ISSN : 3153-0281

Document principal

OBSERVATOIRE
NATIONAL DE LA SANTÉ

ÉDITION **2025**

Carte sanitaire

Carte sanitaire – Édition 2025
Document principal

Observatoire national de la santé, juin 2026

Auteurs :

Charles Pierre, PharmD
Anne-Charlotte Lorcy, MA
Mathilde Urbain, MsC
Françoise Berthet, MD, MPH

SOMMAIRE

Liste des abréviations **4**

Listes des tableaux et figures **7**

1. Introduction et méthodologie **12**

1.1. Cadre de mise à jour de la Carte sanitaire 12

1.2. Cadre méthodologique 13

1.2.1. Cartographie des établissements hospitaliers *13*

1.2.2. Activité d'hospitalisation *13*

1.2.3. Activités médico-techniques *22*

1.2.4. Décès hospitaliers *26*

1.2.5. Transferts à l'étranger *26*

2. Éléments de contexte du secteur hospitalier luxembourgeois **27**

2.1. Données populationnelles 27

2.2. Actualités du secteur hospitalier luxembourgeois (2023-2025) 30

3. Cartographie des établissements hospitaliers **37**

3.1. Classification des établissements hospitaliers et capacités d'accueil 37

3.2. Services hospitaliers 52

3.3. Réseaux de compétences 61

3.3.1. Réseau de compétences « Douleur chronique » *63*

3.3.2. Réseau de compétences « Immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant » *64*

3.3.3. Réseau de compétences « Maladies neuro-dégénératives » dénommé « ParkinsonNet » *67*

3.3.4. Réseau de compétences « Diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant » dénommé « OBEDIA-Kids » *70*

3.3.5. Réseau de compétences « Diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte » *75*

3.4. Équipements hospitaliers 76

3.4.1. Équipements et appareils soumis à planification selon la loi hospitalière de 2018 ..... *76*

3.4.2. Équipements nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières *77*

3.4.3. Équipements dont la valeur unitaire à neuf dépasse 250 000 euros HTVA *83*

3.5. Ressources humaines 85

4. Activité d'hospitalisation **88**

4.1. Centres hospitaliers 89

4.1.1. Synthèse des indicateurs clés (2019-2024) *89*

4.1.2. Séjours et journées d'hospitalisation *92*

4.1.3. Hospitalisations de jour *94*

4.1.4. Durée moyenne de séjour *96*

4.1.5. Occupation des lits *97*

4.1.6. Hospitalisations selon l'âge et le genre *99*

4.1.7. Motifs d'hospitalisation stationnaire *102*

4.1.8. Focus sur l'hospitalisation aiguë des patients âgés de 75 ans et plus *108*

4.1.9. Focus sur l'hospitalisation des non-résidents *117*
4.2. Établissements aigus spécialisés 131
4.2.1. Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle *131*
4.2.2. Centre National de Radiothérapie François Baclesse *134*
4.3. Établissements hospitaliers de moyen séjour 135
4.3.1. Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique *135*
4.3.2. Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation - Rehazenter *138*
4.3.3. Hôpital intercommunal de Steinfort et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers *142*
4.3.4. Centre de réhabilitation du Château de Colpach *155*
4.3.5. Établissement d'accueil pour personnes en fin de vie Haus OMEGA *158*
5. Activités médico-techniques **159**
5.1. Récapitulatif des prestations médico-techniques 159
5.1.1. Prestations médico-techniques générales *160*
5.1.2. Prestations médico-techniques liées à des services et équipements nationaux/spécifiques *162*
5.2. Focus 163
5.2.1. Imagerie médicale *163*
5.2.2. Activité opératoire dont chirurgie ambulatoire *164*
5.2.3. Accouchements, procréation médicalement assistée et soins néonataux *175*
5.2.4. Hémodialyse *180*
5.2.5. Services d'urgence *183*
6. Décès hospitaliers **211**
7. Transferts à l'étranger **212**
8. Comparaisons internationales **216**

