



CHAMBRE DES SALARIÉS
LUXEMBOURG



AVIS

Avis IV/30/2026

7 octobre 2026

Structures ambulatoires de soins

Projet de loi portant modification :

- 1° du Code de la sécurité sociale ;
- 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

Par lettre en date du 9 juin 2026, Madame Martine DEPREZ, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, a fait parvenir à notre chambre pour avis le projet de loi portant modification 1° du Code de la sécurité sociale ; 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

1. Le présent projet de loi vise à mettre en œuvre l'accord de coalition 2023-2028, et plus particulièrement le passage suivant :

« Le Gouvernement s'efforcera d'exploiter tout le potentiel des soins ambulatoires et d'accroître considérablement leur importance dans le système de santé. Il s'engage à ce que les patients bénéficient des progrès médicaux sur l'ensemble du territoire. Les avantages d'une prise en charge décentralisée sont évidents : les patients auront des trajets plus courts et les temps d'attente seront réduits. En plus, les hôpitaux seront déchargés et pourront se concentrer sur leur mission principale, à savoir la prise en charge des urgences graves et des pathologies complexes. »

2. La mise en œuvre de cette orientation politique s'inscrit dans une démarche progressive. Dans un premier temps, il a déjà été tenu compte de l'objectif consistant à exploiter le potentiel des soins ambulatoires et à accroître leur importance dans le système de santé dans le cadre du projet de loi portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 (document parlementaire n°8575), par le biais d'amendements gouvernementaux déposés le 24 octobre 2025. Ces amendements prévoient la création d'antennes supplémentaires dédiées aux soins ambulatoires pour certaines interventions légères en dermatologie et en ophtalmologie, telles que les opérations de la cataracte. Cette mesure permet, à court terme, de rapprocher les soins ambulatoires des patients grâce à des antennes hospitalières décentralisées et constitue une première étape vers une stratégie plus globale de développement des soins ambulatoires.

3. Dans ce contexte, le présent projet de loi a pour objet de modifier la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière afin d'adapter le cadre légal aux évolutions contemporaines du système de santé, caractérisées notamment par le développement croissant des prises en charge ambulatoires.

4. Le projet de loi procède à un élargissement du champ d'application de la loi hospitalière en y intégrant les structures ambulatoires de soins. Celles-ci sont définies comme des entités distinctes des établissements hospitaliers, exploitées notamment par des associations ou des sociétés de médecins, et ayant pour objet la dispensation de soins de santé ambulatoires dans divers domaines, notamment la dialyse, l'hospitalisation de jour non chirurgicale, l'oncologie, ainsi que pour des interventions légères en ophtalmologie, en dermatologie, en chirurgie pariétale et proctologique et en urologie.

5. L'introduction de ces structures s'accompagne de la mise en place d'un régime d'autorisation préalable destiné à garantir la qualité et la sécurité des soins. Ainsi, toute structure ambulatoire de soins est soumise à l'obtention d'une autorisation d'exploitation délivrée par le ministre compétent, sur la base d'un projet d'établissement et d'un dossier de conformité attestant du respect des normes applicables en matière d'infrastructure, d'équipement, d'organisation, de ressources humaines ainsi que de qualité et de sécurité des soins.

6. Dans un souci de continuité et de sécurité des soins, le projet de loi impose également la conclusion d'une convention entre la structure ambulatoire de soins et un centre hospitalier. Cette convention vise à encadrer les modalités d'orientation et de transfert des patients ainsi que l'accès aux

ressources hospitalières, garantissant ainsi une articulation fonctionnelle entre la structure ambulatoire et le secteur hospitalier.

7. Le projet de loi prévoit en outre l'intégration des structures ambulatoires de soins dans la carte sanitaire nationale, instrument central de planification permettant de déterminer, en fonction des besoins de la population, la répartition et la capacité des services de santé. Cette intégration vise à assurer une vision globale de l'offre de soins et une allocation optimale des ressources disponibles.

8. Par ailleurs, de nombreuses dispositions de la loi hospitalière sont adaptées afin d'y inclure explicitement les structures ambulatoires de soins, notamment en matière d'autorisation, de contrôle, de financement, de gestion des plaintes et de droits des patients. Cette harmonisation permet d'assurer un niveau équivalent de qualité, de sécurité et de protection des patients dans l'ensemble du système de santé.

9. En matière de financement, le projet prévoit que les structures ambulatoires de soins puissent bénéficier d'une participation de l'État aux frais d'investissement ou aux frais de location des infrastructures, sous réserve de la détention d'une autorisation d'exploitation valable.

