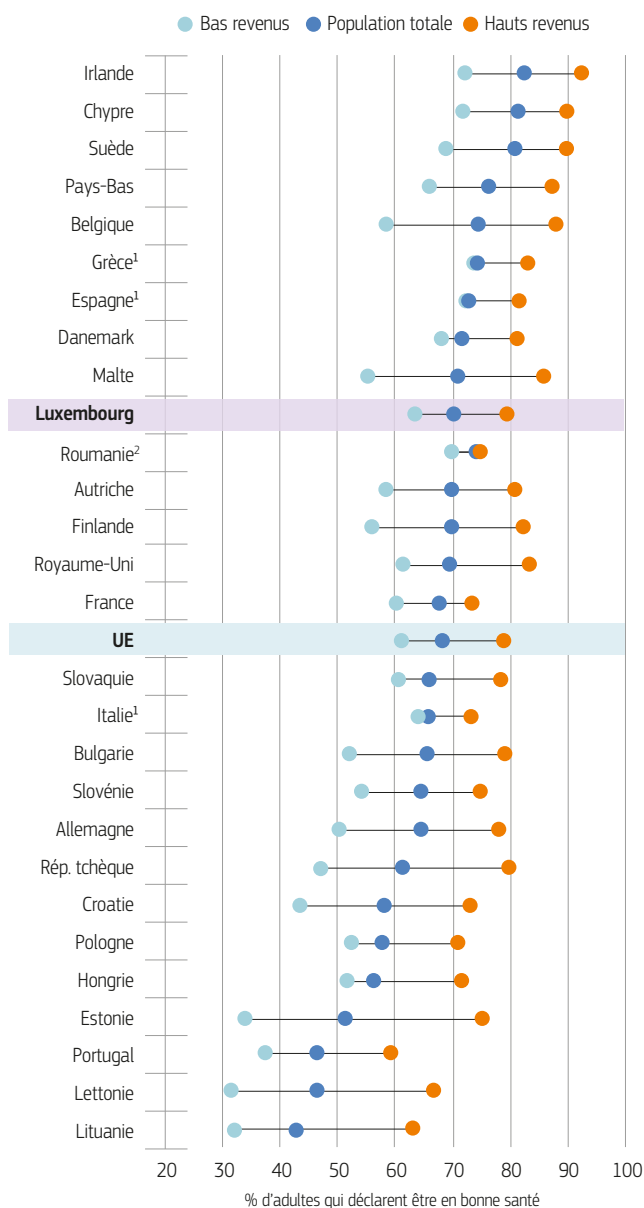
3. Les niveaux d'éducation les plus bas rassemblent les personnes qui ont arrêté l'école avant la fin de l'enseignement secondaire (niveaux 0 à 2 de la CITE), tandis que les niveaux d'éducation les plus élevés rassemblent les personnes diplômées de l'enseignement supérieur (niveaux 5 à 8 de la CITE).

4. Les inégalités en fonction du niveau d'éducation peuvent être en partie dues à la plus grande proportion de personnes âgées ayant un niveau d'éducation plus bas, mais cela n'explique pas toutes les inégalités socioéconomiques.

La plupart des gens déclarent être en bonne santé, mais il existe un écart selon le revenu

La plupart des habitants du Luxembourg déclarent être en bonne santé (70,5 % en 2015), soit un taux supérieur à la moyenne de l'UE (67 %). Toutefois, comme dans d'autres États membres de l'UE, il existe un écart dans l'état de santé autodéclaré en fonction du statut socioéconomique : 80 % des personnes du quintile de revenus le plus élevé déclarant être en bonne santé, contre 64 % de la population du quintile de revenus le plus faible (graphique 4).

Graphique 4. La plupart des habitants du Luxembourg déclarent être en bonne santé, mais il existe des disparités selon les tranches de revenu



1. Les parts de la population totale et de la population à bas revenus sont plus ou moins les mêmes.
2. Les parts de la population totale et de la population à hauts revenus sont plus ou moins les mêmes.

Source: base de données d'Eurostat, sur la base de l'EU-SILC (les données concernent l'année 2015).

3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque liés à l'hygiène de vie sont des enjeux majeurs de santé publique au Luxembourg

Les données de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) indiquent qu'un peu plus de 25 % de la charge totale de morbidité au Luxembourg en 2015 (mesurée en AVCI) peuvent être attribués à des facteurs de risque liés à l'hygiène de vie, notamment au tabagisme, à la consommation d'alcool, au régime alimentaire et à l'inactivité physique. Les risques liés au tabagisme et au régime alimentaire sont les principaux contributeurs (IHME, 2016).

Le tabagisme et la consommation d'alcool continuent à diminuer mais la consommation excessive d'alcool est un problème

La proportion de fumeurs réguliers chez les adultes au Luxembourg a fortement diminué, de près de 8 points de pourcentage depuis 2005, et figure désormais (15,3%) parmi les plus faibles de l'UE (en 2014). Ce recul est moins prononcé pour les jeunes de 15 ans, en particulier les filles. Pratiquement une fille sur cinq fumait régulièrement (18 %) contre 14 % au niveau de l'UE en 2013-2014. Le cancer du poumon étant la troisième cause de décès et la mortalité due au cancer du



poumon chez les femmes progressant, le Luxembourg a fait des efforts supplémentaires pour renforcer ses lois relatives à la lutte antitabac (voir section 5.1).

Bien que la consommation d'alcool recule, elle reste supérieure de 1 litre à la moyenne de l'UE, les adultes ayant consommé 11,1 litres par habitant en 2014. En outre, la proportion d'adultes (35 %) ainsi que de jeunes adultes (18-24 ans, 41 %) qui s'adonnent à une consommation excessive d'alcool⁵ est supérieure à la moyenne de l'UE (respectivement, 20 % et 31 %). Signe plus encourageant, seulement 14 % des filles de 15 ans et 15 % des garçons de 15 ans déclarent avoir été ivres au moins deux fois dans leur vie (2013-2014). Il s'agit du taux le plus bas parmi les pays de l'UE pour les garçons et du deuxième taux le plus bas pour les filles (graphique 5).

La hausse des taux de surcharge pondérale et d'obésité chez les enfants constitue un défi

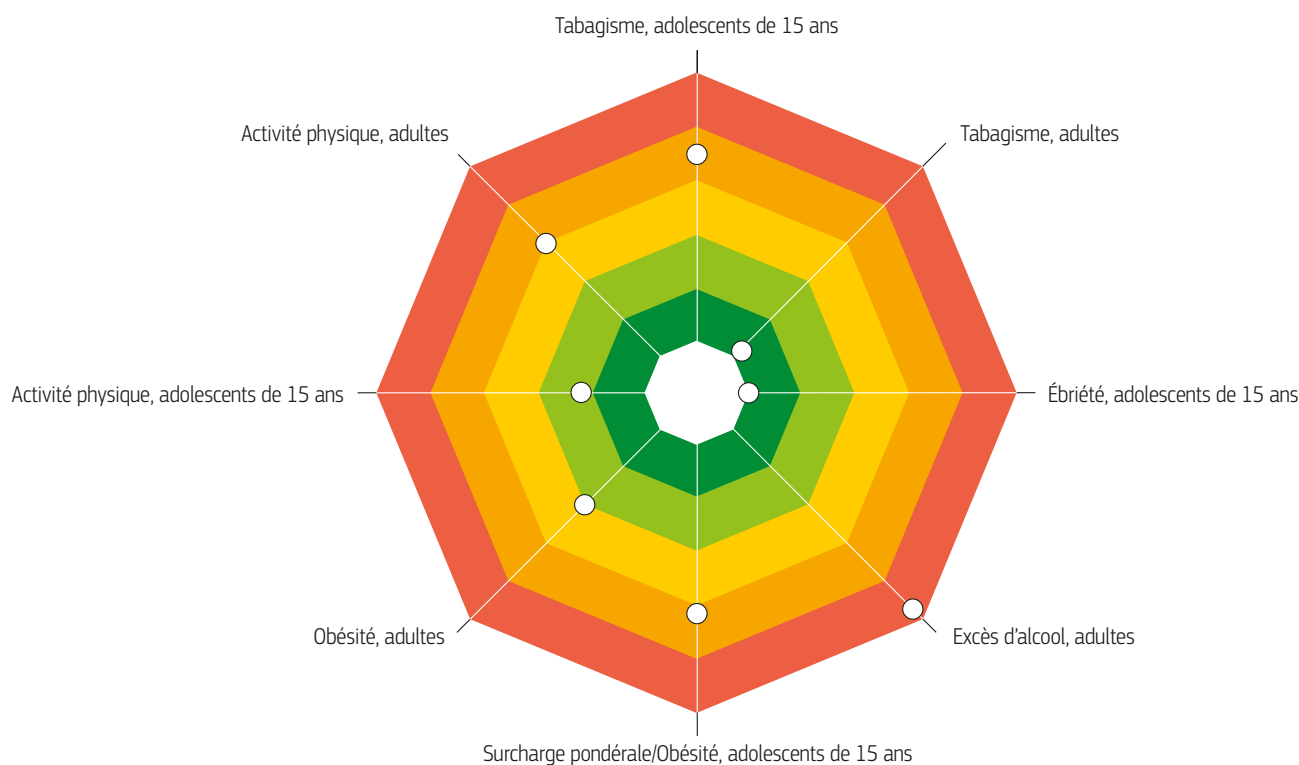
En se fondant sur des données autodéclarées (qui ont tendance à sous-estimer la véritable prévalence de l'obésité), près d'un adulte sur sept (15 %) au Luxembourg était obèse en 2014, ce qui correspond à la moyenne de l'UE. Même si la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les jeunes de 15 ans reste également proche de la

moyenne de l'UE, elle a augmenté de plus de 40 % entre 2005-2006 et 2013-2014. Cette situation est particulièrement préoccupante dans la mesure où un enfant en surcharge pondérale ou obèse risque fort de le rester à l'âge adulte. Pour relever ce défi, le Luxembourg met en œuvre depuis dix ans des stratégies nationales en matière de nutrition, de prévention et de traitement de l'obésité ainsi que de promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine, en ciblant plus particulièrement les enfants et les jeunes.