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALAN……Association Luxembourgeoise d'aide aux personnes Atteintes de Maladies Neuromusculaires
ANDL……... Association Nationale des Diététiciens du Luxembourg
APC…… Autorisation de prise en charge
APR-DRG……Groupe homogène de malades *(en anglais : All Patient Refined Diagnosis Related Groups)*
CBCT……... Imagerie volumétrique par faisceau conique *(en anglais : Cone Beam Computed Tomography)*
CCDocHosp…….. Commission consultative de la documentation hospitalière
CEC…… Circulation extracorporelle
CEE……..Communauté économique européenne
CGI…….. Comité de gestion interhospitalière
CIM 10……Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème revision
CNS……..... Caisse nationale de santé
COVID-19……..... Coronavirus Disease 2019
CPH…… Commission permanente pour le secteur hospitalier
CSDS……...Conseil scientifique du domaine de la santé
CSV…… Parti populaire chrétien-social *(en luxembourgeois : Chrëschtlech-Sozial Vollekspartei)*
CT Scanner…… Scanner, aussi appelé appareil de tomodensitométrie (TDM), ou appareil de scanographie *(en anglais : Computed tomography scanner, abrégé aussi en CT Scan)*
CTAS……... Échelle canadienne de triage et de gravité *(en anglais : Canadian triage and acuity scale)*
DBS…… Stimulation cérébrale profonde *(en anglais : Deep brain stimulation)*
DCSH…… Documentation et classification des séjours hospitaliers
DECCP…… *Diabetes Endocrinology Care* Clinique Pediatrique
DMS…… Durée moyenne de séjour
DiSa…… Direction de la Santé
DP…… Parti démocratique *(en luxembourgeois : Demokratesch Partei)*
DSP…… Dossier de soins partagé
DXA…… Absorptiométrie biphotonique à rayons X *(en anglais : dual photon X-ray absorptiometry)* : technique d'imagerie permettant de mesurer la densité minérale osseuse
ECMO……... Oxygénation par membrane extracorporelle *(en anglais : Extracorporeal membrane oxygenation)*
EEG…… Électroencéphalographe
EMG……Électromyogramme
ESMJ…….. Entrée et sortie le même jour
ESP…….. Population type européenne *(en anglais : European Standard Population)*
ETG…… Échelle canadienne de triage et gravité *(en anglais : CTAS = Canadian Triage and Acuity Scale)*
FHL…… Fédération des hôpitaux luxembourgeois
GDL…… Grand-Duché de Luxembourg
HDJ…… Hospitalisation de jour
HDR…… Haut débit de dose *(en anglais : High Dose Rate)*
HTVA…….. Hors taxe sur la valeur ajoutée
IABP…… Ballon de contre-pulsion intra-aortique *(en anglais : Intra-aortic balloon pump)*
ICD 10…… International classification of diseases, tenth revision
ICD 10-CM..……International classification of diseases, tenth revision, Clinical modification (diagnosis)

IRM…….. Imagerie par résonance magnétique *(en anglais : Magnetic resonance imaging)*
IGSS…… Inspection générale de la sécurité sociale
LIH…… Luxembourg Institute of Health
LOM…….. Lits occupés en moyenne par jour
M3S…… Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale
MDC…… Catégorie majeure de diagnostic *(en anglais : Major diagnostic category)*
MRI…….. Magnetic resonance imaging = Imagerie par résonance magnétique
NA……... Non applicable
ObSanté…… Observatoire national de la santé
OCDE…….. Organisation de coopération et de développement économiques *(en anglais : OECD)*
OCDE31…….. Correspond à la moyenne des 31 pays membres de l'OCDE disposant de données comparables pour les examens de tomodensitométrie, d'imagerie par résonance magnétique et de tomographie par émission de positons. Les pays inclus sont : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, Corée, Costa Rica, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, Royaume-Uni, Slovénie, Suisse et Tchéquie.
OCDE33…….. Correspond à la moyenne des 33 pays membres de l'OCDE disposant de données comparables sur les amygdalectomies. Les pays inclus sont : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Colombie, Corée, Costa Rica, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Israël, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse et Tchéquie.
OCDE34…….. Correspond à la moyenne des 34 pays membres de l'OCDE disposant de données comparables sur la proportion d'opérations de la cataracte réalisées en ambulatoire en 2023. Les pays inclus sont : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, Corée, Costa Rica, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse et Tchéquie.
OCDE37……. Correspond à la moyenne des 37 pays membres de l'OCDE disposant de données comparables pour les équipements de tomodensitométrie, d'imagerie par résonance magnétique et de tomographie par émission de positons. Les pays inclus sont : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Colombie, Corée, Costa Rica, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie et Turquie.
ORL…… Oto-Rhino-Laryngologie
PET-Scan……..…… Tomographie par émission de positons (TEP) couplée à un scanner *(en anglais :Positron emission tomography scan)*
PMA…….. Procréation médicalement assistée
PSA…… Places de surveillance ambulatoire
RC…….. Réseau de compétences
RCP…… Réunions de concertation pluridisciplinaire
RED…… Rééducation gériatrique *(ex : CHdN-RED, pour distinguer de l'activité aigüe du CHdN)*

RGD…… Règlement grand-ducal
SAMU…….. Service d'aide médicale urgente
SLP…….. Société luxembourgeoise de pédiatrie
SNPJ……Service national de psychiatrie juvénile
SPECT…… Tomographie par émission monophotonique *(en anglais : Single-photon emission computed tomography)*
SPECT-CT…… Tomographie par émission monophotonique couplée à un scanner *(en anglais : Single-photon emission computed tomography coupled with a computed tomography scan)*
STATEC…… Institut national de la statistique et des études économiques
TEP…… Tomographie par émission de positons
TO…….. Taux d'occupation
UO…….. Unité d'oeuvre
UE…….. Union Européenne
USI…… Unités de soins intensifs
USN…… Unités de soins normaux
WFSICCM…… Fédération mondiale des sociétés de médecine de soins intensifs et critiques *(en anglais : World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine)*

