

N° 8575¹⁰

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

PROJET DE LOI

**portant modification de la loi modifiée du
8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers
et à la planification hospitalière**

* * *

AVIS DE LA COMMISSION PERMANENTE POUR LE SECTEUR HOSPITALIER (CPH)

(3.12.2025)

Demande :

Le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S) sollicite l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH) concernant le PL n° 8575, déposé le 9 juillet 2025, ainsi que sur les amendements complémentaires y afférents, déposés le 24 octobre 2025. Ces textes ont été présentés et discutés lors des réunions de la CPH des 26 septembre, 31 octobre et 14 novembre 2025.

Le PL vise principalement à adapter la capacité hospitalière aux besoins sanitaires actuels et futurs par adaptation des nombres de lits maximum autorisables. Les amendements complémentaires proposés ont pour objectif d'optimiser et d'élargir la prise en charge ambulatoire, afin de désengorger les sites hospitaliers principaux.

Une évaluation prospective des besoins sanitaires de la population résidente et de la population non-résidente protégée à l'horizon 2040 a conduit à une révision du nombre maximal de lits autorisés pour plusieurs services hospitaliers de soins aigus, moyen séjour et de longue durée. Cette analyse, réalisée par la Direction de la Santé avec le support d'un consultant externe, repose d'abord sur des projections démographiques, la situation hospitalière au Luxembourg et dans les régions limitrophes, les avancées médicales ainsi que le développement de formes alternatives de prise en charge, telles que la transition vers une médecine plus ambulatoire.

Ensuite afin de tenir compte de la réalité de prise en charge dans les services hospitaliers autorisés, la Direction de la santé s'est appuyée sur les données issues de la documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH), collectées auprès des établissements de soins aigus. L'ajustement du nombre de lits s'inscrit dans une logique d'optimisation du taux d'ambularisation (TA) et de la durée moyenne de séjour (DMS), en se référant à la moyenne nationale par groupe APRG-DRG SOI (All Patient Refined Diagnosis Related Group – Severity of Illness).

Les amendements complémentaires déposés le 24 octobre 2025 ont pour objet d'élargir la prise en charge ambulatoire en permettant la création de sites supplémentaires de services hospitaliers pour permettre des interventions chirurgicales ambulatoires de moindre complexité en dermatologie et ophtalmologie ne nécessitant pas un séjour stationnaire. Il s'agit du service hospitalier de jour chirurgical, prenant en charge la préparation et la surveillance des patients en vue d'interventions chirurgicales programmées et du service hospitalier chirurgie générale, digestive ou viscérale, service dans lequel le médecin réalisant l'intervention chirurgicale est agréé.

Le financement de ces sites supplémentaires se fera par forfaits négociés avec la CNS. Selon les dispositions légales en place depuis juillet 2023. Ce forfait par passage couvre le financement des frais fixes et frais variables. La composante peut inclure les frais de location des infrastructures et équipements autorisés qui dès lors seront refinancés sur base d'un décompte annuel par le Budget de l'État à hauteur de 80%.

Les principales modifications proposées par le projet de loi et les amendements, qui visent à adapter la loi hospitalière, se résument comme suit :

- **Articles 2 (1) et 4(8) :** Modification des dispositions relatives aux « lits de réserve sanitaire » afin d'en clarifier le périmètre et de préciser modalités de leur autorisation et utilisation ;
- **Article 3 (1) :** Prise en compte de la population non-résidente protégée dans le cadre de l'évaluation des besoins sanitaires au niveau national ;
- **Article 4 (2) :** Remplacement de la dénomination du service hospitalier de « chirurgie viscérale » par « chirurgie générale, digestive ou viscérale ». Ainsi de nouveaux sites supplémentaires pourront désormais être créés pour les services « hospitalisation de jour chirurgicale » et « chirurgie générale, digestive ou viscérale » ;
- **Article 5 (2) et (3) :** Augmentation du nombre de lits
 - o +60 lits de moyen séjour et +73 des lits d'hospitalisation de longue durée au Centre hospitalier neuropsychiatrique
 - o +50 lits de moyen séjour au Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ;
- **Article 6 (1) :** Ajout de 5 lits moyen séjour pour soins palliatifs pédiatriques dans l'établissement d'accueil pour personnes en fin de vie ;
- **Article 18 :** Précision des modalités d'envoi des factures endéans un délai de six mois sur base de la date de paiement, avant et après signature de la convention de financement ;
- **Article 28 :** Remplacement de la dénomination du réseau de compétences de « obésité morbide », jugée stigmatisant, par le terme « obésité avec comorbidité »;
- **Annexe 1 :** Révision du nombre de lits par catégorie de lits et ajout de 200 lits de réserve sanitaire pouvant être autorisés pour une utilisation en temps de crise ou en fonction d'une autorisation reflétant un besoin sanitaire ;
- **Annexe 2 :** Ajustement des seuils minimal et maximal de lits autorisables par service hospitalier ; Suppression du terme « adulte » au niveau du service national de rééducation fonctionnelle.