De nombreux facteurs de risque liés à l'hygiène de vie sont plus fréquents parmi les populations défavorisées

Au Luxembourg, de nombreux facteurs de risque liés à l'hygiène de vie sont beaucoup plus fréquents chez les populations désavantagées sur le plan des revenus ou de l'éducation, à l'exception de la consommation excessive d'alcool des adultes qui est légèrement plus fréquente parmi les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé. La prévalence du tabagisme est deux fois plus élevée chez les personnes ayant le plus faible niveau d'éducation. De même, le taux d'obésité parmi la population ayant le plus faible niveau d'éducation est près de trois fois plus élevé que parmi les personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé.

Graphique 5. Le Luxembourg affiche des résultats contrastés pour les facteurs de risque liés à l'hygiène de vie



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 de l'étoile car des progrès peuvent être réalisés dans tous les pays et dans tous les domaines.

Source : calculs de l'OCDE à partir de la base de données d'Eurostat (EHIS effectuée en ou vers 2014), statistiques de l'OCDE sur la santé et enquête HBSC de 2013-2014. (Conception graphique: Laboratorio MeS).

5. Une consommation d'alcool excessive régulière correspond à la consommation de six boissons alcoolisées ou plus au cours d'un même événement, au moins une fois par mois pendant l'année écoulée.

4 Le système de santé

Deux ministères se partagent la gouvernance d'un système de sécurité sociale à payeur unique

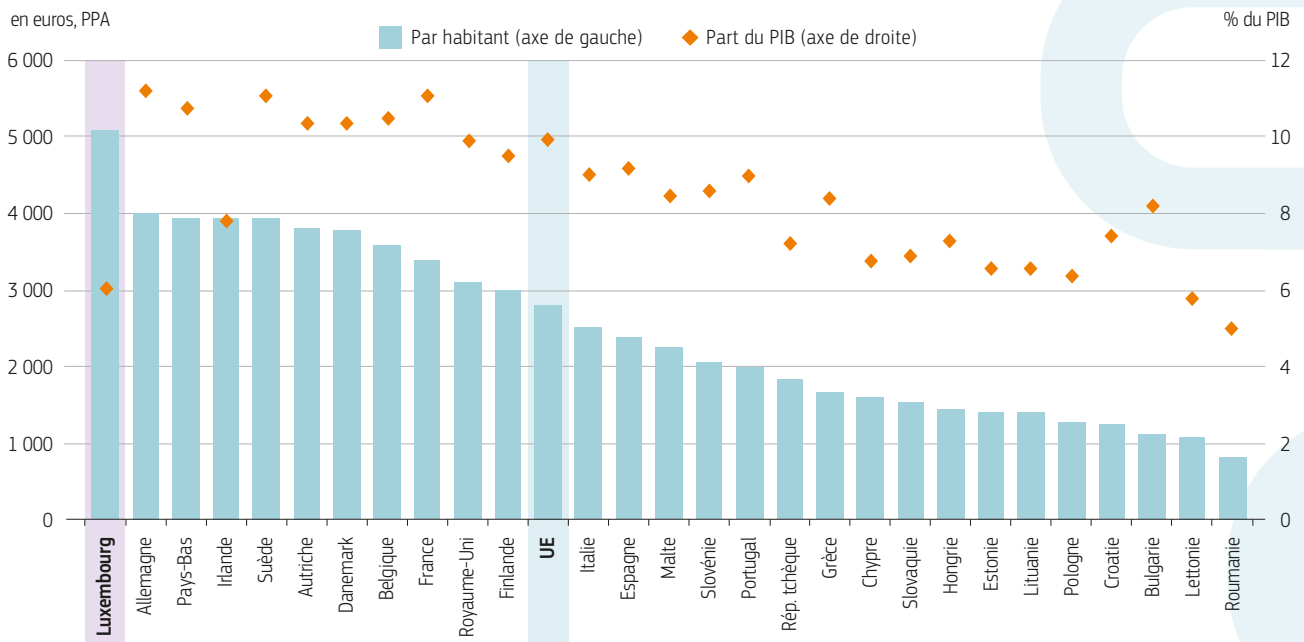
Le système de santé du Luxembourg se caractérise par un système de sécurité sociale obligatoire basé sur une contribution substantielle du budget central. L'organisme payeur unique (la *Caisse nationale de santé* – CNS) gère deux branches de la sécurité sociale: l'assurance maladie-maternité et l'assurance en cas d'incapacité de travail. De plus, la CNS est également compétente dans le cadre du financement des soins de longue durée, l'assurance dépendance. Le ministère de la Sécurité sociale et le ministère de la Santé sont conjointement responsables de la gouvernance du système de santé. Le ministère de la Santé élabore la politique et la législation en matière de santé, organise la prestation des soins, autorise les grands investissements hospitaliers et cofinance directement les programmes de santé publique. Le ministère de la Sécurité sociale est responsable de la politique sociale et supervise les institutions publiques finançant les soins de santé et maternité, les congés de maladie et les soins de longue durée.

Le Luxembourg a, de loin, le système de santé le plus coûteux en Europe

Le système de santé du Luxembourg coûte cher. Depuis 2012, année au cours de laquelle elles ont fortement augmenté, les dépenses par habitant sont toujours les plus élevées de l'UE et étaient de 82 % supérieures à la moyenne de l'UE en 2015 (voir graphique 6). Toutefois, en pourcentage du PIB, le Luxembourg dépense beaucoup moins pour la santé que la plupart des autres pays de l'UE (6,0 % contre 9,9 % du PIB dans l'UE), ce qui reflète sa bonne performance économique.⁶

Malgré une diminution continue (bien que progressive) depuis 2008, la part des dépenses publiques de santé occupe toujours la cinquième place (82 %) dans l'UE en 2015. Le financement de l'assurance maladie-maternité est basé sur un système de partage des frais, 40 % des cotisations étant payées par l'État et le reste étant partagé entre la population assurée et les employeurs.

Graphique 6. Les dépenses de santé par habitant au Luxembourg sont les plus élevées de l'UE



Sources: statistiques de l'OCDE sur la santé; base de données d'Eurostat; base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales (les données concernent l'année 2015).

6. Comme une forte proportion du PIB luxembourgeois concerne des bénéficiaires qui sont exportés, le Revenu National Brut (RNB) peut être un indicateur plus significatif de la capacité à financer les soins de santé. Il convient cependant de tenir compte du fait que l'assurance maladie du Luxembourg finance des services pour un nombre élevé et croissant de travailleurs frontaliers (non résidents) et leurs familles (voir encadré 1).

ENCADRÉ 1. DE NOMBREUX AFFILIÉS DE LA CNS BÉNÉFICIER DE TRAITEMENTS À L'ÉTRANGER

En 2014, 16 % des patients assurés à la CNS se sont fait soigner à l'étranger, ce qui est de loin le pourcentage le plus élevé de l'UE (Commission européenne, 2015). On peut distinguer deux groupes. Tout d'abord, le Luxembourg attire un grand nombre de travailleurs frontaliers non résidents provenant de la région frontalière (France, Belgique, Allemagne). Comme ils travaillent au Luxembourg, ils sont automatiquement assurés à la CNS mais, naturellement, ils se font soigner principalement dans leur pays de résidence. Ce groupe représente la part la plus importante des patients transfrontaliers. Le deuxième groupe, nettement plus restreint, est constitué de résidents luxembourgeois qui ont besoin de services de santé spécialisés qui ne sont pas disponibles au Luxembourg (par ex. traitement des cancers pédiatriques, transplantation d'organe). Ils sont traités dans les pays voisins et, en général, la CNS se montre très généreuse au moment de donner son autorisation préalable pour des soins à l'étranger. En 2015, ces coûts se sont élevés à 435 millions d'euros, soit 20,7 % des coûts totaux de la CNS.

L'assurance maladie couvre les non-résidents

En 2015, 95,2 % de la population résidente étaient couverts par le régime d'assurance maladie obligatoire, et plus de la moitié de la population avait également souscrit à une assurance santé volontaire complémentaire. Comme les travailleurs frontaliers représentent près de la moitié de la main-d'œuvre au Luxembourg, un tiers des personnes assurées auprès de la CNS vivent en fait à l'extérieur du pays (encadré 1; ADEM, 2017; IGSS, 2016). Le nombre de personnes non assurées semble concerner les personnes travaillant pour les Institutions européennes ainsi que les résidents travaillant à l'étranger qui ne font pas partie du système (voir section 5.2).

Le mode de paiement est dominé par la rémunération à l'acte

Presque tous les médecins du pays sont libéraux et payés à l'acte, qu'ils pratiquent en milieu hospitalier ou dans leur propre cabinet. Seuls les médecins travaillant au Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL) et dans deux autres hôpitaux sont salariés par l'hôpital. Mais même dans ce cas, la CNS verse à l'hôpital une rémunération à l'acte pour tous les services médicaux assurés par ces médecins. La rémunération à l'acte n'incite pas à modérer le volume d'activités ni à contenir les coûts et contribue à expliquer le grand nombre de traitements et les coûts élevés. Tous les autres services hospitaliers, comme les séjours à l'hôpital, les services infirmiers, les analyses de laboratoire, les médicaments, etc., sont financés sur les budgets globaux en fonction du nombre de jours-patients et autres formules de répartition applicables aux services hospitaliers concernés.