Abréviations des noms des établissements hospitaliers :

CHdN…….. Centre Hospitalier du Nord
CHL…….. Centre Hospitalier de Luxembourg
CHEM……. Centre Hospitalier Emile Mayrisch
HRS……. Hôpitaux Robert Schuman
dont :
- CHK…… Centre Hospitalier du Kirchberg (Hôpital du Kirchberg (HK) et Clinique Bohler)
- ZITHA…… Zithaklinik
- CSM …… Clinique Sainte Marie

INCCI…… Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle
CFB……Centre National de Radiothérapie François Baclesse
CHNP…….. Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
RHZ…….. Rehazenter – Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation
HIS……Hôpital Intercommunal de Steinfort
Colpach – CRCC..…….… Centre de réhabilitation du Château de Colpach
Haus OMEGA..……..… Etablissement d'accueil pour personnes en fin de vie – Haus OMEGA
Mondorf……..… Centre thermal de Mondorf
LNS…….. Laboratoire national de santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Évolution de la répartition de la population du GDL selon l'âge, 2019-2024 ... 27
Tableau 2 : Répartition de la population du GDL selon l'âge et le genre, 2023 ... 28
Tableau 3 : Évolution de la population protégée résidente dans la population totale du GDL, 2019-2024 ... 28
Tableau 4 : Évolution de la population protégée selon le critère de résidence, 2019-2024 ... 28
Tableau 5 : Évolution des journées d'hospitalisation non opposables, par établissement, 2017-2024 ... 29
Tableau 6 : Taux de dépendance vieillesse projeté dans quelques pays européens, 2024-2060 ... 30
Tableau 7 : Classification des établissements hospitaliers et répartition des lits déclarés installés, 2025 ... 39
Tableau 8 : Nombre de lits déclarés installés, par établissement et par type d'activité, 2025 ... 41
Tableau 9 : Évolution des lits aigus, de moyen séjour et de longue durée, par établissement, 2017-2025 ... 42
Tableau 10 : Répartition des lits par type d'activité et ratio pour 1 000 habitants, 2025 ... 43
Tableau 11 : Répartition des lits-portes et autorisations d'exploitation, par établissement, 2025 ... 43
Tableau 12 : Répartition des lits de soins intensifs, par établissement, 2025 ... 44
Tableau 13 : Répartition des lits d'hospitalisation de jour (lits ou places), par établissement, 2025 ... 46
Tableau 14 : Répartition des lits planifiés (2024-2025), autorisés (2024-2025) et installés (2025), par type de lit hospitalier ... 47
Tableau 15 : Répartition des lits planifiés et autorisés par type de lit (2024, 2026) ... 48
Tableau 16 : Répartition et évolution du nombre de lits HDJ autorisés et installés ... 49
Tableau 17 : Répartition des lits aigus autorisés (2024/2026) et installés (2023/2025), par établissement ... 50
Tableau 18 : Répartition des lits de moyen séjour autorisés (2024/2026) et installés (2023/2025), par établissement ... 51
Tableau 19 : Répartition des lits de soins de longue durée autorisés (2024/2026) et installés (2023/2025), par établissement ... 52
Tableau 20 : Présentation des services hospitaliers, par centre hospitalier, 2025 ... 53
Tableau 21 : Localisation des services nationaux, 2025 ... 57
Tableau 22: Présentation par service des lits planifiés (2024/2026), des lits autorisés (2024-2025/2026), des lits installés (2023/2025), de la part des lits planifiés non autorisés et des lits autorisés non installés ainsi que des variations des lits autorisés et installés ... 59
Tableau 23 : Typologie, localisation et nombre d'équipements et appareils soumis à la planification nationale, 2025 ... 76
Tableau 24 : Répartition de certains équipements d'imagerie médicale, par établissement, 2025 ... 78
Tableau 25 : Répartition des autres équipements nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières, par établissement, 2025 ... 81
Tableau 26 : Répartition des tables de radiologie, par établissement, 2025 ... 84
Tableau 27 : Typologie et répartition par établissement des équipements et appareils dont la valeur unitaire à neuf est supérieure à 250 000 euros HTVA, 2025 ... 85
Tableau 28 : Évolution du nombre des médecins hospitaliers, au GDL, 2014-2025 ... 85
Tableau 29 : Évolution du nombre des salariés du secteur hospitalier par pays de résidence, au GDL, 2014-2025 ... 86
Tableau 30 : Évolution du nombre des salariés du secteur hospitalier par sexe, au GDL, 2014-2025 ... 87
Tableau 31 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2019 ... 89
Tableau 32 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2020 ... 89
Tableau 33 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2021 ... 90
Tableau 34 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2022 ... 90
Tableau 35 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2023 ... 91
Tableau 36 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2024 ... 91
Tableau 37 : Évolution des hospitalisations, par établissement, 2014-2024 ... 92
Tableau 38 : Évolution des hospitalisations de jour, par établissement, 2014-2024 ... 94
Tableau 39 : Évolution des hospitalisations de jour selon le type de prise en charge, par établissement, 2019-2024 ... 95
Tableau 40 : Évolution de la durée moyenne de séjour, par établissement, 2014-2024 ... 96
Tableau 41 : Évolution de la durée moyenne de séjour selon l'âge, au GDL, 2019-2024 ... 96
Tableau 42 : Occupation des lits aigus, au GDL, 2019-2024 ... 97
Tableau 43 : Occupation des lits aigus, par établissement, 2023 ... 98
Tableau 44 : Occupation moyenne des lits aigus au GDL, par mois, 2023 ... 98
Tableau 45 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers, par âge, au GDL, 2014-2024 ... 99
Tableau 46 : Évolution de la répartition des journées d'hospitalisation, par âge, au GDL, 2014-2024 ... 100
Tableau 47 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires selon la MDC, au GDL, 2023 ... 102
Tableau 48 : Distribution des hospitalisations aiguës stationnaires par établissement et par MDC, 2023 ... 104
Tableau 49 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires : classement des 25 APR-DRG les plus fréquents, GDL, 2023 ... 106
Tableau 50 : Évolution des séjours hospitaliers des patients âgés de 75 ans et plus et part dans le total des séjours, par établissement, 2014-2024 ... 108