Pour ce qui est des lits de réserve sanitaire, il est précisé que ceux-ci visent à répondre aux besoins sanitaires déclenchés par une crise telle que définie à l'article 2 point 10 de la loi hospitalière, ces capacités seront réalisées dans les années à venir dans le cadre de projets de création d'infrastructures hospitalières futures telles que le projet CHL-NBC (demande d'extension 7^e étage à autoriser, CHEM – Sudspidol BT500 avec étage supplémentaire, ou d'autres projets HRS ou CHdN à venir pour lesquels ces surfaces seront à déterminer).

Cependant, la volonté est de permettre si nécessaire en fonction des besoins sanitaires une autorisation ponctuelle de ces lits de réserve dans la capacité hospitalière autorisée. Ces lits seront réalisés dans le cadre de projets de création de surfaces, mais peuvent être utilisés en tant que lits autorisés, tout en conservant leur vocation prioritaire de lits de réserve sanitaire, mobilisables en situation de crise en cas de réquisition décidée par le Gouvernement en conseil, conformément à la procédure prévue au paragraphe 8 de l'article 4 de la loi hospitalière. Leur mobilisation s'effectuera dès lors selon un plan de montée en charge, similaire à celui instauré durant la crise sanitaire liée à la COVID, impliquant une réduction des activités stationnaires programmées non urgentes.

Le financement de ces lits de réserve sanitaire, est éligible comme un effort de défense dans le cadre du budget de l'OTAN. Ces surfaces seront réalisées en tant que coûts de catégorie B, donc non opposable à la CNS, qui sont entièrement à charge du budget de l'Etat. Uniquement lors de l'exploitation régulière de ces lits, les frais y reliés sont à charge de la CNS.

Base légale :

La CPH donne son avis en application de l'article 22, paragraphe 1^{er}, point 1, de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Avis : Projet de loi n°8575 et ses amendements

La CPH se prononce à la majorité favorablement sur les ajustements proposés dans le cadre du PL. La position de la CNS diverge sur certains points qui sont repris dans un exposé des motifs séparé. La CPH salue notamment l'adaptation du nombre de lits à l'évolution des besoins sanitaires qui s'appuie sur une méthodologie pertinente, l'introduction de 200 lits de réserve sanitaire à l'annexe 1 de la loi hospitalière, ainsi que la flexibilité prévue dans leur utilisation. Ces modifications visent à renforcer la capacité d'accueil des établissements hospitaliers, tant en soins aigus, de moyen et long séjour.

La CPH insiste par ailleurs sur la nécessité d'une réévaluation régulière des besoins sanitaires, afin de permettre d'en tenir compte notamment lors de la prorogation quinquennale des autorisations d'exploitation telle que prévue par l'article 11 de la loi.

En ce qui concerne la méthodologie appliquée pour l'extrapolation du nombre de lits par service hospitalier il a été tenu compte d'un scénario d'optimisation vers la moyenne nationale du taux d'ambularisation (TA) et de la durée moyenne de séjour (DMS) par groupe APRG-DRG SOI comme les données de la documentation hospitalière ne permettent pas d'assurer une comparabilité des outlayers. La CNS plaide pour une approche plus ambitieuse en visant une optimisation vers le TA le plus élevé et la DMS la plus courte observés par groupe APRG-DRG SOI et par établissement hospitalier.

S'agissant des amendements permettant la création de sites supplémentaires pour la chirurgie générale, digestive ou viscérale, ainsi que pour l'hospitalisation de jour chirurgicale pour des interventions en dermatologie et ophtalmologie de moindre envergure, la CPH accueille favorablement cette adaptation législative. Elle y voit un moyen de réduire les délais d'attente pour des interventions de moindre complexité. Elle tient ainsi à souligner qu'il faudrait spécifier ce que le PL entend par interventions opératoires légères et fait référence à une classification en trois niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire tels que référencés par la Haute Autorité de Santé en France.

La CPH prend note des explications et précisions apportées par les différentes parties prenantes, telles que reprises dans les comptes rendus de ses réunions des 26 septembre et 31 octobre 2025.

Au vu des échanges et commentaires formulés, la CPH rend à la majorité des voix un avis favorable sur le PL n°8575 et ses amendements. L'exposé des motifs du vote séparé est joint en annexe du présent avis.