Le personnel médical est majoritairement composé d'infirmiers étrangers et de médecins formés à l'étranger

Le nombre de médecins par habitant est demeuré inférieur à la moyenne de l'UE en 2015 (2,9 pour 1 000, contre 3,6). La dépendance du Luxembourg envers les médecins formés à l'étranger s'explique par le fait qu'aucune formation en médecine (ni en dentisterie ou pharmacie) n'est disponible dans le pays. En outre, les médecins sont vieillissants: l'âge moyen des généralistes est de 50 ans et celui des spécialistes de 52 ans (en 2015), ce qui donne à penser que le nombre de médecins en activité pourrait poser un problème d'offre dans les années à venir (IGSS, 2016).

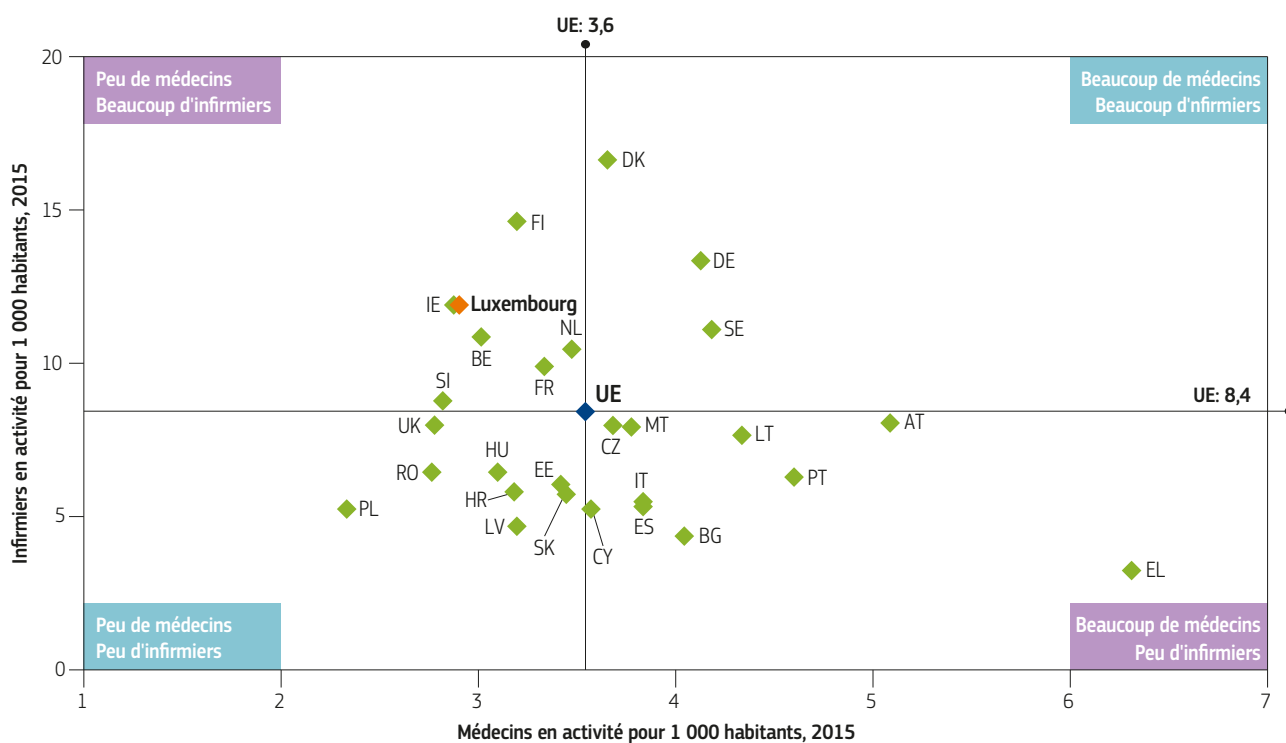
Le faible nombre de médecins contraste avec le nombre d'infirmiers par habitant, qui est l'un des plus élevés de l'UE (graphique 7) et en augmentation. Environ les deux tiers du personnel infirmier en activité étaient des ressortissants étrangers en 2008 et près de la moitié avaient été formés à l'étranger (Maier *et al.*, 2014). Du fait des salaires plus élevés et des bonnes conditions de travail, le Luxembourg attire autant les étudiants en soins infirmiers que le personnel déjà certifié.

Des efforts ont été entrepris pour renforcer les soins primaires

Le Luxembourg est l'un des rares États membres les plus anciens à avoir un système de soins primaires «faible». Les patients peuvent consulter n'importe quel généraliste mais, en l'absence de système de contrôle d'accès, ils peuvent aussi choisir de consulter directement n'importe quel spécialiste. Le nombre de consultations en milieu extra-hospitalier par personne est faible (5,8 en 2015), et la gouvernance des soins primaires faible (p. ex. absence d'inspection par l'État ou de politiques de renforcement des soins primaires). Le personnel des soins primaires est en outre proportionnellement moins nombreux et ont des revenus faibles par rapport à ceux des spécialistes. Sur une note plus positive, le système de soins primaires a été jugé relativement efficace et efficient pour ce qui est de la coordination des soins et de la prise en charge globale des patients (Kringos *et al.*, 2015 ; Kringos *et al.*, 2013).

Avec la réforme législative adoptée en 2010, les autorités entendaient renforcer les soins de santé primaires et mettre en place un programme pilote de coordination des soins, en particulier pour les malades chroniques. Il était prévu que les patients choisiraient un généraliste (médecin référent) agissant en tant que coordonnateur de soins et qui aurait été chargé d'organiser leur parcours de soins et d'assurer le suivi du dossier de soins partagés. La réforme envisageait également la création de «centres de compétences» spéciaux destinés à assurer la communication entre soins primaires et secondaires afin de mettre l'accent sur les besoins des personnes souffrant de multimorbidité et de maladies particulières. Malheureusement, la mise en œuvre de cette initiative stagne.

Graphique 7. Le Luxembourg compte moins de médecins par habitant que la moyenne de l'UE mais plus d'infirmiers



Remarque: au Portugal et en Grèce, les données concernent tous les médecins autorisés à exercer, ce qui conduit à une surestimation importante du nombre de médecins en activité (d'environ 30 % au Portugal, par exemple). En Autriche et en Grèce, le nombre d'infirmiers est sous-estimé car il n'inclut que le personnel infirmier hospitalier.

Source: base de données d'Eurostat.

5 Performance du système de santé

5.1 EFFICACITÉ

La mortalité évitable est parmi les meilleures de l'UE, ce qui indique une grande efficacité des soins

Le Luxembourg fait état de la deuxième meilleure mortalité évitable totale globale⁷ de l'UE derrière la France, et se classe en troisième position lorsque les hommes et les femmes sont considérés séparément (voir graphique 8). Seuls 10 % de la mortalité toutes causes confondues sont considérés comme évitables. Ce taux est l'un des meilleurs d'Europe et il est inférieur à la moyenne de l'UE (11 %). Cela indique que le système de santé du Luxembourg est, dans l'ensemble, très efficace pour traiter les pathologies qui mettent la vie en danger.

Les soins aux diabétiques et aux porteurs du VIH requièrent un suivi attentif

La mortalité due au diabète a sensiblement augmenté entre 2000 et 2014 (voir section 2), le Luxembourg se singularisant clairement en

cela face à la tendance à la baisse enregistrée dans tous les pays voisins, et elle dépasse légèrement la moyenne de l'UE en 2014. En outre, le nombre d'admissions à l'hôpital évitables de patients diabétiques est plus élevé que dans la plupart des États membres de l'UE. Reconnaisant que les décès causés par le diabète peuvent généralement être évités grâce à des soins de santé (primaires) prodigués à temps, le Luxembourg élabore actuellement des stratégies et des programmes qui permettront de cibler plus efficacement les patients diabétiques.

