

OBSERVATOIRE
NATIONAL DE LA **SANTÉ**

2025

Les soins primaires au Luxembourg

Une définition consensuelle



Les soins primaires au Luxembourg

Une définition consensuelle

Observatoire national de la santé, 2025

Auteurs : Catherine Goetzinger, PhD - Françoise Berthet, MD, MPH

Éditeurs : Anne-Charlotte Lorcy, MA - Raffaella Vaccaroli, PhD

Remerciements

L'élaboration de ce rapport dédié aux soins primaires au Luxembourg n'aurait pas été possible sans la contribution et l'expertise de très nombreux partenaires, auxquels nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont partagé leur expertise et leurs réflexions lors d'ateliers ciblés et de l'étude « Delphi », qu'il s'agisse de représentants du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, de la Direction de la santé, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de santé, de la Cellule d'expertise médicale, du Collège médical, du Conseil supérieur de certaines professions de santé, du Conseil scientifique du domaine de la santé, des associations professionnelles ou des associations de patients. Leur contribution ainsi que leur participation à l'étude « Delphi » visant à construire un consensus autour de la définition proposée ont été essentiels à la réalisation de ce rapport.

Nous remercions également Alexandra L Dima (Institut Avedis Donabedian (FAD), Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Avaluació de tecnologies sanitàries en atenció primària i salut mental (PRISMA), Institut de Recerca Sant Joan de Déu (IRSJD), Consortium "Centro de Investigación Biomédica en Red" Epidemiology and Public Health (CIBERESP)), dont l'expertise et les conseils avisés ont inspiré la conceptualisation, le déroulement et l'analyse de l'étude Delphi. En outre, nous souhaitons adresser nos sincères remerciements à Serge Eifes pour sa contribution aux analyses statistiques présentées dans ce rapport.

Enfin, ce rapport a bénéficié de la guidance, des commentaires constructifs et du soutien du Conseil des observateurs, ainsi que de la contribution de toute l'équipe de l'ObSanté qui a offert son support et ses compétences aux auteurs tout au long du processus de production de ce rapport.

Synthèse

Les soins primaires sont un pilier fondamental pour tout système de santé efficace. Ils jouent un rôle crucial dans la promotion de la santé, la prévention des maladies, le dépistage précoce, la continuité des soins, l'orientation vers des spécialistes, et le suivi post-hospitalisation. La littérature scientifique souligne que les soins primaires améliorent la performance et l'équité des systèmes de santé en offrant des services abordables, accessibles et coordonnés.

Ce rapport propose une définition fonctionnelle des soins primaires au Luxembourg, élaborée à partir des définitions internationales et selon une méthodologie consensuelle. En effet, les soins primaires ne faisant pas l'objet d'une définition légale, l'objectif principal de ce rapport est de clarifier le périmètre des soins primaires au Luxembourg pour faciliter ensuite la quantification des ressources qui y sont allouées. Pour atteindre cet objectif, quatre sous-objectifs ont été définis :

1. Définir les soins primaires au Luxembourg,
2. Identifier les prestations qui sont incluses dans les soins primaires,
3. Identifier les infrastructures au sein desquelles les soins primaires sont dispensés,
4. Identifier les professionnels de la santé (PDLS) qui dispensent des soins primaires.

Une approche méthodologique consensuelle a été adoptée, impliquant divers acteurs/secteurs du système de santé ; i) la recherche et l'éducation, (ii) la représentation des PDLS, (iii) la représentation des patients, (iv) la santé publique et les politiques de santé, (v) l'assurance maladie et la sécurité sociale.

Cette approche a permis d'établir une définition fonctionnelle des soins primaires et d'identifier les prestations, infrastructures et PDLS à inclure dans les soins primaires.

La définition fonctionnelle des soins primaires au Luxembourg, telle qu'elle est issue du consensus, est la suivante :

Les « **soins primaires** » peuvent être définis par les fonctions essentielles que sont l'accessibilité au premier contact, l'exhaustivité, la continuité et la coordination de services centrés sur la personne. Les "soins primaires" sont au cœur et à la base de tous les services de santé intégrés de première ligne.

Plus précisément, les soins primaires se caractérisent par ces 4 attributs :

1. « **Le premier contact** » : Les soins primaires sont le premier point de contact pour la grande majorité des activités de prévention des maladies ainsi que pour les problèmes de santé aigus et chroniques.
2. « **L'exhaustivité** » : L'exhaustivité peut être définie comme la portée, l'étendue et la profondeur des soins primaires, y compris la capacité à traiter les problèmes de santé tout au long de la vie. Les soins primaires peuvent répondre à la majorité des besoins de santé d'un individu, soit par la dispensation directe de soins (pour la grande majorité des problèmes de santé), soit par l'orientation vers d'autres niveaux de soins ou de services.
3. « **La continuité** » : La continuité des soins repose sur la prestation de soins cohérents et homogènes, centrés sur la personne, au fil du temps, lors de différents contacts et transitions de soins.
4. « **La coordination des soins** » : La coordination des soins désigne la responsabilité d'organiser la prestation des soins à travers l'ensemble des soins de santé et de l'assistance sociale, y compris les soins de santé mentale, les soins de longue durée et les services sociaux, par le biais de dispositifs intégrés, fonctionnels et complémentaires, favorisant les transitions et le partage d'informations tout au long du parcours de soins, fondés sur des données probantes.

Les prestations, infrastructures et PDLS à inclure dans les soins primaires sont les suivants :

Les **prestations** incluses dans les soins primaires sont les *soins de promotion de la santé, les soins préventifs, les soins de diagnostic, les soins curatifs, ainsi que les soins palliatifs.*

Les **infrastructures** comprennent les *cabinets médicaux, cabinets des professionnels de la santé, les réseaux de soins, les services d'urgence, les maisons médicales de garde, les pharmacies ouvertes au public, les services de médecine scolaire et de santé des enfants et adolescents, et les services de médecine du travail.*

Les **PDLS** impliqués dans les soins primaires incluent les *médecins généralistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, ophtalmologues, psychiatres, pédopsychiatres, psychothérapeutes, médecins urgentistes, médecins du travail, médecins-dentistes, infirmiers, sage-femmes, pharmaciens, diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ostéopathes, psychomotriciens, aides socio-familiales, assistants sociaux, bandagistes, opticiens, et secouristes-ambulanciers.*

Discussion et Perspectives

Ce rapport propose une définition fonctionnelle des soins primaires au Luxembourg, élaborée dans un contexte où aucune définition légale n'existe à ce jour. Cette définition fonctionnelle s'appuie sur une compréhension collective plutôt que sur une base juridique formelle. Elle permet de proposer un cadre pour unifier les pratiques, structurer les soins autour d'un socle commun et orienter les politiques de santé vers des objectifs partagés. Ce consensus permet également d'alimenter les réflexions en vue d'une éventuelle formalisation légale.

Sur le plan pratique, la définition s'applique à différentes professions médicales et professions de santé, selon leur lieu d'exercice et la nature des actes accomplis. Par exemple, au Luxembourg, un acte curatif réalisé dans un cabinet par un généraliste ou un pédiatre est considéré comme un soin primaire, alors que le même acte dans une unité hospitalière spécialisée ne l'est pas.

En identifiant précisément les professionnels impliqués et la part de leur activité dédiée aux soins primaires, il devient possible de mesurer l'allocation des ressources aux soins primaires et d'en dresser la cartographie, en répertoriant les structures existantes et les prestataires, ce qui facilite l'identification de zones sous-desservies et soutient les politiques visant à assurer un accès équitable aux soins.

Au-delà des retombées immédiates, cette définition offre aussi des perspectives à moyen terme. Elle permet notamment une évaluation systématique de la performance des soins primaires, par la mesure de l'efficacité, la qualité et l'accessibilité des soins pour les quatre attributs fondamentaux (premier contact, exhaustivité, continuité, coordination) des soins primaires. Cette évaluation soutient l'amélioration continue du système de santé, en identifiant les points forts, les faiblesses et les axes de progression et pose les bases d'une gestion plus stratégique et durable du système de santé.

Limitations

Mesurer la part d'activité que les professionnels de la santé consacrent aux soins primaires est confrontée à certaines difficultés. Tout d'abord, pour les PDLS concernés, l'identification exhaustive des codes de la nomenclature des actes et services qui sont spécifiques aux soins primaires est une tâche fastidieuse, rendue plus complexe par l'évolution de la nomenclature. Ensuite, l'absence de documentation des motifs de ces prestations ne permet pas de confirmer que l'acte effectué correspond bien au champ des soins primaires. Enfin, le lieu des prestations n'étant pas documenté sur les relevés de facturation émis à la CNS, l'attribution des prestations au secteur des soins primaires peut se révéler impossible pour les PDLS dont l'activité est répartie sur plusieurs sites dont certains ne correspondent pas aux infrastructures identifiées comme « à inclure dans les soins primaires ». Malgré ces limitations, l'application d'une définition fonctionnelle des soins primaires permet d'estimer, sur base des données

actuellement disponible, les effectifs des PDLS impliqués dans les soins primaires et la part de leur activité qui y est consacrée.

Conclusion

Malgré ces limitations, l'adoption d'un cadre structuré, conforme aux standards internationaux comme ceux décrits dans le référentiel « Implementing the primary health care approach - a primer » de l'OMS, permet de générer des données comparables à l'échelle internationale. Cela favorise l'échange de bonnes pratiques, la coopération interétatique et l'adaptation continue du système de santé luxembourgeois en fonction des évolutions globales.

