

Plan National Santé

État des lieux du système
de santé luxembourgeois

P.12

Valeurs,
principes et vision

P.36

Le système de santé
dans dix ans

P.42

Axes stratégiques
et opérationnels du PNS

P.66



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

“

Le système de santé luxembourgeois garantit un accès égal et universel à des soins de santé de qualité, dans le cadre d'un parcours de soins coordonné et articulé autour des besoins du patient, en garantissant l'allocation pertinente des ressources disponibles dans l'intérêt général des patients et de la santé publique.¹

”

“

Le Plan National Santé présente les lignes directrices visant à améliorer l'état de la santé de la population protégée au Luxembourg

”

Mots des Ministres

Le *Gesondheitsdësch* nous a permis un échange participatif et structuré avec les acteurs du secteur autour des défis auxquels notre système de santé est confronté aujourd'hui. Fruit de cette coopération étroite, une stratégie a été dégagée autour des actions requises pour faire avancer notre système et pour le rendre plus attractif pour les patients et les prestataires dans la décennie à venir.

Dans cette perspective, le Plan National Santé (PNS) présente les lignes directrices visant à améliorer l'état de la santé de la population protégée du Luxembourg, en mettant l'accent sur la promotion de santé et la prévention, tout en garantissant une qualité de soins élevée et un accès à tous, ainsi qu'en renforçant la résilience, la viabilité financière et la durabilité à long terme de notre système de santé. A cet égard, il a également pour objectif de présenter les politiques et mesures adaptées pour attirer et retenir les professionnels de la santé, pour faire avancer la digitalisation et à créer un environnement propice à l'innovation.



Paulette Lenert
Ministre de la Santé
Ministre déléguée à la Sécurité sociale

Cette première édition d'un PNS s'adresse à l'ensemble des professionnels du secteur santé, aux patientèles, aux groupements professionnels et associatifs de ce secteur, d'une part, et à l'ensemble des assurés et des membres de leurs familles, aux citoyennes et citoyens d'autre part. Elle recueille trente-sept actions concrètes déployées dans le cadre de douze axes stratégiques et la mise en œuvre se fera ensemble avec tous les acteurs publiques et privés concernés avec l'objectif de maintenir et de développer davantage le système de santé luxembourgeois dans l'intérêt général et de la santé publique.



Claude Haagen
Ministre de la Sécurité sociale

Table des matières

	Mots des Ministres	5
	Axes stratégiques du Plan National Santé	8
	Préface	10
1	État des lieux du système de santé luxembourgeois	12
1.1	ÉTAT DE LA SANTÉ	13
	1.1.1 État de santé général	14
	1.1.2 Décès	15
	1.1.3 Infirmités	16
	1.1.4 Recours aux soins	16
	1.1.5 Absences de travail	18
	1.1.6 Facteurs de risques	19
1.2	PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	22
	1.2.1 Qualité des soins	22
	1.2.2 Accès aux soins	22
	1.2.3 Personnel de santé	24
	1.2.4 Infrastructure hospitalière et parcours de soins	25
	1.2.5 Prévention	26
	1.2.6 Compétences en santé et promotion de la santé au Luxembourg	27
	1.2.7 Gouvernance	28
	1.2.8 Digitalisation et innovation	29
	1.2.9 Vieillesse et soins de longue durée	30
1.3	CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE ET FINANCEMENT	31
	1.3.1 Démographie	31
	1.3.2 Financement	32
1.4	CONCLUSIONS	35
2	Valeurs, principes et vision	36
2.1	DES VALEURS FORTES POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ	36
	2.1.1 La qualité	37
	2.1.2 L'équité	38
	2.1.3 La confiance	38
	2.1.4 L'attractivité	39
2.2	UNE VISION AUDACIEUSE POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ	40

3	Le système de santé dans dix ans	42
3.1	DIMENSION I: CONTINUER À AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	43
3.1.1	Axe stratégique 1: Élaborer une stratégie et une implémentation coordonnée de la promotion de santé et de la prévention des maladies	43
3.1.2	Axe stratégique 2: Renforcer la communication et la collaboration entre le citoyen et les professionnels du système de santé	46
3.2	DIMENSION II: POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DU PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS	47
3.2.1	Axe stratégique 3: Renforcer le rôle des soins primaires	47
3.2.2	Axe stratégique 4: Développer des stratégies et des parcours de soins intégrés pour les pathologies avec le plus grand impact sur la santé	49
3.2.3	Axe stratégique 5: Favoriser l'amélioration continue de la prise en charge par une évaluation critique de la pertinence et de la qualité	51
3.2.4	Axe stratégique 6: Optimiser et valoriser la médecine hospitalière et soutenir le virage ambulatoire	52
3.3	DIMENSION III: CONTINUER À AMÉLIORER LE CADRE GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	56
3.3.1	Axe stratégique 7: Améliorer le recueil, l'analyse et l'utilisation des données de santé	56
3.3.2	Axe stratégique 8: Renforcer la digitalisation du système de santé	58
3.3.3	Axe stratégique 9: Promouvoir l'innovation	60
3.3.4	Axe stratégique 10: Garantir la disponibilité de professionnels de santé en améliorant l'attractivité du secteur de la santé	61
3.3.5	Axe stratégique 11: Centraliser la gouvernance et la planification	65
3.3.6	Axe stratégique 12: Ajuster le cadre financier	66
4	Axes stratégiques et opérationnels du Plan National Santé	68
5	Glossaire	71
6	Bibliographie	74
7	Liste des figures	77
8	Liste des tableaux	77

Axes stratégiques du Plan National Santé



I

Continuer à améliorer l'état de
SANTÉ DE LA POPULATION

1. Élaborer une stratégie et une mise en œuvre coordonnée de la *promotion* de santé et de la *prévention*

2. Renforcer la *communication* et la collaboration entre le citoyen et les professionnels du système de santé

II

Poursuivre l'amélioration du
**PARCOURS DE SOINS
DES PATIENTS**

3. Renforcer le rôle des *soins primaires*

4. Développer des stratégies et des parcours de soins intégrés pour les *pathologies avec le plus grand impact sur la santé*

5. Favoriser l'amélioration continue de la prise en charge par une *évaluation critique* de la pertinence et de la qualité

6. Optimiser et valoriser la *médecine hospitalière* et soutenir le *virage ambulatoire*

III

Continuer à améliorer le cadre
**GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT
DU SYSTÈME DE SANTÉ**

7. Améliorer le recueil, l'analyse et l'utilisation des *données de santé*

8. Renforcer la *digitalisation* du système de santé

9. Promouvoir *l'innovation*

10. Garantir la disponibilité de *professionnels de santé* en améliorant l'attractivité des professions

11. Centraliser la *gouvernance* et la planification

12. Ajuster le *cadre financier*

2 Préface

Dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)² le terme santé est défini par « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » Cette définition très large a notamment été à l'origine de la stratégie « Santé dans toutes les politiques (health in all policies) » préconisée par l'OMS. Actuellement, ce concept de bien-être est développé davantage par le bureau de l'OMS de la région Europe dans un nouveau modèle des « économies du bien-être », insistant sur le bien-être humain, social, économique et planétaire et les interrelations inévitables entre ces quatre dimensions.

Conformément à cette définition de modèle innovant, se caractérisant par un changement de paradigme de « sickcare » vers « healthcare », c'est l'individu qui sera au centre du Plan National Santé dont l'aspiration sera de faciliter son bien-être dans toutes ces dimensions. À cette fin, une analyse des plus grandes charges de maladie (angl. *burden of disease*) et de mal-être sera fondamentale, mais pas suffisante.

Pour permettre à l'individu un bien-être complet, il est essentiel de prendre en compte son contexte économique et social, son environnement et son entourage. Ceux-ci évoluent en fonction des phases de vie de l'individu, et sont fortement influencés par les parents et l'école lors de l'enfance et de l'adolescence, puis par le travail pour les adultes et enfin pour les personnes âgées ou les personnes à besoins spécifiques et

les personnes particulièrement vulnérables par leurs échanges sociaux et la qualité des services qui leurs sont proposés.

La démographie de la population, l'éducation, tout comme la solidarité sociale ou encore la situation socio-économique sont des facteurs déterminants pour une stratégie holistique de santé publique. La santé au niveau collectif est évidemment tributaire aussi de la performance du système de santé. Celui-ci inclut les différents niveaux de soins – avec les professionnels qui les assurent – ainsi que l'accès à ces soins, les infrastructures médicales et de soins, les institutions de formations de base et de formations continues. Mais l'engagement de l'individu pour sa propre santé et bien-être est tout aussi une pierre angulaire de cet édifice. Ainsi toutes les parties prenantes impliquées doivent contribuer au modèle innovant du bien-être physique, mental et social.

Ce Plan National Santé se base sur une analyse critique du système de santé luxembourgeois, sur les discussions autour du Gesondheitsdësch dont les groupes de travail ont eu lieu entre 2020 et 2022, ainsi que sur des échanges avec différents experts et acteurs nationaux et internationaux. Il est important de noter que le Plan National Santé ne cherche pas à couvrir tous les éléments d'un système de santé extrêmement vaste, mais vise à fixer les priorités de santé publique pour les prochaines années.





“

Ce Plan National Santé se base sur une analyse critique du système de santé luxembourgeois, les discussions autour du *Gesondheitsdësch...* ainsi que des échanges avec différents experts et acteurs nationaux et internationaux.

”

1 État des lieux du système de santé luxembourgeois

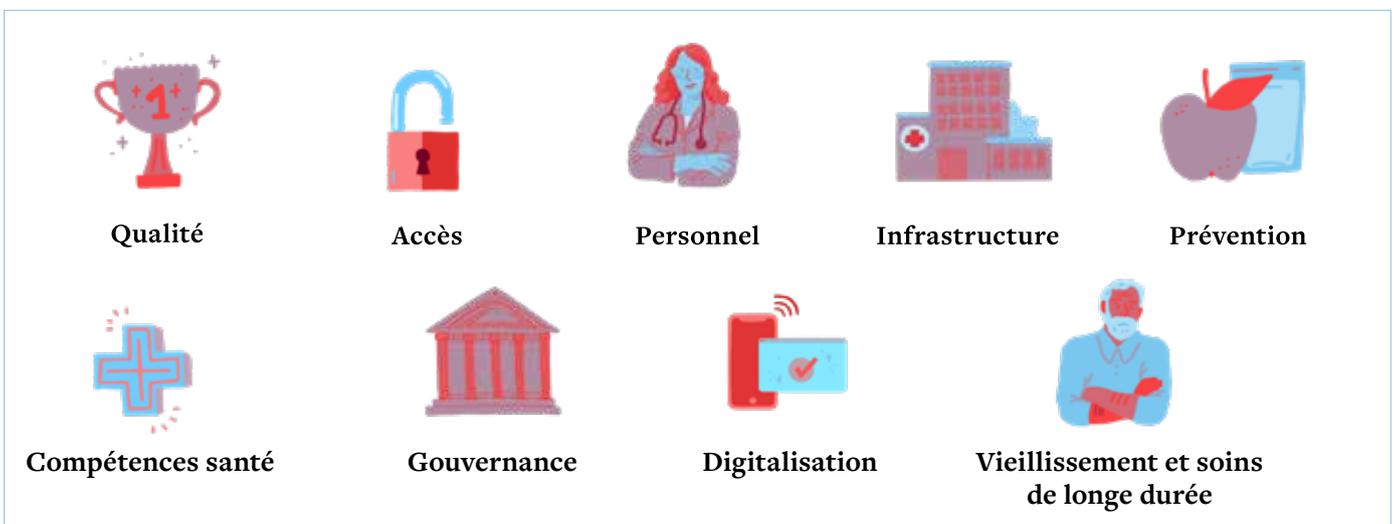


L'analyse du système de santé au Luxembourg est inspirée par le modèle de comparaison de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)³, dans lequel l'état de santé dépend du contexte socio-économique et de la performance du système de santé.

ÉTAT DE LA SANTÉ



PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ



CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE ET FINANCEMENT

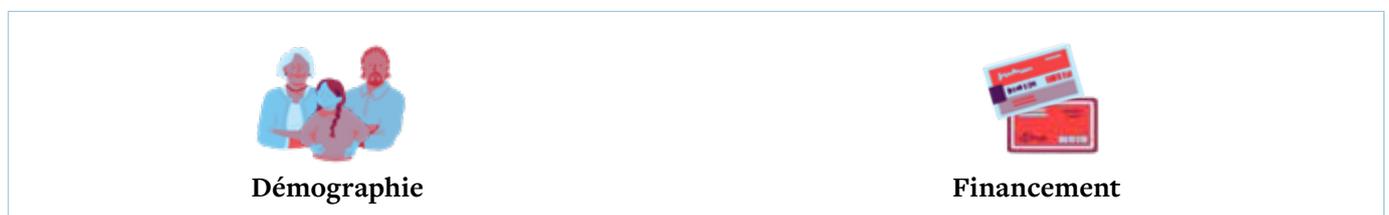


Figure 1 | Cadre conceptuel pour l'évaluation de la performance du système de santé

1.1 ÉTAT DE SANTÉ

1.1.1 État de santé général

Au Luxembourg, 71 % des personnes se déclarent en bonne santé, ce qui correspond à la moyenne de l'Union européenne (70 %).¹² Ce pourcentage est proportionnellement plus élevé chez les personnes au-delà de 65 ans : en effet, dans cette catégorie d'âge 55.5 % des femmes et 54.7 % des hommes vivant au Luxembourg se disent en bonne ou très bonne santé, alors que les moyennes européennes sont respectivement de 38.2 % et 44 % seulement.¹³ L'espérance de vie à la naissance des Luxembourgeois est en 2020, avec une moyenne de 81.8 années (femmes 84.2 et hommes 79.4), relativement élevée et comparable à celle de l'Union européenne (80.6 années) et celle des pays limitrophes.^{14,15} En même temps, le Luxembourg connaît un faible taux de mortalité évitable par rapport à la moyenne de l'Union européenne (Luxembourg 134 contre 159 pour 100'000 habitants dans l'Union européenne).

Bien que la population du Luxembourg soit relativement jeune, la croissance du nombre de personnes âgées de 70 ans et plus a un impact significatif sur le système de santé.¹⁶ La plupart des gains d'espérance de vie ont été réalisés après l'âge de 65 ans, mais de nombreuses années de vieillesse sont vécues avec des maladies chroniques et des handicaps, ce qui augmente la demande sur les systèmes de santé et de soins de longue durée.¹⁷ En effet, le nombre moyen d'années vécues en bonne santé (62.6 années au Luxembourg) est inférieur à la moyenne européenne (64.6 années) - mais à un niveau similaire à celui des pays voisins ou de la Suisse (60.6).





1.1.2 Décès

En 2019, 4'283 personnes sont décédées au Luxembourg. Les causes les plus fréquentes pour ces décès sont les tumeurs (26.59 % en 2019 contre 26.43% en 2000 : principalement le cancer du poumon et le cancer colorectal mais aussi d'autres tumeurs malignes comme le cancer du sein ou des lymphomes), les maladies de l'appareil circulatoire (26.54 % en 2019 contre 38.46% en 2000 : cardiopathie ischémiques et maladies cérébrovasculaires et autres), ainsi que les maladies neurologiques dégénératives (5.83% en 2019 contre 3.54 % en 2000).¹⁸

L'augmentation de l'espérance de vie depuis 2000 est due à la réduction des taux de mortalité pour toutes les principales causes de décès. En particulier, les taux de mortalité par cardiopathie ischémique et par accident vasculaire cérébral ont diminué et, bien qu'ils restent parmi les principales causes

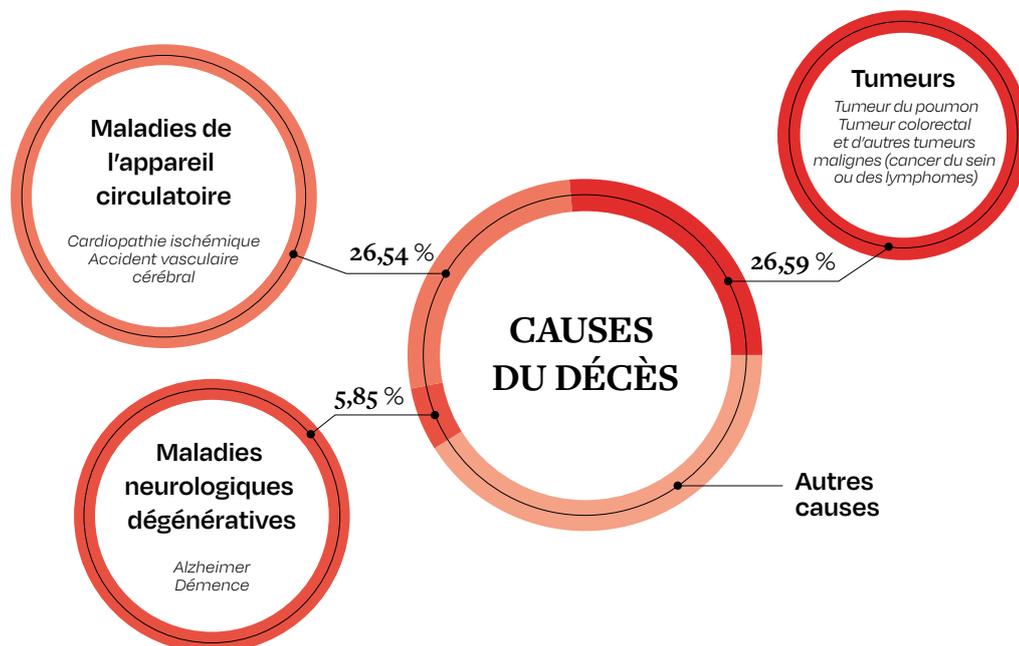
de décès, ils sont parmi les plus bas de l'Union européenne.¹² Par contre la pandémie COVID-19 a contribué à une réduction temporaire de l'espérance de vie de 11.5 mois en 2020.¹⁹

Le nombre de cas de maladies d'Alzheimer est en hausse depuis des années (+50.5 % entre 2009 et 2019).⁴ Au vu du vieillissement croissant de la population, cette progression devrait se confirmer à l'avenir.

Le taux de suicide est moins élevé que la moyenne européenne (Luxembourg : 8.65 contre 12 suicides pour 100'000 habitants dans l'Union européenne en 2019).²⁰ D'autres indicateurs sur la santé mentale dressent pourtant a priori une image plus alarmante : ainsi 9.5% de la population luxembourgeoise contre 7.1 % de la population européenne sont touchés par des problèmes de dépression chronique.²¹

CAUSES DE DÉCÈS LES PLUS FRÉQUENTES AU LUXEMBOURG 2019 ^{4,12}

Figure 2



DÉCÈS^{4,5}

Décès les plus fréquents par ordre décroissant, 2019

(Nombre total qui est influencé par les changements démographiques : taux de croissance de la population entre 2009 et 2019 = +24.4%)^{6,7}

Tableau 1



↑ Croissance sur 10 ans > 25 %
 ↗ Croissance sur 10 ans entre 5 % et 25 % | → Croissance sur 10 ans entre 0 % et 5 % | ↘ Croissance sur 10 ans entre 0 % et -10 %

INFIRMITÉS ET DÉCÈS COMBINÉS^{4,5}

Infirmités et décès combiné les plus fréquentes par ordre décroissant 2019

(Nombre total qui est influencé par les changements démographiques : taux de croissance de la population entre 2009 et 2019 = +24,4%)

Suivi Tableau 1



↑ Croissance sur 10 ans > 25%
 ↗ Croissance sur 10 ans entre 5% et 25% | → Croissance sur 10 ans entre 0% et 5% | ↘ Croissance sur 10 ans entre 0% et -10%



1.1.3 Infirmités

En termes de maladies, les lombalgies, le diabète, les céphalées ainsi que les troubles dépressifs sont les plus fréquentes à impacter la santé de la population du Luxembourg.^{4,5} À part le diabète, ces maladies sont plus fréquentes au Luxembourg que dans des pays à index démographique et niveau socio-économique comparable. Les lombalgies et les céphalées sont également très fréquents dans des économies hautement développées, dont l'Allemagne, les Pays-Bas, le Danemark et la Norvège.^{4,5}



1.1.4 Recours aux soins

En 2019, sur base d'un nombre faible d'admissions pour l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'OCDE estime que le Luxembourg a une bonne efficacité du système des soins primaires et des soins secondaires ambulatoires dans la gestion des maladies chroniques.³ Pour le diabète, tandis que l'indicateur d'efficacité reste supérieur à la moyenne européenne, il est décroissant depuis des années, signalant une perte d'efficacité de la prise en charge.

En même temps, l'hospitalisation de jour a fortement augmenté et représentait 44.8% du total des admissions en 2019 contre 31% en 2010, avec des variations prononcées entre établissements hospitaliers (de 39.3% à 53.1% du total des admissions).²² A noter que les hospitalisations de jour regroupent les admissions à l'hôpital et sorties le même jour, sans présence à minuit ainsi que l'activité réalisée dans les places de surveillance ambulatoire. Ainsi, sur la dernière décennie la croissance des admissions pour séjours stationnaires a largement pu être maîtrisée par l'augmentation des prises en charge ambulatoires. Malgré ce progrès, le virage ambulatoire reste aujourd'hui trop peu avancé en comparaison internationale : à titre d'exemple, 59.4% des arthroscopies du genou ou 59.8% des chirurgies des hernies abdominales sont aujourd'hui encore effectuées en milieu stationnaire hospitalier.²³ Or pour ce type d'interventions il est aujourd'hui communément admis qu'une prise en charge ambulatoire est souvent indiquée d'un point de vue médical, mieux adaptée aux patients et moins consommatrice de ressources.