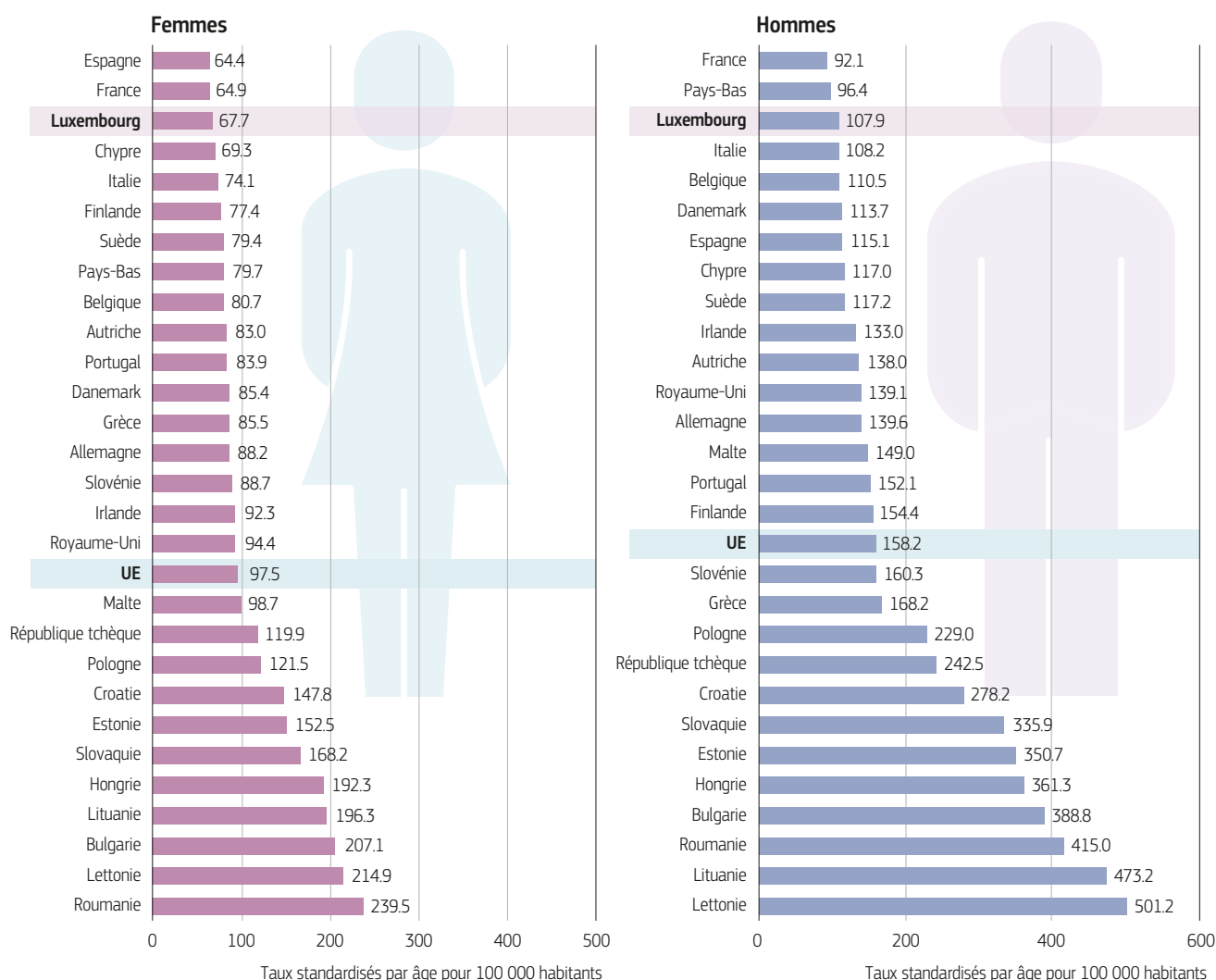
De même, reconnaissant que l'infection par le VIH est un problème de santé publique au Luxembourg, le gouvernement a mené des campagnes de santé publique, créé de nouveaux centres de dépistage et éliminé davantage les barrières au dépistage dans le cadre du Plan d'action national en matière de lutte contre le VIH 2011-2015. L'identification et la déclaration des cas d'infection par le VIH ont ainsi augmenté.

La lutte antitabac est devenue le fer de lance de la politique de santé publique

De nombreux décès sont liés au mode de vie et aux comportements à risque, tels que le cancer du poumon, les blessures liées au transport et la mortalité attribuée à l'alcool. Ces décès pourraient être évités par une

7. On entend par «mortalité évitable» les décès prématurés qui auraient pu être évités grâce à des soins de santé rapides et efficaces.

Graphique 8. Les taux de mortalité évitable au Luxembourg sont les troisièmes plus faibles de l'UE



Source: base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2014).

meilleure politique de santé publique. Les comparaisons internationales révèlent que le taux de mortalité due au cancer du poumon au Luxembourg, la principale cause de mortalité par cancer, est demeuré relativement stable au cours de la dernière décennie et était proche de la moyenne de l'UE. Toutefois, au cours de la dernière décennie, ce taux de mortalité a légèrement augmenté chez les femmes alors qu'il a baissé chez les hommes, ce qui reflète les conséquences à long terme de l'accroissement du tabagisme chez les femmes des générations précédentes.

Historiquement, les taxes sur le tabac étaient nettement plus faibles que dans les pays voisins, et ce n'est qu'en juin 2017 que le gouvernement a relevé à 18 ans l'âge légal pour pouvoir acheter des produits de tabac. Le Luxembourg a aussi été relativement en retard dans la transposition de la directive de l'UE sur les produits du tabac et dans la réglementation de la cigarette électronique. Néanmoins, le gouvernement a reconnu que la consommation de tabac est une cause principale de mortalité et a interdit la publicité dans les lieux publics (1989) et l'usage du tabac dans certains lieux publics (2006), qu'il a ensuite étendu en une interdiction de fumer dans les bars et les cafés (2014). Le Plan National de Lutte contre le

Tabagisme du Luxembourg 2016-2020 prévoit également des campagnes de sensibilisation du public et l'augmentation des taxes à partir de 2018. Reste à voir quels seront les effets de ces politiques sur les taux de décès dus au cancer du poumon au cours des décennies à venir.

Une stratégie nationale en matière d'alcool est en cours d'élaboration, mais les taxes sur l'alcool restent faibles

Le taux de décès liés à l'alcool au Luxembourg était légèrement supérieur à la moyenne de l'UE en 2014, mais il a diminué au cours de la dernière décennie, comme dans la plupart des pays de l'UE. Toutefois, la consommation excessive d'alcool parmi les adultes et les jeunes adultes (voir section 3) demeure préoccupante et peut également être en partie due au niveau comparativement faible des taxes sur la bière, le vin et les spiritueux, qui fait du Luxembourg une destination privilégiée pour le tourisme de l'alcool. En 2012-2014, le gouvernement a institué plusieurs programmes à petite échelle pour lutter contre la consommation excessive d'alcool des jeunes adultes à travers des activités de sensibilisation qui font partie du plan d'action gouvernemental

2015–2019 en matière de lutte contre les drogues illicites et les addictions associées. Une stratégie nationale en matière de lutte contre l'alcoolisme est en cours d'élaboration.

L'alcool est aussi la deuxième principale cause d'accidents de la route, environ 30 % des accidents mortels en 2015 lui étant imputable. Le gouvernement tente de réduire le nombre d'accidents de la circulation mortels par des campagnes de sensibilisation dans les lieux publics et une journée nationale de la sécurité routière. En outre, un système de surveillance des traumatismes et accidents a été établi en 2013 pour collecter des informations sur les causes et les circonstances des blessures présentées au service des urgences de tous les hôpitaux, et sert à estimer la charge de morbidité liée aux blessures par domaine de prévention.

Les données indiquent une bonne qualité des soins dans les secteurs de soins primaires et aigus

Dans l'ensemble, les indicateurs de la qualité des soins de santé suggèrent des soins primaires efficaces malgré les faiblesses relevées (voir section 4). Le taux de couverture vaccinale pour le DTP3, la rougeole et l'hépatite B chez les nourrissons était de 99 % en 2015, tandis que la couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de plus de 65 ans n'était que de 41 %, mais ce taux est comparable à celui des pays voisins.

En outre, les soins primaires semblent aussi être efficaces pour prévenir les admissions inutiles: les taux d'hospitalisation évitables pour la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'asthme sont semblables ou inférieurs à ceux des pays voisins (graphique 9). Ces taux pourraient aussi s'expliquer par le fait que la plupart des médecins hospitaliers travaillent également dans des cabinets privés et assurent des soins ambulatoires (qui peuvent être primaires ou spécialisés). Ce modèle assure la coopération et la coordination des soins et la prise en charge globale du patient (Kringos *et al.*, 2013).

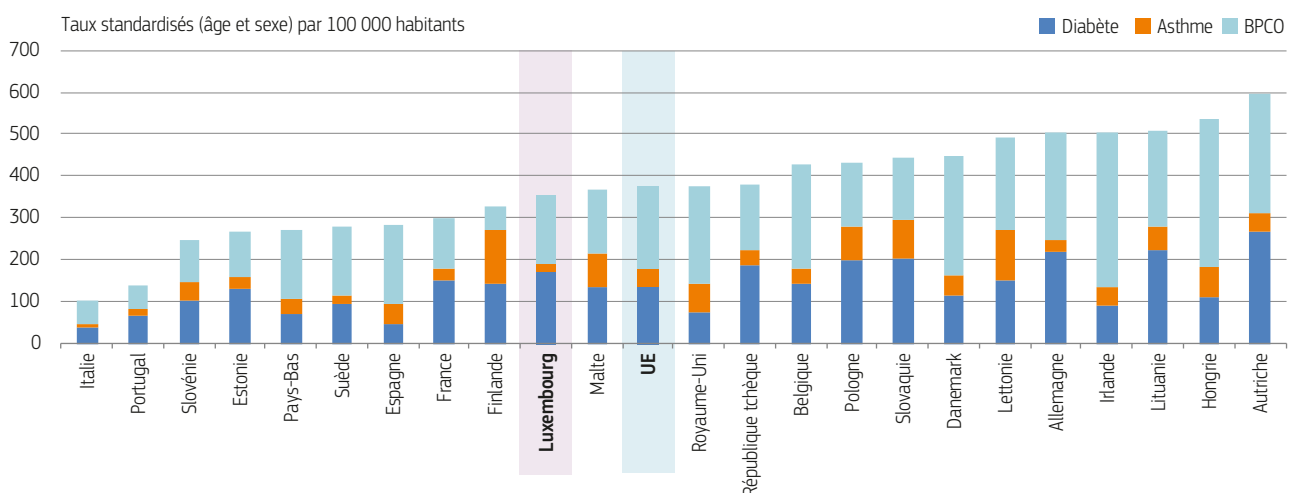
De même, le taux de mortalité à 30 jours pour les AVC est inférieur à la moyenne des pays pour lesquels des données sont disponibles, ce qui témoigne d'une bonne qualité des soins aigus. Toutefois, il semble qu'il soit possible d'améliorer les soins prodigués en cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM), le taux de mortalité à 30 jours étant supérieur à la moyenne.