Tableau 51 : Évolution des journées d'hospitalisation des patients âgés de 75 ans et plus et part dans le total des journées, par établissement, 2014-2024 111
Tableau 52 : Évolution des hospitalisations de jour des patients âgés de 75 ans et plus et part dans le total des séjours des patients âgés de 75 ans et plus, par établissement, 2014-2024 112
Tableau 53 : Évolution de la durée moyenne des séjours des patients âgés de 75 ans et plus, par établissement, 2014-2024 112
Tableau 54 : Occupation des lits par des patients âgés de 75 ans et plus, et part dans le total des lits occupés, par établissement, 2014-2024 113
Tableau 55 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires des patients âgés de 75 ans et plus selon la MDC, au GDL, 2023 113
Tableau 56 : Évolution des hospitalisations des non-résidents, par établissement, et part dans le total des hospitalisations, 2014-2024 118
Tableau 57 : Évolution du taux d'hospitalisation chez les résidents et les non-résidents, 2014-2024 119
Tableau 58 : Évolution de la part des séjours hospitaliers des non-résidents par groupe d'âge, 2014-2024 119
Tableau 59 : Principales MDC associées aux hospitalisations aiguës stationnaires des non-résidents, 2023 125
Tableau 60 : Principaux APR-DRG des MDC les plus associées aux hospitalisations aiguës stationnaires des non-résidents, 2023 127
Tableau 61 : Principaux APR-DRG de la MDC 08 (système musculo-squelettique et tissu conjonctif) parmi les hospitalisations aiguës stationnaires de non-résidents, 2023 130
Tableau 62 : Évolution des hospitalisations, à l'INCCI, 2014-2024 131
Tableau 63 : Évolution de la durée moyenne de séjour à l'INCCI, 2014-2024 131
Tableau 64 : Évolution de l'occupation des lits à l'INCCI, 2019-2024 131
Tableau 65 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires : classement des 25 APR-DRG les plus fréquents, INCCI, 2023 133
Tableau 66 : Évolution des hospitalisations au CHNP, 2014-2024 135
Tableau 67 : Évolution de la durée moyenne de séjour au CHNP, 2014-2024 136
Tableau 68 : Évolution de l'occupation des lits au CHNP, 2019-2024 136
Tableau 69 : Évolution des séjours d'une durée supérieure à 6 mois, au CHNP, 2019-2024 137
Tableau 70 : Évolution des hospitalisations au Rehazenter, 2014-2024 138
Tableau 71 : Évolution de la durée moyenne de séjour au Rehazenter, 2014-2024 138
Tableau 72 : Évolution de l'occupation des lits au Rehazenter, 2019-2024 138
Tableau 73 : Hospitalisations des patients âgés de 75 ans et plus et part dans le total des hospitalisations du Rehazenter, 2014-2024 139
Tableau 74 : Répartition des hospitalisations de rééducation selon les chapitres ICD-10, Rehazenter, 2023 140
Tableau 75 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2019 143
Tableau 76 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2020 143
Tableau 77 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2021 143
Tableau 78 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2022 144
Tableau 79 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2023 144
Tableau 80 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2024 144
Tableau 81 : Évolution des hospitalisations de rééducation gériatrique, par établissement, 2014-2024 145
Tableau 82 : Évolution de la durée moyenne de séjour en rééducation gériatrique, par établissement, 2014-2024 146
Tableau 83 : Évolution de l'occupation des lits de rééducation gériatrique, au GDL, 2019-2024 147
Tableau 84 : Occupation des lits de rééducation gériatrique, par établissement, 2023 147
Tableau 85 : Occupation moyenne des lits de rééducation gériatrique au GDL, par mois, 2023 148
Tableau 86 : Évolution de la répartition des journées de rééducation gériatrique, par âge, au GDL, 2014-2024 149
Tableau 87 : Répartition des hospitalisations de rééducation gériatriques selon la MDC, au GDL, 2023 151
Tableau 88 : Répartition des hospitalisations de rééducation gériatrique selon les chapitres ICD-10, GDL, 2023 153
Tableau 89 : Synthèse des indicateurs-clés du centre de convalescence de Colpach, 2013-31.03.2018 155
Tableau 90 : Synthèse des indicateurs-clés du Centre de réhabilitation de Colpach (CRCC), 2018-2024 156
Tableau 91 : Évolution des hospitalisations de jour au Centre de réhabilitation de Colpach (CRCC), 2022-2024 156
Tableau 92 : Répartition des hospitalisations de rééducation selon les chapitres ICD-10, Colpach, 2023 156
Tableau 93 : Nombre et âge moyen des patients hospitalisés en soins palliatifs, Haus OMEGA, 2019-2024 158
Tableau 94 : Nombre de journées et durée moyenne de séjour, Haus OMEGA, 2017-2024 158
Tableau 95 : Taux d'occupation des lits d'Haus OMEGA, 2017-2024 158
Tableau 96 : Prestations médico-techniques, au GDL, 2019-2024 159
Tableau 97 : Récapitulatif des prestations médico-techniques générales, au GDL, 2014-2024 161
Tableau 98 : Récapitulatif des prestations médico-techniques liées à des services et équipements nationaux/spécifiques, au GDL, 2014-2024 162
Tableau 99 : Récapitulatif des prestations médico-techniques d'imagerie médicale, au GDL, 2014-2024 163
Tableau 100 : Récapitulatif des prestations médico-techniques d'imagerie médicale, au GDL, 2021-2024 163
Tableau 101 : Répartition des salles opératoires, par établissement et site hospitalier, 2025 164