En conclusion, cette définition fonctionnelle, issue d'une démarche consensuelle, constitue un outil stratégique central pour structurer, piloter et améliorer durablement les soins primaires au Luxembourg. Elle renforce la compréhension commune des soins primaires, favorise une approche cohérente et ciblée des soins primaires, soutient la planification des ressources, et ouvre la voie à une évaluation rigoureuse et continue de la performance des services de première ligne.

Table des matières

Remerciements	i
Synthèse	ii
Table des matières	v
Liste des abréviations utilisées	vi
1. Introduction et contexte	1
1.1. Initiatives internationales pour définir les soins primaires.....	1
1.2. Les soins primaires au Luxembourg	3
1.3. Vers une conceptualisation des soins primaires au Luxembourg : état des lieux des initiatives nationales.....	3
2. Objectif.....	5
3. Aperçu méthodologique.....	5
4. Résultats	8
4.1. Requête 1.....	8
4.2. Définir les soins de santé primaires au Luxembourg	8
4.3. Identifier les prestations, infrastructures et PDLs relevant des soins primaires.....	9
4.3.1. Prestations	10
4.3.2. Infrastructures	11
4.3.3. Professionnels de la santé.....	12
4.4. Requête 2.....	13
5. Discussion et perspectives	14
6. Conclusion	17
Références	18
Annexe 1 : Section 3 de l'enquête Delphi	20

Liste des abréviations utilisées

CNS	Caisse nationale de santé
DSP	Dossier de soins partagé
EUROSTAT	Statistical Office of the European Union
ID	Indice de désaccord
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
IPRAS	Intervalle interpercentile ajusté pour la symétrie
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques (en anglais : OECD)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RAM	RAND/UCLA (Research and Development/University of California, Los Angeles) Appropriateness Method, en français : il s'agit d'une méthode de consensus, dérivée de la méthode Delphi, développée par la RAND Corporation et l'Université de Californie à Los Angeles
PDLS	Professionnels de la santé
SHA	System of Health Accounts, en français : Système des Comptes de la Santé

1. Introduction et contexte

Des services de soins primaires bien structurés sont essentiels pour tout système de santé efficace¹. Les soins primaires jouent un rôle essentiel dans la promotion de la santé, la prévention des maladies, le dépistage précoce, la continuité des soins, l'orientation vers des spécialistes, ainsi que le suivi post-hospitalisation. La littérature scientifique met en évidence que les soins primaires améliorent la performance et l'équité du système de santé en offrant des services abordables, accessibles et coordonnés. Il a également été démontré que des soins primaires structurés, organisés, accessibles et dispensés de manière adéquate réduisent les hospitalisations potentiellement évitables².

Par conséquent, les soins de santé primaires contribuent de manière importante non seulement à l'amélioration de l'état de santé de la population, mais aussi à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, tels que les conditions de vie, l'emploi et l'environnement. Ainsi, ils constituent un levier efficace pour réduire les inégalités de santé³⁻⁵.

Bien que le concept des soins primaires fasse l'objet de définitions internationales, il appartient à chaque système de santé d'en préciser les missions et le champ d'application, en fonction de son contexte national et de son organisation des soins. Sur base d'une définition nationale des soins primaires et de leur périmètre, il est alors possible de quantifier les ressources qui y sont allouées, d'éclairer la planification de ces ressources sur bases objectives, et d'évaluer l'impact d'éventuelles réformes sur ce secteur des soins de santé.

En l'absence de définition légale (*de jure*) des soins primaires au Luxembourg, ce rapport **propose une définition fonctionnelle (*de facto*) des soins primaires au Luxembourg**, élaborée à partir des définitions internationales et adaptée aux spécificités nationales, suivant une méthodologie consensuelle visant à recueillir le niveau d'accord et d'adhésion le plus élevé possible parmi les parties prenantes du système de santé national.

1.1. Initiatives internationales pour définir les soins primaires

Depuis 1937, le concept des soins primaires a été réinterprété et redéfini à de nombreuses reprises (Tableau 1).

La Déclaration d'Alma-Ata définit les soins primaires comme : « le premier niveau de contact de la population avec le système de soins de santé, rapprochant les soins de santé le plus possible du lieu de vie et de travail des personnes⁶. Ils doivent aborder les principaux problèmes de la communauté, en fournissant des services de prévention, de soins curatifs et de réadaptation ». Sur la base de cette définition, Barbara Starfield et al. ont dégagé quatre caractéristiques des soins primaires, les « 4Cs des soins primaires ». Il s'agit des soins « de premier contact, continus, complets et coordonnés, fournis à des populations sans différence liée au sexe, à la maladie ou au système d'organes »⁷. Kringos et al. ont en outre défini les soins primaires comme : « le premier niveau de soins de santé professionnels, où les personnes s'adressent pour leurs problèmes de santé, et où la majorité des besoins de santé curatifs et préventifs de la population peuvent être satisfaits »⁸. Des décennies de recherche ont affiné ce concept et exploré les limites et l'interdépendance inhérente des caractéristiques des soins primaires, tout en les validant comme indicateurs de performance. En conséquence, les « 4Cs » sont largement considérés comme des éléments constitutifs de la plupart des définitions des soins primaires et ont été référencés dans la Déclaration d'Astana.

Tableau 1 : Étapes clés et leurs implications pour le développement des soins primaires

Dates	Étapes clés	Implications pour les soins primaires
1937	Conférence de Bandung	Anticipation de la Déclaration d'Alma-Ata en abordant les problèmes liés à l'hygiène en milieu rural, en mettant l'accent sur l'amélioration de l'accès à la médecine moderne, à la santé publique, ainsi qu'au progrès économique et social.
1978	Déclaration d'Alma-Ata	<ul style="list-style-type: none"> • La santé pour tous (<i>Health for all</i>) d'ici 2000 • La santé comme droit humain • Universalité, participation communautaire, justice sociale et équité
1986	Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé	Priorité donnée à la promotion de la santé et adoption d'une définition positive de la santé.
1996	Institute of Medicine	Reconnaissance de trois perspectives supplémentaires des soins primaires : celles du patient et de sa famille, de la communauté, et du système intégré de prestation des soins.
1994	Publication de Starfield (1994)	<p>Identification de quatre caractéristiques (« 4Cs ») constamment associés à des soins primaires plus efficaces, efficaces et équitables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le point de premier contact pour tous les nouveaux besoins • Des soins continus centrés sur la personne plutôt que sur la maladie, au fil du temps • Des soins complets pour tous les besoins courants de la population • La coordination des soins pour les besoins courants ainsi que pour ceux suffisamment rares pour nécessiter des services spécialisés.
2007	Système des Comptes de la Santé (System of Health Accounts, SHA)	Manuel de référence décrivant de manière systématique les flux financiers liés aux soins de santé. Le SHA décompose les dépenses de santé courantes en trois axes principaux : par fonction, par prestataire, et par mécanisme de financement. Le manuel a été révisé en 2011.
2008	Rapport OMS : soins de santé primaires	Présentation des défis dans la mise en œuvre des soins de santé primaires.
2010 & 2013	Publications de Kringos et al (2010, 2013)	<p>Définition des soins primaires : "le premier niveau de soins de santé professionnels, où les personnes s'adressent pour leurs problèmes de santé, et où la majorité des besoins de santé curatifs et préventifs de la population peuvent être satisfaits" (Kringos et al., 2010b).</p> <p>La structure des soins primaires se compose de trois dimensions (Kringos et al. 2013) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la gouvernance des soins primaires ; - les conditions économiques des soins primaires ; - le développement des ressources humaines en soins primaires. <p>Le processus des soins primaires est déterminé par quatre dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accessibilité des soins primaires ; - la globalité des soins primaires ; - la continuité des soins primaires ; - la coordination des soins primaires.
2018	Déclaration d'Astana	Réaffirmation de l'engagement d'Alma-Ata en faveur des soins de santé primaires pour améliorer la santé de la population, l'action multisectorielle, la participation collective et l'équité.
2019	Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur la santé publique universelle	Réunion historique de haut niveau des Nations Unies avec un engagement multi-pays pour le renforcement des soins de santé primaires en tant que vecteur de la santé universelle.

Source : ObSanté, compilation adaptée de « *Implementing the primary health care approach - a primer* » publié en 2024 par l'OMS et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé⁹, de Kringos et al.^{8,10}, et de *Système des Comptes de la Santé* par OCDE¹¹

Enfin, le référentiel « Implementing the primary health care approach - a primer » souligne qu'une définition nationale des soins de santé primaires, basée sur trois composantes interconnectées, permet de créer un système de santé plus résilient, équitable et efficace⁹. Ces trois composantes (ci-dessous) visent à remplir des objectifs complémentaires :

1. Les soins primaires et les fonctions essentielles de santé publique, visant à répondre aux besoins de santé des personnes tout au long de leur vie ;
2. Les politiques et actions multisectorielles, ciblant les déterminants de la santé ;
3. L'autonomisation populations et des communautés, visant à renforcer la capacité à prendre en charge sa propre santé.

1.2. Les soins primaires au Luxembourg

Au Luxembourg, les patients bénéficient d'un accès direct aux prestataires de soins de santé et ont la liberté de choisir les prestataires qu'ils jugent adaptés à leurs besoins, sans nécessité de recommandation ni restriction d'accès. Ainsi, les médecins, tant généralistes que spécialistes, sont impliqués dans la prestation de soins primaires¹², sans qu'une disposition légale en délimite le périmètre. En l'absence de définition *de jure*, une description fonctionnelle des soins primaires peut apporter certains éléments préliminaires.