En terme des motifs d'hospitalisations, en 2019 les admissions à l'hôpital attribuées aux tumeurs représentaient 20.6% du total des séjours hospitaliers, aux maladies du système ostéoarticulaire 9.3%, aux maladies de l'appareil digestif 8.7% et aux grossesses et accouchements 7.9%.⁸

RECOURS AUX SOINS⁸ (HOSPITALISATIONS)

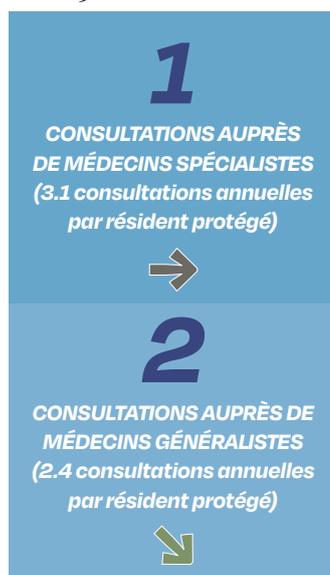
Diagnostiques principaux pour admissions hospitalières les plus fréquents par ordre décroissant, 2019, ICD-10-CM

Suivi Tableau 1



RECOURS AUX SOINS⁹ (SOINS PRIMAIRES)

Nombre de consultations en 2019



↑ Croissance sur 10 ans > 25 %
↗ Croissance sur 10 ans entre 5 % et 25 % | ➔ Croissance sur 10 ans entre 0 % et 5 % | ↘ Croissance sur 10 ans entre 0 % et -10 %

En même temps, les services d'urgence luxembourgeois sont surchargés en raison d'une surutilisation. Près d'une admission sur cinq représente un cas non urgent. Une personne sur quatre pourrait en fait être traitée par un médecin généraliste.²⁴ Depuis 2018, des mesures d'amélioration ont été lancées pour accélérer la prise en charge du patient dès son admission par un meilleur triage et par une meilleure information du patient et de ses proches. Le Ministère de la Santé a mis en place des campagnes d'information ciblées, régulières et accessibles à tous sur l'opportunité de solliciter les services d'urgence et les structures alternatives en place. Finalement, un montant complémentaire de 2 millions d'euros fut intégré dans l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier à partir des années 2017 et 2018, permettant ainsi d'engager du personnel supplémentaire destiné spécifiquement aux services d'urgence.^{24,25}

En 2019, les résidents assurés du Luxembourg ont eu en moyenne 5.5 consultations avec un médecin (généraliste et spécialiste) ce qui est inférieur à la moyenne de l'OCDE (6.7 consultations p.p.). En revanche, il faut noter que 3.1 des consultations ont eu lieu auprès de médecins spécialistes, contre 2.4 auprès de médecins généralistes. Ceci reflète la répartition professionnelle des spécialités médicales caractérisée par une plus grande représentation de médecins spécialistes par rapport aux médecins généralistes.^{15,26} Une potentielle pénurie de médecins dans les soins de base risque d'entraîner une augmentation des coûts de la santé, du risque d'hospitalisations non-programmées, de recours à des services d'urgence, voire de la mortalité.²⁷ En Suisse par exemple, les médecins généralistes et les pédiatres résolvent 94,3 % des problèmes de santé et ne génèrent que 7,9 pour cent des coûts de santé.²⁸

TOP 10 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX EN ICD-10-CM POUR L'ANNÉE 2019 (données de la documentation hospitalière)

Tableau 2

Code ICD-10CM ⁸	Libellé	Nombre d'admissions	% de tous les diagnostics principaux renseignés
C00-D48, Z51	Tumeurs	40'982	20.6%
M00-M99	Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	18'494	9.3%
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	17'335	8.7%
O00-O99, Z38	Grossesse, accouchement et puerpéralité	15'622	7.9%
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	12'043	6.1%
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes	10'616	5.3%
G00-G99	Maladies du système nerveux	9'106	4.6%
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	8'901	4.5%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	7'476	3.8%
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	7'352	3.7%
		147'927	74.5 %
	Total d'admissions :	198'515	100 %



ABSENCES AU TRAVAIL¹⁰

Suivi Tableau 1



1.1.5 Absences au travail

La structure économique luxembourgeoise est largement dominée par le secteur des services dont l'émergence à partir des années 1970 a résulté du développement remarquable de la place bancaire et financière.²⁹ En 2020, 87.5 % de la population active était employé dans le secteur des services.¹⁸ La forte proportion de travailleurs dans le secteur des services et le niveau de prospérité généralement élevé, associés à un certain mode de vie, expliquent partiellement l'incidence accrue de certaines maladies telles que la dépression, les maladies cardiovasculaires, les problèmes de dos et l'obésité. Ainsi, les épisodes dépressifs (49 %) ainsi que les dorsalgies (21 %) sont les raisons les plus fréquentes pour les incapacités de travail de longue durée (incapacité de travail, en continu ou en vrac de plus de 35 jours sur une période de référence de 80 jours).^{30,31}

De manière générale, l'absentéisme au travail pour cause de maladie est en constante augmentation sur la dernière décennie, en particulier les absences liées aux troubles mentaux et du comportement (principalement dépressions) : en 2020 ces derniers ont représenté 5.2 % des épisodes

d'absence totalisant 14.5 % des jours d'incapacité de travail.¹⁰

En 2020, 15'515 accidents au travail (y inclus accidents de trajet et maladies professionnelles) ont été déclarés à l'assurance accident au Luxembourg.³² Le Luxembourg a un des taux les plus élevés en termes d'accidents mortels au travail d'Europe (taux d'incidence de 3.1 par 100'000 employés contre 1.7 en Europe en 2019).³³ En mars 2016 la « VISION ZERO », donc la vision par rapport à la prévention des accidents liés au travail, a été lancée. Les thèmes forts sont la responsabilisation, la prévention et la formation à tous les niveaux de l'entreprise avec l'objectif de la diminution continue du nombre des accidents graves et mortels, c'est-à-dire zéro mort, zéro blessé grave.³⁴ Différentes activités ont été lancées à cet effet, telles que des campagnes médiatiques, des publications et des conférences nationales et internationales. Selon un premier bilan intermédiaire de février 2022, une diminution prometteuse de 15 % des accidents liés au travail par rapport à 2014 a déjà été réalisée en 2019, un développement qui sera soutenu et encouragé dans les années à venir.³⁴



De manière générale, l'absentéisme au travail pour cause de maladie est en constante augmentation sur la dernière décennie, et tout particulièrement les absences liées aux troubles mentaux et du comportement





1.1.6 Facteurs de risque

Un nombre limité de facteurs de risque est responsables de la majorité des maladies et des causes de décès. Plus d'un décès sur trois (37%) au Luxembourg en 2017 était dû à des facteurs de risque comportementaux, notamment le tabagisme, les risques alimentaires, la consommation d'alcool et une faible activité physique, soit un peu moins que la moyenne de l'Union européenne dans son ensemble (39%).¹⁷

- Environ 17 % de tous les décès peuvent être attribués au seul tabagisme (consommation et exposition passive).¹⁹
- Selon les estimations, les risques alimentaires, notamment une faible consommation de fruits et légumes et une consommation élevée de sucre et de sel, sont responsables d'environ 13 % des décès au Luxembourg, soit moins que la moyenne de l'Union européenne.¹⁹
- Environ 7 % des décès peuvent être attribués à la consommation d'alcool, soit l'une des proportions les plus élevées de l'Union Européenne.¹⁷
- En termes de risques métaboliques l'hyperglycémie, l'hypertension ainsi que l'obésité constituent les facteurs de risques les plus fréquents.¹⁷

Malgré une certaine stabilité, le tabac reste donc le principal tueur au Luxembourg, les risques alimentaires et la consommation d'alcool étant en croissance. Il est d'autant plus inquiétant de noter une récente augmentation pour les années 2019, 2020 et 2021 du tabagisme parmi les personnes jeunes (35% de fumeurs parmi les 25-34 ans, alors que la moyenne de la population adulte est de 27%).³⁵

Le « Global Observatory for Physical Activity » note dans son rapport pour 2020 que 39% de la population du Luxembourg est physiquement inactive (comparé à 30% en moyenne pour les 162 pays évalués par l'Observatoire). Le temps moyen en position assise est de 5.1 heure/jour, positionnant notre pays également parmi les pays les moins bien notés. Finalement, il est estimé que 9.8% des décès au Luxembourg sont la suite de l'inactivité physique (contre 9% au niveau mondial).³⁶

FACTEURS DE RISQUES^{4,5,11}

Risques comportementaux

Suivi Tableau 1



Risques métaboliques



- ↑ Croissance sur 10 ans > 25%
- ↗ Croissance sur 10 ans entre 5% et 25% | → Croissance sur 10 ans entre 0% et 5% | ↘ Croissance sur 10 ans entre 0% et -10%

À partir de 2020, la crise du COVID-19 a engendré une dégradation du bien-être mental, en particulier chez les jeunes et les personnes à faibles revenus.³⁷ En 2018, déjà un adulte sur neuf (11 %) en moyenne dans les pays de l'Union européenne déclarait des symptômes de détresse psychologique contre 8 % au Luxembourg.¹⁵ Si ces taux suggèrent que la détresse psychologique est courante dans tous les pays de l'Union européenne, ils ne reflètent pas un diagnostic clinique. Les données auto-déclarées peuvent être influencées par les différences culturelles, ainsi que par les différents niveaux de stigmatisation et de connaissance de la santé mentale.

Un risque supplémentaire de santé publique découle de la disponibilité et de la consommation d'un large éventail de drogues. La consommation de drogues illicites reste un problème majeur de santé publique en Europe. Près d'un tiers des adultes et adolescents de l'Union européenne âgés de 15 à 64 ans, soit environ 97 millions de personnes, ont consommé des drogues illicites à un moment ou à un autre de leur vie, l'expérience de la consommation de drogues étant plus souvent rapportée par les hommes que par les femmes.¹⁵

Au Luxembourg, la mortalité liée à la drogue a diminué au cours des dernières années. Alors qu'en 2000, 26 décès aigus dus à la drogue ont été enregistrés, huit cas ont été signalés en 2019 et six en 2020. En 2020, un taux de mortalité lié à la drogue d'environ 1,38 pour 100'000 habitants âgés de 15 à 64 ans a été observé, une valeur supérieure à la France (0.9) et à la Belgique (0.8) mais inférieure à

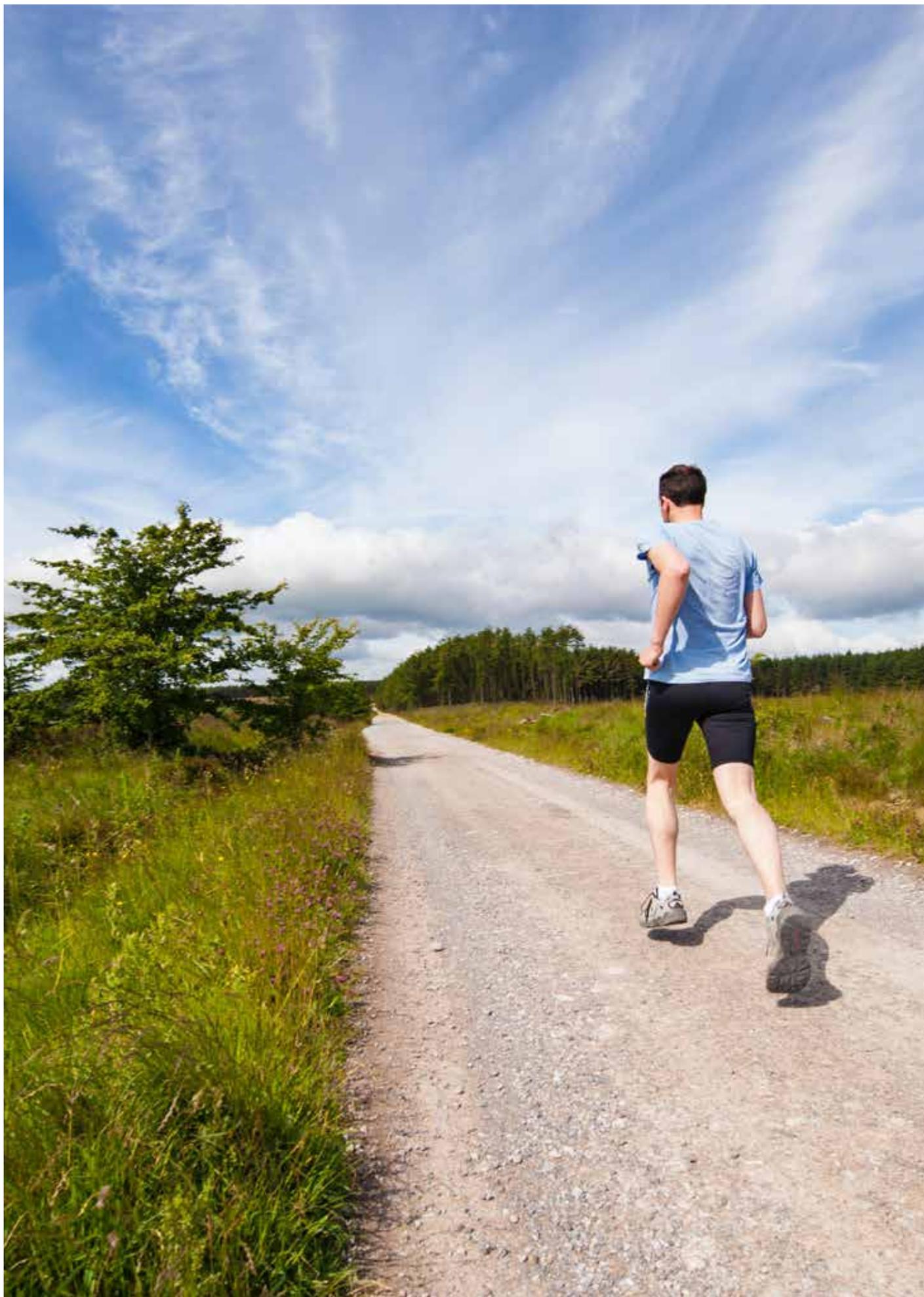
la moyenne européenne de 1,5 (tous les chiffres datent de 2019).³⁸ Si les conséquences extrêmes des addictions les plus fortes (e.g., mortalité, HIV et hépatites virales suite à des injections de drogues) sont bien documentées, les effets d'une consommation de drogues illicites par une plus grande masse de la population sur la santé des assurés sont bien moins connus (e.g., impacts sur la santé mentale).

En Europe, le cannabis est la drogue illégale la plus couramment consommée: sa prévalence est environ cinq fois supérieure à celle des autres substances.³⁸ Entre 2014 et 2019, la proportion de jeunes consommateurs a aussi bien augmenté que le nombre de demandeurs de traitement au cannabis. Cette hausse de demandes de traitement peut être due aux niveaux plus élevés de THC identifiés dans les produits à base de cannabis circulant sur le marché illicite qui sont associés à un risque plus élevé de problèmes de santé mentale et sociaux.³⁹ Ainsi, le cannabis non-contrôlé du marché illicite expose les consommateurs à des risques sanitaires accrus.



Enfin, il est estimé que 9.8 % des décès au Luxembourg sont la suite de l'inactivité physique





1.2 PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ



1.2.1 Qualité des soins

Au Luxembourg, les données sur la qualité, la sécurité, la fourniture et l'efficacité des soins doivent être complétées afin de permettre le suivi des ressources de santé et l'évaluation des performances du système de santé. La loi hospitalière de 2018 a introduit une documentation obligatoire des activités hospitalières et des normes de codage, permettant une meilleure vue sur les activités des services hospitaliers, la qualité, l'analyse comparative et la planification.⁴⁰ A terme, ce système permettra de disposer d'une appréciation plus

avancée de la qualité des soins par pathologie prise en charge par les acteurs du système de santé. En même temps, des enquêtes systématiques auprès des patients sur les résultats du traitement qu'ils perçoivent eux-mêmes (Patient-reported outcome measures) sont seulement en voie de préparation au Luxembourg. A noter qu'au Luxembourg, à la fois les causes de décès traitables et les infections nosocomiales dans les hôpitaux luxembourgeois sont inférieures à la moyenne européenne.^{12,15}



1.2.2 Accès aux soins

Les patients bénéficient au Luxembourg du libre choix des prestataires et d'un accès illimité à tous les niveaux de soins (généralistes, spécialistes, professionnels de santé et hôpitaux). La population dispose donc en principe d'un bon accès aux soins, avec peu d'obstacles liés à la distance ou au coût. Les dépenses personnelles liées à la prise en charge sont faibles.¹⁹ Le panier de prestations remboursées par la sécurité sociale couvre un large éventail de services et est constamment élargi. Il existe pourtant des inégalités en matière de santé au Luxembourg : en effet, deux tiers des personnes appartenant au groupe aux revenus les plus faibles se déclarent en bonne santé, contre plus de trois quarts pour les personnes appartenant au quintile aux revenus les plus élevés.¹⁷ Il ne peut pourtant être conclu que ces inégalités soient directement liées à des inégalités d'accès aux soins.⁴¹

De même, une étude menée dans le cadre du projet « Santé pour tous » a relevé des différences systématiques selon un gradient social dans les taux de contamination, d'hospitalisation, de décès et de couverture vaccinale lors de la pandémie COVID-19. Ainsi, elle a observé une corrélation entre des caractéristiques démographiques et socio-économiques telles que l'âge, le sexe, le pays de naissance ou le niveau de vie et la manière dont la population a été frappée par l'épidémie. En particulier, elle a témoigné que des faibles niveaux de qualité de vie et certains pays de naissance étaient corrélés à des taux d'infection et d'hospitalisation plus élevés et à des taux de vaccination plus faibles. Ces résultats reflètent des effets combinés des différences dans l'exposition aux risques par les contacts sociaux, dans l'adoption de mesures de prévention, dans l'accès aux soins et dans la prévalence des comorbidités. Si encore une fois,



ces constats ne permettent pas de tirer des conclusions par rapport à des inégalités d'accès aux soins, l'étude démontre que la situation socio-économique impacte directement l'état de santé, qu'il faut continuer à analyser les inégalités en matière de santé, et qu'il y a lieu de mettre en place des stratégies de prévention et de promotion efficaces et ciblées sur certains sous-groupes de la population.⁴²

Dans une comparaison internationale concernant les besoins non satisfaits en matière de soins de santé, la proportion de personnes déclarant des besoins non satisfaits en raison des délais d'attente pour un examen ou traitement médical au Luxembourg (31 %) est plus élevée par rapport à tous les autres pays participants (Allemagne : 24.7% / Pays-Bas : 11.4% / UE26 : 18.7%).⁴³ De plus, il existe une saturation de la capacité d'absorption de nouveaux cas de patients dans certaines spécialités médicales au Luxembourg.⁴⁴ Même les médecins généralistes déclarent avoir un accès limité à des rendez-vous en temps voulu pour leurs patients ayant des problèmes médicaux urgents.⁴⁴ En résumé, l'accès aux prestations médicales est garanti en théorie (remboursement, proximité géographique, absence de gate keeping), mais en pratique l'accès aux spécialistes semble souvent engorgé au vu des délais d'attente importants pour certaines disciplines. Force est cependant de constater qu'à ce jour, il manque des données fiables sur les délais d'attente.





1.2.3 Professionnels de la santé

Le Luxembourg compte 3.0 médecins pour 1'000 habitants - ce qui est de 23% inférieur à la moyenne de l'Union européenne en 2019 (3.9 pour 1'000).¹⁹ Bien que ce rapport ait légèrement augmenté au cours de la dernière décennie, il risque de rechuter en raison d'une moyenne d'âge déjà élevée et de départs à la retraite imminents : en effet, l'âge moyen des généralistes est aujourd'hui de 51 ans et les spécialistes sont âgés en moyenne de 52.3 ans, ce qui laisse présager un problème de ressources dans les années à venir.⁴⁴ Depuis la rentrée académique 2020 qu'un cycle complet Bachelor en médecine est offert et que depuis 2021, que trois formations de spécialisations en médecine sont offertes à l'Université de Luxembourg. A l'heure actuelle, le pays est donc dépendant des médecins formés à l'étranger. Pour atteindre la moyenne européenne de 3.8 médecins pour 1'000 habitants sur 10 ans (avec une croissance démographique moyenne de 1.9%, analyse établie en 2020 avec un horizon 2030), le Luxembourg aurait besoin de plus 1'200 médecins supplémentaires. Deux facteurs influencent le besoin de médecins : premièrement la demande croissante de services de santé et deuxièmement le remplacement de départs en retraite.^{30,44,45} A noter également que le rapport entre médecins spécialistes et médecins généralistes était de 68% et 32% respectivement d'après des données du Ministère de la Santé de l'année 2022.⁴⁶ Ce ratio reste relativement favorable car au niveau de l'Union Européenne seulement 20% des médecins sont des généralistes.⁴⁷

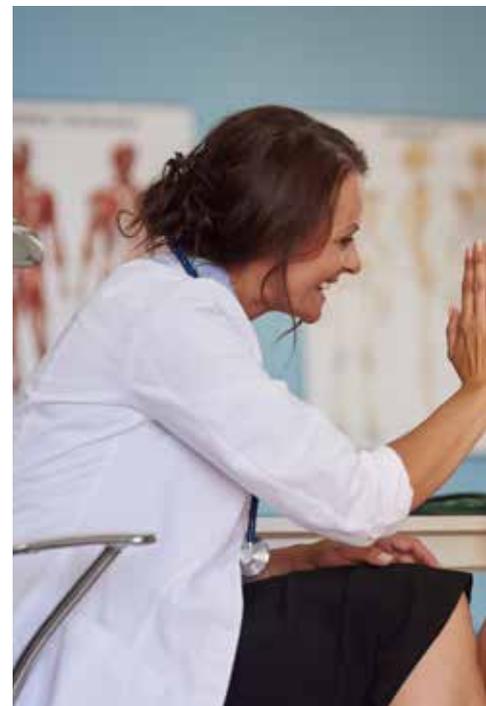
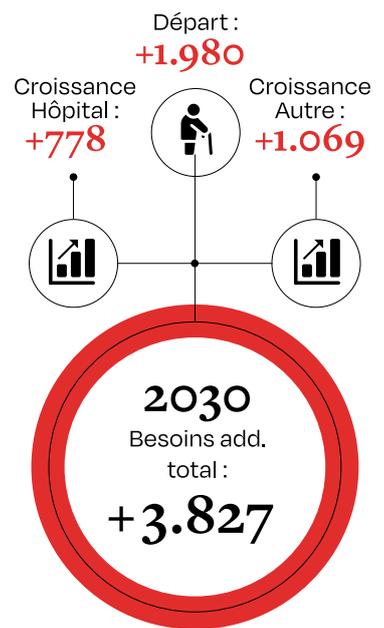
Le Luxembourg n'est pas non plus autosuffisant en matière de profession-

nels soignants. Aujourd'hui notamment 64.7% des infirmiers résident dans les pays limitrophes.⁴⁴ Comme pour d'autres professions, la disponibilité du personnel de santé formé et résidant au Luxembourg n'est pas garantie aujourd'hui et, au vu de l'évolution démographique des bénéficiaires de soins, ne le sera certainement pas dans les années à venir. Il est estimé que plus de 3'800 nouveaux infirmiers seront nécessaires sur 10 ans (analyse établie en 2020 avec un horizon 2030) pour compenser les départs en retraite et la demande croissante en matière de services de santé.^{30,44,45,48}

En résumé, toutes choses égales par ailleurs, au vu de la croissance et du vieillissement de la population et au vu de des départs en retraite des professionnels de santé, le Luxembourg aura besoin de plus de 5'000 nouveaux professionnels de santé d'ici dix ans, sans tenir compte des professions de santé autres que médecins, infirmiers et infirmiers spécialisés. Pour mettre ces chiffres en perspective, il faut noter que le Luxembourg forme actuellement quelque 100 infirmiers et infirmiers spécialisés.⁴⁹ Ces chiffres ne tiennent pas compte des étudiants résidents qui poursuivent leurs études à l'étranger. Ce défi ne se limite pas aux médecins et aux infirmiers, mais concerne de nombreuses professions de santé. Le manque de personnel ne peut pas uniquement être compensé à long terme par le recrutement de personnel formé à l'étranger. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a d'ailleurs défini l'objectif que tous les pays fassent des efforts pour réduire d'ici 2030 de 50% leur dépendance par rapport à des professionnels de santé formés à l'étranger.^{44,50}

SIMULATION DU NOMBRE ADDITIONNEL D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIERS SPÉCIALISÉS NÉCESSAIRES ENTRE 2020 ET 2030

Figure 3

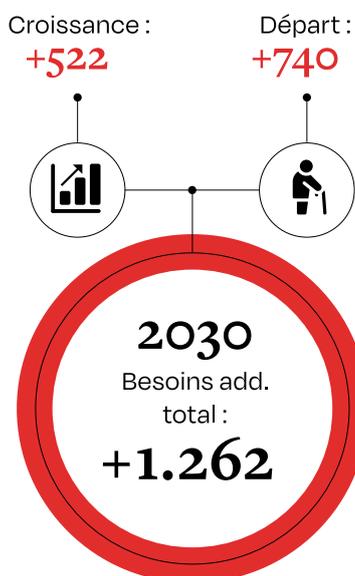




1.2.4 Infrastructure hospitalière et parcours de soins

SIMULATION DU NOMBRE ADDITIONNEL DE MÉDECINS NÉCESSAIRES ENTRE 2020 ET 2030

Figure 4



En 2022, il y a 2'772 lits aigus, de moyen séjour et longue durée autorisés au Luxembourg.⁵¹ Une comparaison de 2019 montre que le Luxembourg dispose de 4,3 lits d'hôpitaux (lits aigus et de moyen séjour) pour 1'000 habitants (France 5.8/ Allemagne 7.9/ Belgique 5.6/ Pays Bas 3.1).^{3,18} Le Luxembourg connaît une croissance régulière de la population résidente à un rythme annuel d'environ 2.5%.⁵² Un nombre de lit constant et une population croissante entraîneront une diminution du taux de lits par habitant. Par ailleurs, depuis l'année 2000, le nombre de lits d'hôpitaux par habitant a diminué au Luxembourg et dans tous les pays de l'Union européenne, en raison du développement du virage ambulatoire, du progrès médical ainsi que de la réduction de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés.