10. Enfin, les adaptations apportées au régime de contrôle et de sanction permettent d'assurer l'effectivité du dispositif, en étendant aux structures ambulatoires de soins les mécanismes existants en matière de mise en demeure, de fermeture et de sanctions en cas de non-respect des obligations légales.

Absence de fil-conducteur du système de santé public !

11. Si la CSL ne s'oppose pas d'emblée à une diversification de l'offre des soins et par conséquent à un développement de prise en charge de soins ambulatoires en dehors des centres hospitaliers, encore faudra-t-il une analyse qui justifie une telle déshospitalisation de soins et d'équipements techniques en faveur des patients sans remettre en cause les activités et la multidisciplinarité des soins propres aux hôpitaux.

12. Comme la CSL l'a déjà noté par le passé, elle regrette l'absence de fil-conducteur dans la dispense de soins de santé entre établissements hospitaliers, cabinets et maisons médicaux et antennes hospitalières de sorte que le virage ambulatoire reste une nébuleuse voire une navigation à vue aléatoire. En introduisant maintenant les SAS, le projet de loi ne fait qu'amplifier encore davantage l'absence de planification.

13. Le présent projet de loi ne procède pas à une analyse suffisamment factuelle de la situation actuelle de sorte qu'il est impossible à la CSL d'identifier les contraintes qui pèsent sur les structures hospitalières existantes, l'offre de soins dans son ensemble et plus généralement sur l'accès aux soins, ainsi que leurs causes.

14. Force est de constater que le projet de loi introduisant les SAS met l'accent sur des activités spécialisées spécifiques qui, en partie, sont identiques à celles dispensées d'ores et déjà dans les antennes qui, elles, sont rattachées aux établissements hospitaliers. Pourquoi n'inclut-on pas dans les SAS les soins primaires tels que la médecine générale, la pédiatrie, la gynécologie, la psychiatrie ou la dentisterie ? Les SAS agissent-elles dans une logique de complémentarité avec les cabinets médicaux et établissements hospitaliers ou plutôt dans une logique de substitution ? Et pour quelles raisons ? La décentralisation

de la dispense des soins de santé ne risque-t-elle pas de violer le principe de la médication économique comme le relève un article du 26 juin 2026 publié au Lëtzebuurger Land avec le titre évocateur « *Weil das Gesundheitsministerium seine Rolle nicht richtig spielt, sichern die cleversten Spitäler sich die Filetstücke der Versorgung* » ? L'absence de complémentarité entre les différents prestataires de soins risque d'attiser la concurrence entre établissements hospitaliers d'une part et la concurrence entre établissements hospitaliers, cabinets et maisons médicaux et SAS, d'autre part, avec une explosion, une redondance ou une duplication de dépenses au détriment de l'assurance maladie.

La divergence du financement des activités par la CNS biaise une répartition équitable des soins de santé sur le territoire national !

15. Force est de constater que la prise en charge financière des soins de santé par la CNS diverge selon qu'ils sont dispensés dans un établissement hospitalier, un cabinet médical ou une maison médicale, une antenne et une SAS pour laquelle le projet de loi ne souffle mot. Concernant plus particulièrement la SAS, il serait notamment nécessaire d'éclaircir les liens contractuels et financiers avec la CNS, en indiquant si les SAS agiront en tant que parties contractantes ou si un centre hospitalier sera impliqué dans ce processus. Un tel éclaircissement est également indispensable pour garantir le principe d'égalité de traitement entre les différents modes d'exercice professionnel et éviter l'apparition de distorsions susceptibles d'influencer artificiellement l'orientation de l'activité médicale et de biaiser par-là le libre choix du patient.

16. Dans l'accord de coalition 2025, le gouvernement s'est engagé à ce que les patients bénéficient des progrès médicaux sur l'ensemble du territoire. Force est néanmoins de constater que cette répartition de l'offre des soins de santé à travers le territoire luxembourgeois a jusqu'à présent échoué parce qu'entre autres les antennes hospitalières ne peuvent être rentabilisées que dans des agglomérations où la demande est importante et moins dans des régions peu peuplées.

Absence de cohérence légistique !