La *Revue du système de santé* du Luxembourg décrit les acteurs principaux impliqués dans les soins primaires à ce jour¹³. Ainsi, les généralistes, pédiatres et gynécologues-obstétriciens effectuent des visites de dépistage pour les enfants et les femmes enceintes, ainsi que les vaccinations conformément au calendrier recommandé. Jusqu'à l'âge de 9 ans, les pédiatres jouent un rôle de premier plan pour les soins primaires des enfants¹⁴. En parallèle, les médecins généralistes et spécialistes assurent le diagnostic et le suivi des maladies courantes. En dehors des heures ouvrables, les soins primaires sont assurés par les médecins généralistes et pédiatres des maisons médicales de garde et le personnel médical et de soins des services d'urgence des établissements hospitaliers.

L'accès aux soins de certains professionnels de la santé peut être restreint, notamment pour les infirmiers, qui interviennent exclusivement sur prescription médicale pour des soins à domicile ou en structure d'hébergement auprès des patients en phase aiguë, atteints de maladies chroniques ou de handicaps, ou pour des patients en soins palliatifs. Parmi leurs missions figurent la gestion des plaies, l'administration de traitements injectables ou par perfusion, l'alimentation par sonde, et les prélèvements sanguins¹³.

Les sage-femmes prodiguent des soins prénatals et postnatals à domicile pour les mères et leur nouveau-né ou nourrisson, tandis que les médecins-dentistes offrent des soins primaires ainsi que des consultations de dépistage pour les femmes enceintes et les enfants à partir de 2 ans et demi, pris en charge par l'assurance maladie. Enfin, les pharmaciens jouent un rôle de premier recours, prodiguant des conseils sur les médicaments, guidant les patients dans le choix de produits en vente libre et les orientant vers un médecin lorsque cela s'avère nécessaire.

1.3. Vers une conceptualisation des soins primaires au Luxembourg : état des lieux des initiatives nationales

À défaut d'une définition nationale des soins primaires, le Luxembourg a établi un socle de mesures importantes utiles à l'élaboration d'une telle définition.

En 2007, l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) a adopté le Système des comptes de la santé, développé par les organisations internationales EUROSTAT, OCDE et OMS, pour répondre aux besoins croissants des analystes et des décideurs en matière d'information sur les dépenses de

santé^{11,15}. Le SHA propose un cadre décrivant de manière systématique les flux financiers liés aux soins de santé. Le SHA décompose les dépenses de santé courantes en trois axes principaux : par fonction, par prestataire, et par mécanisme de financement. Ce manuel statistique de référence, revu en 2017, fournit une excellente base pour l'identification des prestations en lien avec les soins primaires au Luxembourg.

La réforme des soins de santé de 2010 a introduit le concept de « médecin référent » pour les personnes assurées et atteintes d'une maladie chronique (CSS Art. 19bis), dont les missions sont ¹⁶ :

1. d'assurer le premier niveau de recours aux soins ;
2. d'assurer des soins de prévention et de contribuer à la promotion de la santé ;
3. de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé (DSP) de l'assuré ;
4. de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé, de le sensibiliser aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires ;
5. de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée ;
6. d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.

Suite à cette réforme, le nombre de personnes ayant un « médecin référent » désigné en mars 2015 s'élevait à 21 374 (soit 4,17 % de la population résidente assurée), avec la participation de 196 médecins (dont 92 % étaient des généralistes) (HIT 2024)¹³.

En 2012, l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (eSanté) a lancé le dossier de soins partagé (DSP) pour toutes les personnes affiliées à la CNS, qui repose sur une approche de consentement implicite (« opt-out ») adoptée en 2020 (Mémorial A909, 2019)¹⁷. Le DSP contient un résumé du dossier patient, accompagné de toutes les données médicales partagées entre les professionnels de santé impliqués, y compris les résultats de laboratoire et comptes-rendus d'imagerie médicale et d'hospitalisation (eSanté, 2023 ; Sante.lu, 2022). En 2020, une campagne de communication « myDSP » du ministère de la Santé a promu le DSP auprès du public et communiqué sur ses nombreux avantages, dans l'objectif d'inciter la population à une utilisation active de son DSP¹⁸. À partir de 2022, l'application mobile "MyDSP" (application mobile pour smartphone) est entrée en production et a finalement permis à ses nombreux utilisateurs de visualiser les données de santé de leur DSP à tout moment¹⁹. Les efforts ont porté leurs fruits : l'agence eSanté comptait 1,2 million de DSP activés en mars 2025. Parmi ces DSP activés, 65,5% contiennent au moins un document²⁰. Son taux d'utilisation clinique est toutefois inconnu.

Le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale a publié en 2023 un Plan National Santé comportant plusieurs dimensions et axes stratégiques. Ainsi, l'axe stratégique 3 souligne la nécessité de renforcer les soins primaires au Luxembourg, afin d'améliorer la prise en charge des patients, faciliter l'accès aux services de santé, et réduire la mortalité ainsi que le risque d'hospitalisations.

Avec l'accord de coalition 2023-2028, le Gouvernement luxembourgeois place la prévention et le dépistage précoce au cœur de sa politique de santé, en les érigeant au même niveau d'importance que la médecine curative²¹. À cet effet, une stratégie nationale de prévention sera élaborée, dans laquelle le médecin généraliste et le médecin référent joueront un rôle central. Afin de renforcer les soins de proximité et de décharger les hôpitaux des cas non urgents, le Gouvernement entend exploiter pleinement le potentiel des soins ambulatoires, en favorisant une prise en charge décentralisée, plus accessible et efficace pour les patients. Le concept de médecin référent sera ainsi promu, tant auprès des professionnels que du grand public, pour en faire un pilier de l'organisation des soins ambulatoires. Ces éléments sont cruciaux pour l'élaboration d'une définition nationale des soins primaires.

En 2025, le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale a lancé la campagne « I love my Hausdokter » pour promouvoir le rôle du médecin généraliste et du pédiatre dans le système de santé luxembourgeois. Il s'agit en particulier d'encourager les citoyens à consulter en priorité leur médecin généraliste ou leur pédiatre pour les besoins de santé courants.

2. Objectif

Ce rapport vise à clarifier le périmètre des soins primaires au Luxembourg, afin de faciliter la quantification des ressources des professionnels de la santé (PDLs) qui leur sont spécifiquement allouées. L'atteinte de cet objectif général requiert de répondre à quatre sous-objectifs :

1. Définir les soins primaires au Luxembourg,
2. Identifier les prestations qui sont incluses dans les soins primaires,
3. Identifier les infrastructures au sein desquelles les soins primaires sont dispensés,
4. Identifier les PDLs qui dispensent des soins primaires.

3. Aperçu méthodologique

La définition et la quantification des soins primaires au Luxembourg étant susceptibles d'impacter un large éventail de parties prenantes, l'ObSanté a adopté une approche méthodologique consensuelle (figure 1), impliquant notamment les professionnels de la santé eux-mêmes, les établissements et institutions de soins, les décideurs politiques, les institutions de formation et de recherche, les organes de régulation, de sécurité sociale et d'assurance maladie, ainsi que les utilisateurs du système de santé.

Dans un premier temps (étape 1), une méthode qualitative a visé à formuler des propositions. Cette première étape se décompose en plusieurs actions :

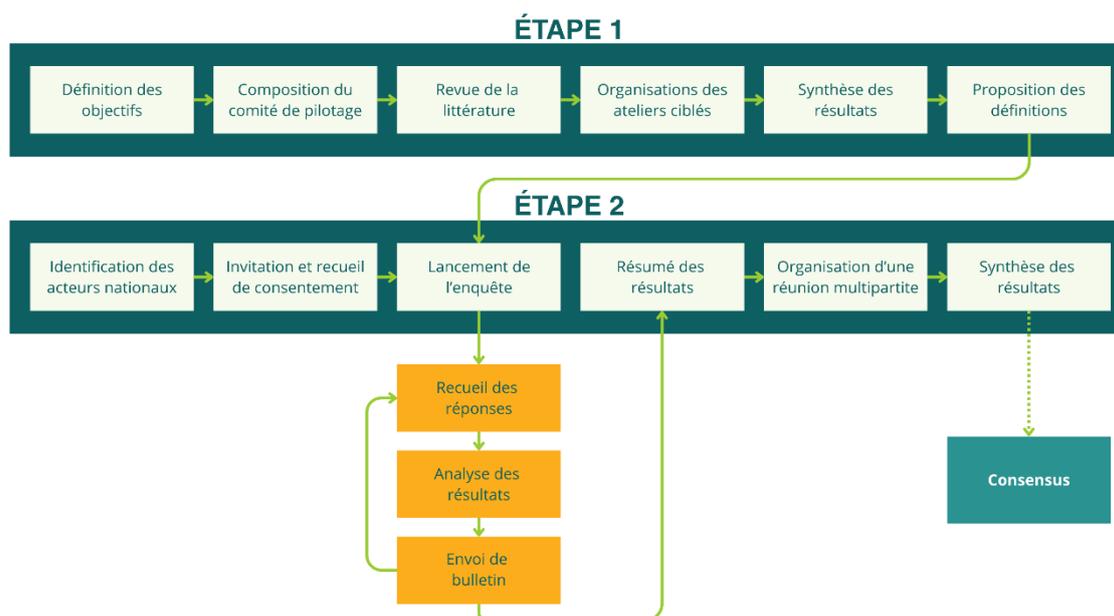
- définir l'objectif, tel que présenté dans la section « Objectif de ce rapport »,
- procéder à une revue interne de la littérature ²²,
- discuter les définitions et méthodes identifiées lors d'ateliers ciblés, et
- élaborer une définition préliminaire des soins primaires ainsi que du périmètre des soins primaires au Luxembourg, en précisant les professions, les infrastructures et les prestations qui en font partie.