La durée moyenne de séjour à l'hôpital a diminué dans presque tous les pays de l'Union européenne, passant de près de 10 jours en 2000 à 7.5 jours en 2018 en moyenne.⁵³ Avec une moyenne de 9.3 jours, le Luxembourg reste bien au-dessus de la moyenne européenne.¹⁵ Si l'on considère uniquement les soins aigus, la durée moyenne de séjour s'élève à 7.4 jours au Luxembourg en 2019, ce qui est la valeur la plus élevée d'Europe. En même temps, les hôpitaux au Luxembourg ont un taux d'occupation des lits relativement faible (71.4% contre 73.5% en moyenne dans 22 pays de l'Union européenne en 2018).¹⁵

En 2012, le concept du « médecin référent » a été développé afin de valoriser le rôle de coordination des soins du médecin généraliste pour les assurés atteints d'une des pathologies chroniques graves qualifiées d'affection de longue durée. Un des rôles attribués au médecin référent est d'assurer les activités de prévention et de contribuer à la promotion de la santé. La mise en œuvre de ce concept n'a cependant pas été couronnée du succès espéré : après son lancement en 2012, les demandes de déclaration de médecin référent ont rapidement diminué. En effet, les taux de prises en charge associés aux actes ou aux médicaments en lien avec sa pathologie sont identiques pour les patients ayant indiqué un médecin référent et pour les patients n'ayant pas indiqué de médecin référent.





La prévention est une composante essentielle d'un système de santé et primordiale dans le changement de paradigme de sickcare vers healthcare



1.2.5 Prévention

La prévention est une composante essentielle d'un système de santé et primordiale dans le changement de paradigme de sickcare vers healthcare, notamment compte tenu de la croissance des facteurs de risque comportementaux et métaboliques évoqués dans la section 1.1. Les plans et programmes de dépistage et de prévention en santé étant déployés au sein de divers secteurs (santé, éducation et travail principalement, mais également transport et autres) devraient être coordonnés davantage et mesurés au niveau de l'impact. Bien que des ressources soient mises à disposition pour la prévention (e.g., alimentation du nourrisson), des efforts supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la sensibilisation du et l'adoption par le public.⁵⁴

Un autre exemple de mesures préventives sont les vaccinations.

Même si elles sont prises en charge par l'Etat et la Caisse nationale de santé, la couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de plus de 65 ans est relativement faible et n'a cessé de diminuer au cours de la dernière décennie – passant de 45 % en 2010 à 40 % en 2019 – en dessous de la moyenne de l'OCDE (46 %) et de la recommandation de l'OMS (75 %).³ En même temps, le programme de vaccination des enfants a permis d'atteindre des niveaux élevés de vaccination des nourrissons contre les principales maladies infectieuses, avec une couverture vaccinale supérieure à la moyenne de l'UE et à l'objectif de 95 % de l'OMS. Toutefois, la deuxième des deux injections contre la rougeole ne couvre que 90 % et la couverture de la vaccination contre le virus du papillome humain étant à 56 % pour la deuxième dose dans les moins de 15 ans reste fort loin du 90 % recommandé par l'OMS.^{55,56}

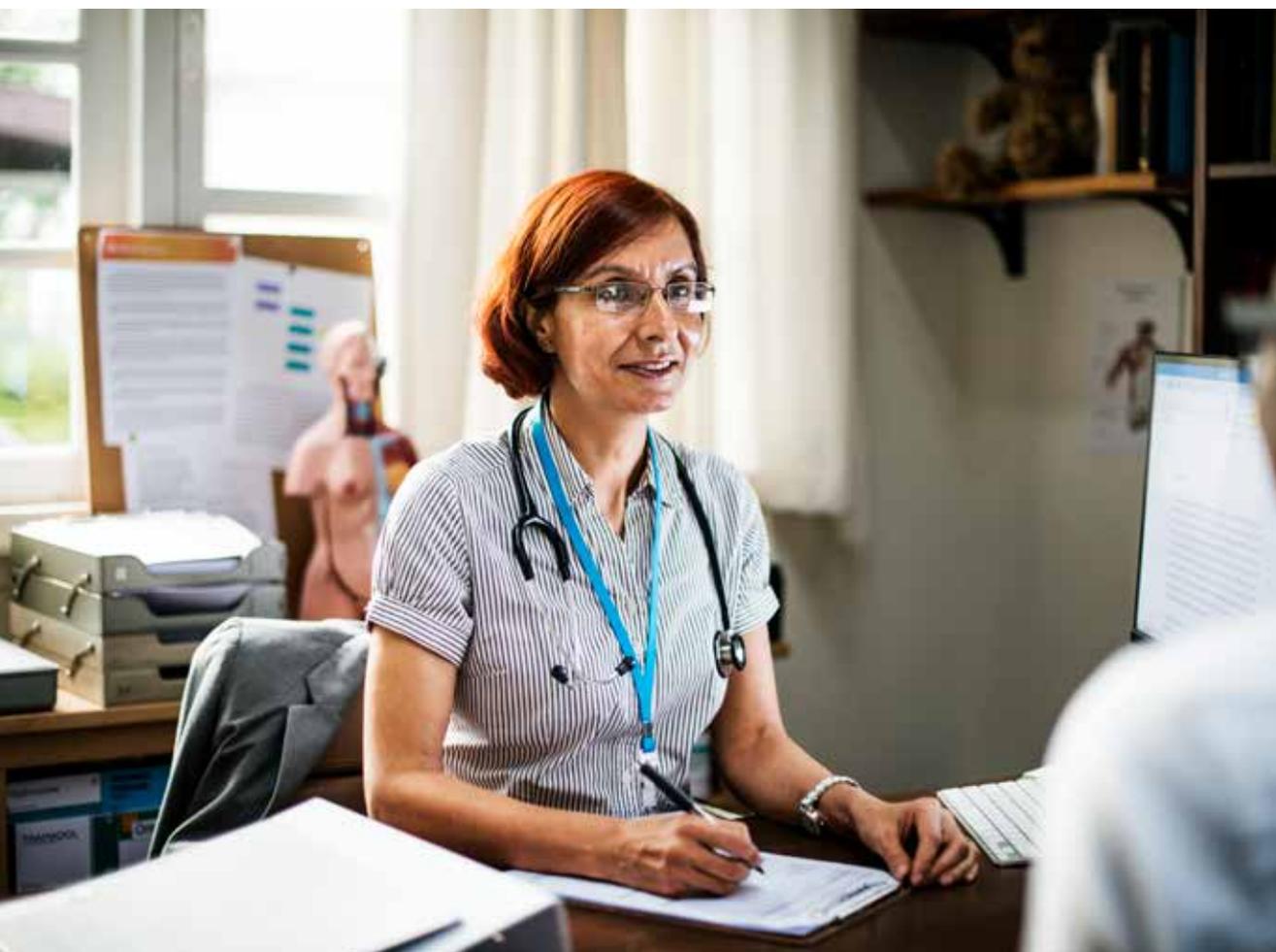


1.2.6 Compétences en santé et promotion de la santé au Luxembourg

La littératie en matière de santé est la capacité de chaque citoyen à accéder à l'information sur la santé et à prendre des décisions dans la vie quotidienne qui auront un impact positif sur sa santé.⁵⁷ Ainsi, il est reconnu actuellement qu'il est indispensable d'associer les citoyens aux efforts de promotion de la santé en s'assurant de la participation active de la population et en intégrant les activités de promotion au niveau des communautés concernées.

Aujourd'hui, il existe au Luxembourg peu de documentation ou de données qui adressent de manière spécifique la promotion de la santé. Toutefois, il n'en faut pas conclure que la promotion de la santé serait inexistante. Le Plan Cancer par exemple prévoit des actions de promotion de la santé, un groupe intermi-

nistériel élabore une stratégie pour la promotion de la santé affective et sexuelle, un autre s'intéresse à l'alimentation saine et à l'activité physique. Dans ce contexte il faut également mentionner la médecine scolaire qui est assurée par des équipes médico-socio-scolaires qui sont agréées par le ministre de la Santé et dont les activités sont coordonnées par la Direction de la santé. Si la médecine médico-socio-scolaire prévoit un nombre de mesures préventives (dépistage et contrôle systématique, bilans de santé, bilans visuels, bilans auditifs ainsi qu'examen bucco-dentaires) elle contribue également au développement des compétences de santé des élèves. Il en est de même pour la médecine du travail qui contribue largement à la prévention et à la détection précoce des maladies, ainsi qu'à la promotion de la santé.





1.2.7 Gouvernance

La gouvernance du système de santé luxembourgeois est fortement centralisée mais en même temps répartie entre plusieurs ministères. Le Ministère de la Santé définit la politique de santé et reste compétent en matière de planification et de réglementation ainsi que de l'octroi d'autorisations aux prestataires. La Direction de la santé est compétente pour toute question de santé publique, pour la protection et promotion de la santé et du bien-être physique, mental et social des citoyens et pour le contrôle de l'application de la réglementation en matière de santé. Le Ministère de la Sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'Inspection générale de la sécurité sociale, assure la tutelle des institutions publiques qui prennent en charge les soins de santé, les incapacités de travail et les soins de longue durée, tandis que le Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région établit les agréments des établissements de soins de longue durée, des réseaux d'aides et de soins à domicile, des centres de jour et des services pour personnes handicapées. Le Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse coordonne toute une gamme d'activités scolaires et parascolaires qui concernent la promotion de la santé (prévention du SIDA, Prévention des toxicomanies...).⁵⁸ Ce départage de compétences a certes ses atouts mais peut représenter un défi au niveau de la coordination des parcours

de soins, des programmes de prévention ou encore des programmes de formation. Par ailleurs, le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche intervient dans le domaine de la recherche, de l'enseignement supérieur, de la reconnaissance des diplômes et qualifications professionnelles et de l'innovation, le Ministère de l'Economie dans le développement d'un secteur économique centré sur les technologies de la santé, y inclus de santé digitale, clés pour l'implémentation d'une médecine personnalisée. En termes de gouvernance du système il faut également relever la gestion de l'assurance maladie assurée par une institution unique nationale qui est la Caisse nationale de santé (CNS), dont le conseil d'administration est à composition tripartite (État, salariat et patronat).

La Loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière définit la planification hospitalière au Luxembourg. Elle cible une plus grande spécialisation des établissements hospitaliers et met en place les conditions d'un meilleur partage des informations. Si l'organisation des services hospitaliers est sujette à une planification et est soumise à une documentation hospitalière, celle-ci devrait être complétée par une documentation extrahospitalière retraçant les activités réalisées en milieu extrahospitalier.



Si les soins hospitaliers sont sujets à une planification et sont soumis à une documentation hospitalière, celle-ci devrait être complétée par une documentation extrahospitalière retraçant les activités réalisées en milieu extrahospitalier





1.2.8 Digitalisation et innovation

Le Luxembourg est l'un des pays les plus avancés de l'Union européenne en termes de connectivité, de compétences numériques et d'utilisation de l'internet par les citoyens.¹² Dans le cadre de l'initiative *Digital Lëtzebuerg*, le Luxembourg s'est engagé à se diversifier vers une économie numérique. Malgré cela, le Luxembourg se classe avant-dernier parmi les dix pays participant au classement de l'indice de la santé numérique.⁵⁹ D'un point de vue du patient, il existe une demande croissante de partage systématique des données médicales entre hôpitaux, cabinets médicaux et autres prestataires de santé, et le patient souhaite davantage avoir lui-même accès à ses données.

Il faut constater la présence d'une multitude d'acteurs aux niveaux de maturité digitale très variés, ainsi qu'une multitude de projets et initiatives. De nombreux acteurs reconnaissent que des investissements sont nécessaires et qu'il faudra d'aligner les choix des solutions. Dans ce contexte il faut également constater que le dossier de soins partagé n'arrive pas encore à combler les lacunes créées par le manque d'interfaçage des systèmes informatiques des différents acteurs de santé. A ce jour le dossier de soins partagé (DSP) est encore peu utilisé.

En termes d'innovation de manière plus générale, les participants du *Gesondheetsdësch* étaient unanimes sur le fait que le système de santé actuel incite insuffisamment à l'innovation et à la digitalisation. Les formations continues des médecins qui peuvent être source d'innovation sont aujourd'hui volontaires. Aussi le financement des hôpitaux ainsi que celui des actes médicaux n'encouragent pas suffisamment l'innovation.





1.2.9 Vieillesse de la population

Au Luxembourg, 12.7% des personnes âgées de 65 ans et plus reçoivent des soins de longue durée (pour comparaison : moyenne des pays de l'OCDE 10.7%, Allemagne 18.4%).³ Cela représente une augmentation de 5.5% par rapport à 2007 au Luxembourg. Les offres de soins dans des structures d'hébergement pour personnes âgées (CIPAs, maisons de soins, logements encadrés) et les services d'aide et de soins à domicile sont généralement bien développés et pris en charge en termes de sécurité sociale.

Le vieillissement de la population pose pourtant un défi majeur pour les secteurs des soins de longue durée. Malgré une population relativement jeune, le taux de dépense dans le secteur du long séjour est déjà aujourd'hui plus important au Luxembourg (18.7% des dépenses de santé) qu'en Union européenne (16.3%).

Entre 2019 et 2070, la part des groupes d'âge de plus de 65 ans dans la population de l'UE devrait augmenter considérablement, passant de 20% à 30%, et la part des plus de 80 ans devrait doubler, passant de 6% à 13%.

Comme indiqué dans le prochain chapitre, le Luxembourg a une population relativement jeune et dispose de la part la plus élevée de personnes actives âgées de 20 à 64 ans (64.2% contre 59.3% en UE en 2019).⁵² En raison de la faible croissance de la population active et en parallèle du vieillissement de la population (voir figure 5), le rapport entre les retraités et les actifs augmentera de manière considérable ce qui fera peser une charge supplémentaire sur la population active pour financer les soins de santé des personnes âgées et risque de compromettre à terme la durabilité du système.

1.3 CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE ET FINANCEMENT



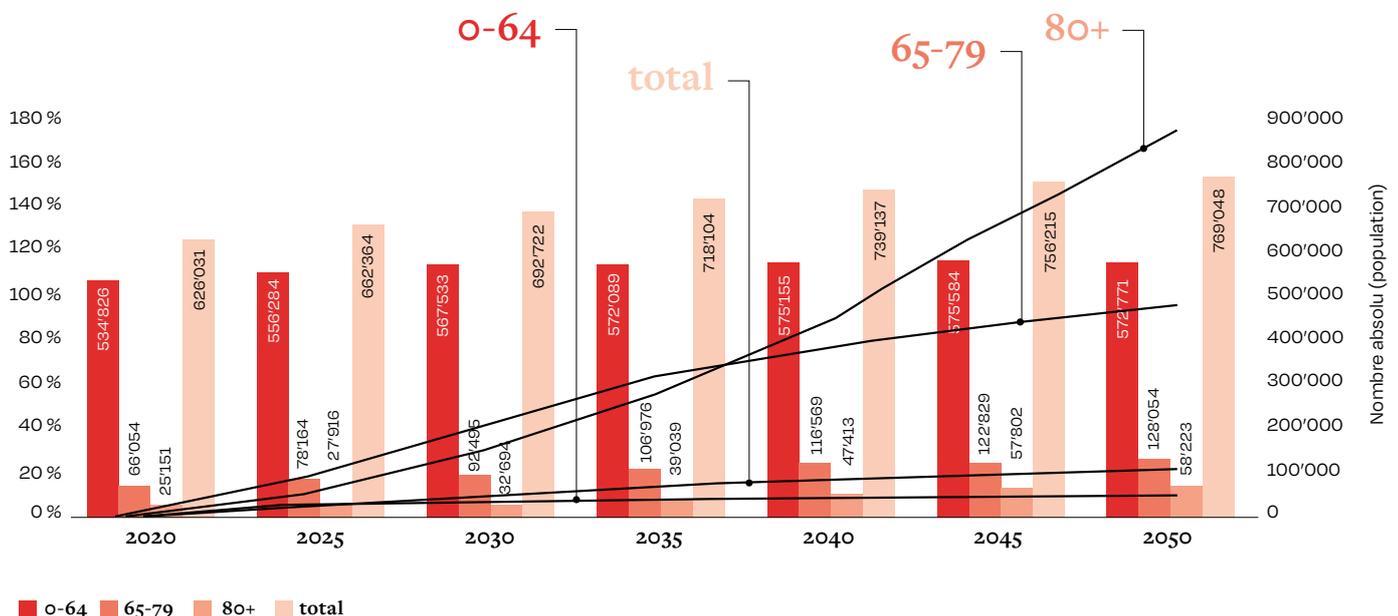
1.3.1 Démographie

Au Luxembourg, la part des personnes âgées de 65 ans et plus est parmi les plus faibles d'Europe, en grande partie en raison d'un afflux constant de population en âge de travailler. En 2019, seule une personne sur sept (14.5%) était âgée de 65 ans et plus contre près d'une 1 personne sur 5 (20.4%) dans l'Union européenne.^{18,48,52} Le fait de cette population jeune mène à des taux élevés de cotisants, à un taux élevé de la population active, ainsi qu'à un faible taux de personnes âgées et donc un bon état de santé en général. Toutefois, selon les prévisions, le taux de personnes âgées de 65 ans et plus devrait atteindre près d'une personne sur quatre (24%) d'ici 2050. Le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans vont connaître une croissance de près de 180% d'ici 2050.⁴⁸ En considérant que cette tranche d'âge représente le principal consommateur de services de santé, le Luxembourg et son système de santé sont face à un défi qui concerne tous les éléments précités tels que la pénurie du personnel, l'organisation des soins primaires et secondaires ou encore la digitalisation.

En ce qui concerne les flux migratoires, 25'335 personnes ont immigré au Luxembourg en 2021, tandis que 15 959 personnes ont émigré du Luxembourg au cours de la même période.⁶⁰ Depuis des années, les plus grands groupes d'immigrés viennent de la France (14.2%) et du Portugal (15.3%).¹⁸ A noter également qu'en 2022 sur une population résidente de 645'397 individus, 47.1% sont de nationalité non-luxembourgeoise ainsi que la présence de 212'000 personnes travailleurs frontaliers. Ces assurés non-résidents sont globalement plus jeunes que la population résidente. Il convient également de relever le multiculturalisme et le multilinguisme au Luxembourg : en effet 170 nationalités sont en ce moment recensées dans le pays. Les trois plus grandes communautés étrangères au Luxembourg, en pourcentage de la population totale, sont les Portugais (14.5%), les Français (7.6%) et les Italiens (3.7%). Outre les langues de communication principales (le français suivi du luxembourgeois et de l'allemand), le portugais, l'italien, l'espagnol et bien d'autres langues sont couramment parlées au Luxembourg.¹⁸

EVOLUTION DE LA POPULATION PAR RAPPORT À 2020⁴⁸ (EN % PAR CLASSE D'ÂGE).

Figure 5





1.3.2 Financement

En termes de financement il y a tout d'abord lieu de relever que le Luxembourg est l'une des économies les plus prospères de l'OCDE. Cette prospérité économique ne se traduit cependant pas nécessairement en bien-être de la population : alors que le PIB a augmenté de 22 % entre 2010 et 2020, le PIB bien-être, un indicateur composite qui mesure le bien-être de la population selon une méthodologie de l'OCDE, n'a augmenté que d'un seul pour-cent sur la même période.⁶¹

De manière générale, le système de santé luxembourgeois est décrit comme inclusif, généreux et de haute qualité.¹²

L'assurance maladie-maternité est financée par des cotisations sociales à charge égale des assurés et des employeurs, avec une participation étatique. De plus, le volet soumis à la planification est financé à hauteur de 80% par le fonds pour le financement des infrastructures hospitalières (constructions, acquisition de nouvel matériel planifié etc.), dont l'alimentation financière incombe entièrement à l'État.