17. À part les remarques de fond développées ci-avant, la CSL ne peut accepter que les règlements grand-ducaux auxquels renvoie l'article 7bis du projet de loi qui fixent, pour chaque domaine d'activité autorisable au sein des SAS, les normes à respecter en ce qui concerne leur organisation, leur fonctionnement, leur infrastructure, leurs équipements, leur personnel ainsi que les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins, y compris les modalités et le contenu du dossier de conformité requis pour leur autorisation et leur contrôle ainsi que, le cas échéant, la liste des activités et actes autorisés, leur classification et les conditions de leur réalisation, n'ont pas été joints comme faisant partie intégrante du présent projet de loi de sorte qu'elle est dans l'impossibilité de vérifier le bien-fondé de ses dispositions, ses incidences sur les ressources humaines, ses effets sur la structuration de l'offre de soins et son coût global à charge de l'assurance maladie.

18. Dans le même ordre d'idées, la CSL exige que le législateur fixe des règles de qualité et de sécurité des soins dans le secteur extrahospitalier (maisons médicales, cabinets médicaux et paramédicaux etc.) afin de garantir une uniformité dans la prise en charge et la dispense de soins et la même qualité que dans le secteur hospitalier.

19. La même critique de nature légistique vaut à l'égard du projet de loi n° 8685 portant création de sociétés et d'associations par des médecins auquel renvoie le projet de loi en

ce qui concerne l'exploitation et la gestion de la SAS, projet de loi qui pourtant n'a pas encore été voté au moment de la saisine du présent projet de loi par notre chambre. Dans son avis du 5 mars 2026 précité, la CSL s'est prononcée contre le regroupement de médecins sous forme sociétaire parce que 1) il risque de creuser encore davantage le clivage et la concurrence entre les intérêts personnels des médecins, d'une part et la bonne gestion des hôpitaux, d'autre part, 2) la finalité du lucre d'une société, qu'elle soit de nature commerciale ou civile, n'est pas compatible avec les principes essentiels de la déontologie médicale et 3) le déconventionnement provoqué par l'AMMD risque d'ouvrir la voie vers une médecine à plusieurs vitesses comme le témoigne notamment le projet récent « Findel Medic ».

Une extension des structures hospitalières et extrahospitalières qui ne va pas de pair avec une augmentation du nombre des effectifs nécessaires !

20. Aussi la CSL a-t-elle rendu attentif dans son avis du 1^{er} décembre 2025 relatif aux amendements gouvernementaux du projet de loi instaurant des sites supplémentaires rattachés aux hôpitaux (antennes) que le projet de loi prévoit, à tort ou à raison, une augmentation du nombre de lits pour un certain nombre de services hospitaliers sans néanmoins se soucier si le personnel qualifié pour exploiter ces lits est vraiment disponible. Ceci a pour effet que le manque de personnel dans les hôpitaux risque d'être renforcé en cas de décentralisation plus prononcée, notamment au cas où celle-ci se ferait en dehors d'un régime hospitalier. Une telle décentralisation avec la création de sites supplémentaires et, à plus forte raison, avec l'introduction de SAS engendre un besoin en personnel supplémentaire qui risque de se répercuter négativement sur le fonctionnement des hôpitaux dont les salariés sont soumis à des contraintes en termes d'horaire de travail qui ne s'appliquent pas nécessairement aux structures décentralisées.

L'instauration de SAS, cui bono ?

21. Avec la création des sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services concernant la chirurgie générale, digestive ou viscérale, pour les interventions légères en ophtalmologie et en dermatologie ainsi que pour les services de la dialyse, de l'hospitalisation de jour non chirurgicale, de l'imagerie médicale et de l'oncologie, il est d'ores et déjà invérifiable si l'externalisation de tels actes médicaux et techniques a été justifiée et, dans l'affirmative, si elle a eu lieu sous des aspects exclusivement qualitatifs des soins de santé.

22. Ceci vaut à plus forte raison avec la création de SAS qui suscite des questions tant au niveau de la dispense des soins de santé par rapport à celle des antennes et des hôpitaux qu'au niveau des relations et de la collaboration entre un hôpital et une SAS.

Duplication de soins de santé ou intérêt public contre intérêts privés ?

23. Force est de constater que la carte sanitaire de 2025 comme d'ailleurs celles qui lui précèdent omettent de faire une évaluation des besoins sanitaires et de justifier le bien-fondé d'une augmentation ou d'une réduction du nombre et de la nature des structures hospitalières ainsi que d'une déshospitalisation progressive des soins de santé (virage ambulatoire). Il est incompréhensible pour notre chambre de retracer le bien-fondé des décisions politiques de transformer, renouveler ou de construire de nouveaux établissements hospitaliers en permettant la création de trois, voire quatre sites supplémentaires tout en ajoutant par le présent projet de loi une nouvelle catégorie que sont les SAS.