L'élaboration d'une définition nationale fonctionnelle pour les soins primaires s'est appuyée sur le manuel « Implementing the primary health care approach - a primer » publié en 2024 par l'OMS et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Ce manuel compile les informations relatives aux soins primaires au niveau global, en mettant particulièrement l'accent sur les enseignements tirés des expériences nationales et sur les modalités de mise en œuvre des soins primaires.

En outre, la formulation s'est aussi appuyée sur le SHA, qui fournit des repères clairs pour circonscrire le périmètre des soins concernés, assurer leur traçabilité budgétaire, et permettre une comparaison internationale cohérente. Il soutient également une approche fondée sur des données objectives, indispensable pour évaluer l'efficacité et l'équité des politiques de santé à long terme.

Ensuite, l'étape 2 a permis de soumettre les définitions établies lors de l'étape 1 à l'appréciation d'un large panel de parties prenantes nationales en utilisant la méthodologie « Delphi ». Cette approche est décrite en détail dans une autre publication ²².

Figure 1 : Méthodologie consensuelle - Une procédure mixte de consultation des parties prenantes



Source : Goetzinger et al. 2024²²

Une enquête en ligne, utilisant la méthode Delphi (désignée ci-après sous le nom de « requête 1 »), a été lancée le 1er juillet 2024 pour une durée de deux mois et a inclus des participants issus de divers secteurs, répartis en cinq groupes : (i) la recherche et l'éducation^a, (ii) les PDLs^b, (iii) la représentation des patients^c, (iv) la santé publique et les politiques de santé^d (v) l'assurance maladie et la sécurité sociale^e. Les participants avaient la possibilité de compléter l'ensemble du questionnaire ou de répondre uniquement aux questions qu'ils considéraient comme les plus pertinentes pour eux. L'étude incluait trois sections ; 1. *Les PDLs actifs / inactifs*, 2. *Taux d'activité des PDLs au Luxembourg*, 3. *Les soins primaires au Luxembourg*. **Seuls les résultats de la section 3 de l'enquête sont discutés ici**, les résultats des sections 1-2 ayant été présentés dans une autre publication ²³. **Le questionnaire de la section 3 de l'enquête en ligne est reproduit à l'Annexe 1.**

En raison de la complexité du sujet, cette étape a été complétée par une table ronde en ligne le 18 novembre 2024, à laquelle le même panel de parties prenantes a été convié pour discuter les définitions et méthodes pour lesquelles aucun consensus n'avait été atteint lors de la « requête 1 ». Lors de cette table ronde, l'enquête en ligne a été rouverte à l'ensemble des participants, leur permettant, s'ils le jugeaient nécessaire, d'adapter leurs réponses à la lumière des échanges et des clarifications fournies. Cette étape est désignée ci-après sous le nom de « requête 2 ».

a Luxembourg Institute of Health, University of Luxembourg

b Collège médical, Conseil supérieur de certaines professions de santé, Associations des médecins et Médecins-dentistes, Cercle des médecins généralistes, Société luxembourgeoise de pédiatrie, Syndicat des pharmaciens, Association nationale des infirmières et infirmiers du Luxembourg, Association Luxembourgeoise des Sage-femmes, Association Luxembourgeoise des Kinésithérapeutes, Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, Centre Hospitalier Emile Mayrisch, Les Hôpitaux Robert Schuman, Centre Hospitalier du Nord, Centre Hospitalier de Luxembourg, Centre de Réhabilitation du château de Colpach, RehaZenter,

c Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, Direction de la Santé, Service de santé au travail multisectoriel, Division de la médecine scolaire

d Patiente Vertriebung, EUPATI, Cercle des associations de patients, ALAN – Maladies Rares Luxembourg, Association Luxembourgeoise du Diabète, Parkinson Luxembourg, Multiple Sclérose Lëtzebuerg

e CNS, IGSS

Analyse statistique

Le niveau de consensus sur la pertinence et la clarté de la définition proposée dans les requêtes 1 et 2 est quantifié à l'aide de la technique d'analyse de l'intervalle interpercentile ajusté pour la symétrie (IPRAS) de la méthode d'adéquation RAND/UCLA (RAM)²⁴. L'indice de désaccord (ID) est calculé comme un ratio entre l'intervalle interpercentile (IPR) et l'IPRAS. Un ID supérieur à 1 (c'est-à-dire IPR > IPRAS) indique la présence d'un désaccord. L'IPR est déterminé en utilisant l'intervalle des percentiles 30 à 70. Par la suite, la note médiane (arrondie à l'entier le plus proche) et l'ID définissent divers niveaux de consensus (Tableau 2).

Tableau 2 : Niveau de consensus – guide d'évaluation de la définition des soins primaires

Note médiane & indice de désaccord	Pertinence de la définition proposée	Clarté de la définition proposée
7-9 et aucun désaccord	Considérée comme pertinente et indispensable	Suffisamment claire pour rester inchangée
4-6 et désaccord	Considérée comme optionnelle	Modifications optionnelles
1-3 et aucun désaccord	Considérée comme non pertinente et candidate à l'exclusion	Candidate à la reformulation

Pour les questions binaires (« oui/non ») relatives aux types de prestations, aux infrastructures et aux professionnels de la santé à inclure dans les soins primaires, un test binomial a été utilisé pour évaluer si plus de 50% des répondants étaient favorables à l'inclusion des propositions listées dans la définition des soins primaires. Les éléments avec une valeur $p > 0.05$ sont considérés comme exclus de la définition.

4. Résultats

Les résultats de l'étape 1 sont présentés en détail dans une autre publication²².

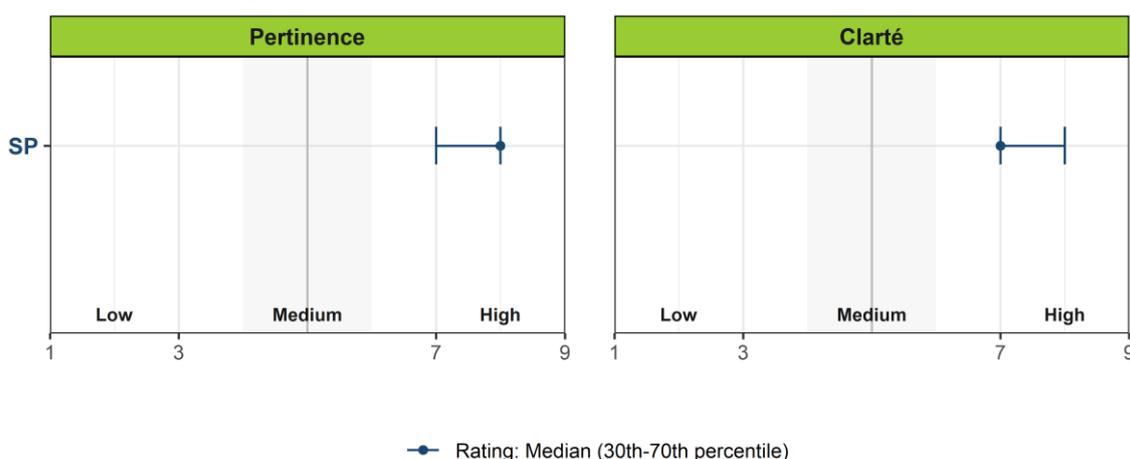
4.1. Requête 1

Au total, 88 personnes, représentant les 5 groupes de parties prenantes du système de santé, ont été sollicitées pour participer à l'enquête. 76 participants ont effectué au moins une connexion avec l'outil eDelphi²⁵. Parmi eux, 53 ont donné leur consentement éclairé, dont 46 ont commencé l'étude. Parmi ces derniers, 34 ont répondu à au moins une question de la section 3 (Annexe 1) de la « requête 1 » et 29 ont répondu à toutes les questions de cette section sur les soins primaires au Luxembourg.

4.2. Définir les soins de santé primaires au Luxembourg

Le niveau de consensus sur la pertinence et la clarté de la définition proposée était analysé à l'aide de la technique d'analyse de l'intervalle interpercentile. Les résultats de la requête 1 ont montré une note médiane de 8 pour la pertinence et de 7 pour la clarté (figure 2) de la définition proposée des soins primaires (Encadré 1).

Figure 2 : Niveau de consensus pour la définition des soins de santé primaire au Luxembourg (Requête 1)



Ainsi, la définition proposée est considérée comme pertinente et indispensable et suffisamment claire pour rester inchangée (Encadré 1).

Quelques commentaires de certains participants ont porté sur la manière d'implémenter cette définition en pratique au Luxembourg. Cependant, l'objectif de l'étude visant à trouver un consensus sur une définition des soins primaires au Luxembourg, et non à considérer l'implémentation de cette définition, cette question n'a pas été abordée lors de la « requête 2 ».

