

Compte-rendu de la CPH du 26 juin 2026

Présences		P	E
Dr Jean-Claude Schmit	Président de la CPH – Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
M. Bertrand Bourdon	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
Mme Vanessa Di Bartolomeo	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
Dr Gérard Holbach	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
(s) Dr Juliana D'Alimonte	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)		X
(s) M. Georg Adelman	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
(s) Mme Michèle Marques	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
(s) Dr Nadia Thoma	Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)		X
M. Serge Hoffmann	Ministère des Finances (MFIN)	X	
(s) M. Guy Wetzel	Ministère des Finances (MFIN)		X
M. Olivier Wolf	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
(s) M. Cédric Neiens	Caisse nationale de santé (CNS)		X
M. Carlos Pereira	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
(s) Maryse Tarafino	Caisse nationale de santé (CNS)		X
Mme Fabienne Lang	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
(s) Mme Fabienne Colling	Caisse nationale de santé (CNS)	X	
Dr René Metz	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
Dr. Martine Goergen	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
Mme Nathalie Chojnacki	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)		X
(s) Dr Marc Berna	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	X	
Dr Bruno Pereira	Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD)		X
(s) Dr Marc Schmit	Association des Médecins et Médecins-dentistes (AMMD)	X	
M. Sergio Da Conceicao	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)	X	
(s) M. Oliver Koch	Conseil supérieur de certaines professions de la santé (CSCPS)		X
M. Thomas Dominique	Commissaire du Gouvernement aux Hôpitaux	X	
Mme Myriam Recken	Secrétaire de la CPH – Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	
(s) Mme Eveline Santos	Secrétaire de la CPH – Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S)	X	

(s) suppléant

Présent / Excusé

Conformément à l'art. 4 du règlement grand-ducal du 2 février 1994, le nombre minimum de 7 membres de la CPH présents est atteint pour pouvoir délibérer valablement.

Invités : M. Zangerlé, Mme Stoffel (M3S) ; Dr Mzabi, Dr Dangel, Mme Langer (Direction de la santé, DiSa) ; Dr Jaeger, Mme Lange (Archimeda); Dr Schütz, M. Henkels, Mme Do Carmo (Rehazenter).

Ordre du jour :

1. Approbation de l'ordre du jour
2. Approbation du compte rendu de la réunion du 24 avril 2026

3. Approbation du compte rendu de la réunion du 22 mai 2026
4. Projet d'avis
 - 3.1. CHdN – Ettelbruck – Demande d'autorisation pour le remplacement de l'IRM
5. Rehazenter – Demande d'autorisation et de subventionnement pour l'aménagement d'un hôpital de jour avec 10 places – LSt3
6. CHL – Eich – Pérennisation du site d'Eich – LSt 0
 - Présentation du projet par le CHL
 - Avis Archimeda et DiSa LSt0
7. PL 8760 Modification de la loi hospitalière – structures ambulatoires
8. Divers

1. Approbation de l'ordre du jour

L'ordre du jour est approuvé.

2. Approbation du compte rendu de la réunion du 24 avril 2026

Le compte rendu de la réunion du 24 avril est approuvé sans modifications.

3. Approbation du compte rendu de la réunion du 22 mai 2026

Le compte rendu de la réunion du 22 mai est approuvé avec une modification proposée par la CNS au point 3.4.

4. Projet d'avis

- 4.1. CHdN – Ettelbruck – Demande d'autorisation pour le remplacement de l'IRM

Le projet d'avis est approuvé sans modifications.

5. Rehazenter – Demande d'autorisation et de subventionnement pour l'aménagement d'un hôpital de jour avec 10 places – LSt3

Les représentants du Rehazenter présentent la demande pour l'aménagement d'un hôpital de jour à 10 places.