24. Selon l'article 4 de la loi modifiée du 8 mars 2018 sur les établissements hospitaliers et la planification hospitalière, chaque centre hospitalier peut au-delà du maximum de trois sites hospitaliers d'ores et déjà disposer de sites supplémentaires (antennes) dédiés aux soins de santé ambulatoires dans le cadre des services liés à la chirurgie générale, digestive ou viscérale et à l'hospitalisation de jour chirurgicale pour les interventions légères en ophtalmologie et en dermatologie, ainsi que les services liés à la dialyse, à l'hospitalisation de jour non chirurgicale, à l'imagerie médicale et à l'oncologie. L'article 4 prévoit par ailleurs que « pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier peut conclure avec un ou plusieurs médecins autorisés à exercer la médecine un contrat précisant les modalités de gestion et d'utilisation des équipements et appareils visés à l'annexe 3, ainsi que des parties d'infrastructures les hébergeant ».

25. À la lecture du projet de loi sous avis, le nouveau paragraphe 2bis de l'article 1 de la loi modifiée du 8 mars 2018 prévoit que « les structures ambulatoires de soins ont pour mission d'assurer la réalisation de soins de santé ambulatoires limités aux activités relevant des services de la chirurgie générale, digestive ou viscérale, de l'hospitalisation de jour chirurgicale, de l'urologie pour les interventions légères en ophtalmologie, en dermatologie, en chirurgie pariétale et proctologique et en urologie, de la dialyse, de l'hospitalisation de jour non chirurgicale et de l'oncologie.

26. Force est de constater qu'il existe un chevauchement pour la majorité des soins de santé dispensés d'ores et déjà dans les antennes, d'une part et dans les SAS créées par le présent projet de loi. La CSL en déduit que la SAS qui par opposition au site supplémentaire (antenne) rattaché à un établissement hospitalier dispose d'une autonomie semble être la structure idéale mise à disposition par le Gouvernement pour permettre à l'AMMD de transposer le projet de loi relatif au regroupement des médecins sous forme d'association ou de société, vivement critiqué par notre chambre et toujours pas voté.

27. Le fait de conférer par ailleurs aux SAS - contrairement aux sites supplémentaires (antennes) - le statut d'entités distinctes des établissements hospitaliers n'est pas rassurant si l'on veut préserver un système de santé public qui repose à la fois sur une offre multidisciplinaire de soins de santé au sein des hôpitaux et un financement garanti à raison de 80% par l'Etat et à 20% par la CNS et reposant sur le principe de la médication économique.

Un flou artistique qui régit les relations entre un centre hospitalier et une SAS !

28. Aussi le texte prévoit-il qu'une convention doit être conclue entre une SAS et un centre hospitalier qui précise les modalités de collaboration entre les parties, notamment en vue de garantir la continuité et la sécurité des soins, ainsi que l'organisation de l'orientation et du transfert des patients et l'accès aux ressources et aux plateaux techniques hospitaliers et qui prévoit que les médecins exerçant au sein de la structure ambulatoire de soins disposent d'un agrément auprès du centre hospitalier concerné.

29. La CSL constate qu'il existe un déséquilibre dans le rapport de forces entre un centre hospitalier et une SAS au détriment de cette dernière sinon comment comprendre l'exigence d'une autorisation d'agrément à délivrer par un centre hospitalier laquelle entraîne dans ses effets une intervention directe d'un établissement hospitalier dans les conditions d'accès à l'exercice médical au sein d'une SAS, structure qui reste juridiquement distincte de l'hôpital.

30. Cette exigence pourrait entraîner une forme de condition préalable d'accès à l'exercice dans les structures ambulatoires, dépendant non pas d'une autorité publique indépendante, mais de l'appréciation d'un établissement hospitalier, ce qui pourrait entraîner un mécanisme de sélection indirecte des praticiens, au gré des établissements concernés.

31. Par ailleurs, il existe un risque que cet agrément devienne, en pratique, un instrument de régulation de l'accès aux structures ambulatoires, pouvant conduire à des disparités. En fonction des politiques internes des hôpitaux partenaires, l'accès à l'exercice pourrait tantôt être facilité tantôt être restreint selon le cas, sans harmonisation suffisante.

32. Par ailleurs se pose la question dans quelle mesure les médecins exerçant dans des SAS seraient susceptibles d'être tenus de participer au service de garde de l'établissement hospitalier partenaire et quel impact cela aurait-il sur le fonctionnement et l'organisation des deux structures ?

Pourquoi une SAS n'est pas considérée comme un établissement hospitalier, mais dispose néanmoins de la personnalité juridique ?