Encadré 1 : Définition fonctionnelle des soins primaires basée sur une méthodologie consensuelle

« **Les soins primaires** » peuvent être définis par les fonctions essentielles que sont l'accessibilité au premier contact, l'exhaustivité, la continuité et la coordination de services centrés sur la personne. Les "soins primaires" sont au cœur et à la base de tous les services de santé intégrés de première ligne.

La définition comprend 4 attributs :

1. « **Le premier contact** » : Les soins primaires sont le premier point de contact pour la grande majorité des activités de prévention des maladies ainsi que pour les problèmes de santé aigus et chroniques.

2. « **L'exhaustivité** » : L'exhaustivité peut être définie comme la portée, l'étendue et la profondeur des soins primaires, y compris la capacité à traiter les problèmes de santé tout au long de la vie. Les soins primaires peuvent répondre à la majorité des besoins de santé d'un individu, soit par la dispensation directe de soins (pour la grande majorité des problèmes), soit par l'orientation vers d'autres niveaux de soins ou de services.

3. « **La continuité** » : La continuité des soins repose sur la prestation de soins cohérents et homogènes, centrés sur la personne, au fil du temps, lors de différents contacts et transitions de soins. »

4. « **La coordination des soins** » : « La coordination des soins désigne la responsabilité d'organiser la prestation des soins à travers l'ensemble des soins de santé et de l'assistance sociale, y compris les soins de santé mentale, les soins de longue durée et les services sociaux, par le biais de dispositifs intégrés, fonctionnels et complémentaires, favorisant les transitions et le partage d'informations tout au long du parcours de soins, fondés sur des données probantes. »

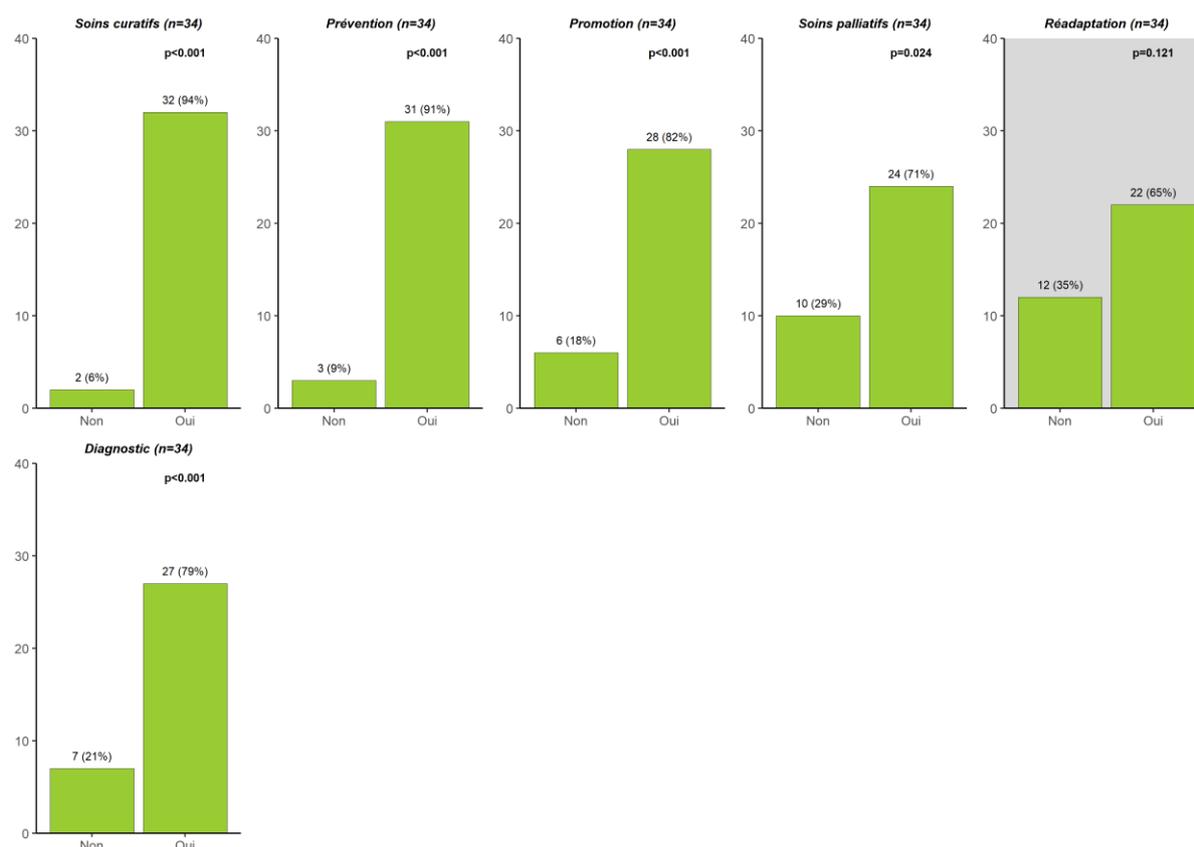
4.3. Identifier les prestations, infrastructures et PDLS relevant des soins primaires

L'analyse des réponses aux questions de l'Annexe 1, parties 3.2 (types de prestations), 3.3 (infrastructures), et 3.4 (professionnels de la santé) repose sur un test binomial afin d'identifier si plus de 50 % des personnes interrogées considèrent l'inclusion de divers types de prestations, infrastructures et PDLS dans le champ des soins primaires.

4.3.1. Prestations

Concernant les prestations, les résultats montrent que toutes les catégories de services proposées, à l'exception d'une seule (« Réadaptation »), présentaient des valeurs p inférieures au seuil de signification de 0,05 (figure 3), ce qui témoigne d'une large adhésion à l'inclusion des prestations de soins curatifs, de prévention, de promotion de la santé, de diagnostic et de soins palliatifs dans le champ des soins primaires.

Figure 3 : Identification des prestations incluses dans les soins de santé primaires

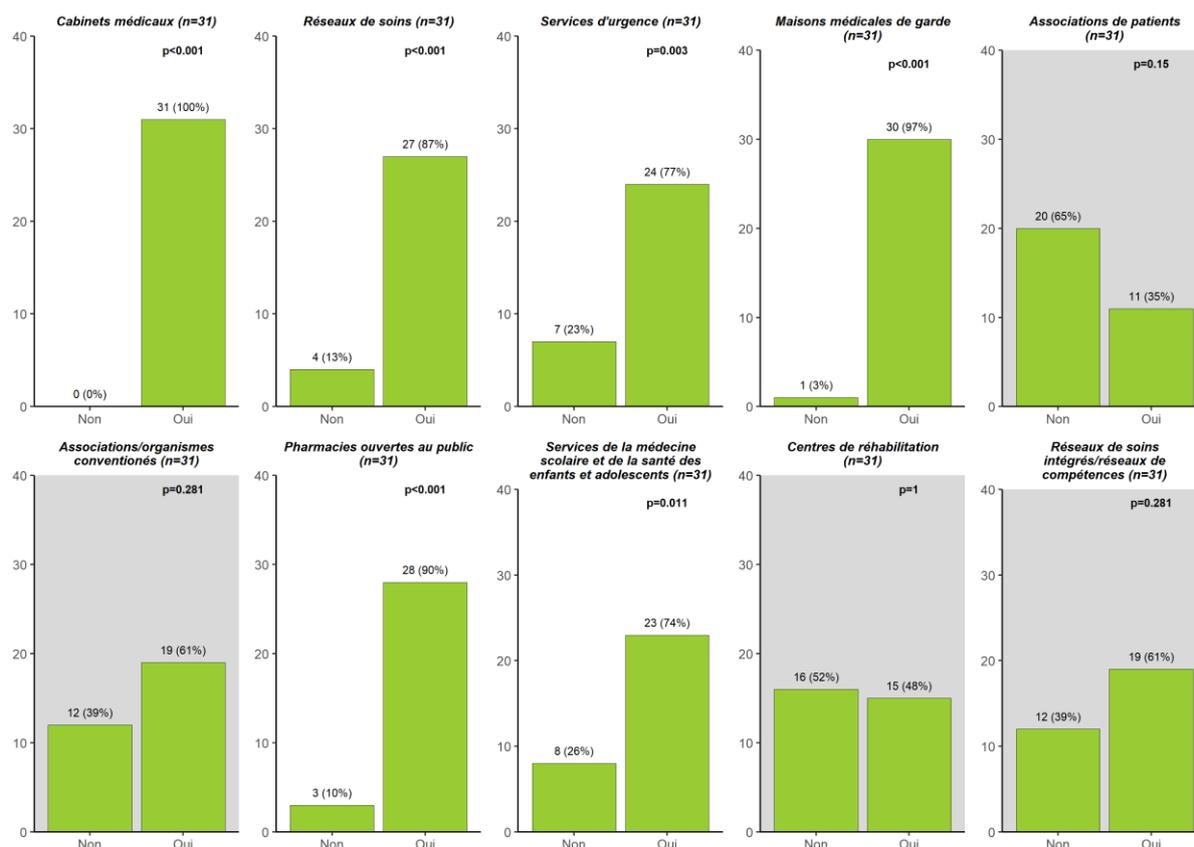


Les commentaires des participants en texte libre ont relevé que la liste était incomplète, sans pour autant fournir de propositions, motivant la réouverture de cette question lors de la table ronde de la requête 2.