Par la création de cet hôpital de jour le Rehazenter souhaite créer une solution intermédiaire entre hospitalisation et la prise en charge ambulatoire. Le Rehazenter constate une augmentation de la demande de réadaptation spécialisée dû notamment au vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques et des accidents de la vie. L'hôpital de jour devra permettre de réduire la pression sur les capacités d'hospitalisation du Rehazenter. Ce service vise à optimiser l'efficacité organisationnelle et économique du Rehazenter tout en optimisant le parcours du patient (transitions des soins, soutenir l'autonomie fonctionnelle) par une offre modernisée.

L'hôpital de jour de 10 places offrira plusieurs programmes (post hospitalisation, évaluation de la marche, douleur chronique, rééducation respiratoire et bilans multidisciplinaire) entre 07h30 et 18h00 avec un retour des patients à domicile le soir et pendant les week-ends. Ces patients subissent des traitements intensifs ou des tests fonctionnels spécialisés qui peuvent durer plusieurs heures. L'hôpital de jour leur donnera la possibilité de se reposer, de prendre leurs médicaments et de se restaurer entre les différentes séances dans un encadrement sécurisé. Un taux d'occupation de 85% est prévu.

Les patients pouvant bénéficier de ce service seront choisis en fonction de plusieurs critères d'éligibilité dont notamment la stabilité médicale et l'autonomie garantie dans leur domicile.

L'hôpital de jour sera localisé au niveau 0 du Rehazenter sur les surfaces de l'ancienne radiologie. Il sera équipé de 10 fauteuils relax et pourvu d'un appel malade, d'une infirmerie sécurisée et des raccordements pour gaz médicaux. En fonction de l'évolution des besoins, une extension future de l'hôpital de jour sera possible sur des surfaces adjacentes. Une équipe multidisciplinaire de 8,45 ETP est prévue pour assurer l'exploitation de ce service, avec une présence simultanée de 2 infirmiers.

Un coût total de 1.848.880 € TTC (à indice 1173,24 d'octobre 2025) est prévu pour la réalisation de ce projet, dont 1.479.104 € TTC seront à charge du budget de l'Etat. Une mise en service fin 2026/début 2027 est envisagée.

La DiSa a avisé favorablement le projet.

Un avis favorable sera rédigé pour la prochaine séance de la CPH. Cet avis portera sur le volet infrastructurel du projet.

6. CHL – Eich – Pérennisation du site d'Eich – LSt 0

- Présentation du projet par le CHL
- Avis Archimeda et DiSa LSt0

Un représentant de la FHL souligne que lors de la planification du NBC aucune augmentation du nombre de lits d'hospitalisation n'a été retenue et l'augmentation de la population n'a pas été prise en compte. L'augmentation de l'activité constatée par le CHL, la demande de l'INCCI pour des surfaces

supplémentaires ainsi que la demande du M3S pour la création de 50 lits de réserve sanitaires sont à l'origine de ce projet de pérennisation du site d'Eich.

Le Commissaire du Gouvernement rajoute que, dans une logique d'agrandissement de l'offre ambulatoire, des projets similaires sont en cours de planification auprès d'autres établissements, dont un projet pour chirurgie ambulatoire sur le site de Niederkorn.

Afin de faire face aux besoins pour des lits supplémentaires dans plusieurs services (neurochirurgie, INCCI et maladies infectieuses), à l'obligation de mettre à disposition 50 lits de réserves sanitaires ainsi qu'à la demande croissante dans les domaines gériatrie, oncologie gériatrique et Alzheimer, le CHL a procédé à une réorganisation des lits sur plusieurs étages du NBC avec en complément une pérennisation du site d'Eich. Ce projet prévoit le maintien de l'activité orthopédique élective (30 lits et soins ambulatoires), la création d'un service de rééducation gériatrique (50 lits moyen séjour) et d'un service d'imagerie médicale avec IRM. Le projet sera complété par des consultations en médecine du sport et une offre en kinésithérapie.

Après la validation la phase LSt 0, il est prévu de diviser le projet de pérennisation du site d'Eich en deux projets séparés, à savoir :

- l'extension du service d'imagerie médicale avec l'installation d'une IRM, dont la mise en service est prévue pour fin 2027 et
- la modernisation de la clinique d'Eich à partir de 2030 (mise en service 2031).