L'intégration et la coordination des soins pour les malades chroniques sont toujours à la traîne

Le système de santé du Luxembourg ne dispose d'aucun parcours de soins pour les patients atteints de maladies chroniques (p. ex., diabète et hypertension). Ces dernières années, le gouvernement a pris plusieurs mesures destinées à améliorer la qualité et l'efficacité des soins aux personnes atteintes de maladies chroniques, mais leur application est lente et aucune évaluation officielle du niveau d'intégration pour ce groupe de patients n'a été effectuée. Néanmoins, un dossier de santé électronique (Dossier de Soins Partagé — DSP) a été instauré en 2015 pour les patients qui s'engagent auprès d'un médecin référent dans le cadre des réformes de 2010 visant à renforcer les soins primaires (voir section 4). Le DSP permet aux patients et aux professionnels d'accéder à toutes les données médicales pertinentes. Il est actuellement dans une phase pilote destinée à des patients souffrant de multimorbidité et de maladies chroniques avant d'être étendu à tous les assurés (voir également l'encadré 3 ci-dessous).

En outre, compte tenu du taux élevé de mortalité liée à la démence (voir section 2), une attention plus soutenue a été consacrée à la question et un plan d'action interministériel en matière de démence, visant la prévention et la détection précoce de la démence et l'amélioration des soins aux personnes vivant avec la maladie, a commencé à être élaboré en 2014. Un programme de prévention secondaire destiné aux personnes souffrant de troubles légers de la mémoire a été créé en 2015, avec pour objectif de ralentir la l'évolution de la maladie.

Graphique 9. Le Luxembourg compte moins d'hospitalisations évitables que ses voisins



Remarque: les taux n'ont pas été ajustés en fonction des besoins en soins de santé ni des facteurs de risque pour la santé.

Source: statistiques de l'OCDE sur la santé (les données concernent 2015 ou la dernière année disponible).

5.2 ACCESSIBILITÉ

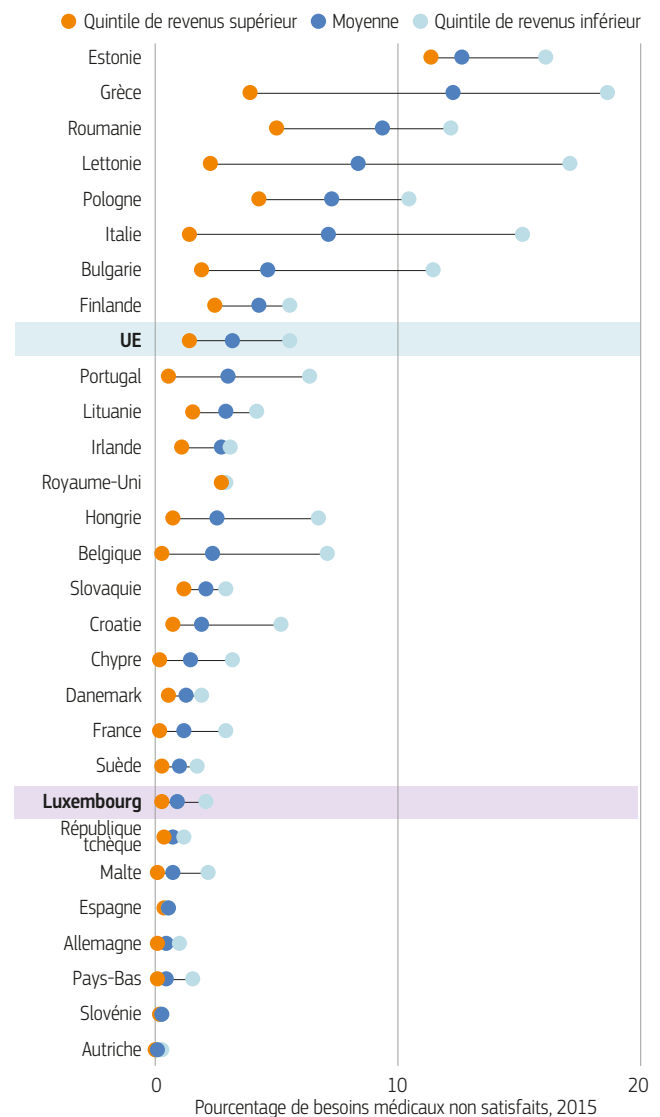
Il y a peu de besoins médicaux non satisfaits malgré une réduction marginale de la couverture

Les résidents luxembourgeois font état de très faibles niveaux de besoins non satisfaits en matière de soins médicaux pour des raisons de coûts, de distance ou de délais d'attente. Dans l'ensemble, il y a peu de différences en fonction des tranches de revenus, les niveaux de besoins non satisfaits déclarés par les groupes à faibles revenus n'étant que légèrement plus élevés (graphique 10). Le taux de couverture de l'assurance maladie-maternité obligatoire était de 95,2 % de la population en 2015, ce qui reflète une diminution progressive mais continue dans la mesure où il était d'environ 99 % en 2002. Toutefois, ce recul n'est pas perçu comme un problème dans le pays et ne figure pas à l'ordre du jour des décideurs. Il est très probablement dû aux résidents travaillant à l'étranger et à une augmentation du nombre de personnes travaillant pour les institutions de l'UE qui ne sont pas affiliées à la CNS. Autrement, seules les personnes travaillant occasionnellement au Luxembourg, c'est-à-dire moins de trois mois par année civile, sont exemptées de l'assurance maladie obligatoire. Ces personnes peuvent toutefois choisir de verser des cotisations volontaires au régime légal.

Malgré un panier de soins de base généreux, plus de la moitié de la population cotise à une assurance maladie volontaire complémentaire

L'assurance maladie obligatoire permet à la population assurée de bénéficier d'un généreux panier de soins de base, qui couvre plus de soins et services que ceux des pays voisins (encadré 2). Néanmoins, une assurance maladie volontaire complémentaire est souscrite par environ 56 % de la population résidente pour couvrir le ticket modérateur (participation du patient aux frais médicaux) appliqué à certains types de soins hospitaliers, soins dentaires, aides visuelles et autres services. Entre 2008 et 2015, les dépenses de santé associées aux assurances maladies complémentaires ont fortement augmenté et en 2015 elles représentaient 6 % des dépenses de santé totales (graphique 11). Cette hausse résulte de l'augmentation du ticket modérateur imposée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application des politiques de maîtrise des coûts introduites en 2010 (voir section 5.3; encadré 3).

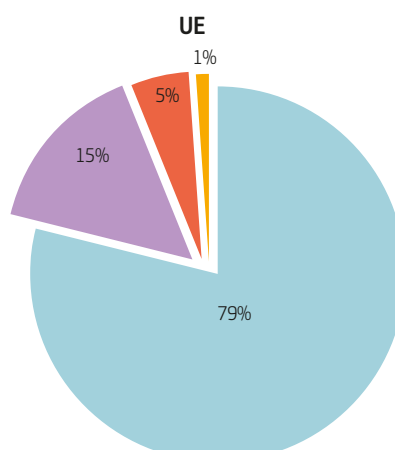
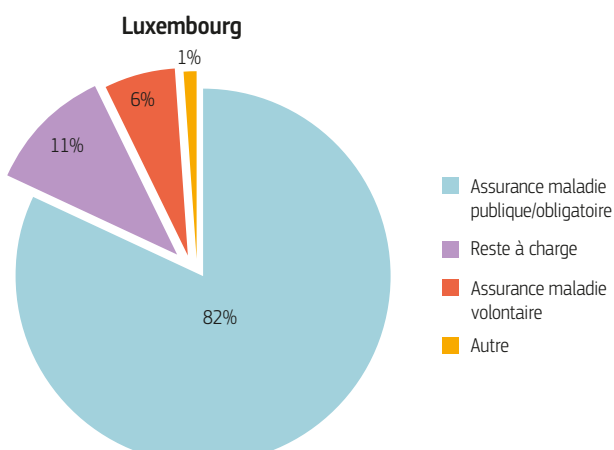
Graphique 10. Les variations des besoins de soins de santé non satisfaits varient légèrement selon le revenu



Remarque: les données portent sur les besoins d'examen médical ou de traitement non satisfaits en raison du coût, de la distance à parcourir ou des délais d'attente. Il convient de rester prudent lors de la comparaison des données entre pays car il existe des différences dans l'instrument d'enquête utilisé.

Source: base de données d'Eurostat, sur la base des statistiques EU-SILC (les données concernent 2015).

Graphique 11. Malgré les récentes hausses du ticket modérateur, les dépenses privées pour la santé sont faibles



Sources: statistiques de l'OCDE sur la santé; base de données d'Eurostat (les données concernent 2015).

ENCADRÉ 2. LE PANIER DE SOINS DE BASE INCLUT DES SERVICES COMPLETS, EN PARTICULIER POUR LES SOINS DENTAIRES

Le panier de soins de base offert par l'assurance maladie-maternité obligatoire est très généreux. Il couvre les soins primaires, secondaires et tertiaires, les analyses de laboratoire, l'imagerie médicale, les dispositifs médicaux, la réadaptation psychiatrique et fonctionnelle gériatrique, les cures et le transport du patient, ainsi que les soins palliatifs. Les programmes de médecine préventive couvrent des services ciblant des groupes spécifiques de la population (soins prénatals et postnatals, services de contraception gratuits pour les femmes de moins de 25 ans, désaccoutumance au tabac, traitement des douleurs du dos, etc.).

Les soins dentaires sont couverts dans le cadre des traitements de conservation, des extractions, des traitements d'orthodontie et des prothèses. Ces services sont remboursés au taux de 88 % moyennant une franchise de 60 EUR. Les services dentaires préventifs et les soins dentaires pour les enfants sont exonérés du ticket modérateur. Les prothèses sont couvertes à 100 %, excepté si l'assuré n'a pas consulté un dentiste régulièrement pour des soins préventifs de routine. Les suppléments pour les prothèses et les prestations qui vont au-delà de ce qui est jugé utile et nécessaire ne sont pas couverts. En 2017, le panier de prestations sera légèrement étendu, principalement par le remboursement de services dentaires et d'aides visuelles supplémentaires.