4.3.2. Infrastructures

Concernant les infrastructures, l'analyse révèle que, pour toutes les catégories sauf quatre (« Associations de patients », « Associations/organismes conventionnés », « Centres de réhabilitation » et « Réseaux de soins intégrés/réseaux de compétences »), les valeurs p sont inférieures au seuil de signification de 0,05 (figure 4). Ces résultats expriment une large l'adhésion à l'inclusion des cabinets médicaux, des maisons médicales de garde et des pharmacies ouvertes au public dans le champ des soins primaires, ainsi qu'un consensus pour les réseaux de soins à domicile, les services d'urgence et les services de médecine scolaire, plus de la moitié des personnes interrogées approuvant leur inclusion dans les soins de santé primaires.

Figure 4 : Identification des infrastructures incluses dans les soins de santé primaires

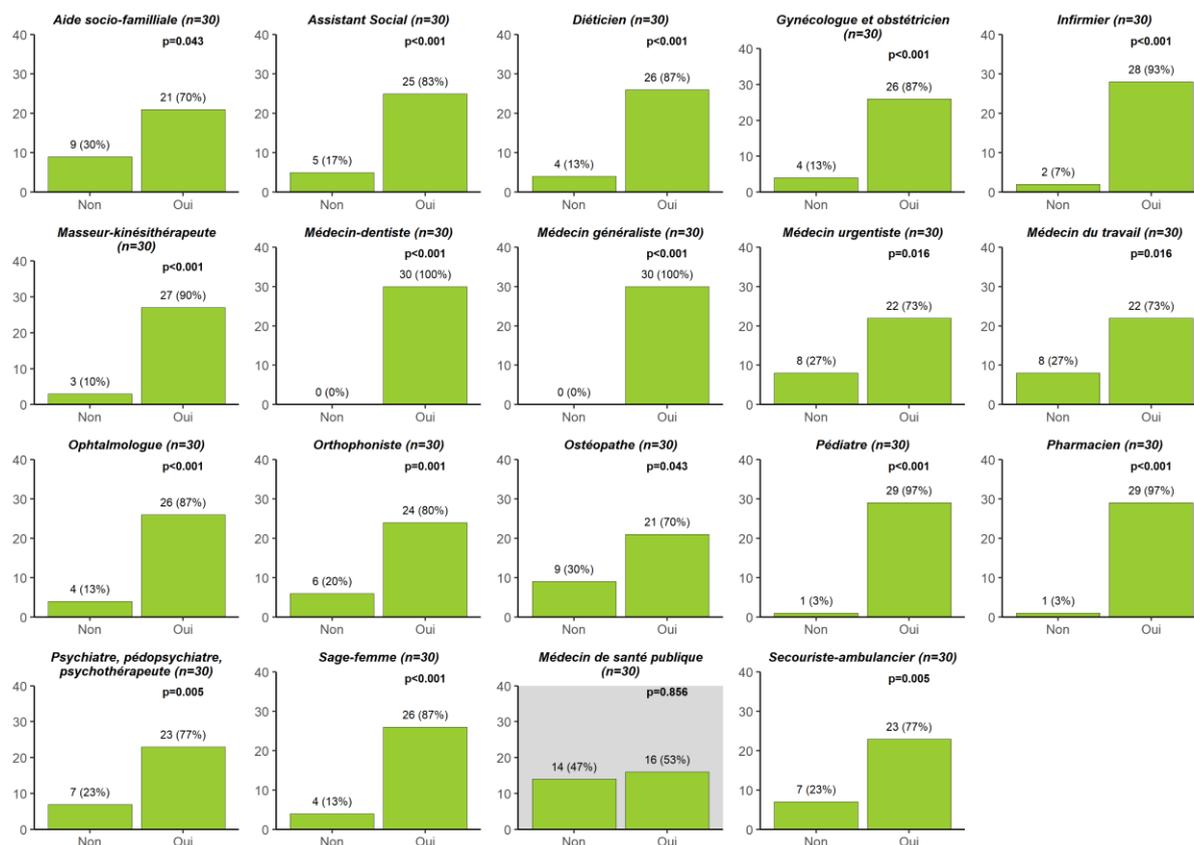


Les participants ayant exprimé en commentaires que la liste était incomplète, sans fournir de propositions, la question a été rouverte lors de la table ronde de la requête 2.

4.3.3. Professionnels de la santé

Concernant les PDLs, les résultats révèlent qu'à l'exception de « Médecin de santé publique », toutes les catégories professionnelles proposées ont des valeurs p inférieures au seuil de signification de 0,05 (figure 5), montrant un soutien à l'inclusion de ces professionnels dans les soins de santé primaires.

Figure 5 : Identification des PDLs inclus dans les soins de santé primaires



Les commentaires des participants en texte libre signalant que la liste était incomplète, tout en mettant en évidence la difficulté d'inclure sélectivement certaines spécialités médicales dans les soins primaires, la question a été rouverte lors de la table ronde de la requête 2.

4.4. Requête 2

Trente-deux participants du panel initial (88 personnes) ont pris part à la table ronde. Lors de la deuxième requête, 23 participants du panel initial ont accédé à la plateforme au moins une fois, dont 12 ont répondu à au moins une question en rapport avec les soins primaires.

Au terme de cette deuxième requête, la liste des prestations est restée inchangée. Par contre, les participants ont proposé d'inclure dans la liste des infrastructures les cabinets de professionnels de santé et les services de la médecine du travail et, dans la liste des PDLS, les bandagistes, les opticiens et les psychomotriciens.

Finalement, le tableau 3 représente le consensus des prestations, infrastructures, et PDLS à inclure dans le champ des soins primaires suite à la requête 2.

Tableau 3 : Consensus sur les prestations, infrastructures, et PDLS inclus dans les soins primaires

Prestations	Infrastructures	Professionnels de la santé
Promotion de la santé <i>Par exemple : planification familiale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinets médicaux • Cabinets des professionnels de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Aide socio-familiale • Assistant social • Bandagiste
Soins préventifs <i>Par exemple : prévention des maladies, services à la mère et l'enfant, immunisation, dépistage, services de santé scolaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Réseaux de soins • Services d'urgence • Maisons médicales de garde • Pharmacies ouvertes au public • Services de la médecine scolaire et de la santé des enfants et adolescents • Services de médecine du travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Diététicien • Gynécologue et obstétricien • Infirmier • Masseur-kinésithérapeute • Médecin-dentiste • Médecin généraliste • Médecin urgentiste • Médecin du travail • Ophthalmologue • Opticien • Orthophoniste • Ostéopathe • Pédiatre • Pharmacien • Psychiatre • Pédopsychiatre • Psychothérapeute • Psychomotricien • Sage-femme • Secouriste – ambulancier
Services de diagnostic <i>Par exemple : Tests de diagnostic en temps réel sans nécessité d'infrastructure d'imagerie dédiée</i>		
Soins curatifs <i>Par exemple : gestion des maladies, conseil, communication pour le changement de comportement, éducation à la santé, premiers soins, prescription/délivrance de médicaments de base, référence vers les services secondaires, disponibilité 24 heures sur 24, visites à domicile, chirurgie mineure non hospitalière, services de santé mentale, soins thérapeutiques, services de télésanté, soins dentaires, ...</i>		
Soins palliatifs		

5. Discussion et perspectives

Le présent rapport apporte une définition fonctionnelle des soins primaires au Luxembourg, tels qu'ils sont actuellement perçus par les parties prenantes du système de santé, et identifie les types de prestations, infrastructures et PDLs impliqués dans les soins primaires.

Le recours initial aux définitions et référentiels internationaux^{9,11} offre un cadre qui permet de cerner les fonctions essentielles des soins primaires, telles que le premier point de contact, l'exhaustivité, la continuité et la coordination des soins, qui sont constitutives de la plupart des déclinaisons nationales. Ces attributs ont été largement plébiscités par les parties prenantes au Luxembourg.

L'élaboration de cette définition a suivi une démarche transparente et inclusive, en adoptant une méthodologie consensuelle impliquant activement les parties prenantes nationales. Cette méthode a permis de construire une compréhension partagée entre les différents acteurs du système de santé.

Discussion des résultats

La définition fonctionnelle des soins primaires au Luxembourg est résumée dans l'encadré 1. Cette définition repose sur les quatre attributs fondamentaux des soins primaires : le premier contact, l'exhaustivité, la continuité et la coordination des soins. Ces attributs, adoptés par un large consensus des parties prenantes dès la 1^{ère} requête, sont reconnus au niveau international comme les bases d'un système de soins cohérent, efficient et centré sur le patient, tenant compte de tous les aspects essentiels à la qualité et à l'accessibilité des soins primaires.

Le récapitulatif des prestations, infrastructures et PDLs faisant partie des soins primaires au Luxembourg est synthétisé dans le tableau 3. Cette définition repose sur le référentiel « Implementing the primary health care approach - a primer », publié en 2024 par l'OMS et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, qui propose de fonder le champ d'application des soins primaires sur l'articulation de trois variables, répondant aux questions suivantes : « **les soins primaires sont caractérisés par quelles prestations, effectués dans quelles structures, et par quels PDLs ?** »⁹. La conjonction de ces variables permet alors de définir le périmètre des soins primaires pour chaque système de santé.

Par exemple, au Luxembourg et pour les professions médicales, des soins curatifs sont considérés comme étant des soins primaires s'ils sont dispensés dans un cabinet médical, une maison médicale de garde ou un service d'urgence par un médecin généraliste, un pédiatre, ou un médecin urgentiste. Les gynécologues-obstétriciens, les ophtalmologues, les psychiatres et pédopsychiatres prodiguent également des soins répondant aux caractéristiques des soins primaires s'ils sont dispensés dans un cabinet médical ou un service d'urgence, mais pas s'ils ont lieu dans un autre service hospitalier. L'activité des médecins du travail répond quant à elle aux soins préventifs et s'exerce dans des services médicaux dédiés à cette activité.