Tableau 102 : Évolution des passages opératoires enregistrés au bloc opératoire, par établissement, 2019-2024 165
Tableau 103 : Liste des gestes chirurgicaux éligibles à l'ambulatoire selon la Recommandation du Conseil scientifique dans le domaine de la Santé et correspondances avec les codes et les libellés de la nomenclature des actes médicaux 166
Tableau 104 : Évolution de la chirurgie ambulatoire pour les actes traceurs définis par la Recommandation du Conseil scientifique dans le Domaine de la Santé du 24.09.2014, 2019-2024 170
Tableau 105 : Focus sur la chirurgie ambulatoire pour adénoïdectomie et/ou amygdalectomie, 2019-2024..... 174
Tableau 106 : Évolution du nombre d'accouchements, au GDL, 2014-2024 175
Tableau 107 : Évolution du nombre d'accouchements réalisés, par lieu d'accouchement, 2019-2024 175
Tableau 108 : Évolution des grossesses consécutives à un traitement de fertilité, 2019-2024 178
Tableau 109 : Évolution de la proportion des accouchements multiples consécutifs à un traitement de fertilité, 2019-2024.... 178
Tableau 110 : Évolution de la part des bébés ayant un poids à la naissance < 2500g en cas de naissances multiples, 2019-2024 178
Tableau 111 : Évolution du nombre de passages facturés en hémodialyse, 2014-2024..... 180
Tableau 112 : Répartition des passages facturés en hémodialyse et nombre de postes, par établissement, 2023..... 180
Tableau 113 : Évolution du nombre de nouveaux patients dialysés, par établissement, 2015-2024..... 180
Tableau 114 : Évolution du nombre de séances de dialyses réalisées dans les services de dialyse, par établissement, 2015-2024 181
Tableau 115 : Évolution du nombre de séances de dialyses limited-care, par établissement, 2015-2024 181
Tableau 116 : Évolution du nombre de séances de dialyses péritonéales, par établissement, 2015-2024 181
Tableau 117: Évolution du nombre de séances de dialyses réalisées à domicile, par établissement, 2015-2024..... 182
Tableau 118 : Passages aux urgences par catégorie de patients au Luxembourg en 2024 184
Tableau 119 : Taux de recours aux services d'urgence par tranche d'âge de 10 ans au Luxembourg en 2024 (pour 1 000 habitants)..... 191
Tableau 120 : Taux de recours aux services d'urgence par tranches d'âge pédiatrique au Luxembourg en 2024 (pour 1 000 habitants)..... 193
Tableau 121 : Délai moyen entre l'admission et le premier contact médical au Luxembourg en 2024 et délai cible selon le niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et de gravité..... 204
Tableau 122 : Durée moyenne de séjour (en minutes) entre l'admission et la sortie du service d'urgence par catégorie de patient au Luxembourg en 2024 205
Tableau 123 : Évolution du nombre de décès hospitaliers en hôpital aigu, au GDL, 2014-2024..... 211
Tableau 124 : Évolution des autorisations de prise en charge (APC) accordées pour traitement stationnaire à l'étranger, par pays de destination, 2019-2024..... 212
Tableau 125 : Évolution du nombre de patients concernés par une autorisation de prise en charge (APC) pour traitement stationnaire à l'étranger, par pays de destination, 2019-2024 213
Tableau 126 : Évolution des autorisations de prise en charge (APC) accordées pour traitement stationnaire à l'étranger, par chapitre ICD 10, 2019-2024..... 214
Tableau 127 : Évolution du nombre de patients concernés par une autorisation de prise en charge pour traitement stationnaire à l'étranger, par chapitre ICD 10, 2019-2024 215