Un représentant de la FHL salue la création de surfaces supplémentaires pour l'INCCI au sein du projet NBC. Il demande si les surfaces en question seront intégrées dans l'INCCI. Un autre représentant de la FHL confirme que ces surfaces seront dotées d'un équipement spécial et complètement réservées à l'INCCI. Le transfert de surfaces à l'INCCI sera réglé par un acte notarié. Les deux salles d'opérations « perdues » au NBC seront compensées par les salles d'opérations au site Eich tandis que le service orthopédique disposera d'une salle d'opération au site NBC pour la prise en charge de patients à risques et des interventions complexes.

Le consultant présente les conclusions de son rapport sur la LSt 0 du projet de pérennisation de la Clinique d'Eich. Dans ce cadre Archimeda a notamment analysé l'état actuel du bâtiment, les différentes mesures envisagées, le RFP (Raum- und Funktionsprogramm), les flux, les concepts de logistique et de personnel ainsi que les estimations de coûts et l'échéancier.

Le projet à Eich prévoit des travaux d'extension et de modernisation sur une surface totale de 11.000 m², dont 160 m² dédié à l'imagerie médicale. L'analyse fonctionnelle ainsi que des flux ont identifié plusieurs points à revoir lors de l'élaboration de la prochaine phase de planification notamment concernant la stérilisation, la taille des unités de soins, les espaces extérieurs pour les patients gériatriques et la localisation des salles d'opérations sur différents étages. Bien que le projet présente des limites dû au fait qu'il sera réalisé dans un bâtiment existant ceci ne présente pas de problèmes majeurs pour l'exploitation des surfaces. La conformité aux Richtlinien ainsi que le concept logistique et pandémique sont à approfondir lors de la prochaine phase.

L'analyse des coûts a révélé certaines incohérences et des économies potentielles ont été identifiées par le consultant, notamment en ce qui concerne la réserve pour risque, la KG 500 et les « sonstige Kosten ».

Le consultant propose un budget total de 49,3 mio € TTC (indice 1173,24), ce qui représente un coût de 4.450 € TTC par m² et une réduction du coût total de 11,4% par rapport à l'estimation de coûts du CHL.

Le consultant conclut que la planification du projet est cohérente pour une pérennisation de la Clinique d'Eich sous forme d'un site spécialisé en orthopédie et rééducation gériatrique. Les analyses technique et architecturale devront être approfondies. Il propose d'introduire à partir de la prochaine LSt un dossier séparé pour l'extension du service d'imagerie médicale afin de faire avancer ce projet plus rapidement.

La DiSa a également avisé la phase LSt 0 du projet. Elle conclut que le projet est cohérent par rapport aux conclusions de la planification hospitalière. Elle remarque néanmoins que le projet nécessite une adaptation de l'annexe 2 de la loi hospitalière passant de 4 à 5 services de rééducation gériatrique ainsi qu'une adaptation de l'autorisation d'exploitation du CHL.

Le Commissaire du Gouvernement explique que le M3S a décidé de soumettre à la CPH dorénavant tous les projets de construction et d'extension dès la phase de planification LSt 0, à l'exception des projets de mise en conformité ou de modernisation. Cette approche permettra d'informer les parties concernées dès les débuts de la planification.