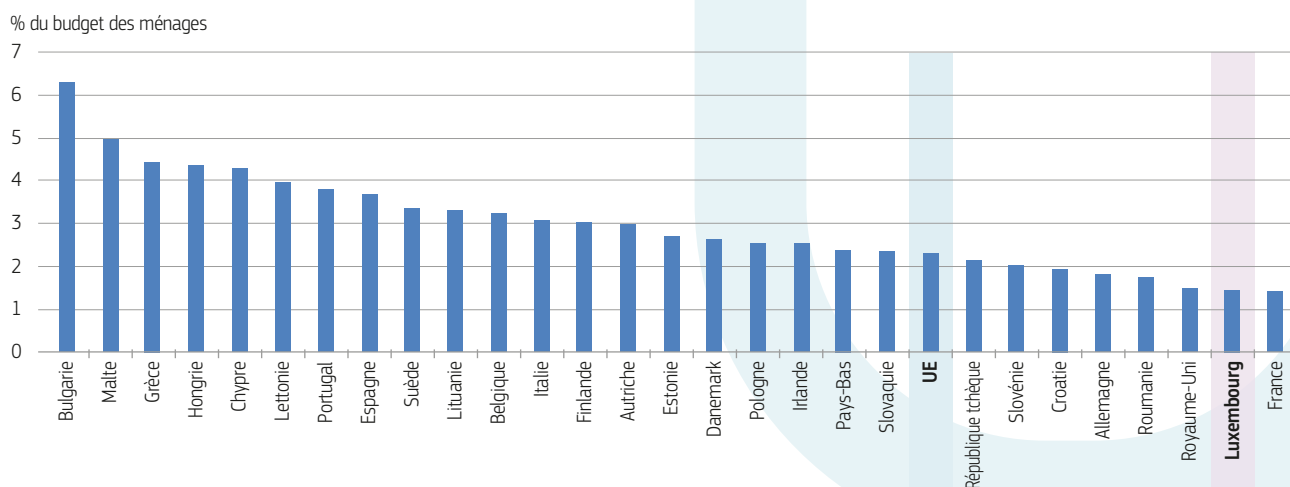
Les médicaments figurant dans une liste positive sont remboursés à trois taux différents (100 %, 80 % et 40 %) en fonction de critères tels que la gravité de la maladie, la disponibilité de produits de substitution, l'importance dans le processus thérapeutique et la charge financière.

Le Luxembourg a le deuxième niveau de reste à charge le plus faible, mais on relève certains signes précoces d'une montée des inégalités

Le système de santé est basé sur le principe du remboursement: l'assuré paie aux prestataires le coût des services de santé en milieu extra-hospitalier puis se fait rembourser par la CNS de 60 % à 100 % du total des coûts engagés. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge directement par la CNS, à l'exception d'une franchise journalière perçue auprès de tous les adultes (21 EUR, sauf en cas d'accouchement). La CNS paie également directement le coût des analyses de laboratoire, des produits pharmaceutiques et des soins de longue durée. L'intervention du patient qui dépasse 2,5 % de son revenu annuel brut est prise en charge par la CNS. En raison du niveau généralement faible du ticket modérateur et du rôle important joué par l'assurance maladie volontaire complémentaire, le reste à charge en proportion des dépenses totales a diminué de 13 % en 2006 à 11% en 2015. Exprimé en pourcentage de la consommation finale des ménages, il est désormais le plus faible de l'UE, avec la France (graphique 12).

Cependant, ce faible pourcentage du reste à charge des patients n'est qu'une moyenne. La proportion de personnes qui se trouvent dans le quintile de revenus le plus faible et déclarent des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières a augmenté, passant de 0,6 % à 2,0 % au cours de la même période (2006-2015). Bien qu'elle reste encore bien en deçà de la moyenne de l'UE (4,1 %), cette évolution doit être surveillée de près.

Graphique 12. Le poids des dépenses de santé dans le budget final des ménages au Luxembourg est parmi les plus faibles de l'UE



Sources: statistiques de l'OCDE sur la santé; base de données d'Eurostat (les données portent sur l'année 2015).

La disponibilité des services de santé est bonne malgré la dépendance vis-à-vis des pays voisins pour les soins spécialisés

La disponibilité des services de soins de santé semble très bonne, bien que de nombreux traitements complexes et procédures de diagnostic soient assurés de manière routinière dans les pays voisins, car il serait inefficace de proposer ces services à l'échelle nationale du fait de la taille de la population luxembourgeoise (voir section 4; encadré 1). La proportion d'individus qui se trouvent dans les quintiles de revenus supérieur et inférieur et déclarent des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons de distance ou de délais d'attente est très faible, ce qui est dû en partie à la disponibilité des services à l'extérieur du pays et à la couverture des coûts liés au transport médicalisé.

5.3 RÉSILIENCE⁸

Le Luxembourg bénéficie d'une forte stabilité budgétaire à moyen terme, mais la croissance des dépenses doit être surveillée de près

Actuellement, la situation économique du Luxembourg est très bonne: croissance continue de l'emploi, excédent budgétaire et croissance du PIB supérieure à la moyenne de l'UE. La contribution du budget central à la CNS est juridiquement établie à 40 % du total des ressources de la caisse (sans plafonnement du budget). Compte tenu de la capacité d'adaptation des finances publiques et de la situation favorable du marché du travail, les ressources financières pour les soins de santé devraient rester stables à moyen terme. Toutefois, avec la réforme majeure visant la maîtrise des coûts de santé en 2010, plusieurs mesures destinées à éviter le déficit annoncé du budget de l'assurance maladie ont été instaurées (encadré 3). Malgré cela, l'économie luxembourgeoise a très bien surmonté la crise financière et les recettes provenant des cotisations d'assurance maladie ont augmenté plus que prévu. En conséquence, la CNS a dégagé un excédent de 2014 à 2016, de sorte qu'en 2016 ses réserves s'élevaient à 23,6 % de ses dépenses courantes.

Malgré un climat économique favorable, les dépenses de santé publique en pourcentage du PIB devraient augmenter dans les prochaines décennies. En outre, les dépenses publiques en soins de longue durée devraient fortement augmenter, passant de 1,6 % en 2020 à 3,2 % du PIB en 2060, en conséquence de l'augmentation du nombre de personnes âgées ayant besoin de soins (Commission européenne et comité de politique économique, 2015). Cela pourrait présenter un risque pour la viabilité budgétaire à moyen et à long terme. La réforme des soins de longue durée dont l'adoption est prévue en 2018 vise à maintenir le niveau actuel de dépenses et à introduire l'évaluation régulière des critères d'admissibilité.

ENCADRÉ 3. LA RÉFORME DE 2010 SUR LA MAÎTRISE DES COÛTS EST DESTINÉE À AMÉLIORER L'EFFICACITÉ ET À PRÉVENIR LES DÉSÉQUILIBRES FINANCIERS

La loi sur la réforme de la santé de 2010 visait à améliorer l'efficacité du système de santé et à maîtriser l'évolution des dépenses. Ses mesures financières étaient axées sur le plafonnement des dépenses hospitalières avec l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale pour les hôpitaux, le remplacement de médicaments plus coûteux par d'autres moins coûteux et le gel temporaire des tarifs des prestataires de services. Des mesures ont également été prises pour accroître les taux du ticket modérateur; le taux de cotisation (de 5,4 % à 5,6 % du revenu brut) et le financement par l'État de l'assurance maladie-maternité (à 40 %). Combinés, ces efforts ont contribué à équilibrer le budget de la CNS.

Les améliorations de l'efficacité prescrites par la réforme de la santé de 2010 prévoyaient une plus grande coordination des soins, la transparence sur l'activité hospitalière avec l'introduction d'un système national d'information pour les soins hospitaliers et la création d'une cellule d'expertise médicale chargée d'examiner régulièrement les ajouts et modifications proposés au panier de soins de base. Dans ce contexte, l'agence nationale eSanté a été créée et travaille sur le projet pilote du dossier de soins partagé (DSP) depuis 2011.

La dépendance à l'égard des professionnels de la santé étrangers pourrait poser un problème à mesure que les praticiens vieillissent

Le Luxembourg s'appuie fortement sur le recrutement du personnel infirmier en France, en Belgique et en Allemagne. Ses médecins sont également recrutés à l'étranger (parce qu'il n'existe aucune faculté de médecine au Luxembourg) et prennent de l'âge. Bien que les résidents luxembourgeois aient tendance à revenir au pays après avoir suivi une formation et un enseignement professionnels à l'étranger, cette situation crée une forte dépendance à l'égard des pays voisins et une réelle concurrence pour attirer les professionnels de la santé.