33. Concernant l'article 2, point 1, a), qui modifie l'article 1^{er} de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, qui insère un nouveau point 5^o au paragraphe 1 de la teneur suivante « 5. aux structures ambulatoires de soins », il y a lieu de constater que le législateur n'a pas modifié la dernière phrase de ce paragraphe qui dispose que « les établissements visés aux points 1 à 4 sont désignés par l'expression « établissement hospitalier ». Etant donné qu'un point 5 a été ajouté, ne faudrait-il pas rectifier la dernière phrase en prévoyant que « les établissements visés aux points 1 à 5 sont désignés par l'expression « établissement hospitalier » alors que la SAS est définie comme une entité distincte et devrait disposer d'une personnalité juridique distincte de celle d'un centre hospitalier ?

34. Au vu de l'article 2, point 1 qui modifie l'article 1^{er} de la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée, la CSL se pose la question pourquoi la SAS est définie par opposition à un établissement hospitalier et non pas par opposition à un centre hospitalier avec lequel une convention doit être conclue alors que l'activité d'une SAS telle que définie dans un nouveau paragraphe 2bis est également susceptible de rentrer dans la définition actuelle de l'établissement hospitalier prévue au paragraphe 2 du même article selon lequel « la mission consiste à dispenser dans son domaine d'activités des soins de santé stationnaires ou ambulatoires dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, professionnel et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais ».

35. On pourrait enchaîner avec les questions et demander si les établissements hospitaliers ne visent que les points 1 à 4 de l'article 1, paragraphe 1, à l'exclusion des SAS, pourquoi des établissements de cures thermales ou des centres de diagnostic sont à considérer comme des établissements hospitaliers et non pas des SAS ?

36. Par ailleurs, la dernière phrase du paragraphe 2 de l'article 2 disposant que « les établissements hospitaliers doivent disposer d'une personnalité juridique » pourrait laisser supposer *a contrario* que les SAS qui ne seraient pas à considérer comme

« établissements hospitaliers » n'en disposeraient pas alors que pour conclure une convention avec un centre hospitalier conformément au nouvel article 7bis introduit par le projet de loi, elles doivent forcément disposer de la personnalité juridique.

37. En ce qui concerne l'article 2, point 1, b), du projet de loi qui introduit un nouveau point 2bis consacré aux missions des SAS, la CSL demande sa suppression et l'intégration de ses missions, pour autant que de besoin, à celles des sites supplémentaires définies à l'article 4, paragraphe 1, alinéa 3, de la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée.

38. En ce qui concerne l'article 2, point 1, c) et d), les ajouts de l'adjectif épithète « hospitalier » sont superfétatoires et prêtent à confusion dans la mesure où le lecteur pourrait penser qu'il existe des « établissements hospitaliers » autres que ceux énumérés à l'article 1^{er}, paragraphe 1^{er}, de la loi modifiée du 8 mars 2018 précitée.

39. En ce qui concerne l'article 2, point 1, e), il est à biffer purement et simplement alors que la SAS n'apporte aucune plus-value au système de santé public sachant qu'il existe d'ores et déjà des sites supplémentaires dispensant les mêmes soins de santé ambulatoires. Même en admettant le bien-fondé de l'introduction de SAS, quod non, il est inadmissible que le texte renvoie au projet de loi no 8685 précité qui n'est pas encore voté au moment de la saisine et de la rédaction de l'avis par notre chambre.

Tout le personnel dans le secteur hospitalier et extrahospitalier doit être soumis à la convention collective FHL !

40. Il est inacceptable pour la CSL que le projet de loi renvoie à un règlement grand-ducal (qui, par ailleurs, n'existe pas au moment de la présente saisine) pour la détermination des conditions de travail et de rémunération du personnel salarié affecté dans les SAS. La CSL insiste sur le fait que quelles que soient l'orientation de notre système de santé public et la décentralisation des structures hospitalières et extrahospitalières que tout le personnel salarié y affecté doit obligatoirement être soumis à la convention collective FHL afin d'éviter un nivellement vers le bas des conditions de travail et de rémunération et une distorsion de concurrence entre structures hospitalières et extrahospitalières lesquels risqueraient inévitablement d'avoir un impact négatif sur l'accès universel des patients aux soins et sur la qualité des soins.

Au vu des considérations formulées ci-avant, notre chambre est au regret de vous informer qu'elle désapprouve le projet de loi cité sous rubrique.

Luxembourg, le 7 octobre 2026

Pour la Chambre des salariés,



Sylvain HOFFMANN
Directeur



Nora BACK
Présidente

L'avis a été adopté à l'unanimité.