7. PL 8760 Modification de la loi hospitalière – structures ambulatoires

Un expert du M3S présente les modifications prévues par ce projet de loi modifiant la loi hospitalière ainsi que du Code de la Sécurité sociale. Ce projet s'inscrit dans la mise en œuvre du programme de coalition en élargissant le champ d'application de la loi hospitalière à la création de structures ambulatoires de soins. Ces structures ambulatoires de soins sont des entités distinctes des établissements hospitaliers, exploitées par des associations ou des sociétés de médecins telles que prévues par le projet de loi 8685 actuellement en procédure législative. Les activités ambulatoires pouvant être réalisées sur les sites supplémentaires et dans les structures ambulatoires de soins sont désormais élargies aux domaines de la chirurgie pariétale, de la proctologie et de l'urologie. Des règlements grand-ducaux devront fixer pour chaque activité les normes auxquels doivent se conformer les structures ambulatoires de soins. L'autorisation ministérielle pour l'exploitation de ces structures se fera sur base d'un avis du collège médical et de la CPH. Les structures ambulatoires de soins doivent présenter un projet d'établissement, un dossier de conformité et une convention avec un centre hospitalier afin de garantir la continuité des soins en cas de transferts ou de complications. Les médecins exerçant dans les structures ambulatoires devront disposer d'un agrément auprès du centre hospitalier avec lequel ils ont signé une convention et doivent y assurer des gardes et astreintes. Les structures ambulatoires des soins seront intégrées dans la carte sanitaire pour permettre une planification en ligne avec les besoins identifiés. Le financement des structures ambulatoires se fera par analogie à celle des sites supplémentaires par des forfaits à négocier avec la CNS. Les réseaux de compétences seront complétés par les nouveaux réseaux *Long Covid et encéphalomyélite myalgique, endométriose, ménopause avec risque de santé et troubles de neurodéveloppement chez les enfants et les jeunes*.

Le président remercie le M3S pour cette présentation du projet de loi et ouvre la discussion.

Un représentant de l'AMMD demande des précisions sur l'agrément dont doivent disposer les médecins ou sociétés de médecins exerçant dans les structures ambulatoires. Il se demande si les hôpitaux pourront éventuellement refuser un tel agrément. L'expert juridique du M3S précise que l'agrément se fait

directement entre l'hôpital et les médecins de la structure ambulatoire sans l'intermédiaire du M3S. Le Commissaire du Gouvernement rajoute qu'un échange sur les modalités de cet agrément ont été discutés lors de l'élaboration du projet de loi avec les acteurs concernés, dont l'AMMD, dont les revendications ont été prises en considération. La démarche concrète reste à être définie. Cet agrément est surtout à voir dans un contexte de sécurité du patient.

Un représentant de la FHL souligne que le lien avec les centres hospitaliers est très important afin de garantir les procédures et la sécurité du patient. Il remarque que l'agrément en question n'est pas uniquement accordé sur décision de la direction de l'hôpital mais également sur avis du conseil médical de l'établissement. Il lui semble clair que la volonté de collaborer doit être partagée par les deux parties. Le Commissaire du Gouvernement précise que le cadre légal pour les structures ambulatoires de soins est un autre que celui réglant les sites supplémentaires. L'objectif premier de cette convention est d'assurer la continuité des soins et la gestion des risques. Le représentant de la FHL évoque l'intérêt de l'hôpital de choisir librement ses partenaires.

Le Commissaire ajoute que toute demande de création d'une prise en charge ambulatoire de soins, soumise à l'avis de la CPH, sera analysée à la lumière de l'évolution démographique, en tenant compte à la fois de la croissance de la population (+27 %) et de son vieillissement. Dans ce contexte, il conviendra également de mettre à jour le modèle de projection des besoins en soins stationnaires et ambulatoires publié par l'IGSS dans le cadre de l'aperçu numéro 13 de juin 2021 par rapport aux résultats de l'étude ANTARES de 2025.

Un autre représentant de la FHL est d'avis qu'un hôpital ne peut pas être obligé de faire une convention avec une structure ambulatoire. La continuité des soins sera assurée par la participation des médecins de ces structures ambulatoires aux astreintes.