Quant aux professionnels de la santé, leur activité tombe dans le champ des soins primaires à condition qu'ils soient inclus dans la liste des prestataires du tableau 3, que leur activité corresponde à des soins curatifs, préventifs, palliatifs, de diagnostic ou de promotion de la santé et que cette activité se déroule dans une des structures énumérées dans le même tableau 3. Ainsi les infirmiers font partie des soins primaires si leur activité est exercée en réseau de soins ou dans un service de médecine scolaire, par exemple.

Discussion sur la méthodologie consensuelle

La méthodologie consensuelle utilisée pour convenir d'une définition et d'un périmètre pour les soins primaires au Luxembourg repose sur une approche qualitative combinée à des outils participatifs. Les ateliers ciblés ont permis de réduire le champ d'étude en identifiant les aspects les plus pertinents à explorer sur base de l'existant au Luxembourg, tout en sélectionnant les questions clés pour garantir

des échanges productifs et ciblés. Ensuite, l'étude RT-Delphi a permis une collecte de données dynamique, où les participants pouvaient interagir en temps réel et fournir des retours selon leur convenance. Ce processus itératif a favorisé un débat approfondi et une modération structurée pour parvenir à un consensus éclairé. L'anonymat des participants a renforcé la liberté d'expression, permettant des échanges francs et sans crainte de stigmatisation, tout en réduisant les délais traditionnels des études Delphi classiques, accélérant ainsi l'atteinte d'un résultat. En complément, la table ronde a permis de traiter les questions n'ayant pas abouti à un consensus, avec la possibilité de rouvrir le RT-Delphi pour ajuster ou compléter les réponses à la lumière des discussions. Ainsi, cette approche garantit la transparence du processus et l'implication des parties prenantes dès le début, assurant que la définition des soins primaires soit non seulement consensuelle mais également bien comprise et acceptée par tous les participants représentatifs des parties prenantes concernées.

Perspectives offertes par la définition fonctionnelle

La première application concrète d'une définition fonctionnelle des soins primaires concerne la quantification des prestataires contribuant aux soins primaires. En effet, sur base des catégories professionnelles retenues, de leur lieu d'exercice, pour autant qu'il soit renseigné dans le registre des PDLs ou au Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) et, pour les professionnels libéraux, des prestations de santé facturées et émises à la CNS, les données disponibles permettent de dénombrer les professionnels dont l'activité, au moins en partie, relève des soins primaires. Pour les professionnels salariés, la quantification peut reposer sur le champ d'activité de leur employeur renseigné au CCSS. Cette définition permet donc de déterminer le nombre de professionnels de la santé impliqués dans les soins primaires, quel que soit le niveau de leur activité.

Ensuite, cette définition permet en principe de mesurer, pour chaque catégorie professionnelle concernée, le niveau d'activité consacrée aux soins primaires ainsi que la part de l'activité totale de ces professionnels qui est dédiée aux soins primaires. Ceci requiert, pour les activités exercées en mode libéral, l'identification préalable des codes de la nomenclature des actes et services correspondant aux prestations de soins primaires de la liste du Tableau 3.

Ces quantifications permettront de réaliser un état des lieux des soins primaires, en répertoriant les prestataires impliqués, les structures renseignées, ainsi que la part de l'activité dédiée aux soins primaires, offrant une visibilité de la distribution et du maillage territorial en soins primaires. Rapportées aux données populationnelles des résidents, ces données permettent de dresser une cartographie de la densité des soins primaires, facilitant l'identification de zones géographiques ou de populations sous-desservies, et contribuant ainsi à une planification plus ciblée et équitable des soins.

Les perspectives à moyen terme offertes par cette définition fonctionnelle des soins primaires permettent de poser les bases d'une gestion plus stratégique et durable du système de santé. Cette définition permet notamment une évaluation systématique de la performance des soins primaires : il devient possible de mesurer l'efficacité, la qualité et l'accessibilité des soins pour les quatre attributs fondamentaux (premier contact, exhaustivité, continuité, coordination) des soins primaires. Cette évaluation soutient l'amélioration continue du système de santé, en identifiant les points forts, les faiblesses et les axes de progression.

Sur le plan international, l'utilisation du référentiel « Implementing the primary health care approach - a primer » permet de collecter des données homogènes et standardisées sur les soins primaires au Luxembourg, facilitant ainsi les comparaisons avec d'autres pays. Cette dimension comparative est cruciale pour identifier les meilleures pratiques, évaluer les performances du système de santé national par rapport à d'autres modèles et soutenir des politiques fondées sur les preuves. En partageant des données fiables et cohérentes, cette comparabilité encourage aussi la coopération internationale et l'apprentissage mutuel dans le domaine des soins primaires.

Limitations identifiées

La mesure des effectifs des PDLS impliqués dans les soins primaires est confrontée à certaines imprécisions. D'une part, une surestimation peut résulter des salariés qui exercent auprès de leur employeur des activités administratives ou relevant d'un autre secteur de soins, par exemple la réhabilitation. Inversement, les PDLS exerçant en mode libéral dont l'activité n'est pas facturée et émise à la CNS, par exemple les prestations effectuées dans le cadre de l'Office national de l'enfance, échappent à la quantification.

Mesurer la part d'activité que les professionnels de la santé consacrent aux soins primaires est également confrontée à certaines difficultés. Tout d'abord, pour les PDLS concernés, l'identification exhaustive des codes de la nomenclature des actes et services qui sont spécifiques aux soins primaires est une tâche fastidieuse, rendue plus complexe par l'évolution de la nomenclature. Ensuite, l'absence de documentation des motifs de ces prestations ne permet pas de confirmer que l'acte effectué correspond bien au champ des soins primaires. Enfin, le lieu des prestations n'étant pas documenté sur les relevés de facturation émis à la CNS, l'attribution des prestations au secteur des soins primaires peut se révéler impossible pour les PDLS dont l'activité est répartie sur plusieurs sites dont certains ne correspondent pas aux infrastructures listées au tableau 3. Malgré ces limitations, l'application d'une définition fonctionnelle des soins primaires permet d'estimer, sur base des données actuellement disponible, les effectifs des PDLS impliqués dans les soins primaires et la part de leur activité qui y est consacrée.

6. Conclusion

En conclusion, la définition luxembourgeoise des soins primaires, élaborée par consensus entre les parties prenantes, reprend les 4 attributs de référence internationale : premier contact, exhaustivité, continuité et coordination des soins. La définition fonctionnelle repose sur une liste de prestations, d'infrastructures et de professionnels qui, lorsqu'ils sont réunis, constituent le périmètre des soins primaires.

Cette définition rend possible la mesure des ressources allouées aux soins primaires et soutient la planification des ressources humaines et des infrastructures nécessaires pour répondre aux besoins en soins primaires à moyen terme. En identifiant les zones de forte demande et en analysant les tendances démographiques, il devient possible de prévoir l'évolution des besoins en prestataires de soins, tout en anticipant les infrastructures (cabinet médical, centre de santé, équipements) nécessaires pour soutenir et, là où cela se révèle nécessaire, renforcer les soins primaires et en assurer la disponibilité et l'accessibilité.

En somme, ces perspectives à moyen terme permettent non seulement une gestion optimisée des ressources, mais aussi une évaluation rigoureuse et une intégration des meilleures pratiques au niveau international, assurant ainsi que le système de soins primaires au Luxembourg reste performant, accessible et adapté aux évolutions futures.

Références

1. Tarlier, D. S., Johnson, J. L. & Whyte, N. B. Voices from the wilderness: an interpretive study describing the role and practice of outpost nurses. *Can J Public Health* **94**, 180–184 (2003).
2. Starfield, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit* **26 Suppl 1**, 20–26 (2012).
3. De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, I. & Billings, M. *Primary Health Care as a Strategy for Achieving Equitable Care: A Literature Review Commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. (2007).
4. Detollenaere, J., Desmarest, A.-S., Boeckxstaens, P. & Willems, S. The link between income inequality and health in Europe, adding strength dimensions of primary care to the equation. *Soc Sci Med* **201**, 103–110 (2018).
5. Kringos, D. S., Boerma, W., van der Zee, J. & Groenewegen, P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)* **32**, 686–694 (2013).
6. OMS. Declaration of Alma-Ata. (1978).
7. Starfield, B. Is primary care essential? *The Lancet* **344**, 1129–1133 (1994).
8. Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., van der Zee, J. & Groenewegen, P. P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* **10**, 65 (2010).
9. Rajan D et al. *Implementing the Primary Health Care Approach: A Primer*. (2024).
10. Kringos, D. et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* **63**, e742-750 (2013).
11. OECD. *A System of Health Accounts 2011*. https://www.oecd.org/en/publications/a-system-of-health-accounts-2011_9789264270985-en.html (2017).
12. Mémorial A20. *Loi Modifiée Du 26 Mars 1992 Sur l'exercice et La Revalorisation de Certaines Professions de Santé*. (1992).
13. Rausch, K. et al. *Luxembourg: Health System Review*. (2024).
14. Seuring, T., Ducomble, Tanja, & Berthet, Françoise. *Eng gesond Zukunft: un rapport sur la santé des enfants au Luxembourg*. (Observatoire national de la santé, Ministère de la santé, Luxembourg, 2024).
15. IGSS. *Le système des comptes de la santé - La dépense de santé courante au Luxembourg*. (2020).
16. CSS. *Code de La Sécurité Sociale - Lois et Règlements. Code de la Sécurité sociale* (2024).
17. Mémorial A909. *Règlement Grand-Ducal Du 6 Décembre 2019 Précisant Les Modalités et Conditions de Mise En Place Du Dossier de Soins Partagé*.
18. SanteSecu.lu. *Le Dossier de Soins Partagé (MyDSP)*. (2022).
19. Agence eSanté. *RAPPORT D'ACTIVITE*. (2022).
20. Agence eSanté. *Cahier eSanté N°10 - 2025*. (2025).

21. Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. *Accord de coalition 2023-2028 « Lëtzebuerg fir d'Zukunft stäerken » Partager sur Facebook.* (2023).
22. Goetzinger, C., d'Hérouël, A., Berthet, F. & Dima, A. Enhancing consensus on introducing national healthcare workforce metrics in Luxembourg: a hybrid multi-stakeholder consultation protocol. Preprint at <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5417577/v1> (2024).
23. Goetzinger, C., d'Hérouël, A. & Berthet, F. *Les professionnels de la santé au Luxembourg : Un modèle d'évaluation quantitative.* <http://obs.gouvernement.lu/fr/publications/professionnels-de-la-sante.html> (2025).
24. Fitch, K. *et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual.* https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html (2001).
25. Metodix. eDelphi. *Delphi Method Software* <https://www.edelphi.org/>.

Annexe 1 : Section 3 de l'enquête Delphi

3.1 Comment définir les soins primaires au Luxembourg ?

A ce jour, il n'existe pas de base légale au Luxembourg pour définir et quantifier les soins primaires. Afin d'assurer la qualité des soins et une allocation adéquate des ressources, l'ObSanté a organisé deux groupes de travail au préalable pour discuter et proposer une définition des soins primaires au Luxembourg. En mars 2024, l'OMS et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ont publié un manuel sur l'implémentation de l'approche des soins primaires (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/implementing-the-primary-health-care-approach-a-primer>). En s'appuyant sur cette publication, nous proposons les définitions suivantes pour les soins primaires et ses attributs.

« Les soins primaires" peuvent être définis par les fonctions essentielles que sont l'accessibilité au premier contact, l'exhaustivité, la continuité et la coordination de services centrés sur la personne. Les "soins primaires" sont au cœur et à la base de tous les services de santé intégrés de première ligne. »

La définition comprend quatre attributs :

1. **Le premier contact** : « Les soins primaires sont le premier point de contact pour la grande majorité des activités de prévention des maladies ainsi que pour les problèmes de santé aigus et chroniques. »
2. **L'exhaustivité** : « L'exhaustivité peut être définie comme la portée, l'étendue et la profondeur des soins primaires, y compris la capacité à traiter les problèmes de santé tout au long de la vie. Les soins primaires peuvent répondre à la majorité des besoins de santé d'un individu, soit par la fourniture directe de soins (pour la grande majorité des problèmes), soit par l'orientation vers d'autres niveaux de soins ou de services. »
3. **La continuité** : « La continuité des soins résulte de la prestation de soins cohérents et homogènes, axés sur la personne, au fil du temps, lors de différentes rencontres et transitions de soins. »
4. **La coordination des soins** : « La responsabilité de coordonner la prestation des soins dans l'ensemble des soins de santé et de soins sociaux, y compris les soins de santé mentale, les soins de longue durée et les soins sociaux, par le biais de dispositions intégrées, fonctionnelles et complémentaires pour les transitions et le partage d'informations dans le cadre de parcours de soins fondés sur des données probantes. »

→ Veuillez indiquer dans quelle mesure vous trouvez ces définitions **PERTINENTES** pour définir et quantifier les soins primaires. Afin d'assurer la qualité des soins et une allocation adéquate des ressources au Luxembourg (axe des X) ?

→ Veuillez évaluer la **CLARTÉ** des définitions pour définir et quantifier les soins primaires. Afin d'assurer la qualité des soins et une allocation adéquate des ressources au Luxembourg (axe des Y).

INTERACTION : GRILLE CLARTE VS PERTINENCE

COMMENTAIRE : « SI VOUS ESTIMEZ QUE CES DÉFINITIONS POUR DÉFINIR ET QUANTIFIER LES SOINS PRIMAIRES AU LUXEMBOURG NE SONT PAS COMPLÈTES, VEUILLEZ EXPLIQUER POURQUOI ET PROPOSER UNE ALTERNATIVE. »

3.2 Quels types de prestations sont inclus dans les soins primaires au Luxembourg ?

Après avoir discuté de la définition des soins primaires, il est nécessaire d'identifier les types de prestations à inclure dans les soins primaires au Luxembourg. Basé sur le manuel des soins primaires et nos discussions en ateliers nous proposons les types de prestations suivants pour être inclus dans les soins primaires.

Les prestations pour les soins primaires :

- Soins curatifs : Par exemple : Gestion des maladies, Conseil, Communication pour le changement de comportement, Éducation sanitaire, Premiers soins, Prescription/délivrance de médicaments de base, Référence vers les services secondaires, Disponibilité 24 heures sur 24, Visites à domicile, Chirurgie mineure non hospitalière, Services de santé mentale, Soins thérapeutiques, Services de télésanté, Services dentaires, ...
- Soins préventifs : Par exemple : Prévention des maladies, Services pour la mère et l'enfant, Immunisation, Dépistage, Services de santé scolaire, ...
- Services de promotion de la santé : Par exemple : Planification familiale
- Soins palliatifs
- Soins de réadaptation
- Prestations de diagnostic : Tests de diagnostic en temps réel sans nécessité d'infrastructure d'imagerie dédiée

→ Trouvez-vous que ces **PRESTATIONS** devraient être incluses dans les soins primaires au Luxembourg ?

COMMENTAIRE : « SI VOUS ESTIMEZ QUE CES PRESTATIONS POUR LES SOINS PRIMAIRES AU LUXEMBOURG NE SONT PAS COMPLÈTES, VEUILLEZ EXPLIQUER POURQUOI ET PROPOSER UNE/DÉS ALTERNATIVES. »

3.3 Quelles infrastructures sont incluses dans les soins primaires au Luxembourg ?

Après avoir discuté de la définition des soins primaires, il est nécessaire d'identifier les infrastructures à inclure dans les soins primaires au Luxembourg. En nous appuyant sur le manuel des soins primaire et les discussions de notre groupe de travail, nous vous proposons d'inclure les infrastructures suivantes dans les soins primaires. **Les infrastructures pour les soins primaires :**

- Cabinet médical
- Réseaux de soins à domicile
- Services d'urgence
- Maison médicale de garde
- Associations de patients
- Associations/organismes conventionnés
- Pharmacies ouvertes au public
- Service de la médecine scolaire et de la santé des enfants et adolescents
- Centre de réhabilitation
- Réseaux de soins intégrés/réseaux de compétences

→ Trouvez-vous que ces **INFRASTRUCTURES** devraient être incluses dans les soins primaires au Luxembourg ?

COMMENTAIRE : « SI VOUS ESTIMEZ QUE CES INFRASTRUCTURES POUR LES SOINS PRIMAIRES AU LUXEMBOURG NE SONT PAS COMPLÈTES, VEUILLEZ EXPLIQUER POURQUOI ET PROPOSER UNE/DÉS ALTERNATIVES. »

3.4 Quels sont les professionnels de la santé à inclure dans les soins primaires au Luxembourg ?

Après avoir discuté de la définition des soins primaires, il est essentiel d'identifier les professionnels de la santé à inclure dans les soins primaires au Luxembourg. En nous basant sur le manuel des soins primaire et les discussions de notre groupe de travail nous vous proposons les professionnels de la santé suivants pour inclusion dans les soins primaires.

Les professionnels de la santé dans les soins primaires :

- Aides socio-familiales
- Assistant social
- Diététicien
- Gynécologue et obstétricien
- Infirmier
- Masseur-kiné
- Médecin dentiste
- Médecin généraliste
- Médecin urgentiste
- Médecin du travail
- Ophtalmologue
- Orthophoniste
- Ostéopathe
- Pédiatre
- Pharmacien
- Psychiatre, pédopsychiatre, psychothérapeute
- Sage-femmes
- Médecin de Santé publique
- Secouriste – ambulancier

→ Trouvez-vous que ces **PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ** devraient être inclus dans les soins primaires au Luxembourg ?

COMMENTAIRE : « SI VOUS ESTIMEZ QUE CETTE SÉLECTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À CONSIDÉRER POUR INCLUSION DANS LES SOINS PRIMAIRES AU LUXEMBOURG N'EST PAS COMPLÈTE, VEUILLEZ EXPLIQUER POURQUOI ET PROPOSER UNE/DES ALTERNATIVES. »

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SANTÉ

Impressum

Responsable de la publication

Observatoire national de la santé

Mise en page

Linda Kefi

Couverture

Graffiti Creative Studio

Veillez citer cette publication comme suit :

Goetzinger C, et Berthet F, (2025). *Les soins primaires au Luxembourg : Une définition consensuelle*.
Observatoire national de la santé.



OBSERVATOIRE
NATIONAL DE LA SANTÉ



Septembre 2025
ISBN: 978-99987-796-0-0

Observatoire national de la santé
2, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen
Luxembourg

info@obs.etat.lu

www.obsante.lu

Envie de nous suivre ▶   

ISBN 978-99987-796-0-0



9 789998 779600