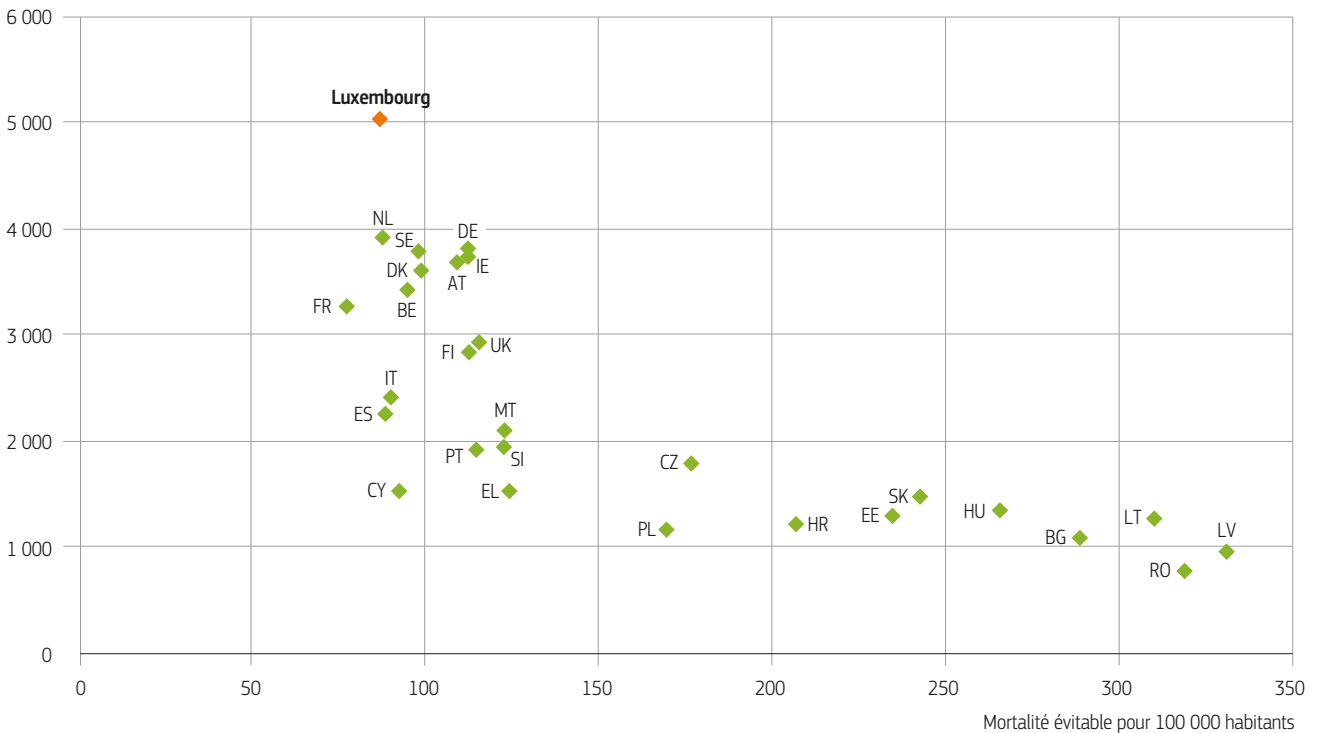
Le rapport coût-efficacité du système de santé pourrait être amélioré, en particulier par un recours accru aux génériques

Bien que de la mortalité évitable au Luxembourg soit parmi les meilleures d'Europe, le système de santé luxembourgeois est relativement coûteux. En comparaison, par rapport aux niveaux des dépenses de santé, plusieurs pays comme l'Espagne et la France atteignent des taux de mortalité évitable similaires ou moindres pour un coût par habitant beaucoup plus bas (graphique 13). Il n'est cependant pas possible d'isoler effectivement l'incidence des comportements en matière de santé et d'autres déterminants, indépendamment du système de soins de santé, sur le niveau de mortalité évitable.

8. La « résilience » est définie comme la capacité des systèmes de santé à s'adapter efficacement à l'évolution de l'environnement, à des chocs soudains ou à des crises.

Graphique 13. Le Luxembourg a une faible mortalité évitable, mais à un coût très élevé

Dépenses de santé par habitant (en euros, PPA)



Sources: statistiques de l'OCDE sur la santé; base de données d'Eurostat; base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales (les données concernent 2014).

La faible pénétration des génériques dans le secteur pharmaceutique du Luxembourg est un bon exemple de la façon dont le rapport coût-efficacité pourrait être amélioré. Le pays a, de loin, la plus faible pénétration des médicaments génériques de l'UE (11 % du volume total de produits pharmaceutiques remboursés contre 49 % dans les États membres pour lesquels les données sont disponibles en 2015) (graphique 14). Pour augmenter le recours aux génériques, le ministère de la Santé a introduit une politique de substitution fin 2014. Deux groupes de médicaments, comprenant un total d'environ 400 produits (représentant près de 10 % des dépenses totales de la CNS), ont été identifiés comme étant substituables par des médicaments génériques. Cette nouvelle politique a conduit à une augmentation modeste du remboursement des médicaments génériques de 7,7 % en 2013 à 11,3 % en 2016.

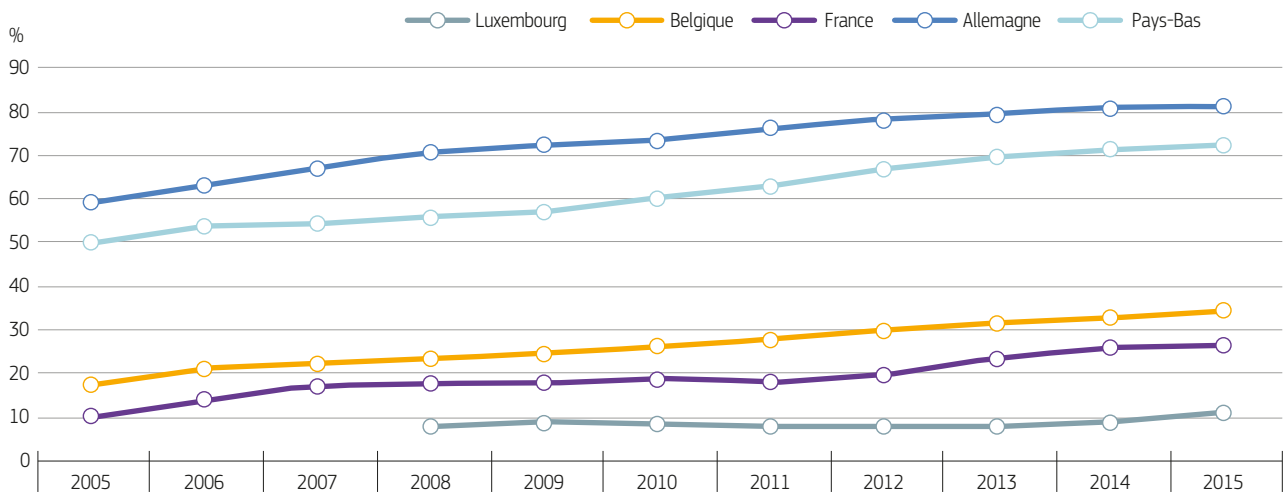
Les indicateurs de l'hôpital montrent qu'il est possible d'améliorer l'efficacité et de traiter plus de patients en ambulatoire

Les soins hospitaliers au Luxembourg sont assurés dans 10 hôpitaux⁹ offrant une capacité correspondant à 482 lits pour 100 000 habitants (contre 515 lits en moyenne dans l'UE). Bien qu'il n'y ait pas de barrière à l'accès et que le nombre de consultations en milieu extra-hospitalier soit faible, cela ne semble pas conduire à un nombre élevé d'hospitalisations. Au contraire, le nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants au

Luxembourg a diminué de 25 % entre 2004 et 2015 (graphique 15), essentiellement en raison de la croissance de la population. Les sorties d'hôpital ont également diminué de 20 % au cours de la même période, et sont désormais parmi les plus basses de l'UE, contribuant à une occupation des lits relativement faible (72 % contre 77 % au niveau de l'UE). Ces faibles niveaux d'utilisation des soins hospitaliers et ambulatoires traduisent toutefois la part élevée de patients qui vont se faire soigner à l'étranger.

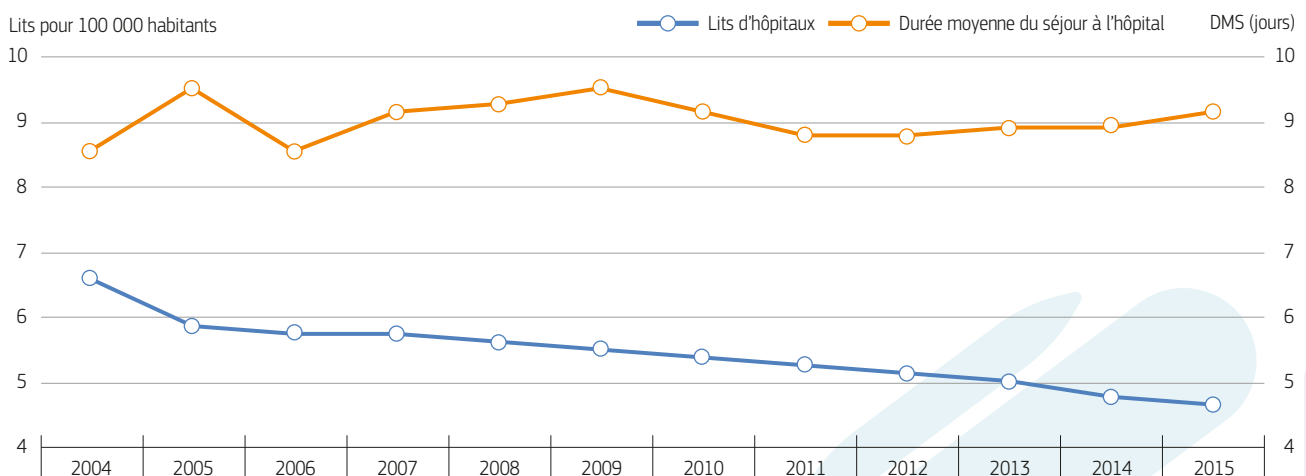
Cela dit, la durée moyenne du séjour (DMS) dans les hôpitaux du Luxembourg est demeurée stable au cours des dix dernières années (graphique 15), alors qu'elle a baissé dans les pays voisins, et est parmi les plus élevées de l'UE en 2015. L'absence de paiement fondé sur la classification des groupes homogènes de malades (GHM) et le sous-développement de la chirurgie d'un jour contribuent probablement à cette situation. Par exemple, bien que le pourcentage d'opérations de la cataracte réalisées en ambulatoire (79 %) ne soit que légèrement inférieur à la moyenne de l'UE, le pourcentage d'ablations des amygdales réalisées en ambulatoire (7 %) est parmi le plus faible d'Europe.