Un représentant de la CNS se pose des questions sur les responsabilités des médecins travaillant dans les structures ambulatoires de soins. Comment se fera l'évaluation des procédures de qualité et du contenu de ces conventions. Selon un représentant de la FHL ce contrôle de qualité doit être assuré par d'autres instances que par les hôpitaux et ne sera pas l'objet de la convention. L'expert du M3S précise que des règlements grand-ducaux définiront les normes ainsi que les actes réalisés dans les structures ambulatoires de soins avec les différents niveaux de risque. La convention en question dans le PL est un contrat de droit privé. Le Commissaire du Gouvernement remarque que l'association/la société de médecins sera le gestionnaire de la structure ambulatoire qui assumera la responsabilité, à l'instar des établissements hospitaliers pour l'activité de soins exercée dans un hôpital.

Un autre représentant de la CNS demande quels principes de financement seront applicables aux structures ambulatoires de soins. Actuellement le financement des activités sur les sites supplémentaires sont négociés au fur et à mesure des demandes autorisées. Il s'agit de savoir comment un système de financement cohérent pourrait être développé pour le futur. Le Commissaire du Gouvernement explique que depuis sa modification en 2023 la loi hospitalière prévoit la possibilité d'un financement par forfait qui permet un financement de structures sans planification et construction préalables. Ceci permet de réagir de manière plus flexible et rapide à une augmentation des besoins. Ces forfaits sont à négocier entre la FHL et la CNS.

Un représentant du CSCPS remarque qu'une multiplication des structures demandera plus de médecins et de professionnels de santé. La pénurie de ressources humaines sera encore plus prononcée. Soyons conscients que ce projet de loi entraînera inévitablement une privatisation de la médecine.

Selon le Commissaire l'objet de ce projet de loi n'est dans aucun cas une privatisation de la médecine mais le but est de satisfaire aux besoins croissants de prise en charge ambulatoire de la population.

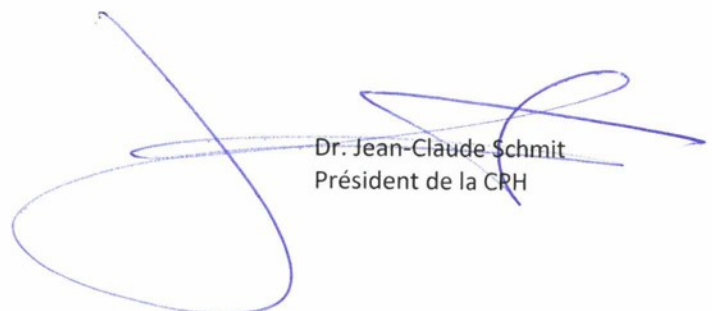
Un représentant de l'AMMD demande si les structures ambulatoires proposant des interventions légères en dermatologie ou en ophtalmologie ont vraiment besoin d'une convention avec un centre hospitalier étant donné qu'il s'agit d'interventions à faible risque. Un représentant de la DiSa explique que le risque zéro n'existe pas et cette convention s'inscrit dans une logique globale en termes de fonctionnement. Un représentant de la FHL rajoute que le risque pour des interventions en dermatologie dépend de l'acte réalisé. Les HRS ont déjà mis en place des conventions avec des dermatologues proposant des interventions oncologiques. Dans le domaine de l'ophtalmologie les interventions de la cataracte peuvent présenter certains risques qui pourraient nécessiter une intervention à l'hôpital. Un autre représentant de la FHL souligne que la convention est justement importante pour assurer que des patients peuvent à tout moment être transférés à l'hôpital et éviter qu'ils arrivent aux urgences.

A titre d'information, un représentant de la FHL mentionne que le recrutement d'un infectiologue a été demandé pour les besoins de la Kannerklinik comme le projet de loi prévoit une obligation pour chaque centre hospitalier de disposer de compétences en infectiologie.

Le président propose de résumer cette discussion et de rédiger un projet d'avis pour la prochaine séance.

8. Divers

Le président informe que les séances de la CPH du 4 et 11 septembre sont prévues pour la présentation et la discussion de l'enveloppe budgétaire globale. Selon un représentant du M3S l'envoi du document à la CPH est prévu pour le 7 août 2026.



Dr. Jean-Claude Schmit
Président de la CPH