Ainsi, en 2019, 3.2 milliards d'euros, soit 12 % de dépenses des administrations publiques, ont été consacrées pour les fonctions de la santé (services hospitaliers, remboursement de consultations médicales et de produits pharmaceutiques, équipement médical) ainsi que près d'1 milliard d'Euros pour le secteur de la dépendance.^{18,30,62} Les dépenses pour la santé représentent 5'502 Euros par habitant ce qui est élevé en comparaison européenne. Si l'on ajuste ces dépenses à la norme de pouvoir d'achat pour la comparaison avec d'autres pays, les dépenses de santé par habitant sont de 3'870 Euros, ce qui est supérieur à la moyenne de l'Union européenne (3'208) ou de la France (3'770), mais inférieur à la Belgique (3'901) ou à l'Allemagne (4'659).⁶³ A ces dépenses publiques se rajoutent les dépenses privées. En 2019, la part publique des dépenses de santé (85 % en 2019) était supérieure à la moyenne européenne (79.7%).¹⁹ 11 % des dépenses sont payées directement

par les ménages, tandis que les assurances complémentaires volontaires occupent 3.1 % des dépenses totales.¹⁷

Les dépenses de santé courantes sont principalement investies dans les soins curatifs et de réadaptation (71 %), dans les médicaments et autres bien médicaux (18 %), dans les soins auxiliaires (8 %) et dans la prévention (3 %).⁶⁴

En 2019, les dépenses de santé dans les pays de l'Union européenne s'élevaient en moyenne à 8.3% du Produit intérieur brut (PIB), allant de plus de 11 % en Allemagne et en France à moins de 6 % au Luxembourg. Le Luxembourg fournit un exemple d'un pays qui a un niveau élevé de dépenses de santé par habitant, mais qui, en raison des particularités de son économie, notamment de son niveau de PIB élevé et de sa population active, a la part la plus faible des dépenses de santé par rapport au PIB.¹⁷

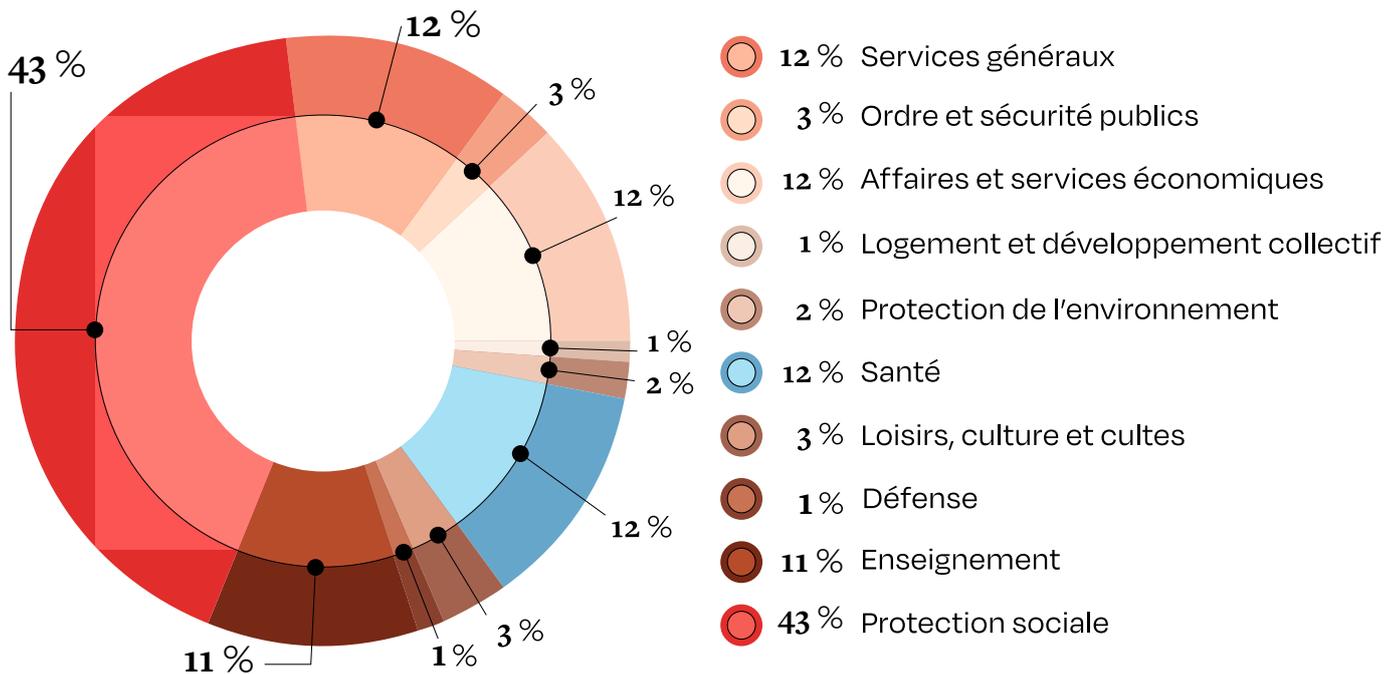
Au niveau du financement des soins curatifs, le système de financement des soins hospitaliers au Luxembourg est subdivisé en un système de financement des hôpitaux et un système de financement des actes médicaux. En termes de financement des hôpitaux, le Luxembourg se caractérise par un système de budgétisation globale. Un atout du système de financement des hôpitaux luxembourgeois est la relative maîtrise des coûts. En effet la croissance des coûts hospitaliers a largement pu être maîtrisée grâce à la planification et à l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers. La faiblesse du système de financement des hôpitaux luxembourgeois est cependant un manque d'incitation à augmenter l'efficacité, à l'image d'une durée moyenne de séjour nettement supérieure à la moyenne européenne.¹⁵ Le système de financement hospitalier suit une logique de moyens, et non pas une logique de résultats. Le système de remboursement des prestations des médecins en grande partie libéraux, est indépendant du système de financement des hôpitaux. Les actes médicaux sont financés rétrospectivement par la CNS. La nomenclature est en voie de révision et de mise à jour depuis quelques années afin de l'adapter aux progrès de la médecine.⁶⁵



TOTAL DES DÉPENSES DES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES (2019)

Dépenses de santé comprennent les services hospitaliers, remboursement de consultations médicales et de produits pharmaceutiques, équipement médical¹⁸

Figure 6





1.4 CONCLUSIONS

Le système de santé du Luxembourg est confronté à un défi majeur issu d'une problématique croisée de démographie medico-soignante et de croissance démographique exceptionnelle au cours des dix dernières années. L'importance des départs à la retraite prévisibles fait pressentir un besoin accru de professionnels de santé au cours des années à venir. Sous peine de fragiliser les conditions d'accès aux soins, il s'agira de déployer une véritable stratégie adaptée à la fois à l'évolution des métiers et des aspirations professionnelles. Dans la mesure où les aspirations des jeunes professionnels de santé changent et qu'ils sont attirés par des modes d'exercice plus flexibles, permettant de mieux conjuguer vie privée et développement professionnel, le renouvellement des professionnels sera plus compliqué. Il s'agira de miser résolument sur l'attractivité comparative du pays en tant que centre d'accueil pour professionnels de santé et étudiants aspirant à s'investir dans ces professions, ce d'autant plus que les pays voisins autant que l'Europe en général sont confrontés au même risque de pénurie de professionnels de santé.

Afin d'assurer un meilleur équilibre entre l'offre et les besoins prévisibles de soins de santé à l'avenir, il y a lieu d'agir de manière plus incisive contre les maladies évitables fortement génératrices de dépenses de santé, en relation avec des facteurs de risque comportements et socio-économiques largement connus. Dans la mesure où statistiquement parlant 37% des décès sont imputables à un facteur de risque comportemental, avec un impact certain de l'obésité, du tabagisme, de la consommation d'alcool et du risque alimentaire, la promotion de la santé et la prévention des maladies devront être renforcées et érigées en priorité de santé publique en tenant compte des déterminants sociaux de la santé.¹⁷

La détection précoce des maladies dégénératives et des cancers est un autre levier important susceptible de réduire la lourdeur des prises en charge et d'augmenter les chances de survie et les années en bonne santé des patients. Des programmes de dépistage étendus, facilement accessibles, ainsi que le développement conséquent de la génétique moléculaire permettront de réaliser des avancées significatives dans ce contexte.

Le système de santé pourra également gagner en efficacité grâce à davantage de parcours de soins

coordonnés et intégrés. Au vu du vieillissement de la population, il faudra améliorer les prises en charge des patients notamment pour des pathologies qui connaissent une croissance avec l'âge (le cancer, les maladies cardiovasculaires, maladies neurodégénératives, diabète de type 2). Pour ces pathologies, il y a lieu de mettre en place des parcours de soins intégrés, adaptés aux besoins spécifiques de chaque patient et d'évaluer de façon critique les résultats des interventions médicales et de soins, y inclus une évaluation du traitement et de son résultat par le patient (e.g., Patient Reported Outcome Measures). Si l'accès universel aux soins, la planification hospitalière et le libre choix du prestataire sont des atouts du système de santé à conserver au futur, une meilleure utilisation des infrastructures et des ressources hospitalières se traduisant par un raccourcissement des durées d'hospitalisation, une réduction des temps d'attente, une utilisation raisonnable des technologies à coûts élevés, un désengorgement des services d'urgences hospitaliers et un taux plus élevé de prises en charge ambulatoires devront être visés.

La recherche et l'innovation, notamment à travers la digitalisation, permettront d'accélérer l'amélioration des diagnostics et prises en charge, ainsi que d'alléger la charge de travail administrative des professionnels de la santé au bénéfice d'une plus grande disponibilité auprès des patients. Il s'agira de mettre en place rapidement une véritable stratégie nationale de transition numérique du système de santé luxembourgeois qui soit à la pointe du progrès et fondée sur l'interopérabilité transversale. Le développement renforcé de la recherche et de l'innovation dans le domaine de la santé à l'échelle nationale et via des partenariats internationaux permettra au pays de se démarquer et d'attirer davantage de talents.

La collecte, l'analyse et le partage de données clés sur l'état de santé de la population et le système de santé, pourtant indispensables pour bien anticiper les besoins et les coûts futurs de notre système de santé, sont encore trop peu développés. Il s'agira d'en faire une priorité absolue de santé publique dans un avenir rapproché. Finalement, il faudra favoriser l'utilisation secondaire des données de santé à des fins de recherche et d'innovation permettant aux citoyens et patients d'accéder de manière efficace à de nouvelles solutions en matière de prévention et de traitement.

2 Valeurs, principes et vision

2.1 DES VALEURS FORTES POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Dans l'identification des valeurs, il est important de considérer d'un côté le système dans sa globalité, à savoir les citoyens et assurés en général (en tant que « usager » et « contributeur » du système) et les professionnels de santé et les établissements hospitaliers (en tant que « prestataires » du système). De cette réflexion sont issues quatre valeurs : la qualité, l'équité, la confiance et l'attractivité.



2.1.1 La qualité

La valeur centrale est la qualité des services du système national de santé. Cette valeur sous-entend que les actions proposées par le système et ses différents prestataires (e.g., soins, traitements, prévention) sont pertinentes et les plus appropriées pour chaque personne dans sa situation spécifique. En outre, la qualité de prise en charge présuppose une prise en charge en sécurité. À cette fin, il est essentiel que le système ne soit pas en stagnation et remette en question constamment dans un esprit d'amélioration continue ses actions et son fonctionnement, se fixant l'excellence comme objectif final. L'innovation et le développement continu des compétences des acteurs du système deviennent ainsi un élément central de la qualité, permettant au système de rester à la pointe du progrès médico-technique.

Principes :

- Des soins efficaces et sûrs, basés sur l'évidence, visant à améliorer la santé de chaque patient
- Des soins centrés sur les besoins du patient-partenaire, visant à garantir l'adhésion et le meilleur résultat possible
- Des soins efficaces, visant à optimiser l'allocation des ressources monétaires et non monétaires du système de santé
- Des professionnels et prestataires de soins compétents et engagés dans une démarche d'évaluation et de développement continu, visant à améliorer leurs savoir et savoir-faire
- Une organisation des soins en parcours intégrés, visant à assurer la collaboration des divers acteurs et favorisant le développement mutuel des compétences
- Une collecte sécurisée de données, systématique et centralisée, visant à documenter de manière transparente la qualité et la sécurité des soins et à soutenir la prise de décisions éclairées, à l'échelle individuelle comme à l'échelle du système de santé



2.1.2 L'équité

Une deuxième valeur est l'équité entre toutes les personnes qui bénéficient du système de santé, ou en font partie en tant que professionnels de la santé. Il faudra assurer la santé pour tous – tenant compte du bien-être physique, mental et social de chacun – et une prise en charge universelle, peu importe le statut social de chaque individu. Afin de pouvoir proposer une telle égalité des chances pour tous dans le domaine de la santé – une aspiration fortement basée sur l'humanisme et la dignité – la solidarité est un élément central de notre système.

Principes :

- L'identification et la prévention des facteurs de risque prennent en considération des caractéristiques socio-économiques.
- L'accès en temps utile à une offre complète de prestations de santé de qualité est universel et égal, peu importe les caractéristiques socio-économiques et individuels de chaque personne.
- Le conventionnement est général et obligatoire pour tous les médecins et médecins-dentistes, visant à garantir une équité d'accès aux prestations pour les patients.
- Chaque projet ou initiative devra viser à contribuer à un environnement favorable à l'amélioration de l'état de santé de tous.

2.1.3 La confiance

Une autre valeur centrale est la confiance que le citoyen – en bonne santé ou malade – a dans le système de santé. Afin d'assurer cette confiance, il est essentiel de permettre au patient de connaître et de comprendre son parcours des soins dans lequel il sera impliqué activement. Les traitements et leur raisonnement sont transparents pour le patient, de manière à lui permettre de se sentir en sécurité et de le traiter avec dignité à tout moment de sa prise en charge.

Principes :

- Tout patient est libre dans son choix de prestataire, ce qui lui permet de s'adresser à sa personne de confiance.
- La communication entre le patient et les différents acteurs du système de santé est un élément clé pour créer et maintenir un niveau de confiance élevé. Cette communication est à adapter de manière à être compréhensible pour tout patient, peu importe son expérience et son niveau de compréhension (e.g., vocabulaire, langue véhiculaire, communication accessible à tous).
- Le patient est impliqué activement dans son parcours de soins avec comme objectif qu'il comprenne à tout moment le raisonnement derrière les actions proposées.





“

Une autre valeur centrale est la confiance que le citoyen – en bonne santé ou malade – a dans le système de santé. Afin d’assurer cette confiance, il est essentiel de permettre au patient de connaître et de comprendre son parcours de soins, dans lequel il sera impliqué activement

”

2.1.4 L’attractivité

Une dernière valeur est l’attractivité pour les acteurs principaux du système de santé, notamment les professionnels de la santé et leurs institutions. Un système peut fonctionner de manière performante seulement si ses acteurs se sentent valorisés et si l’environnement de travail permet un fonctionnement efficace, efficient et en sécurité. A cette fin, la collaboration intra- et interdisciplinaire entre acteurs est clé. Mais aussi la recherche et l’innovation ainsi que le développement et l’amélioration continue de tous les acteurs et de leur environnement sont essentiels pour rendre le système attractif.

Principes :

- Le système vise à inciter à la collaboration, au dialogue et au respect intra et interdisciplinaire.
- Le développement et la formation initiale et continue des professionnels de santé et leur évolution en carrière sont à assurer de manière à les valoriser.
- Les prestataires sont libres dans leurs choix diagnostiques et thérapeutiques dans les limites des principes d’une médecine basée sur l’évidence.
- Le système vise à promouvoir la santé et la sécurité au travail ainsi qu’un bon équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée des professionnels de santé.

2.2 UNE VISION AMBITIEUSE POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

L'ambition du Plan National de Santé est de faire évoluer le système de santé luxembourgeois vers un système durablement équitable et à la pointe du progrès ; un système dans lequel le citoyen a confiance et dans lequel les professionnels de la santé sont fiers de s'engager. Ainsi le système de santé répondra aux critères de l'économie du bien-être, tels que définis par l'OMS, et contribuera au bien-être humain, social, économique et planétaire.

Le système de santé sera centré sur le patient, et toute intervention sera donc décidée dans le respect de l'être humain qui devra en bénéficier. Ainsi les parcours de soins seront intégrés afin de constituer un continuum coordonné d'actes et de traitements pour le patient. La pertinence et la qualité des interventions sera suivie et évaluée en permanence et la communication entre les professionnels et le citoyen sera ouverte, transparente et adaptée au niveau de compréhension du citoyen, et ceci à plus forte raison pour les personnes particulièrement vulnérables ou défavorisées.



le système de santé répondra aux critères de l'économie du bien-être, tels que définis par l'OMS, et contribuera au bien-être humain, social, économique et planétaire



La promotion de la santé – adaptée aux caractéristiques socio-démographiques et aux situations de vie – sera primordiale : seulement une population consciente de l'impact de son mode de vie et de ses facteurs de risque sur la santé sera à même de faire les bons choix et, le cas échéant, d'adapter son comportement pour améliorer sa santé. Focaliser les efforts davantage sur la prévention permettra non seulement d'éviter l'apparition de maladies, mais contribuera aussi à un diagnostic précoce de certaines maladies, facilitant leur traitement pour ainsi augmenter la durée de vie en bonne santé et l'espérance de vie.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients, de garantir une meilleure accessibilité des soins de santé et de réduire la mortalité, le risque d'hospitalisation aiguë et le recours aux services d'urgences, le rôle des soins primaires sera renforcé. Les soins primaires jouent des rôles essentiels dans la promotion et prévention, dans le dépistage et la détection précoce des maladies, dans la continuité des soins, dans l'orientation du patient vers des soins spécialisés et dans la prise en charge post-décharge hospitalière. Ainsi le rôle du médecin référent sera adapté et renforcé.

Le secteur de la santé doit bénéficier d'une articulation optimisée des soins primaires, secondaires et de la médecine hospitalière et une gouvernance forte doit permettre de supporter au mieux les différents acteurs dans leurs rôles respectifs. Il sera veillé à une planification flexible des moyens contribuant à l'optimisation de la collaboration entre les professionnels de santé et bénéficiant d'un cadre infrastructurel et d'équipements médico-techniques, logistiques et informatiques de pointe.

Pour les pathologies à grand impact sur la santé, des approches de prises en charge intégrées, se basant sur les bonnes pratiques tout en étant adaptées aux besoins et au contexte spécifiques du patient seront mis en place (p.ex. parcours de soins intégrés, réseaux de compétence).

L'excellence du système de santé est largement tributaire du nombre et des compétences des professionnels de santé : la valorisation de leur travail et l'amélioration de leur image dans la société seront clé. C'est ainsi que les missions et attributions des différentes professions de santé seront revues pour tenir compte du progrès de la médecine, des pratiques professionnelles en évolution et des dispositions de la réglementation européenne. Les formations de base et continues seront adaptées par conséquent. Afin d'éviter une pénurie de personnel, l'offre et la demande dans les professions de santé





seront suivies de manière systématique dans une optique d'anticipation.

Le système de santé sera porté par un recueil, une analyse et une utilisation professionnelle des données de santé, dont la gestion sera sous la responsabilité d'une autorité publique centrale. Un cadre légal approprié sera créé afin de garantir l'utilisation primaire (pour les soins des personnes) et secondaire (à des fins d'analyse et de statistiques pour la santé publique et à des fins de recherche, d'enseignement et d'innovation) des données, tout en respectant le droit à la vie privée des personnes. D'un point de vue santé publique, ceci conduira à un suivi continu des indicateurs clés pour des facteurs de risques, à améliorer la prise en charge des pathologies, ou encore à mieux gérer et piloter le système de santé. La digitalisation sera un élément indispensable pour atteindre ces buts.

La mise en place d'une carte sanitaire sur le système dans sa globalité (hospitalier, extrahospitalier et long séjour) permettra de suivre l'adéquation entre besoins et offres par région et soutiendra une stratégie globale d'optimisation de l'accès aux soins primaires et hospitaliers dans les bassins de vie des citoyens.

Il est essentiel que notre système de santé reste en continu à la pointe du progrès. C'est ainsi qu'une plateforme nationale d'innovation en matière de santé à fonds dédiés sera mise en place pour fédérer l'échange entre acteurs. La collaboration

entre les professionnels du terrain et des acteurs spécialisés dans les domaines de la santé (start-ups, entreprises, instituts de recherche, université...) sera encouragée afin de contribuer à l'innovation et au progrès.

Sortant de la crise COVID-19, le Luxembourg mettra en place un plan pour être mieux préparé à de futures crises sanitaires. Ce plan se basera sur l'évaluation de la pandémie COVID-19 et de sa gestion et assurera que le pays sera préparé et plus résilient en cas de nouvelle crise. Afin de détecter précocement des menaces sanitaires, un programme de veille sanitaire systématique est en voie d'implémentation à la Direction de la santé.

Finalement, le système de santé reposera sur un financement qui encouragera le maintien en bonne santé, l'innovation, la qualité et l'efficacité. A côté de l'investissement inévitable dans le traitement de maladies, il encouragera le maintien d'un bon état de santé de la population par la promotion de la santé et la prévention des maladies et ce à partir du premier âge et tout au long de la vie. Il est en effet démontré que l'investissement dans la promotion de la santé et la prévention primaire constitue le moyen le plus efficace et le plus efficace pour réduire les risques pour la santé et les événements de santé évitables. Tout comme les données de santé contribueront au pilotage du système de santé, le suivi des données financières sera primordial afin de garantir l'accès, l'efficacité et le meilleur retour sur investissement des moyens publics et des cotisations sociales.

3 Le système de santé dans dix ans

Sur base des constats dégagés de l'analyse du système, des besoins détectés, des échanges avec les parties prenantes dans le cadre du Gesundheitsdësch, des analyses comparatives, des « best practices » européens et internationaux, des priorités en matière de santé, 3 dimensions regroupant 12 axes stratégiques ont été dégagés.

La première dimension vise l'état de santé de la population. Dans ce contexte, un nombre croissant de pays adopte une nouvelle approche appelée « économie du bien-être » pour atteindre une meilleure santé de la population, selon la définition de l'OMS (pour rappel : la santé est un état complet de bien-être).⁹⁶ Ceci implique une économie qui agit dans l'intérêt de situations de vie meilleure, de santé et de prospérité pour les personnes de différents genres et âges, maintenant et pour les prochaines générations.