Liste des membres présents lors de la prise de décision :

Dr Jean-Claude Schmit	Président de la CPH – Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)
M. Gilles Zangerlé	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)
M. Thomas Dominique	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)
Dr Gérard Holbach	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)
(s) Dr Juliana D'Alimonte	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)
(s) M. Georg Adelman	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)
(s) Mme Sonja Trierweiler	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)
(s) Dr Raoul Hartert	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)
M. Serge Hoffmann	Ministère des Finances (MFIN)
(s) Mme Cynthia Monteiro	Ministère des Finances (MFIN)
M. José Balanzategui	Caisse nationale de santé (CNS)
(s) M. Cédric Neiens	Caisse nationale de santé (CNS)
Mme Fabienne Lang	Caisse nationale de santé (CNS)
(s) Mme Fabienne Colling	Caisse nationale de santé (CNS)
M. Carlos Pereira	Caisse nationale de santé (CNS)
(s) Mme Maryse Tarafino	Caisse nationale de santé (CNS)
Dr René Metz	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
Dr Martine Goergen	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
(s) Mme Nathalie Chojnacki	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
(s) Dr Marc Berna	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
Dr Bruno Pereira	Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD)
(s) Dr Marc Schmit	Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD)
M. Sergio Da Conceicao	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)
(s) M. Oliver Koch	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)
M. Jean-Paul Freichel	Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux
(s) suppléant	

Le Président de la CPH
Dr. Jean-Claude SCHMIT

PROJET DE LOI 8575
portant modification de la loi modifiée du
8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers
et à la planification hospitalière

Par la présente, le Conseil d'Administration de la CNS souhaite, par l'intermédiaire de ses représentants au sein de la CPH, formuler son avis sur les éléments suivants du projet de loi 8575 :

1. La CNS considère comme un progrès majeur le fait que l'analyse de la Direction de la Santé repose sur des données factuelles issues de la documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH). Cette analyse intègre plusieurs méthodes et scénarios, dont un comparant la situation avec celle de la Belgique (scénario 4). Bien que ce scénario soit défendable, son utilisation demeure limitée à ce jour, car il convient d'examiner l'ensemble de la prise en charge des soins pour en assurer la pertinence dans le contexte luxembourgeois.

Toutefois, se baser uniquement sur les pratiques moyennes actuelles des hôpitaux luxembourgeois pour extrapoler ne paraît pas justifiable aux yeux des représentants de la CNS. En effet, dans un contexte de ralentissement économique, de dépenses soutenues et de ressources financières contraintes, considérer le meilleur établissement actuel comme référence constitue le minimum acceptable et devrait être l'ambition réaliste à poursuivre.

Les représentants de la CNS plaident donc fermement en faveur d'un scénario plus ambitieux, même s'il demeure prudent, et privilégient le scénario 3, intitulé « Évolution vers the best luxembourgeois ».

2. Concernant les antennes pour les services d'hospitalisation de jour chirurgicale et de chirurgie générale, digestive et viscérale, la CNS est d'avis qu'il existe une incertitude juridique sur la notion d'interventions « légères », terme imprécis pour définir précisément les interventions réalisables dans ces antennes. Cette incertitude implique également l'impossibilité pour la CNS d'en évaluer les impacts financiers pour l'assurance maladie.

Par ailleurs, la CNS se pose la question de l'intérêt et l'utilité d'ajouter la possibilité de sites supplémentaires dédiés aux soins ambulatoires pour le service de chirurgie générale, digestive et viscérale considérant que l'activité ambulatoire (« *same day* ») est couverte par le service d'hospitalisation de jour chirurgicale.

De plus, la CNS rend attentif que le service de chirurgie générale, digestive et viscérale doit en outre disposer d'un accès à un plateau médico-technique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles situé sur le même site (annexe 2 de la Loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière). La CNS se pose ainsi la question sur l'obligation de ces sites de disposer également d'une antenne du service d'imagerie médicale, entraînant dès lors un risque de démultiplication excessive de sites. Enfin, le service disposera de lits dont l'occupation n'est pas limitée à 12 heures à l'instar des lits d'hospitalisation de jour chirurgicale.

3. La CNS tient également à mettre en avant l'exigence de sécurité pour le patient : les services décentralisés devront permettre les mêmes conditions de sécurité pour ce dernier que le site principal de l'établissement hospitalier. A cet égard il serait opportun qu'un Règlement grand-ducal, tel que prévu à l'article 10 de la loi hospitalière, puisse définir des normes garantissant ce niveau de sécurité.
4. La CNS estime que la période de planification jusqu'en 2040 est longue et que les projections sous-jacentes à l'adaptation du nombre de lits autorisés devraient être mises à jour plus fréquemment afin de permettre une réactivité accrue face à l'évolution des besoins sanitaires.
5. Le programme gouvernemental prévoit l'élaboration d'un concept cohérent pour le développement de l'hospitalisation à domicile. Dans cette optique, il conviendra, en temps voulu, d'évaluer l'impact de ce mode d'hospitalisation sur la planification des lits.
6. Le projet de loi prévoit également la création de 200 lits de réserve sanitaire. Toutefois, les modalités d'exploitation de ces lits au sein des services définis à l'annexe 2 de la loi ne sont pas clairement précisées.

José BALANZATEGUI
*Président du Conseil d'Administration
de la CNS*