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Population protégée versus consommation de soins hospitaliers au GDL, 2023 29
Figure 2 : Évolution du nombre des médecins hospitaliers, au GDL, 2014-2025 86
Figure 3 : Évolution des séjours hospitaliers, par établissement, 2014-2024 93
Figure 4 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers, par établissement, 2014-2024 93
Figure 5 : Évolution des hospitalisations de jour, par établissement, 2014-2024 95
Figure 6 : Taux d'occupation des lits aigus au GDL, par mois, 2023 98
Figure 7 : Répartition des journées d'hospitalisation selon l'âge, au GDL, 2023 100
Figure 8 : Répartition des séjours hospitaliers selon l'âge, au GDL, 2023 100
Figure 9 : Distribution des séjours hospitaliers selon l'âge et le genre, au GDL, 2023 101
Figure 10 : Répartition des séjours hospitaliers selon le genre, au GDL, 2023 101
Figure 11 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires selon la MDC, au GDL, 2023 103
Figure 12 : Distribution des hospitalisations aiguës stationnaires par établissement et par MDC, 2023 105
Figure 13 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires : classement des 25 APR-DRG les plus fréquents, GDL, 2023 107
Figure 14 : Évolution des séjours hospitaliers des patients âgés de 75 ans et plus, par établissement, 2014-2024 109
Figure 15 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers des patients âgés de 75 ans et plus, par établissement, 2014-2024 110
Figure 16 : Évolution de la répartition des journées d'hospitalisation des patients âgés de 75 ans et plus, par établissement, 2014-2024 111
Figure 17 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires des patients âgés de 75 ans et plus : classement des 25 APR-DRG les plus fréquents, GDL, 2023 115
Figure 18 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers entre résidents et non-résidents, au GDL, 2014-2024 119
Figure 19 : Répartition des séjours selon l'âge et le critère de résidence, 2023 120
Figure 20 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers des non-résidents, par établissement, 2014-2024 120
Figure 21 : Évolution des séjours hospitaliers des non-résidents, selon le pays de résidence, au GDL, 2014-2024 121
Figure 22 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers des non-résidents, selon le pays de résidence, au GDL, 2014-2024 121
Figure 23 : Répartition des séjours hospitaliers des non-résidents selon le pays de résidence, par établissement, 2023 122
Figure 24 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires des non-résidents selon la MDC, 2023 123
Figure 25 : Distribution des hospitalisations aiguës stationnaires entre résidents et non-résidents pour chaque MDC, 2023 124
Figure 26 : Distribution des hospitalisations aiguës stationnaires des non-résidents selon le pays pour les 10 principales MDC, 2023 126
Figure 27 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers entre résidents et non-résidents, à l'INCCI, 2014-2024 132
Figure 28 : Évolution du nombre de nouveaux cas et du nombre de traitements, au CFB, 2021-2024 134
Figure 29 : Évolution du nombre de consultations externes, par type de consultations, au CFB, 2021-2024 134
Figure 30 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers entre résidents et non-résidents, au CHNP, 2014-2024 136
Figure 31 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers entre résidents et non-résidents, au Rehazenter, 2014-2024 139
Figure 32 : Répartition des hospitalisations de rééducation : classement des 15 codes ICD-10CM les plus fréquents, Rehazenter, 2023 140
Figure 33 : Évolution des séjours de rééducation gériatrique, par établissement, 2014-2024 146
Figure 34 : Taux d'occupation des lits de rééducation gériatrique au GDL, par mois, 2023 148
Figure 35 : Répartition des journées d'hospitalisation en rééducation gériatrique selon l'âge, au GDL, 2023 148
Figure 36 : Répartition des séjours de rééducation gériatrique selon le genre, au GDL, 2023 149
Figure 37 : Évolution de la répartition des séjours de rééducation gériatrique entre résidents et non-résidents, au GDL, 2014-2024 150
Figure 38 : Répartition des hospitalisations de rééducation gériatrique : classement des 10 APR-DRG les plus fréquents, GDL, 2023 152
Figure 39 : Répartition des hospitalisations de rééducation gériatrique : classement des 15 codes ICD-10 les plus fréquents, GDL, 2023 154
Figure 40 : Répartition des hospitalisations de rééducation : classement des 15 codes ICD-10CM les plus fréquents, Colpach, 2023 157
Figure 41 : Évolution du nombre d'accouchements réalisés, par établissement, 2014-2024 176
Figure 42 : Évolution de la répartition des accouchements, entre résidentes et non-résidentes, au GDL, 2019-2024 176
Figure 43 : Évolution de la répartition des accouchements des non-résidentes au GDL, selon le pays de résidence, 2019-2024 177
Figure 44 : Devenir des 36 bébés de grande ou très grande prématurité nés dans une maternité sans soins intensifs néonataux, 2023-2024 179
Figure 45 : Devenir des 185 bébés de grande ou très grande prématurité nés dans une maternité avec soins intensifs néonataux, 2023-2024 179