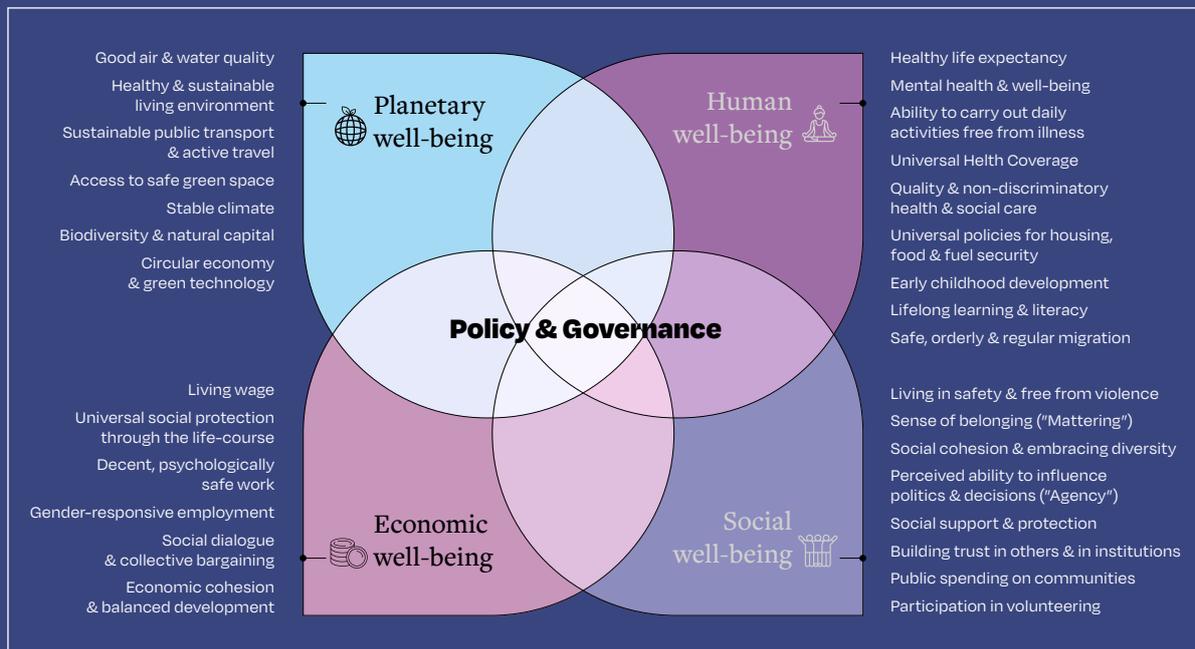
Les bien-être humain, social, économique et planétaire sont les « capitaux » de bien-être dans lesquels

les économies du bien-être investissent et qu'elles protègent. Des actifs comme la confiance, la cohésion sociale, la participation, notre environnement et des emplois de haute-qualité sont indispensables pour développer des sociétés en bonne santé, équitables et prospères, dans lesquelles les citoyens peuvent s'épanouir. Des liens qui se renforcent mutuellement existent également entre ces « capitaux ». Développer ces domaines de bien-être est essentiel afin de promouvoir les améliorations en santé, en équité, tout en garantissant la résilience des systèmes de soins de santé, tout comme une progression plus large, soutenable et inclusive.

Le maintien d'un état de bien-être physique, mental et social de chaque citoyen impose deux priorités : d'un côté la promotion de la santé et la prévention des maladies, traumatismes et de la mortalité prématurée, de l'autre côté une bonne communication et collaboration entre citoyens et professionnels de santé.

MODÈLE DE L'OMS DE L'ÉCONOMIE DU BIEN-ÊTRE (WELL-BEING ECONOMY)

Figure 7



3.1 **DIMENSION I:** **CONTINUER À AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION**

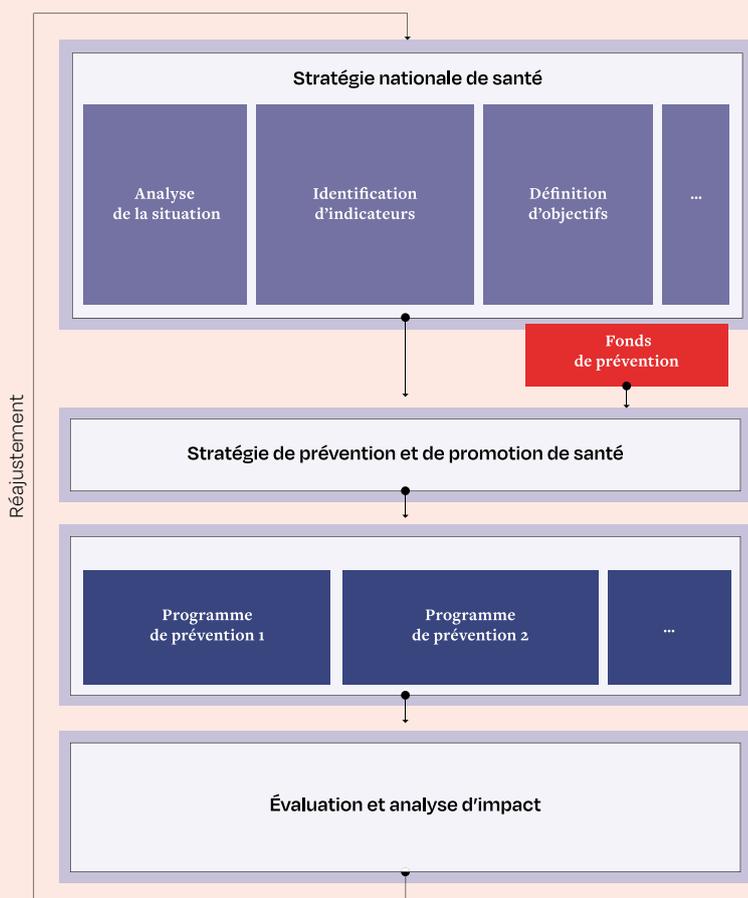
3.1.1 **Axe stratégique** **Élaborer une stratégie et une implémentation coordonnée de la promotion de santé et de la prévention des maladies**

Le maintien d'un bon état de santé des citoyens et salariés étant une priorité absolue, la promotion de la santé pour toute la population jouera un rôle primordial. Cette démarche sera facilitée en faisant progresser les connaissances et les compétences des citoyens et salariés en matière de santé (angl. Health Literacy) afin de permettre une prise de décision commune entre patient et professionnel de santé. Tout individu – peu importe son niveau d'éducation ou son niveau de compréhension – sera invité à prendre conscience des conséquences potentielles de son comportement nutritionnel, de sa consommation de drogues (alcool, tabac, médicaments, drogues illégales), de sa sédentarité, du niveau de stress et de son sommeil sur son état de santé. Cette promotion de la santé sera adaptée aux différentes phases de vie et autres caractéristiques socio-démographiques. La prévention en revanche désigne les mesures et activités spécifiques visant à éviter les maladies, à réduire les risques liés à la maladie ou à retarder son apparition. Tout comme la promotion de la santé, avec laquelle elle présente certains chevauchements, la prévention doit être adaptée au contexte de l'individu, tenant compte de ses facteurs de risques liés au mode de vie et comportement, et à la position socio-économique et communautaire (e.g., âge, sexe, niveau d'éducation, profession, scolarisation).

L'objectif primaire sera le développement d'une **stratégie de prévention et de promotion de la santé** ainsi que le développement d'une véritable **stratégie santé sécurité au travail** permettant également d'intégrer et de coordonner l'ensemble des plans et programmes déjà existants. L'état de santé de la population aux divers âges de la vie et selon le milieu professionnel ainsi que et les facteurs de risque et de protection des maladies avec impact significatif sur l'état de santé seront analysés et des mesures efficaces de promotion de la santé et de prévention seront identifiées et mises en œuvre, y compris pour des groupes cibles particulièrement exposés. Au vu du temps important que les citoyens passent dans des établissements d'éducation, à leur lieu de travail, ou dans des structures d'hébergement pour personnes âgées ou en situation de handicap, la promotion et prévention trouvera sa place dans ces

FUTURE STRATÉGIE DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE SANTÉ

Figure 8



environnements. Dans ce cadre, une attention particulière sera portée à la médecine scolaire et à la santé des enfants et adolescents.

Afin d'évaluer l'impact des mesures de promotion et de prévention, des **indicateurs de performance** seront identifiés. Pour chaque indicateur, des objectifs clairs et transparents seront définis, inspirés par des benchmarks internationaux et adaptés à la situation du Luxembourg. L'atteinte de ces objectifs sera suivie de manière régulière afin d'évaluer de manière critique les différentes mesures

mis en place et d'améliorer en continu les efforts de promotion et de prévention. La promotion et la prévention devront également s'intéresser aux influences du changement climatique et celles du commerce, du voyage et de la migration globalisée. Ainsi la situation de l'environnement local (e.g., pollution de l'air, de l'eau ou des sols, pollution sonore, biodiversité, importation de maladies ou vecteurs de maladies) tout comme l'évolution de l'environnement au niveau global avec en particulier le réchauffement thermique entraînent des conséquences pour la santé, même si la gestion de ces facteurs de risque est souvent attribuée à des ministères autres que celui de la santé. Il sera clé de collaborer étroitement avec toutes les parties prenantes, au niveau national et international afin d'identifier les mesures qui peuvent réduire les effets environnementaux nocifs à la santé.

Au vu d'une urbanisation croissante, il sera également indispensable d'inciter à un développement urbain qui favorise la santé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a initié un mouvement dénommé «WHO Healthy Cities» qui vise à faire de la santé une priorité dans l'agenda social, économique et politique des autorités municipales dans le monde, et auquel la ville de Luxembourg a demandé son adhésion en 2022.⁶⁷

Une plus grande importance sera attribuée à la **santé environnementale** qui comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, ainsi que la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures.⁶⁸

En ce qui concerne la santé au travail des statistiques détaillées devront être développées, afin de mieux orienter les actions préventives.

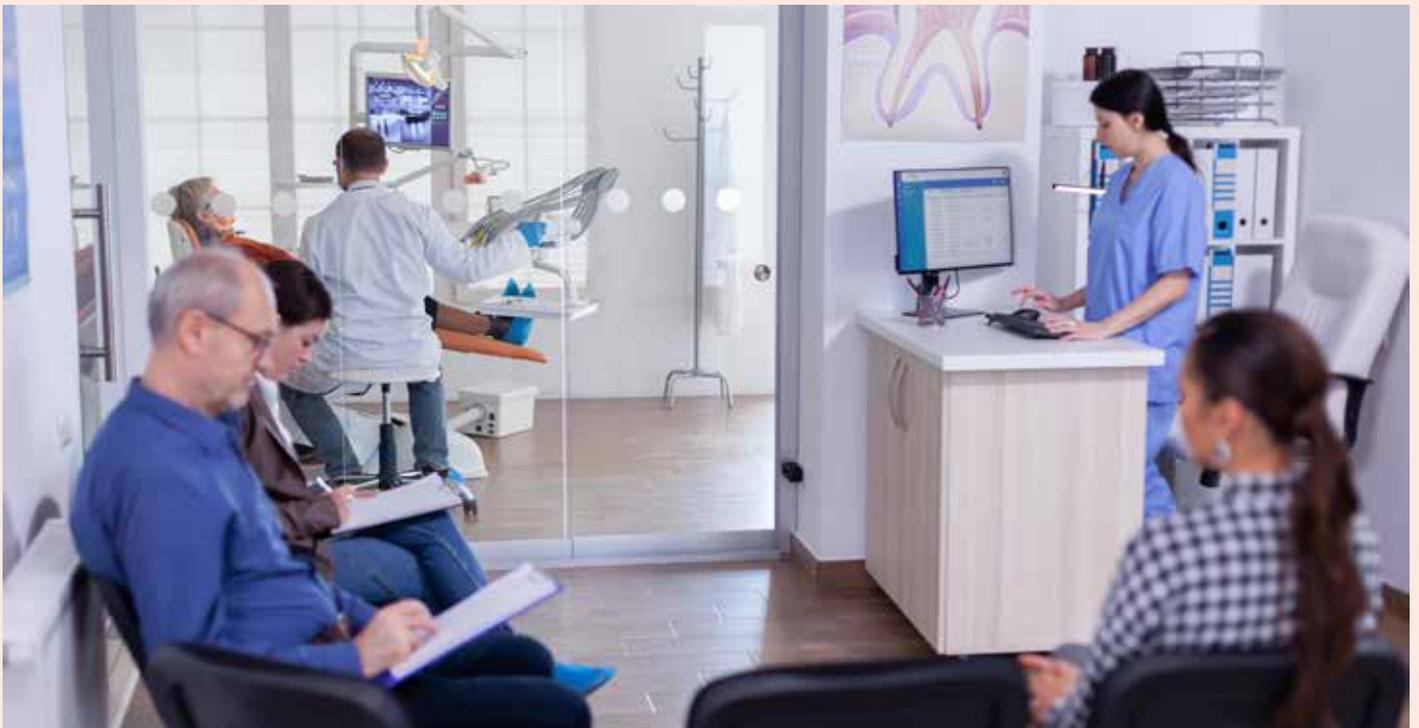
Pour encourager l'activité physique et l'alimentation saine de la population entière et au vu du caractère préventif du sport et de l'alimentation saine, les plans « Gesond iessen, méi bewegen GIMB 2018-2025 » et « Concept pour une éducation motrice, physique et sportive des enfants de 0 à 12 ans » seront évalués et le cas échéant ajustés, en collaboration avec le Ministère des Sports (e.g., LTAD – Lëtzebuerg lieft Sport). Sur la base des résultats de ces évaluations, d'autres actions en découleront et seront mises en œuvre.⁶⁹

Finalement, les effets de la consommation de drogues légales et illégales sur la santé de la population devront être étudiés davantage en y incluant les effets de consommations répandues à travers toutes les couches de la société. Des mesures de prévention seront mises en place afin de décourager une consommation nocive.

“

La promotion et la prévention devront également s'intéresser aux influences du changement climatique et celles du commerce, du voyage et de la migration globalisée.

”



3.1.2 Axe stratégique 2 **Renforcer la communication et la collaboration entre le citoyen et les professionnels du système de santé**

Cette communication est à adapter aussi bien au contexte qu'au besoin (alle. *Bedarfsgerechte Informationsversorgung*), à l'expérience, au niveau de maîtrise de la langue ainsi qu'au niveau de compréhension de l'individu. Au-delà de l'échange verbal, des outils d'appui (e.g., plateformes d'échanges par le digital, sites informatifs et glossaires) pourront contribuer à une meilleure compréhension du patient et ainsi rendre la prise en charge et ses différentes étapes plus transparentes.

Rendre le **parcours de la prise en charge plus compréhensible et transparent** pour le patient, permettra de renforcer sa confiance dans le système de santé, de le reconforter dans le sentiment qu'il bénéficie du traitement le plus approprié et de lui permettre de devenir acteur de sa propre santé. Pour éviter que le patient soit informé sur les sujets de santé et de maladies purement par des recherches sur internet ou des informations et conseils non-validés, une communication transparente et proactive sera assurée et des canaux de communication faciles à accéder et en communication facile à lire et à comprendre seront mis en place.

En outre, le **fonctionnement du système de santé** et de ses différents acteurs devra être rendu transparent pour le grand public. Cette transparence sur les points d'accès et étapes sera particulièrement importante au vu de l'afflux important de citoyens internationaux, non encore familiarisés avec le système de santé du Luxembourg. De surcroit, cette initiative vise à éviter toute inégalité dans l'accès aux soins dans la population. Enfin, la communication avec toute personne ayant besoin d'une orientation sur le système de santé luxembourgeois sera renforcée par la mise en place d'un **guichet unique global de la santé** accessible à tous. Ce point de contact national pourra informer sur la prise en charge financière et les démarches administratives en matière de santé mais également orienter le patient vers le point de prise en charge le plus adapté. En utilisant plusieurs canaux de communication pointant tous vers le même guichet, le patient pourra ainsi être mieux orienté dans ses parcours de prise en charge.



3.2 **DIMENSION II :** **POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DU PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS**

Cette dimension vise à développer les parcours de soins, pour des pathologies avec gros impact sur la santé, en favorisant leur amélioration continue par une évaluation de la pertinence et de la qualité.

3

3.2.1 **Axe stratégique** **Renforcer le rôle des soins primaires**

Suivant l'OMS, les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins, allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations.⁷⁰ Ainsi, les soins primaires représentent le moyen le plus inclusif, le plus équitable, le plus économique et le plus efficace d'améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que le bien-être social.

Dans l'esprit d'un renforcement de la promotion de la santé et de la prévention, les soins primaires joueront un rôle de plus en plus essentiel dans le système de santé. L'ambition est de renforcer leur implication notamment à plusieurs niveaux :

- Les soins primaires – se composant de médecins, infirmiers, pharmaciens et autres professionnels de santé – assureront un rôle décisif dans la promotion de la santé. Ils favoriseront dans toutes les interactions avec les patients un transfert de savoir en matière de santé, visant à sensibiliser proactivement les patients aux facteurs de risques pour la santé et à encourager une conduite de vie préservant la santé physique, mentale et sociale.
- Un second rôle des soins primaires est la prévention, le dépistage et la détection précoce des signes de maladie : plutôt que d'agir en cas d'infirmité ou de maladie avérée, les soins primaires inciteront à éviter la maladie par une prévention ciblée, un travail proactif sur des facteurs de risques identifiés et une amélioration de la littératie en santé.
- Un troisième rôle des soins primaires est la prise en charge continue de personnes avec maladies chroniques qui ne nécessitent qu'une implication ponctuelle des soins secondaires. Comme souligné par l'OMS, les soins primaires permettent une prise en charge au meilleur rapport coût/efficacité et les soins primaires pourront ainsi contribuer à la soutenabilité du système de santé.

- Un quatrième volet du rôle des soins primaires est l'orientation des patients, en cas de besoin, vers des soins spécialisés. Ainsi – même si les soins primaires ne contrôleront pas l'accès à d'autres acteurs du système – ils permettront de faciliter un accès ciblé et accéléré aux soins spécialisés, notamment là où l'accès direct risque d'être sujet à des délais d'attentes.
- Finalement, un autre volet des soins primaires est la prise en charge du patient à sa sortie d'hôpital (post-discharge care). En effet, des études montrent que le risque de ré-hospitalisation est significativement réduit si le patient est pris en charge par un système de soins primaires efficient dès sa sortie d'hôpital.⁷¹

Afin que les soins primaires puissent assurer ces rôles, il sera primordial d'adapter leur organisation de manière à renforcer la collaboration à travers différentes spécialités médicales et professions de santé, en valorisant les connaissances et compétences spécifiques de chacun des professionnels du domaine de la santé.

Afin de faciliter l'accès aux soins et de renforcer la collaboration pluridisciplinaire, le développement de cabinets multidisciplinaires sera encouragé. La réévaluation et mise en œuvre conséquente du concept du **médecin référent** comme premier point de contact pour le patient atteint d'une affection de longue durée, et pour tout autre patient le souhaitant, sera clé pour que les soins primaires puissent assurer un suivi régulier et continu de chaque patient. De plus en plus de pays choisissent cette voie (en anglais : *patient registration*) afin d'améliorer la performance des soins.⁷² Aussi – comme évoqué plus loin – un partage instantané (et donc digitalisé) de données médicales entre acteurs traitant un même patient à différents moments et lieux, une documentation structurée des actes en soins, un suivi d'indicateurs de santé individuels seront indispensables. Concrètement, une étude récente a montré que la continuité dans la prise en charge par un médecin généraliste est associée à une réduction de la mortalité, du risque d'hospitalisation aiguë et du besoin de soins médicaux urgents (out-of-hours care).²⁷ Une fois que ce nouveau rôle du médecin référent sera formalisé, une campagne de communication au niveau national sera à prévoir et sera critique à son implémentation.





Afin de faciliter l'accès aux soins et de renforcer la collaboration pluridisciplinaire, le développement de cabinets multidisciplinaires sera encouragé.



Il est également prévu d'impliquer plus les **pharmacies** d'officines ouvertes au public dans les soins primaires. En effet, les pharmacies peuvent offrir une aide rapide et compétente pour des questions de santé en complémentarité des médecins. Grâce à un accès facilité, les pharmacies peuvent contribuer à l'assurance des soins primaires notamment à travers des consultations pharmaceutiques. A titre exemplaire, en Finlande l'implication poussée des pharmaciens dans les soins primaires a mené à une réduction de 54 % des hospitalisations et de 24 % des hospitalisations d'urgence pour les patients asthmatiques.⁷³

Au niveau des soins primaires, et vu le rôle crucial de la promotion de la santé et de la prévention dès le plus jeune âge, une réflexion devra être menée afin de **garantir l'accès des nourrissons, enfants et adolescents à des consultations spécifiques** dans le contexte de pénurie de médecins spécialistes en pédiatrie évoquée dans le chapitre sur les conditions de travail et l'image des professions de santé. Encourageant des formations spécifiques pour généralistes pour mettre à jour leurs formation de base afin de prendre à charge d'avantage les enfants sans pathologies spécifiques.

4

3.2.2 Axe stratégique Développer des stratégies et des parcours de soins intégrés pour les pathologies avec le plus grand impact sur la santé

Pour toutes les pathologies ayant un impact significatif sur la morbidité et la mortalité de la population, la priorité sera de favoriser l'intégration du parcours des soins et ce dans l'intérêt du patient ainsi que de la qualité et de la sécurité de sa prise en charge. L'OMS définit l'intégration du parcours des soins comme *gestion et fourniture des soins de santé dans un continuum de promotion de la santé, prévention de la maladie, diagnostic, traitement et gestion de la maladie, réadaptation et soins palliatifs, et cela aux différents niveaux et lieux de soins, et en fonction des besoins du patient.*⁷⁴ L'ambition sera de comprendre les différents parcours de soins de la perspective du patient et de les adapter de manière à rendre le parcours le plus pertinent possible. Sur base de **parcours de prise en charges optimisés**, incluant aussi des soins de suite et des soins palliatifs, les rôles et responsabilités des acteurs impliqués ainsi que les interfaces entre ceux-ci seront définis afin de proposer au patient une prise en charge transparente et efficace. Le patient est ainsi activement impliqué dans son parcours de soins afin qu'il comprenne à tout moment le raisonnement derrière les actions proposées et les résultats attendus.

Un volet additionnel est l'implication de l'entourage du patient tout au long de ce parcours, si tel est le souhait du patient. Son rôle et les points d'interactions seront formalisés et prévus proactivement aussi bien sur un niveau de soins que sur le niveau administratif. Les parcours de soins intégrés trouveront une forme de matérialisation dans les réseaux de compétences, ancrés dans la loi hospitalière de 2018, et qui sont déjà pour certains en voie d'implémentation.