9. Après plusieurs fusions d'hôpitaux en 2014, le Luxembourg compte désormais quatre hôpitaux généraux et six hôpitaux spécialisés assurant des soins aigus, de réadaptation et palliatifs.

Graphique 14. Le Luxembourg a la plus petite part de marché des génériques dans les pays de l'UE

Remarque : les données pour la Belgique, l'Allemagne, le Luxembourg et les Pays-Bas concernent le marché des produits pharmaceutiques remboursés; les données pour la France concernent l'ensemble du marché pharmaceutique.

Source : statistiques de l'OCDE sur la santé, 2017.

Graphique 15. Le nombre de lits a diminué, mais la durée moyenne du séjour demeure élevée

Source : base de données d'Eurostat.

Il est nécessaire d'améliorer l'efficacité et la responsabilisation

Plusieurs tentatives visant à améliorer la transparence, la responsabilisation, la documentation des coûts des services et l'efficacité de la prestation des services dans les hôpitaux ont échoué ces dernières années. Plus précisément, l'établissement de classifications et de normes pour la description précise des services hospitaliers a, jusqu'à récemment, toujours rencontré l'opposition des médecins. Par conséquent, la mise en œuvre des réformes proposées, y compris l'introduction des paiements à la pathologie (classification des groupes homogènes de malades – GHM), est à la traîne. Une initiative a toutefois été menée à bien. Il s'agit de la carte sanitaire qui est un inventaire de tous les établissements hospitaliers existants, leurs services, leurs ressources, leurs équipements, etc., et devrait contribuer à l'élaboration d'un futur plan hospitalier.

Les systèmes d'information et l'évaluation de la performance font défaut

Un système d'information exhaustif est nécessaire pour aider à améliorer la surveillance des ressources, des coûts et de la qualité des soins du système de santé. Il n'existe actuellement aucune évaluation systématique de la performance du système de santé. De telles évaluations périodiques seraient utiles à l'élaboration des politiques et aideraient à passer d'une surcapacité et d'un recours excessif aux soins hospitaliers à davantage de services de soins ambulatoires et primaires.

6 Principales conclusions

- Le système de santé luxembourgeois prodigue des soins de qualité et a largement contribué à l'amélioration de la santé de la population. L'espérance de vie au Luxembourg est parmi les plus élevées et le taux de mortalité évitable est parmi les plus bas de l'UE. Toutefois, la prévention et le traitement de maladies comme le diabète pourraient être plus efficaces.
- Les facteurs de risque liés à l'hygiène de vie, à savoir le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité, sont des défis importants pour le système de santé et révèlent d'importantes inégalités en fonction de l'éducation et des revenus. Les indicateurs de mortalité évitable dressent un tableau contrasté de l'efficacité des politiques de prévention et donnent à penser qu'elles peuvent encore être améliorées. Un ensemble complet de stratégies de santé ainsi que d'activités ciblées de prévention et de promotion de la santé vise à atténuer ces risques en menant des actions de sensibilisation et des campagnes de santé publique. Toutefois, une surveillance attentive sera nécessaire pour démontrer l'efficacité de ces programmes et détecter les inégalités en matière de santé au sein de la population.
- Les dépenses en santé par habitant au Luxembourg sont les plus élevées des pays de l'UE. Cela permet d'offrir un panier de soins de base très généreux, avec un ticket modérateur faible et des services de soins de santé de grande qualité. La population bénéficie d'un bon accès financier et géographique aux services, ce qui se reflète dans le faible niveau des besoins non satisfaits et du reste à charge. Toutefois, le niveau de besoins non satisfaits pour une raison de coût augmente lentement dans les groupes à faible revenus.
- Des questions ont été soulevées quant à l'équilibre financier à long terme. La situation budgétaire favorable de l'assurance maladie-maternité a permis l'élargissement du panier de soins de base. Toutefois, l'augmentation des dépenses de santé, notamment pour les soins de longue durée, pourrait constituer un défi pour la viabilité budgétaire future du système. En termes de ressources humaines, bien que le Luxembourg ne connaisse pas aujourd'hui de pénuries inquiétantes, il dépend des diplômés issus d'autres pays, ce qui génère une certaine incertitude. Cela est également vrai pour les services de soins spécialisés pour lesquels le Luxembourg dépend des pays voisins.
- Une plus grande priorité politique pourrait être accordée à la répartition et à l'utilisation efficaces des ressources disponibles pour les soins de santé. Plusieurs indicateurs d'efficacité et plusieurs défis structurels montrent que des améliorations sont possibles, car le système est très coûteux et les méthodes de paiement n'encouragent pas l'efficacité en matière de prestation de services. Les dépenses pharmaceutiques pourraient également être optimisées en augmentant la pénétration des médicaments génériques. De même, la priorité pourrait être donnée à la définition et à l'établissement de tarifs (nomenclatures) pour les services médicaux et à l'évaluation des technologies de la santé.
- Pour améliorer l'efficacité des soins hospitaliers, il convient de poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire et, en l'absence de paiement à la pathologie, de renforcer la transparence et la responsabilisation. L'efficacité pourrait aussi être améliorée par l'utilisation de solutions compatibles basées sur les technologies de l'information pour l'administration et la gestion des hôpitaux, ainsi que de systèmes de passation de marchés publics centralisés. Une collaboration plus étroite entre les quatre hôpitaux généraux serait une façon d'aller de l'avant, avec des centres de compétence impliquant des hôpitaux volontaires ainsi que d'autres prestataires.
- Enfin, la marge d'amélioration des évaluations régulières de la performance du système de santé reste considérable, notamment lorsqu'il s'agit de surveiller les ressources allouées, les processus, les activités et les résultats. La mise en place de systèmes d'information appropriés jouera un rôle clé à cet égard.



Sources clés

Berthet, F. *et al.* (2015), «Luxembourg: HiT in Brief», Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague.

OCDE/UE (2016), «Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle» (*Panorama de la santé: Europe*), Éditions de l'OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Références

ADEM (2017), «Panorama du marché de l'emploi», Agence pour le développement de l'emploi, <http://www.adem.public.lu/fr/marche-emploi-luxembourg/panorama-marche-emploi/index.html>, consulté le 22.2.2017.

CNS (2016), *Rapport Annuel 2015*, Caisse nationale de santé, Luxembourg.

«Patients' Rights in Cross-border Healthcare in the European Union», *Special Eurobarometer 425*, Commission européenne, direction générale de la santé, 2015.

Commission européenne (DG Affaires économiques et financières) et comité de politique économique (AWG), «The 2015 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)», *European Economy* 3, Bruxelles, mai.

IGSS (2016), «Rapport Général sur la Sécurité Sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2016», Inspection générale de la sécurité sociale, Luxembourg.

IHME (2016), «Global Health Data Exchange», Institute for Health Metrics and Evaluation, disponible sur <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Kringos, D. *et al.* (2015), «Luxembourg», in D. Kringos *et al.* (éd.), *Building Primary Care in a Changing Europe. Case Studies*, Observatory Studies Series 40, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, pp. 163–170.

Kringos, D. *et al.* (2013), «Building Primary Care in a Changing Europe», *Observatory Studies Series* 38, Vol. 1, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

Maier, C.B. *et al.* (2014), «Monitoring Health Professional Mobility in Europe», in J. Buchan *et al.* (éd.), *Health Professional Mobility in a Changing Europe – New Dynamics, Mobile Individuals and Diverse Responses*, Organisation mondiale de la santé (au nom de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé), Copenhague, pp. 95–127.

Liste des abréviations des noms de pays

Allemagne	DE	Danemark	DK	Hongrie	HU	Malte	MT	Roumanie	RO
Autriche	AT	Espagne	ES	Irlande	IE	Pays-Bas	NL	Slovaquie	SK
Belgique	BE	Estonie	EE	Italie	IT	Pologne	PL	Slovénie	SI
Bulgarie	BG	Finlande	FI	Lettonie	LV	Portugal	PT	Suède	SE
Chypre	CY	France	FR	Lituanie	LT	République		Royaume-Uni	UK
Croatie	HR	Grèce	EL	Luxembourg	LU	tchèque	CZ		

State of Health in the EU

Profils de santé par pays 2017

Les profils de santé par pays sont une étape importante du cycle biennal de travaux de la Commission européenne sur l'état de la santé dans l'Union et sont le fruit du travail mené conjointement par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'European Observatory on Health Systems and Policies. Cette série de profils a été coordonnée par la Commission et réalisée avec l'assistance financière de l'Union 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. L'objectif est de créer un outil d'apprentissage mutuel et d'échanges volontaires qui soutienne les efforts des États membres dans l'élaboration de leurs politiques fondées sur des données factuelles.

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.

Il s'agit de la première série de profils de santé par pays biennal, publiée en novembre 2017. La Commission assortit les principales conclusions de ces profils de santé par pays d'un rapport d'accompagnement.

Pour de plus amples informations, voir: ec.europa.eu/health/state/summary_fr

Merci de citer cet ouvrage comme suit:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Luxembourg: Profils de santé par pays 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285323-fr>

ISBN 9789264285323 (PDF)

Series: State of Health in the EU

ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.