Figure 46 : Passages aux urgences par catégorie de patients au Luxembourg en 2024 183
Figure 47 : Passages aux urgences par catégorie de patients et par service d'urgence en 2024 184
Figure 48 : Passages aux urgences par jour de la semaine au Luxembourg en 2024 185
Figure 49 : Passages aux urgences de patients adultes par jour de la semaine au Luxembourg en 2024 186
Figure 50 : Passages aux urgences de patients pédiatriques par jour de la semaine au Luxembourg en 2024 186
Figure 51 : Passages aux urgences par jour de la semaine et par service d'urgence en 2024 187
Figure 52 : Admissions aux urgences par tranche horaire au Luxembourg en 2024 188
Figure 53 : Nombre moyen d'admissions aux urgences par heure et par jour selon la tranche horaire au Luxembourg en 2024 188
Figure 54 : Nombre moyen d'admissions aux urgences de patients adultes par heure et par jour selon la tranche horaire au Luxembourg en 2024 189
Figure 55 : Nombre moyen d'admissions aux urgences de patients pédiatriques par heure et par jour selon la tranche horaire au Luxembourg en 2024 189
Figure 56 : Admissions aux urgences par tranche horaire et par service d'urgence en 2024 190
Figure 57 : Nombre moyen d'admissions aux urgences par heure et par jour selon la tranche horaire et selon le service d'urgence en 2024 190
Figure 58 : Passages aux urgences par tranche d'âge de 10 ans au Luxembourg en 2024 191
Figure 59 : Passages aux urgences par tranche d'âge de 10 ans et par service d'urgence en 2024 192
Figure 60 : Passages aux urgences par tranches d'âge pédiatrique au Luxembourg en 2024 193
Figure 61 : Répartition des passages aux urgences par tranches d'âge pédiatrique et par service d'urgence en 2024 194
Figure 62 : Passages aux urgences par sexe au Luxembourg en 2024 195
Figure 63 : Passages aux urgences par sexe et par service d'urgence en 2024 195
Figure 64 : Passages aux urgences par mode d'entrée au Luxembourg en 2024 196
Figure 65 : Passages aux urgences par mode d'entrée et par service d'urgence en 2024 197
Figure 66 : Répartition des passages aux urgences par mode d'entrée et par service d'urgence en 2024 197
Figure 67 : Passages aux urgences par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024 198
Figure 68 : Passages aux urgences de patients adultes par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024 199
Figure 69 : Passages aux urgences de patients pédiatriques par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024 200
Figure 70 : Passages aux urgences par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité et par service d'urgence en 2024 201
Figure 71 : Répartition des passages aux urgences par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité et par service d'urgence en 2024 201
Figure 72 : Passages aux urgences selon la réalisation d'un triage par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) dans les 10 minutes suivant l'admission au Luxembourg en 2024 202
Figure 73 : Délai moyen (en minutes) entre l'admission et le premier contact médical par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024 203
Figure 74 : Durée moyenne de séjour (en minutes) entre l'admission et la sortie du service d'urgence par catégorie de patient au Luxembourg en 2024 204
Figure 75 : Durée moyenne de séjour (en minutes) entre l'admission et la sortie du service d'urgence par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024 205
Figure 76 : Durée moyenne de séjour (en minutes) entre l'admission et la sortie du service d'urgence pour les patients adultes par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024 206
Figure 77 : Durée moyenne de séjour (en minutes) entre l'admission et la sortie du service d'urgence pour les patients pédiatriques par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024 207
Figure 78 : Passages aux urgences avec ou sans hospitalisation consécutive au Luxembourg en 2024 208
Figure 79 : Passages aux urgences avec ou sans hospitalisation consécutive par service d'urgence en 2024 209
Figure 80 : Évolution des autorisations de prise en charge (APC) accordées pour traitement stationnaire à l'étranger, par pays de destination, 2019-2024 212
Figure 81 : Évolution du nombre de patients concernés par une autorisation de prise en charge (APC) pour traitement stationnaire à l'étranger, par pays de destination, 2019-2024 213
Figure 82 : Lits d'hôpital pour 1 000 habitants, 2022 216
Figure 83 : Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus), 2022 217
Figure 84 : Nombre de sorties d'hôpital pour 1 000 habitants, 2022 217
Figure 85 : Nombre de scanners TDM, appareils d'IRM et scanners TEP par million d'habitants, 2023 218
Figure 86 : Nombre d'examens TDM, IRM et TEP pour 1 000 habitants, 2023 219
Figure 87 : Pourcentage des opérations de la cataracte réalisées en soins de jour, 2023 220
Figure 88 : Pourcentage des ablations des amygdales pratiquées en soins de jour, 2023 221