Les **maladies cardiovasculaires** restent une des principales causes de décès au Luxembourg. Dans un but de réduire ces maladies et leurs conséquences largement considérées comme évitables, la stratégie approuvée dans le Plan national des maladies cardio-neuro-vasculaires pour la prévention et le traitement de l'infarctus du myocarde et de l'accident vasculaire cérébral sera implémentée. En se basant sur les acquis de l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et Interventionnelle (INCCI), un réseau de compétence en cardiologie et pathologies neurovasculaires sera créé. La sensibilisation de la population – dans le cadre de la promotion de la santé – par rapport aux facteurs de risques y relatifs devront tout aussi bien faire partie intégrante de cette stratégie qu'une définition de bonnes pratiques pour les services hospitaliers (e.g., pour les « stroke units ») et les prestataires de soins de suite (e.g., réhabilitation et réadaptation).

L'obésité et par la suite le diabète sont en progression constante dans nos sociétés. Le réseau de compétence obésité/diabète actuellement en voie d'élaboration devra être consolidé afin de maîtriser ces pathologies, qui sont également des facteurs de risque pour les maladies cardio-neuro-vasculaires et le cancer.

Dans le cadre du **Plan Cancer**, des parcours intégrés du patient englobant aussi bien la prévention, le diagnostic et les traitements ont été développés et seront mis en œuvre. Ici encore, l'implication de l'entourage du patient tout au long de ce parcours sera primordiale, si tel est souhaité par le patient. Le développement de la **médecine personnalisée** qui consiste selon la définition de l'OMS en « un modèle médical utilisant la caractérisation des phénotypes et des génotypes des individus pour adapter la bonne stratégie thérapeutique à la bonne personne au bon moment, et/ou pour déterminer la prédisposition à la maladie et/ou pour fournir une prévention opportune et ciblée », sera favorisée davantage, en interconnectant recherche biomédicale, système de soins de santé

et industrie des technologies de la santé.⁷⁵ Des progrès considérables ont été réalisés dans la recherche biomédicale au cours des dernières décennies et il existe un potentiel prometteur d'application des approches de médecine personnalisée à la prévention et au contrôle des maladies chroniques.

Le domaine de la **santé mentale** étant très complexe et hétérogène avec un nombre important d'acteurs en place, une analyse sur base d'un relevé de l'existant sera une première étape vers un plan national de santé mentale, s'intégrant dans les considérations plus générales du Plan National Santé. Un premier objectif consistera à amplifier les mesures préventives à effet mesurable dans le domaine du stress psychosocial (e.g., burnout, mobbing, nombre et rythme des heures de travail). Une collaboration entre les ministères compétents, le patronat et les représentations salariales aboutira à un programme de travail concret sur ce sujet. Un deuxième objectif consiste à réduire la stigmatisation des maladies mentales. En effet, la lutte contre la stigmatisation des maladies mentales ou psychiatriques sera une préoccupation majeure des pouvoirs publics. Il s'agit dès lors d'inciter plus de personnes atteintes à chercher l'aide dont elles ont besoin. Finalement des parcours de prise en charge spécifiques à la santé mentale seront définis. La prise en charge des patients atteints d'une maladie mentale sera définie autour des besoins du patient et de son environnement. Au vu des délais d'attente pour une prise en charge par un psychiatre il faudra renforcer le rôle des structures (e.g., centres de consultation, centres et hôpitaux de jour) pouvant prendre en charge des personnes ayant besoin d'un accompagnement.⁴⁴ Dans ce contexte il faudra tenir compte de l'impact de la prise en charge des actes de psychothérapie sur ces délais d'attente. Dans cet objectif les secteurs hospitalier et extrahospitalier devront collaborer davantage et les structures des soins psychiatriques ambulatoires seront renforcées. Ces différentes dimensions seront combinées dans le plan national santé mentale afin d'assurer une mise en œuvre coordonnée.



Pour les **maladies neurodégénératives** une approche intégrée de prise en charge sera définie, avec une gouvernance nationale claire rassemblant des compétences à ce jour réparties parmi plusieurs acteurs. À l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement qui permet de guérir la démence ou la maladie de Parkinson. Cependant, même à défaut de traitement curatif, les acteurs de santé et d'aide sociale peuvent améliorer de manière significative la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie démentielle et de leurs proches. Ces initiatives se fonderont sur des programmes existants tels que ParkinsonNet Luxembourg (actuellement déjà transformé en réseau de compétence intégrant des aspects de recherche biomédicale, notamment dans le domaine de

la génomique) qui a été créé avec le but de « promouvoir les soins centrés sur le patient en formant les professionnels de santé de façon à ce qu'ils puissent identifier et répondre au mieux aux besoins spécifiques de chaque patient atteint de la maladie de Parkinson en facilitant la communication entre les différentes disciplines autour du traitement individualisé d'un patient. »⁷⁶. Ces réflexions seront également alignées avec le Plan d'action Démences et le Plan National Maladies Rares.

Dans toutes ces réflexions, le patient devra être au centre des préoccupations et il sera impliqué en tant que patient-partenaire. L'importance des organisations de patients et structures similaires prendra ici toute sa place.

3.2.3 Axe stratégique

5

Favoriser l'amélioration continue de la prise en charge par une évaluation critique de la pertinence et de la qualité

Une autre priorité est l'évaluation critique de la pertinence et de la qualité de chaque étape de la prise en charge visant ainsi une valorisation du résultat plutôt qu'une rémunération d'un acte. A titre d'exemple, la pertinence et la qualité d'une prise en charge d'un patient opéré d'une prothèse de hanche sera à évaluer par rapport au gain de mobilité et qualité de vie du patient.

Cette approche axée sur la valeur (angl. **Value-based Healthcare**) – déjà adoptée à ce jour dans certains pays européens – sera transposée dans le contexte luxembourgeois, visant à proposer des soins de santé de qualité supérieure en trouvant le meilleur compromis entre les bénéfiques objectifs et subjectifs pour chaque patient.⁷⁷

D'autres indicateurs de qualité se basant sur des données spécifiques de traitements, la mortalité ou encore les infections associées aux soins de santé, seront à piloter. L'échange de données évoqué plus loin facilitera ce suivi de qualité. Aussi des indicateurs comme l'évaluation et l'expérience rapportée par le patient (angl. Patient reported experience measures – PREMs) ou l'évaluation du résultat rapporté par le patient (angl. Patient reported outcome measures – PROMs) serviront à évaluer la prise en charge de la perspective du patient. Ces indicateurs informeront également la planification, les autorisa-



tions de services hospitaliers et des réseaux de compétence, voire ultérieurement le financement du système de santé.

Les mêmes considérations de pertinence et de qualité seront appliquées à la médecine palliative, la thérapie de la douleur ainsi que l'accompagnement de personnes en fin de vie dans un but d'éviter la souffrance, d'améliorer leur qualité de vie et de maintenir leur dignité. Le futur plan national fin de vie et soins palliatifs s'inscrira dans cette logique.

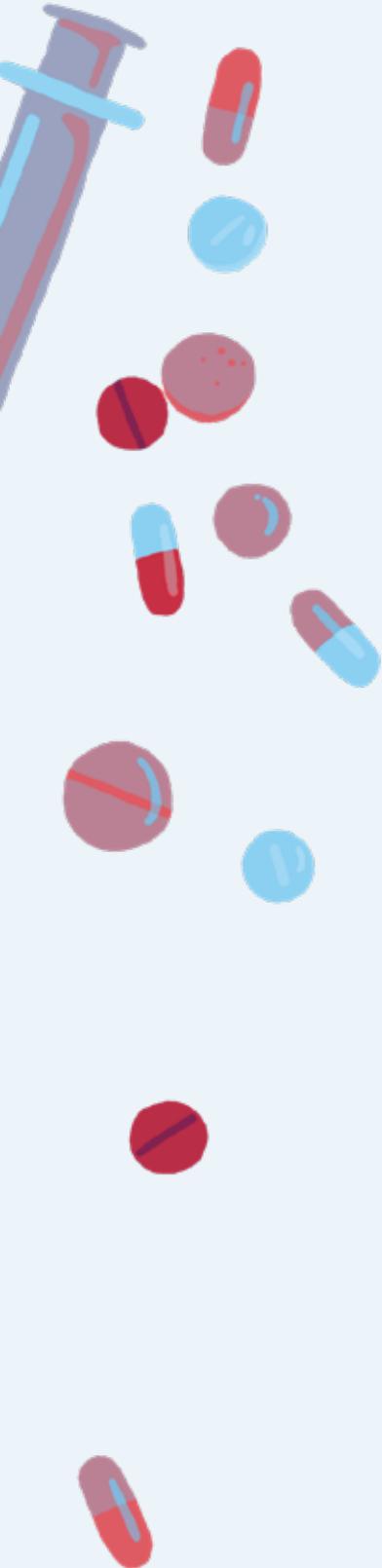
Comme une médecine de qualité est largement une médecine basée sur l'évidence, **le rôle du conseil scientifique** de domaine de la santé sera **renforcé** dans l'élaboration de recommandations cliniques dans le domaine du diagnostic et du traitement. Les moyens nécessaires au bon fonctionnement du conseil scientifique seront mis à disposition.

3.2.4 **Axe stratégique** **Optimiser et valoriser la médecine hospitalière et soutenir le virage ambulatoire**

Dans ce contexte il s'agira de **valoriser la médecine hospitalière**. Le secteur de la santé doit bénéficier d'une articulation optimisée des soins primaires, médecine spécialisée et de la médecine hospitalière. Une gouvernance forte doit permettre de supporter au mieux les différents acteurs dans leurs rôles respectifs. Comme évoqué précédemment, il sera veillé à une planification flexible des moyens contribuant à l'optimisation de la collaboration entre les professionnels de santé et bénéficiant d'un cadre infrastructurel et d'équipements médico-techniques, logistiques et informatiques de pointe.

La gouvernance du secteur de la santé s'articulera autour de plusieurs axes de réflexion afin de faire évoluer la planification nationale tant au niveau hospitalier qu'extrahospitalier sur base de données pertinentes relevées. Il s'agira dans ce contexte de prendre en compte tant les tendances d'évolution démographiques que l'attractivité émanant des établissements nationaux pour les assurés non-résidents. Une planification pluriannuelle et une flexibilité d'adaptation des infrastructures à réaliser et des moyens à mettre en œuvre contribuera à assurer l'adéquation de l'offre par rapport aux besoins constatés. Comme évoqué dans le chapitre sur la vision, l'Observatoire national de la santé élaborera à ce titre une carte sanitaire qui sera élargie au secteur extrahospitalier afin d'avoir une vue exhaustive des prestations réalisées afin d'optimiser la coordination entre les acteurs respectifs (voir aussi axe stratégique numéro 11). La documentation hospitalière des séjours hospitaliers sera élargie pour intégrer toutes les formes de prises en charge et contribuera ainsi à mieux anticiper les besoins (voir aussi axe stratégique numéro 7).





Le parcours de prise en charge du patient s'articulera autour d'une collaboration forte entre les différents acteurs du système de santé (voir aussi axe stratégique numéro 4). La transposition des dispositions de la loi du 8 mars 2018 concernant les établissements hospitaliers et la planification hospitalière a permis de structurer les autorisations d'exploitation des services des établissements hospitaliers et de concrétiser les normes des services hospitaliers exploités ainsi que la formalisation des collaborations inter-hospitalières et des médecins agréés ou salariés. La mise en œuvre de réseaux de compétences permet d'articuler la collaboration entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier.

Les services hospitaliers nationaux devront disposer des moyens nécessaires afin de jouer un rôle de coordination des prises en charge de patients. Encadrés par les conseils scientifiques respectifs le développement et la structuration des parcours de soins autour de prises en charge complexes assurera une orientation du patient tant au niveau des soins primaires que secondaires et des acteurs respectifs. L'organisation de l'activité médico-soignante selon les pathologies mise en œuvre par les hôpitaux sera supportée par les médecins coordinateurs afin d'optimiser la collaboration et la prise en charge des patients au sein des services respectifs.

L'accessibilité aux services hospitaliers, notamment les services nationaux, sera primordiale afin d'assurer une prise en charge de qualité. Les délais d'accès pour les examens médico-techniques urgents respectivement programmés ou non devront faire l'objet d'un monitoring constant. Une optimisation de l'accessibilité par une prise de rendez-vous coordonnée au sein des centres hospitaliers permettra la prise en charge optimisée des examens urgents.

La médecine hospitalière étant le plus souvent le maillon central dans le parcours de soins du patient une digitalisation forte permettra une collaboration efficace entre les soins primaires et les soins de suite.

L'orientation du patient est à soutenir notamment par la mise en place du guichet unique, thématisée dans l'axe stratégique numéro 2. La communication avec le patient et son entourage est à structurer tant au niveau des organisations que des services respectifs. Elle contribue à une prise en charge efficiente et un cadre de satisfaction tant pour les professionnels que les patients. L'interaction optimisée entre le secteur extrahospitalier et hospitalier assurera la continuité dans la prise en charge.

La digitalisation du dossier patient hospitalier et extrahospitalier visera à optimiser la collaboration et à décharger les professions médico-soignantes de tâches administratives tout en sécurisant la prise en charge des patients. Les normes de services hospitaliers en termes de continuité de service, gardes et astreintes, seront articulées et adaptées en fonction des besoins du terrain.

La médecine hospitalière doit maintenir et développer son attractivité pour les professionnels en pouvant se prévaloir d'un niveau de médecine universitaire contribuant au développement de la formation universitaire. Aussi, les synergies avec l'effort de recherche et d'enseignement des professionnels de santé doivent être promues.

L'équipement hautement spécialisé sera maintenu à la pointe du progrès médical et de l'innovation technologique. La planification des moyens répondra aux besoins émanant sur base des analyses de l'Observatoire national de la santé et de l'évolution démographique. La gouvernance digitale devra permettre aux acteurs de disposer des solutions digitales appropriées afin de soutenir l'efficacité de la prise en charge et la flexibilité des structures.

Le monitoring de l'activité hospitalière et de la qualité de prise en charge évoluera vers des indicateurs permettant un benchmark régulier (section 3.2.3) tant au niveau de la qualité de la prise en charge que de l'appréciation par le patient et son entourage. Il sera

opportun de procéder à une forme d'accréditation régulière de l'activité hospitalière afin de s'assurer de la prise en charge des patients au même niveau de qualité et de sécurité que les institutions de renommée internationale. Les programmes d'accréditation en préparation au sein des établissements hospitaliers seront pérennisés et valorisés.

Puis, il s'agira d'**accélérer le virage ambulatoire en étendant l'offre de certains services hospitaliers en-dehors des sites principaux en collaboration avec des cabinets médicaux spécialisés ou pluridisciplinaires**. Il

est en effet prévu d'autoriser des prises en charge ambulatoires dans un cadre infrastructurel et organisationnel adapté se situant en dehors des murs des hôpitaux existants (sites supplémentaires). Une première phase consistera en une adaptation du cadre légal pour autoriser une prise en charge ambulatoire dans des antennes de services des établissements hospitaliers. Cette mesure en cours de formalisation doit notamment permettre de réduire le temps d'attente pour certains examens d'imagerie médicale (e.g., IRM, mammographie) ainsi que d'améliorer l'accès pour certains traitements (e.g., dialyse). A noter que le concept pourra s'appliquer à d'autres traitements ambulatoires (e.g., chirurgie ambulatoire) dans une deuxième phase.

Il est prévu de maintenir les équipements dits « lourds » (donc des équipements coûteux, nécessitant du personnel hautement spécialisé et des conditions d'emploi particulières) sous la gestion des hôpitaux prévus dans la loi hospitalière et d'autoriser ces équipements sur base de prospections sanitaires et de critères géographiques. La carte sanitaire établira une projection des besoins futurs d'équipements « lourds » et permettra de dégager des critères d'attribution, ainsi que des besoins supplémentaires en termes d'équipements ou de sites additionnels. Une prise en charge dans des antennes des hôpitaux permettra ainsi de rapprocher la médecine des citoyens en facilitant l'accès. En même temps la concentration de prises en charge ambulatoires dans des antennes

permettra de favoriser le virage ambulatoire en le dotant d'un cadre infrastructurel et organisationnel approprié, tout en garantissant le recours à des équipements de pointe.

Enfin, il faudra **renforcer le rôle des cabinets de villes et recentrer les sites principaux des hôpitaux sur la prise en charge de cas complexes et nécessitant des compétences avancées**. Si les prises en charge am-

bulatoires qui impliquent des équipements lourds seront concentrées davantage sur des sites dédiés exploités en collaboration avec les hôpitaux, il est également prévu de créer plus de synergies avec les cabinets médicaux pour installer certains équipements en dehors des principaux sites des établissements hospitaliers. Certains équipements qui ne sont donc pas réservés dans le cadre d'une planification nationale pourront donc être installés dans des cabinets de villes sans être soumis à une planification. Cette approche permettra entre autres d'offrir des prestations d'endoscopie et de radiologie conventionnelle, prestations qui, sont actuellement encore largement réservées aux établissements hospitaliers.

Ainsi, il sera possible de renforcer le rôle des hôpitaux dans la prise en charge de cas complexes et nécessitant des compétences avancées. Dans ce contexte, l'organisation par services hospitaliers telle que prévue par la loi hospitalière du 8 mars 2018 sera renforcée dans le cadre du renouvellement des autorisations de services en veillant à la collaboration étroite entre les acteurs. En effet une médecine de pointe ne peut être atteinte que si des compétences sont concentrées au niveau des médecins, des équipes soignantes et des infrastructures. Les hôpitaux et leurs médecins spécialistes agréés devront ainsi jouer un rôle clé dans le développement des réseaux de compétences et dans le pilotage des parcours de soins.

Enfin, afin de pouvoir développer davantage le virage ambulatoire, l'évaluation de la faisabilité ainsi qu'une conceptualisation de **l'hospitalisation à domicile** permettant

un suivi du séjour aigu à domicile respectivement le suivi des patients atteints d'une maladie ou infirmité qui nécessite habituellement une prise en charge en milieu hospitalier sera menée en concertation avec les acteurs et experts des soins à domicile. Cette évaluation tiendra compte des projets d'hospitalisation à domicile déjà en cours. L'hospitalisation à domicile permettrait au patient de ne pas devoir quitter son environnement familial et ainsi rendre sa prise en charge plus vivable et agréable. Comme décrit sous l'objectif précédent, l'intégration d'une telle prise en charge dans le parcours des soins du patient est primordiale et l'hospitalisation à domicile devra être adaptée aux besoins du patient tout en assurant une prise en charge de qualité. Dans ce contexte, la mise en œuvre de technologies permettant un suivi à distance sera évaluée, rendant possible de réaliser des prestations dans le lieu familial du patient qui auparavant ont nécessité une prise en charge en milieu hospitalier. Finalement, un échange de données facilité est une condition préalable à la mise en place de l'hospitalisation à domicile.

En complément, il y a lieu de développer et d'implémenter un concept de prise en charge extra-hospitalière afin de prendre en charge des patients âgés à l'issue d'un séjour hospitalier en attendant qu'ils puissent réintégrer leur domicile ou intégrer une structure d'hébergement spécialisée.



3.3 **DIMENSION III:** **CONTINUER À AMÉLIORER LE CADRE GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Dans une approche long terme, il s'agit de garantir la durabilité du système de santé en trouvant le juste équilibre entre la santé, l'économie et les ressources à disposition.

7

3.3.1 **Axe stratégique** **Améliorer le recueil, l'analyse et l'utilisation des données de santé**

L'ambition du Plan National Santé est de développer un système de santé piloté par les données (angl. Data-driven health system) et de favoriser une médecine basée sur l'évidence. Un système moderne de gestion des données de santé contribuera ainsi à :

- Améliorer la prise en charge des patients par un échange de données pertinentes entre les différents intervenants dans le parcours de soins du patient
- Développer une meilleure planification du système de santé à travers des statistiques fiables, des modélisations prédictives et l'identification des domaines d'intervention prioritaires.
- Développer la médecine personnalisée et des outils basés sur l'intelligence artificielle.
- Planifier et gérer la prise en charge des patients par les hôpitaux et autres acteurs du système de santé.
- Garantir une transparence par rapport au patient qui aura accès à ses propres données de santé.
- Constituer la base pour la recherche et l'innovation et ainsi générer de nouvelles connaissances plus rapidement que par les approches scientifiques traditionnelles.
- Assurer une meilleure collaboration transfrontalière (European Health Data Space) et permettre d'améliorer l'évaluation comparative au niveau international.
- Améliorer l'efficacité du système de santé

Les professionnels de santé devront s'approprier des données utiles pour améliorer les prises en charge des patients (« utilisation primaire des données »). En effet, la mise à disposition de données de santé en temps et qualité requis permettra une meilleure prise de décision médicale et thérapeutique au profit du patient.





Afin de pouvoir gérer de manière stratégique, des ressources compétentes dans l'exploitation et l'analyse de données de santé seront développées. Ces ressources sont à prévoir à la Direction de la santé et à l'Observatoire national de la santé en vue de l'analyse et de l'interprétation des données de santé ainsi que de leur diffusion vers les décideurs, afin de permettre des décisions stratégiques pertinentes (« utilisation secondaire des données »). Il reviendra également à l'Observatoire national de la santé de mettre en place un cadre de référence et des **indicateurs utiles à l'évaluation et au suivi de l'état de santé**, des comportements de santé et de la performance du système de santé et d'augmenter l'efficacité du système par le biais de benchmarkings de ces indicateurs. Dans le milieu hospitalier, ce benchmarking, qui pourra en partie se baser sur les données structurées récoltées dans le cadre du projet de documentation hospitalière, devra permettre à tous les acteurs de santé – et notamment au Ministère de la Santé, aux établissements hospitaliers et aux organismes de

sécurité sociale – de disposer de meilleurs outils de gestion et d'améliorer la qualité des discussions autour de prises de décisions stratégiques. Un système de **documentation et de classification** sera mis en place pour le **secteur extrahospitalier**, permettant de compléter la carte sanitaire en vue d'un développement ciblé et pertinent des soins primaires (voir également axe stratégique 11).

Finalement, il va sans dire que toute mesure dans le contexte des données de santé devra se conformer aux dispositions en matière de protection des données. De manière générale il faudra maintenir un haut niveau de confiance de la population dans la gestion de leurs données de santé. La création d'un organisme de gouvernance central et public, précité dans ce chapitre, contribuera à cet objectif.



3.3.2 **Axe stratégique** **Renforcer la digitalisation du système de santé**

La digitalisation du système de santé n'est pas une fin en soi. Il s'agira plutôt de s'approprier les possibilités de la digitalisation pour améliorer la qualité des prises en charge, pour réduire les coûts de santé et pour réduire les impacts de la pénurie de personnel de santé. Sur les rails depuis de nombreuses années, il s'agit d'accélérer la digitalisation du système de santé. Dans ce contexte, la **stratégie nationale eHealth** du Luxembourg s'alignera sur la Stratégie mondiale pour la santé numérique adoptée par l'OMS en 2020 et qui a comme vision d'améliorer la santé de chacun, partout, en accélérant l'élaboration et l'adoption de solutions de santé numériques appropriées, accessibles, abordables, adaptables et durables, centrées sur la personne, en développant des infrastructures et des applications permettant d'utiliser les données sanitaires pour promouvoir la santé et le bien-être, et atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé.⁷⁸ Dans le cadre de la stratégie nationale eHealth, l'utilisation des services de santé digitale est à améliorer dans les années à venir et des mesures par rapport aux services suivants sont à prévoir :

- E-dossier : Réforme du dossier de soins partagé. Le dossier en ligne devra intégrer les données et informations nécessaires à une meilleure implication du patient dans son parcours de soins, faciliter l'échange de données et permettre un meilleur suivi par les différents acteurs. En tant qu'étape préparatoire, une évaluation de l'utilisation du dossier de soins partagé sera menée.
- E-prescription : accélération du déploiement des ordonnances électroniques.
- E-ambulance : Mise en place de solutions d'intervention rapide pour la détection et le positionnement des appels d'urgence et accès simultané aux dossiers médicaux des patients pour le médecin d'urgence. Ensuite, la transmission des données vitales et l'état de santé aigu à l'hôpital qui accueille le patient augmente la sécurité du patient et rend les interventions d'urgence plus efficaces.⁷⁹
- E-administration : accélération de la mise à disposition d'un nombre d'outils administratifs digitaux au bénéfice du patient dont notamment le paiement immédiat direct.

Des données structurées cohérentes sur les patients seront enregistrées de manière centralisée et sécurisée à travers tout le système de santé. Comme évoqué au chapitre précédent, ces données permettront d'améliorer la prise de décision clinique, de responsabiliser et faire participer les patients, ainsi que d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge. Afin de concrétiser cette vision, il faudra non seulement centraliser les données de santé, mais il faudra en plus veiller à ce que toutes ces données soient homogènes en se basant sur des référentiels et standards communs. Vu la taille réduite du secteur de santé luxembourgeois, l'introduction d'un système informatique unique,

dans une logique « one patient, one record » dans les établissements hospitaliers et avec des interfaçages avec le secteur extrahospitalier est non seulement possible mais aussi la façon la plus efficace d'arriver à ce but. L'instauration d'un service dédié pour la gouvernance de la santé numérique au niveau du Ministère de la Santé, permettra de développer et de superviser l'implémentation de la stratégie nationale en matière de santé numérique. Cet organisme sera le principal point de contact international (dont EU Health Data Space) ainsi que le décideur en termes de principaux standards et référentiels à utiliser. Cette entité devra également être responsable du financement de la stratégie de santé numérique. Pour assurer la communication et l'alignement avec les parties prenantes et garantir une implication forte du secteur, l'équipe s'appuiera sur une commission consultative de la santé numérique. Une agence technique pour la santé numérique constituera le bras opérationnel de la mise en œuvre de la stratégie de santé numérique. Cette agence pourra se baser sur l'actuelle Agence eSanté qui sera à réformer afin de pouvoir accomplir ses missions étendues. Elle aura pour mission d'opérer le système informatique unique, de garantir la qualité et la disponibilité de données de santé, d'assurer la sécurité informatique ainsi que de mutualiser les infrastructures techniques. Les hôpitaux garderont la responsabilité de l'utilisation du système et des accès accordés aux utilisateurs. La structure offrira des services additionnels tels que la gestion des identités, la messagerie sécurisée ou encore la gestion du réseau informatique. Ses services seront disponibles au secteur hospitalier et au secteur extrahospitalier.

Afin d'exploiter de manière efficace et coordonnée le potentiel de données de santé, il y a lieu d'instaurer un **comité de**

coordination interministériel qui sera **chargé de coordonner l'utilisation secondaire des données** (par la Plateforme Nationale d'Echange de Données dénommée LNDS Luxembourg National Data Services) tout en procurant un vrai avantage concurrentiel à la recherche et à l'innovation au Luxembourg.

En complémentarité du système informatique unique, le déploiement de la télémédecine étendra la capacité d'action des professionnels de santé et facilitera l'accès aux services de santé. Il sera donc nécessaire de promouvoir la télémédecine, en commençant par les téléconsultations et les télé-expertises. De même, l'utilisation des dispositifs mobiles portables permettant une captation de signes vitaux / médicaux (angl. *wearables*), donc en mettant en place des services de monitoring, fera partie intégrante du mode de vie et la communication avec et entre les professionnels de santé.

Finalement, le recours accru à la digitalisation permettra de simplifier les démarches administratives pour les patients et pour les professionnels de santé ainsi que la communication entre patients et professionnels. In fine, la digitalisation sera indéniablement un levier pour contrebalancer en partie une pénurie de médecins et professionnels de santé.

Compte tenu de l'importance de la protection des données et du respect de la vie privée, toute mesure devra se conformer aux dispositions en matière de protection des données.



3.3.3 Axe stratégique **Promouvoir l'innovation**

Si les exemples d'innovation sont nombreux dans le système de santé luxembourgeois, les incitatifs à l'innovation ainsi que la coordination de l'innovation doivent davantage être renforcés.

Afin de rendre l'innovation plus systématique, une **plateforme nationale innovation santé, en complémentarité d'une agence pour la gouvernance de la santé numérique**, avec les missions suivantes sera mise en place :

- Facilitation de l'émergence de prises en charge innovantes du patient.
- Favorisation de l'échange et les retours d'expérience sur des innovations entre différents prestataires de santé et autres acteurs nationaux de l'innovation (start-ups, PME, centres de recherche, université...).
- Veille technologique sur les innovations pilotées dans d'autres pays de l'Union européenne pour informer les parties prenantes de manière proactive.
- Coordination dans des réponses nationales aux problématiques relatives à l'innovation.

En parallèle, il y a lieu d'encourager la coopération des acteurs de santé avec les entreprises privées et le domaine de la recherche. Ces collaborations qui devront toujours avoir comme premier objectif l'amélioration des soins de santé, pourront contribuer à établir l'écosystème de santé comme un pilier économique supplémentaire du pays. Les premiers pas dans cette direction ont été déjà entamés par le lancement d'appels à projets conjoints par le ministère de l'Économie et le Fonds National de la Recherche afin de favoriser la création d'une culture collaborative entre cliniciens/chercheurs au Luxembourg et entreprises nationales pour la validation clinique et co-développement de prototypes. A terme la co-crédation de solutions innovatrices entre start-ups, incubateurs, autorités, instituts de recherche et usagers contribuera à améliorer de manière soutenable le système de santé luxembourgeois dans l'intérêt du patient et de la santé publique.

L'innovation en médecine passe inévitablement par la recherche qu'elle soit fondamentale, clinique translationnelle ou opérationnelle. Si la recherche fondamentale est bien établie au Luxembourg notamment par l'Université du Luxembourg (e.g., Luxembourg Center for Systems Biomedicine, LCSB) ou au Luxembourg Institute of Health (LIH), il convient de développer davantage la recherche clinique et translationnelle afin de disposer d'une chaîne de création de valeur efficace. Ainsi le Luxembourg a **récemment renforcé son programme de recherche clinique**. La création du Luxembourg Clinical and Translational Research Center (LCTR) ainsi que la création **de premières positions de chercheurs-cliniciens** constituent une première étape. A terme, le Luxembourg aspire à développer davantage de missions d'hôpital universitaires, soit en collaboration avec l'Université du Luxembourg, soit avec d'autres universités européennes. Cette évolution sera indispensable si le Luxembourg voudra devenir un acteur clé dans la médecine personnalisée et bénéficier de nouvelles technologies comme par exemple la génomique ou protéomique. La création d'une plateforme conjointe Laboratoire national de santé/ Luxembourg Institute of Health, qui se concentrera sur la médecine génomique au carrefour entre la recherche et les soins est envisagée. Elle devrait fournir un support pour le diagnostic et le renseignement du traitement surtout dans les domaines du cancer et des maladies rares. Le lancement de cohortes longitudinales nationales pourrait devenir un atout majeur pour faciliter l'émergence de solutions thérapeutiques et de prévention innovantes. A noter que, d'une manière générale, la recherche translationnelle de pointe va garantir aux patients luxembourgeois l'accès aux traitements les plus récents et les plus innovants.

Le Luxembourg devra également saisir les chances de la « mHealth ». Dans ce contexte il est prévu de mettre en place un **processus d'évaluation des applications digitales de santé**, en ligne avec les réglementations européennes sur les dispositifs médicaux et les évaluations des technologies de la santé, qui seront implémentées par la future Agence luxembourgeoise des médicaments et produits de santé. Ceci aura l'objectif d'aviser sur le bénéfice de ces produits pour la prise en charge des patients afin in fine d'en favoriser le remboursement par la Caisse Nationale de Santé.

10

3.3.4 **Axe stratégique** **Garantir la disponibilité de professionnels de santé en améliorant l'attractivité du secteur de la santé**

La qualité et la sécurité des soins sont assurés avant tout par les professionnels de santé à travers leur travail et engagement quotidien. Face au risque de pénurie identifié en raison de la croissance et du vieillissement de la population, ainsi que de nombreux départs à la retraite prévisibles de professionnels de santé, le besoin d'une véritable stratégie adaptée à l'évolution des métiers et des aspirations professionnelles s'impose. Sur base des résultats de diverses études existantes (étude Lair, étude LëtZCare et autres) examinant les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et les raisons de départs prématurés de la profession (e.g., charge de travail, relations avec les supérieurs hiérarchiques, exigences émotionnelles), des actions ciblées permettant d'anticiper des départs et d'optimiser les conditions de travail au quotidien devront être envisagées.^{44,80} De même, il sera nécessaire de continuer à analyser, comprendre et résoudre les contraintes relatives à l'exercice des métiers de santé tout comme les freins menant à un manque d'inscriptions des jeunes dans les filières de soins.

Le monitoring et l'analyse continue de la démographie médico-soignante sont des éléments centraux de cet axe stratégique. Il sera clé d'anticiper les besoins par profession. Ceci se fera en tenant compte de l'évolution démographique du pays en termes du vieillissement et de la croissance de la population ainsi que de l'évolution des maladies (e.g., maladies chroniques). Il sera impératif de disposer de statistiques fiables sur les professionnels de santé actifs et ceux en cours de formation. Sur base de l'analyse de l'évolution démographique et des maladies, ainsi que des données reçues du registre, un service de pilotage permettant d'identifier les besoins futurs de ressources par spécialisation et secteur sera développé afin de mieux anticiper à l'avenir des pénuries dans certaines disciplines.

Afin d'accroître l'attractivité des différents métiers concernés, il y aura lieu d'agir sur plusieurs plans en parallèle : d'abord sur l'offre de formation et de développement professionnel, ensuite sur la valorisation des métiers et de leur pratique au Luxembourg et enfin sur les conditions de travail du secteur de la santé et des soins.

Tout d'abord il s'agira **d'offrir des formations adaptées aux besoins des professionnels de santé de demain**. L'offre de formation actuelle au Luxembourg étant largement insuffisante pour couvrir les besoins escomptés en ressources humaines spécialisées, il est impératif de l'étendre de manière conséquente, susceptible d'attirer de nombreux étudiants, même au-delà de nos frontières. La formation étant une première passerelle vers l'emploi, le Luxembourg risque actuellement de perdre des étudiants qui choisissent de s'établir dans le pays où ils ont effectué leurs études. Il s'agira donc d'anticiper les besoins de formation et de mitiger ce risque par le développement d'un ensemble de formations qui vont attirer non seulement des étudiants résidents mais également des candidats originaires d'autres pays. Les formations en sciences infirmières de niveau Bachelor que l'Université du Luxembourg lancera en 2023 et 2024 constituent une réponse claire à cette demande.

En alignement avec les objectifs de l'OMS suivant lesquels tous les Etats membres devront faire des efforts pour réduire leur dépendance par rapport à des professionnels de santé formés à l'étranger, le Luxembourg devra motiver davantage de jeunes au Luxembourg à se diriger vers des études dans le domaine de la santé et s'appuyer sur des coopérations durables avec des pays tiers pour recruter des étudiants à former au Luxembourg.



A terme, un cycle complet d'études médicales serait un facteur d'attractivité supplémentaire, tout comme les études d'infirmier en soins généraux et infirmiers spécialisés vont s'inscrire dans un cadre universitaire idéalement commun. Un lieu de formation partagé est en effet un levier pour favoriser l'intégration de cultures professionnelles aujourd'hui encore largement fragmentées et permettra de donner corps à des valeurs communes, favorisant la pluri professionnalité et l'évolution vers un travail en équipe. Compte tenu de l'évolution des métiers qui sont appelés à intégrer de nombreuses innovations tant scientifiques que technologiques, les missions et attributions des différentes professions de santé devront être revues régulièrement et en concertation avec les différentes représentations professionnelles. Compte tenu de ces évolutions inhérentes au secteur concerné, une offre de formation continue cohérente et attractive est à développer et jouera un rôle important aussi bien en termes d'attractivité de l'emploi que dans l'évolution des carrières.

Afin d'offrir des perspectives de développement professionnel variées, des passerelles entre les différentes formations, tout comme des modules facilitant la reconversion vers des professions de santé sont à développer. Les trajectoires en place devront permettre d'évoluer facilement, également en cours d'emploi, à partir de l'assistant d'accompagnement au quotidien vers l'aide-soignant et

ensuite vers les différentes professions d'infirmier/ère. Dans ce contexte, l'introduction de nouveaux profils professionnels tels que l'infirmier « plus » sera à étudier.

Un facteur d'attractivité des formations réside dans la qualité et la rémunération des stages pratiques associés aux différents parcours. En ce qui concerne celle-ci, des adaptations législatives sont en cours. Le Luxembourg devra rester compétitif en facilitant l'accès à des stages pratiques et en offrant une rémunération correcte pour les services rendus en cours de stage.

Tout comme les médecins en voie de spécialisation inscrits à l'Université de Luxembourg bénéficient d'une indemnité de stage compétitive, le même avantage devrait être prévu au bénéfice de ceux qui choisissent d'effectuer leur stage au Luxembourg à partir d'une autre université. Il est prévu que le stage effectué en dernière année dans le cadre d'études de médecine soit également rémunéré.

Enfin des incitatifs financiers liés à l'engagement de professionnels de santé désireux de s'établir au Luxembourg après les études sont à prévoir.

La qualité et l'attractivité des stages étant tributaires de leur encadrement, une attention particulière sera portée au statut des enseignants et encadrants, de sorte à valoriser leur engagement auprès des étudiants. Afin de

faciliter l'accès à un stage ou un premier emploi au Luxembourg, des outils comme une plateforme nationale des stages et d'emplois ou un programme de soutien à l'intégration dans l'emploi pour les jeunes ou professionnels venant de l'étranger, seront mis en place. De cette manière un lien étroit avec les étudiants et les nouveaux arrivants dans le secteur pourra être établi et maintenu.

La **valorisation des professions de santé** requiert une forte implication des différentes représentations professionnelles. A l'écoute du terrain et fortes d'une grande expertise, ces parties prenantes sont incontournables car les mieux placées pour apprécier quels sont les atouts à mettre en avant et les défis à relever pour contribuer à une image attractive des différents métiers de la santé et des soins. Afin de pouvoir exercer leurs missions avec le professionnalisme requis et anticiper les besoins de leurs membres, les autorités ordinales doivent être soutenues à travers une réforme statutaire qui viendra renforcer leurs rôles et missions.



Il sera important d'attirer, de développer et de retenir les ressources du secteur en valorisant davantage l'image des professions de santé et des professions médicales



La promotion des métiers et professions de la santé et l'amélioration de leur image dans la population sont importantes pour mieux faire connaître les facettes multiples et opportunités de développement professionnel qu'ils offrent. Ainsi, des campagnes de communication régulières telles que lancées en 2022 à partir de l'initiative [healthcareers.lu](https://www.healthcareers.lu) sont à prévoir afin de sensibiliser les citoyens sur le rôle essentiel et l'attractivité de ces métiers et professions et de leur expliquer plus en détail les rôles et responsabilités des différents acteurs du

système. Il s'agira de mettre en avant à l'échelle nationale et européenne les atouts d'étudier et de travailler (p.ex. offres d'emploi diversifié, équipement de pointe, des réseaux de compétences et services nationaux spécialisés) dans ce domaine au Luxembourg. Particulièrement, les jeunes seront ciblés pour éveiller leur intérêt de se former dans un métier de santé en étant visibles à travers une présence systématique sur les réseaux sociaux, les foires d'étudiants et événements et lieux de rencontre pour jeunes.

Pour rendre la pratique des métiers plus attractive il y a lieu de soutenir davantage la collaboration entre professionnels de santé. Le travail dans des équipes pluriprofessionnelles, où chaque membre pourra mettre en valeur ses compétences et son expertise, devra être optimisé sur base d'une évaluation critique de la mixité de niveaux de formation et de compétences (angl. Skill grade mix) à travers chaque secteur de santé. De nouvelles formes de collaboration, comme par exemple sous le format de centres médicaux pluridisciplinaires, seront à encourager afin de faciliter des synergies organisationnelles et encourager l'échange entre différentes spécialités.

Afin d'attirer et de retenir les talents, la transmission de savoirs, le partage d'expériences tout comme la recherche sont à encourager davantage par la reconnaissance du temps qui y est consacré. La recherche et l'innovation étant

des facteurs d'attraction de talents, le Luxembourg devra avoir pour ambition d'exceller sur ce plan en soutenant les acteurs qui sont prêts à s'investir. Une réflexion sera à mener notamment autour des statuts de médecin-enseignant et de médecin-chercheur (voir axe stratégique numéro 9). Une stratégie de digitalisation au service des professionnels de santé, dégageant du temps de qualité pour les patients, contribuera également à l'attractivité du Luxembourg.

Finalement il s'agira de **prendre soin des professionnels de santé**. En effet, exercer dans le domaine de santé expose à des contraintes horaires et physiques ainsi qu'à une charge mentale et émotionnelle qui peut altérer la santé des soignants et engendrer des départs prématurés. S'engager davantage et prendre soin des professionnels de santé en vue de préserver la santé, la sécurité et le bien-être de ceux qui soignent est donc essentiel pour contribuer à l'attractivité de l'emploi.

En termes d'encouragement de la qualité, les établissements de santé et de soins devront pouvoir valoriser spécifiquement des actions d'accompagnement et de soutien à l'amélioration de la qualité de vie au travail. En ce sens des actions tendant à prévenir les situations à risque sectorielles, à les corriger et à accompagner les professionnels de santé en situation difficile sont à promouvoir et à encourager. Un bon équilibre entre vie privée et vie professionnelle étant essentiel pour le maintien en bonne santé, des projets de garde d'enfants sur place ou encore de logements de service sont à envisager et à encourager.

Enfin des offres de formation qui facilitent la reconversion professionnelle contribueront à davantage de flexibilité et de choix pour adapter les trajectoires professionnelles aux situations de vie qui peuvent évoluer dans le temps.



11

3.3.5 **Axe stratégique** **Centraliser la gouvernance et la planification**

La planification des services cliniques des établissements hospitaliers et des équipements lourds est un des principes de base de notre système de santé retenu dans le cadre du Gesondheetsdësch. La planification aura comme objectif de fournir des conditions d'infrastructures, d'équipement, de personnel et de fonctionnement du système de santé adéquates pour répondre aux besoins croissants de la population. Pour le domaine hospitalier, les dispositions de la loi hospitalière du 8 mars 2018 qui prévoient une concentration de compétences par la mise en place de services hospitaliers spécialisés et de conventions inter-hospitalières seront opérationnalisées davantage dans le cadre du renouvellement des autorisations de service. En effet il s'agira de continuer à éviter le « tout partout » sur la base de la conviction qu'une concentration de compétences, ainsi que le renforcement du travail interdisciplinaire continueront à augmenter la qualité des prises en charge. La planification des établissements de soins de santé et des équipements lourds sera établie sur base de la carte sanitaire et assurera ainsi une adéquation entre la demande et l'offre des services de santé hospitaliers. Par rapport à l'état actuel, cette carte sanitaire devra être plus prospective, en anticipant la demande de services de santé au futur et reposer davantage sur des indicateurs de qualité, valorisant ainsi la bonne gouvernance de services hospitaliers existants. La planification et la répartition prospective, et en l'occurrence les cartes sanitaires à établir, seront réalisées en conformité

avec les objectifs et stratégies de développement territoriales du programme directeur d'aménagement du territoire. Une collaboration avec le Département de l'aménagement du territoire sera recherchée pour l'élaboration des cartes susmentionnées.

En même temps, un renforcement du rôle des soins primaires devra aller de pair avec un renforcement de la transparence, ceci afin d'assurer que la population dispose en bon nombre des professionnels de santé requis et d'éviter une pénurie de professionnels de santé dans des domaines critiques.

Par conséquent il y a lieu de mettre en place une **carte sanitaire** pour le secteur extrahospitalier qui complémente la carte sanitaire hospitalière telle que connue aujourd'hui. La carte sanitaire ne pourra être établie que sur base de données fiables sur l'activité dans les cabinets médicaux et autres structures extrahospitalières. Si pour le secteur hospitalier, cette documentation est opérationnelle, la mise en place d'une documentation et d'une classification des passages dans le secteur extrahospitalier sera un projet qui reste à développer rapidement.

Finalement, le Luxembourg devra se doter d'un cadre méthodologique pour l'évaluation de la performance du système de santé (e.g., Health system performance assessment).



3.3.6 *Axe stratégique* **12** *Ajuster le cadre financier*

Au vu du vieillissement de la population, l'augmentation de la demande de services de santé entraînera dans les prochaines décennies une hausse des coûts santé. Afin de garantir la pérennité du système et afin de pouvoir mettre en œuvre les axes stratégiques précités, il y a lieu de repenser et **d'adapter le financement du système de santé**. La réflexion sur les modalités exactes du financement est à mener dans le cadre d'une étude approfondie. Une telle étude devra impérativement couvrir l'indemnisation des disponibilités en milieu hospitalier, l'encouragement de l'enseignement universitaire et de la recherche au niveau des centres hospitaliers, la formation des professionnels de santé dans les hôpitaux, y inclus la rémunération des stages, ou encore les contraintes relatives aux structures critiques.



Le modèle de financement du système de santé devra davantage inciter à l'innovation et à la qualité.



Un nouveau modèle de financement du système de santé devra davantage inciter à l'innovation et à la qualité. Un cadre de financement se basant davantage sur les résultats que sur les moyens employés pourra à terme répondre à cet objectif. Les établissements hospitaliers devront disposer d'une certaine faculté pour investir dans l'innovation sans pour autant mettre en péril les atouts de la planification des moyens. Le cadre financier devra permettre que des solutions innovatrices soient davantage implémentées dès qu'elles prouvent leur valeur ajoutée au bénéfice de la santé publique.

En même temps, le nouveau mode de financement devra inciter davantage

à la recherche de l'efficacité. Dans ce contexte les établissements hospitaliers et médecins sont notamment à inciter à ne pas prolonger au-delà du nécessaire les séjours hospitaliers, sachant qu'une telle prolongation comporte des risques de conséquences défavorables pour le patient (e.g., risque d'infections liées aux soins, perte d'autonomie ...) et pour la sécurité sociale. L'adaptation du cadre légal permettant une prise en charge adéquate de l'ensemble des frais relatifs aux soins ambulatoires par une approche forfaitaire s'inscrit dans cette logique. Les modalités d'un tel financement sont à clarifier et le Luxembourg pourra s'inspirer de pays étrangers qui ont défini des listes de procédures qui ne peuvent être remboursées que si le patient est pris en charge de manière ambulatoire, sauf, bien évidemment lorsqu'il y ait une justification médicale pour un traitement stationnaire. Il faudra également mieux valoriser les unités d'œuvre voire les tarifs médicaux pour une prise en charge ambulatoire par rapport à une prise en charge stationnaire. Dans ce contexte il s'agit également d'investir dans des prises en charge ambulatoires, car ce type de prise en charge nécessite souvent une organisation de travail et une infrastructure différente de celle connue en milieu stationnaire. Il y a donc lieu de procéder à des aménagements, voire des projets de construction afin de permettre une prise en charge ambulatoire adaptée. En même temps il y a lieu de réduire la charge administrative des professionnels de santé et à encourager la collaboration et la mise en commun de moyens (par exemple mutualisations au niveau de la logistique). La mise en place d'une centrale nationale d'achat et de logistique constitue un pas dans cette direction.

La formule « mieux vaut prévenir que guérir » s'applique par excellence au domaine de la santé. Le Luxembourg utilisera donc les

atouts de son système pour investir davantage dans la santé des citoyens. Ainsi, le financement devra encourager les assurés à mener des styles de vie qui évitent certains risques et réduire ainsi les coûts de santé à long terme. Dans ce contexte l'introduction d'instruments pour financer **la prévention** est à explorer.

Afin de disposer d'une approche plus coordonnée pour l'innovation du secteur, il y a également lieu d'adapter le système de financement du secteur de la santé pour inciter davantage à l'innovation.

Finalement, il est prévu de s'approprier davantage les données de santé pour le financement du système de santé. En effet les investissements dans notre système devront s'orienter davantage d'après les priorités de santé publique qui en revanche ne peuvent être identifiées que sur base de données fiables. Ces données devront mener à l'établissement d'un **Plan d'Investissement Santé** qui définit de manière stratégique les investissements dans la santé pour les dix ans à venir. Ces investissements doivent notamment assurer que les infrastructures hospitalières soient maintenues à un niveau technique et opérationnel répondant aux besoins d'infrastructures critiques. Toutes les réflexions précitées doivent aller de pair avec une réflexion générale sur la manière de garantir la pérennité financière de notre système de santé.





I

Continuer à améliorer l'état de **SANTÉ DE LA POPULATION**

1. Élaborer une stratégie et une n coordonnée de la *promotion de prévention*

2. Renforcer la *communication* et le citoyen et les professionnels d

II

Poursuivre l'amélioration du **PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS**

3. Renforcer le rôle des *soins prima*

4. Développer des stratégies et des pour les *pathologies avec le plus gr*

5. Favoriser l'amélioration continu par une *évaluation critique* de la

6. Optimiser et valoriser la *médecie* et soutenir le *virage ambulatoire*

III

Continuer à améliorer le cadre **GÉNÉRAL DE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ**

7. Améliorer le recueil, l'analyse e l'utilisation des *données de sam*

8. Renforcer la *digitalisation* du sys

9. Promouvoir *l'innovation*

10. Garantir la disponibilité de *proj santé* en améliorant l'attractivité

11. Centraliser la *gouvernance* et la

12. Ajuster le *cadre financier*

AXES OPÉRATIONNELS

Mise en œuvre
de la santé et de la

- 1.1 Consolidation et renforcement des efforts de promotion de la santé et prévention des maladies
- 1.2 Mise en place d'un suivi sur les **indicateurs** de prévention
- 1.3 Renforcement de la prise en compte de la **santé environnementale**
- 1.4 Encouragement de **l'activité physique et de l'alimentation saine**

la collaboration entre
du système de santé

- 2.1 Orientation sur les **parcours de prise en charge**
- 2.2 Lancement d'une campagne de communication sur le **fonctionnement du système de santé**
- 2.3 Mise en place d'un **Guichet Unique Santé**

aires

- 3.1 Mise en œuvre conséquente du concept du **médecin référent**
- 3.2 Étude de l'implication des **pharmaciens** dans les soins primaires
- 3.3 Amélioration de **l'accès des nourrissons, enfants et adolescents** à des consultations spécifiques

parcours de soins intégrés
and impact sur la santé

- 4.1 Introduction de **parcours des soins optimisés** dans le cadre du déploiement des réseaux de compétences
- 4.2 Élaboration d'une stratégie holistique pour **maladies cardiovasculaires**
- 4.3 Mise à jour du Plan Cancer - approche de prévention et de traitement de certaines **tumeurs** / médecine personnalisée
- 4.4 Élaboration d'une approche de **prévention** et de **prise en charge** pour les/certaines **maladies psychiques/psychiatriques**
- 4.5 Programme qualité de vie pour les personnes atteintes de **maladies neurodégénératives**

de la prise en charge
pertinence et de la qualité

- 5.1 Conceptualisation et mise en œuvre des principes du « **Value-based Healthcare** » et notamment des **PROMS/PREMS**
- 5.2 **Renforcement** du rôle du **Conseil Scientifique**

me hospitalière

- 6.1 Valorisation de la **médecine hospitalière**
- 6.2 **Accélération** du **virage ambulatoire** par la mise en place de **sites destinés** exclusivement à la prise en charge
- 6.3 de patients **ambulatoires**
- 6.4 **Renforcement du rôle des cabinets de villes** et concentration des sites principaux des **hôpitaux sur la prise**
- 6.5 **en charge de cas complexes et nécessitant des compétences avancées**
- 6.6 Évaluation de la faisabilité de **l'hospitalisation à domicile**

et
té

- 7.1 Introduction d'un suivi systématique des **indicateurs de santé**
- 7.2 Mise en place d'un système de **documentation** et de classification pour le secteur **extrahospitalier**

système de santé

- 8.1 Mise en œuvre de la **stratégie nationale eHealth**
- 8.2 Mise en place d'un **seul système informatique intégré** pour le secteur hospitalier, voire extrahospitalier
- 8.3 Mise en place d'une **gouvernance** pour la **santé numérique**

- 9.1 **Mise en œuvre d'une plateforme** nationale innovation santé
- 9.2 Renforcement du **programme de recherche clinique et opérationnelle** et création des positions de **chercheurs-cliniciens**
- 9.3 Mise en place d'un processus de **certification** des applications digitales de santé

professionnels de
des professions

- 10.1 Introduction de **formations** adaptées aux besoins des professionnels de la santé de demain
- 10.2 **Valorisation** des métiers et de leur pratique au Luxembourg
- 10.3 Prendre **soin des professionnels de la santé**

planification

- 11.1 Mise en place d'une **carte sanitaire** sur le système de santé dans sa globalité

- 12.1 Élaboration d'un plan stratégique **d'adaptation du financement** du système de santé
- 12.2 Exploration des instruments pour le financement de la **prévention**
- 12.3 Introduction d'un **fonds d'innovation**
- 12.4 Développement d'un **Plan d'Investissement Santé**

Glossaire

Assuré	Tout assuré CNS indépendant de son pays de résidence
Case Manager	Un professionnel de santé qui aide à identifier les prestataires et les établissements appropriés tout au long du continuum de soins, tout en s'assurant que les ressources disponibles sont utilisées en temps opportun et de manière économique afin d'obtenir une valeur optimale tant pour le patient que pour la source de remboursement. ⁸¹
CIPA	Centre intégré pour personnes âgées
Citoyen	Une personne qui a les droits et les devoirs civils définis par l'état dont elle dépend.
Couverture universelle	Une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières. ⁸²
Écosystème de Santé	Une communauté composée du patient et du médecin, ainsi que de toutes les parties prenantes impliquées dans le processus de soins médicaux ou de séjour à l'hôpital (les payeurs, les professionnels de la santé, les régulateurs et l'industrie). ²
Gesondheidsdësch	Initiative et coopération interministérielle avec tous les partenaires du domaine de la santé pour générer un échange participatif et structuré autour des défis auxquels le système de santé Luxembourgeois est confronté.
Individu	Dans ce contexte, toute personne indépendamment de son état de santé et de son statut d'assuré.
Littératie en santé (Health Literacy)	Connaissances et compétences des citoyens en matière de santé.
Médecin référent	Pour un patient qui souffre de problèmes de santé complexes ou qui est atteint d'une maladie grave, chronique ou de longue durée, le médecin référent, dont les missions peuvent être assumées soit par le médecin généraliste ou le pédiatre, a comme tâche de coordonner les soins de ses patients et d'assurer que leur suivi médical soit optimal. ⁸³
Médecine extrahospitalière	Diagnostic ou traitement qui a lieu en dehors de l'hôpital.
Patient	Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale
PREMS (Patient reported experience measures)	Les PREMS (Patient-reported experience measures) s'intéressent à la manière dont le patient vit l'expérience des soins : satisfaction (information reçue), vécu subjectif (attention portée à la douleur) et objectif (délais d'attente), relations avec les prestataires de soins.
Prise en charge ambulatoire	La prise en charge d'un patient sans qu'il y ait de nuitée dans un établissement hospitalier.

Professionnels de la santé	Les médecins, les médecins-dentistes, les pharmaciens ainsi que toutes les professions de santé visées par la Loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ⁸⁴
PROMS (Patient reported outcome measures)	Les PROMS (Patient-reported outcomes measures) évaluent les résultats des soins. Les PROMS génériques sont des questionnaires généraux qui explorent des questions importantes pour l'ensemble des patients, quel que soit leur problème de santé. Les questions portent sur l'impact sur la vie globale (quality of life, QoL), sur leur 'qualité de vie (Health related QoL – HRQoL) ou sur des dimensions plus spécifiques comme le fonctionnement physique. Des PROMS spécifiques complètent le dispositif et mesurent les résultats touchant à une pathologie particulière (diabète) ou à un groupe de pathologies (le cancer), un domaine (douleur), une population (enfants), ou une partie du corps (yeux).
Système de santé	<p>La définition d'un système de santé utilisée se base sur celle présentée dans le « rapport sur la santé dans le monde 2000 » de l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé) qui combine trois éléments:²</p> <ul style="list-style-type: none"> • la prestation de services de santé (aux individus et à la population dans son ensemble), • la facilitation de cette prestation (notamment par le financement, la génération de ressources et la gestion) et • des tentatives d'influence sur d'autres secteurs dont l'objectif principal n'est pas la santé. Dont leurs mesures sont pourtant importantes pour la santé. <p>Cette définition a été par la suite précisée dans la Charte de Tallin (OMS Europe, 2008) : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité.</p> <p>« Au sein du cadre politique et institutionnel de chaque pays, un système de santé est l'ensemble des organismes, institutions et ressources du secteur public et du secteur privé mandatés pour améliorer, maintenir ou rétablir la santé. Les systèmes de santé englobent à la fois des services aux personnes et des services à la population, et des activités visant à influencer les politiques et les actions d'autres secteurs pour agir vis-à-vis des déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé. »⁸⁵</p>
Value-based Healthcare	L'approche de soins de santé axés sur la valeur.
Virage ambulatoire	Le processus de transfert des prestations de santé du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire et, de manière générale, la priorisation d'une prise en charge ambulatoire.

Bibliographie

1. Ministère de la Santé, Ministère de la Sécurité sociale. Le système de santé luxembourgeois 2022.
2. World Health Organization. Basic Documents - Forty-ninth edition 2020.
3. OECD. Health at a Glance: Europe 2021. doi:10.1787/ae3016b9-en
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Profile : Luxembourg 2010.
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories , 1990 – 2019 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
6. STATEC - l'Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg. Le Luxembourg en chiffres 2019.
7. STATEC - l'Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg. Regards sur l'évolution démographique 2009-2010.
8. Données de la Documentation et Classification des Séjours Hospitaliers (DCSH) 2019.
9. Inspection général de la sécurité sociale (IGSS). Consultations Médicales 2009-2019.
10. Inspection général de la sécurité sociale (IGSS). L'absentéisme pour cause de maladie en 2020.
11. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of Disease (GBD): Compare causes, injuries, and risks within a country, compare countries with regions or the world. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
12. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Luxembourg Country Health Profile 2019.
13. Eurostat. The life of women and men in Europe - 2021 Edition.
14. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Life expectancy at birth 2020. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.html>
15. OECD. Health at a Glance: Europe 2020. doi:doi.org/10.1787/82129230-en
16. Inspection général de la sécurité sociale (IGSS). Modélisation des coûts prospectifs liés aux soins hospitaliers pris en charge par l'assurance maladie-maternité (Aperçu no 13 - juin 2021).
17. OECD. Health at a Glance: Europe 2019. doi:10.1787/4dd50c09-en
18. STATEC - l'Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg. Le Luxembourg en chiffres 2021.
19. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Luxembourg Country Health Profile 2021.
20. Ritchie H, Roser M, Ortiz-Ospina E. Suicide. <https://ourworldindata.org/suicide>
21. Ministère de la Santé. Plan National de Prévention du Suicide pour le Luxembourg 2015-2019.
22. Observatoire national de la santé. Carte sanitaire, Mise à jour 2021, Document principal.
23. Inspection général de la sécurité sociale (IGSS). Répartition de l'activité hospitalière 2019 entre ambulatoire et stationnaire (Aperçu no 14 - juillet 2021).
24. Vers une amélioration des services d'urgence. Communiqué - Conférence de presse (15.12.2017).
25. Les nouvelles mesures pour un meilleur accès aux soins. <https://sante.public.lu/fr/campagnes/2018/systeme-de-sante.html>
26. OECD Statistics. Health Care Utilisation, Doctors Consultations. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?Theme-Treeld=9>
27. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway. Published online 2022. doi:10.3399/BJGP.2021.0340
28. Hostettler S, Kraft E. FMH-Ärztstatistik 2020 - die Schweiz im Ländervergleich.
29. Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. Portail de l'emploi - Portraits des secteurs porteurs. <https://adem.public.lu/fr/marche-emploi-luxembourg/panorama-marche-emploi/portraits-secteurs-porteurs.html>
30. Inspection général de la sécurité sociale (IGSS). Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2021.
31. Statistiques des diagnostics établis par le Contrôle Médical de la sécurité sociale (CMSS) lors du contrôle d'un congé maladie, en continu ou en vrac de plus de 35 jours sur une période de référence de 80 jours, 2019.
32. Association d'assurance accident: Rapport annuel 2020.

33. Eurostat. Accidents at work statistics 2019. <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/>
34. Stratégie nationale VISION ZERO. Bilan intermédiaire 2016-2021. <https://visionzero.lu/fr/strategie/>
35. Fondation Cancer: Rapport Annuel 2020.
36. Global Observatory for Physical Activity. Physical Activity Luxembourg. Published online 2019. <https://new.global-physicalactivityobservatory.com/card/?country=LU>
37. Stocker D, Jäggi J, Liechti L, Schläpfer D, Németh P, Künzi K. Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch- psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz - Schlussbericht.
38. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues 2021: Tendances et évolutions.
39. Ministère de la Santé - Direction de la Santé. Rapport National Drogues 2021: Le phénomène des drogues et des toxicomanies au Grand-Duché de Luxembourg.
40. Article 59 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.
41. Swinnen H. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare - Luxembourg 2018.
42. Van Kerm P, Salagean IC, Amétépé FS. La COVID-19 au Luxembourg. Le gradient social de l'épidémie. Published online 2022.
43. OECD. Unmet needs for health care: Comparing approaches and results from international surveys. Published online 2020.
44. Marie-Lise Lair-Hillion. Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg - Rapport final et Recommandations (Version 2019-10-01).
45. Inspection général de la sécurité sociale (IGSS). La Documentation et la Classification des Séjours Hospitaliers (Cahier statistique Numéro 8 - Décembre 2020).
46. Ministère de la Santé. Total des médecins praticiens 2022.
47. OECD. Health at a Glance: Europe 2022. doi:<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
48. Eurostat. Population on 1st January by age, sex and type of projection (2019-2100). https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PROJ_19NP__custom_2510928/default/table?lang=en
49. Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. Développement des études universitaires spécialisées en médecine à l'Université du Luxembourg. https://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2020/01-janvier/24-developpement-etudes.html
50. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030.
51. Ministère de la Santé. Répartition des lits selon les demandes d'autorisation des services hospitaliers 2022.
52. European Commission. The 2021 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070). doi:10.2765/84455
53. OECD. Curative care average length of stay 2019. <https://doi.org/10.1787/data-00542-en>
54. Ministère de la Santé - Direction de la Santé. Alimentation du Nourrisson (édition 2022).
55. Ministère de la Santé - Direction de la Santé. Enquête de couverture vaccinale 2018.
56. Latsuzbaia A, Arbyn M, Weyers S, Mossong J. Human papillomavirus vaccination coverage in Luxembourg - Implications of lowering and restricting target age groups. *Vaccine*. 2018;36(18):2411-2416. doi:10.1016/j.vaccine.2018.03.054
57. Alliance Compétences en Santé. Informer et conseiller de manière compréhensible - Guide pratique.
58. Ministère de l'Éducation nationale de l'Enfance et de la Jeunesse. La promotion de la santé et du bien-être. <https://men.public.lu/fr/themes-transversaux/themes-pedagogiques/promotion-sante-bien-etre.html>
59. Empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung GmbH. Gesundheitssystemvergleich - Fokus Digitalisierung Mehrländervergleich Digitalisierungsstrategien ausgewählter EU-Staaten - Digital-Health-Index. Published online 2020.
60. STATEC - l'Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg. La démographie luxembourgeoise en chiffres - Édition 2022.
61. STATEC - l'Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg. Rapport PIBien-être (Analyses 3-2022).
62. CNS. Budget de l'assurance dépendance, Exercice 2021.
63. Eurostat. Current healthcare expenditure 2019.
64. Inspection général de la sécurité sociale (IGSS). La dépense de santé courante au Luxembourg: Une comparaison internationale (Aperçu No 11 - sept 2020).

65. Ministère de la Sécurité sociale de Luxembourg. Étude de faisabilité portant sur l'introduction d'une tarification à l'activité pour le financement des hôpitaux de soins aigus au Grand-Duché du Luxembourg. Published online 2015.
66. World Health Organization. Health in the well-being economy. Published online 2023. doi:10.1016/S0140-6736(89)92275-7
67. World Health Organization. Healthy Cities Effective Approach To a Rapidly Changing World. Published online 2020.
68. Organisation mondiale de la santé [OMS]. Déclaration sur l'action pour l'environnement et la santé en Europe. Deuxième conférence européenne sur l'environnement et la santé. Published online 1994.
69. Gesond iessen, Méi bewegen - Plan cadre national 2018-2025.
70. Organisation mondiale de la santé [OMS]. Soins de santé primaires. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
71. Jackson C, Shahsahebi M, Wedlake T, Dubard CA. Timeliness of outpatient Follow-Up: An Evidence-Based approach for planning after hospital discharge. Published online 2015. doi:10.1370/afm.1753
72. Marchildon GP, Brammli-Greenberg S, Dayan M, et al. Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. Published online 2021. doi:10.1016/j.healthpol.2021.09.001
73. Dutoit L, Jäggi J, Künzi K. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apotheker/innen und anderen universitären Medizinalpersonen und/ oder Gesundheitsfachpersonen. 2014;41(0):1-125.
74. Organisation mondiale de la Santé/ Organisation de Coopération et de Développement Économiques et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement / La Banque mondiale. La qualité des services de santé. Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Published online 2019.
75. World Health Organization. Personalized Medicine and Genomics. Opportunities for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Published online 2020.
76. ParkinsonNet Luxembourg fête ses 5 ans. https://www.fr.uni.lu/lcsb/news_events/parkinsonnet_luxembourg_celebrates_5_years
77. Michael E. Porter P. What Is Value in Health Care? N Engl J Med. 2010;363(1):1-3.
78. Organisation mondiale de la santé [OMS]. Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025.
79. Almadani B, Bin-Yahya M, Shakshuki EM. E-AMBU-LANCE: Real-time integration platform for heterogeneous medical telemetry system. Procedia Comput Sci. 2015;63(Icth):400-407. doi:10.1016/j.procs.2015.08.359
80. Henestrosa MF De, Reisinger C, Steffgen G. „ LetzCare “- ein Projekt zur Beurteilung der Arbeitsanforderungen im luxemburgischen Pflegesektor. Published online 2022.
81. DGCC. Was ist Case Management (CM)? <https://www.dgcc.de/case-management/>
82. World Health Organization. Couverture sanitaire universelle. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
83. CNS. Professionnels de santé - Médecins - Médecins référent - En pratique. <https://cns.public.lu/fr/professionnels-sante/medecins/medecin-referent/en-pratique.html>
84. Loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.
85. Organisation mondiale de la santé [OMS]. La Charte de Tallinn: Des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Published online 2008.

Liste des figures

Figure 1 Cadre conceptuel pour l'évaluation de la performance du système de santé	13
Figure 2 Causes de décès les plus fréquents au Luxembourg 2019 ^{4,12}	15
Figure 3 Simulation du nombre additionnel d'infirmiers et d'infirmiers spécialisés nécessités entre 2020 et 2030	24
Figure 4 Simulation du nombre additionnel de médecins nécessités entre 2020 et 2030	25
Figure 5 Evolution de la population résidente par rapport à 2020 ⁶⁰	31
Figure 6 Total des dépenses des administrations publiques (2019). Les dépenses de santé comprennent les services hospitaliers, remboursement de consultations médicales et de produits pharmaceutiques, équipement médical ¹⁸	33
Figure 7 Modèle de l'OMS de l'économie du bien-être (well-being economy)	42
Figure 8 Future stratégie de prévention et de promotion de santé	44

Liste des tableaux

Tableau 1 Dashboard sur l'état de santé de la population Luxembourgeoise ^{4,5,8-11}	15-19
Tableau 2 Top 10 des diagnostics principaux en ICD-10-CM pour l'année 2019 (données DocHosp)	17

IMPRESSUM