1. Introduction et méthodologie

1.1. Cadre de mise à jour de la Carte sanitaire

La Carte sanitaire est un rapport qui dresse un état des lieux détaillé du secteur hospitalier tant d'un point de vue structurel (Inventaire des ressources structurelles et humaines du secteur hospitalier et leur organisation) que d'un point de vue fonctionnel (relevé des activités, taux d'utilisation).
Conformément à la loi du 2 mars 2021 portant création d'un Observatoire national de la santé et modifiant la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (art. 3, paragraphe 2), la Carte sanitaire est établie et mise à jour tous les deux ans par l'Observatoire national de la santé.

La Carte sanitaire sert de fondement à l'estimation des besoins sanitaires nationaux, aussi bien en nombre d'établissements hospitaliers qu'en lits et services hospitaliers.

L'article 3 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière définit la Carte sanitaire comme « *un ensemble d'informations constitué par :*

1. l'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants, de leurs services, de leur agencement général, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;

2. l'inventaire des réseaux de compétences, de leurs services hospitaliers et de leurs membres extrahospitaliers, de leur organisation générale, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;

3. les motifs d'hospitalisation stationnaire et ambulatoire des patients admis dans un établissement hospitalier ;

4. le relevé des médecins agréés, de leur spécialité, des professions de santé et du personnel administratif et technique desdits établissements ;

5. l'inventaire des équipements et appareils soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières ;

6. l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de réseaux de compétences ;

7. l'inventaire des services d'urgence et des modalités de prise en charge qui y sont proposées ;

8. le nombre et les motifs des transferts ou hospitalisations dans des établissements qui se trouvent à l'étranger ;

9. l'utilisation des prestations des établissements hospitaliers nationaux par des non-résidents. »

Personnes ressources pour la réalisation de cette mise à jour :

- Observatoire national de la santé (ObSanté) : Charles PIERRE, Anne-Charlotte LORCY, Dr Françoise BERTHET, Mathilde URBAIN

Remerciements pour l'écriture de la section sur les actualités du secteur hospitalier :

- Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (service Institutions de santé) : Jean-Paul FREICHEL, Michèle MARQUES et Lisa NOESEN
- Direction de la Santé (service Épidémiologie et statistique) : Martine Debacker, Silvana Masi, Nicole M'Bengo

1.2. Cadre méthodologique

1.2.1. Cartographie des établissements hospitaliers

SOURCES DES DONNÉES

- **Services hospitaliers, capacités d'accueil, équipements :** le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale a mis à disposition de l'ObSanté les informations utiles transmises par les établissements hospitaliers dans le cadre du renouvellement quinquennal des autorisations d'exploitation des centres et services hospitaliers.
- **Données issues des autorisations d'exploitation des services hospitaliers pour une durée du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2025 :** arrêtés ministériels d'autorisations d'exploitation des services hospitaliers en date du 27.12.2023 (hors exceptions : LNS le 22.05.2024 et actualisations postérieures : CHdN les 31.01.2024 et 15.02.2024, CHNP le 31.01.2024, CHL le 20.08.2025, HRS les 19.08.2024, 15.11.2024 et 20.08.2025)
- **Données issues des prorogations d'autorisation d'exploitation pour une durée du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2030 :** arrêtés ministériels d'autorisations d'exploitation des services hospitaliers en date du 23.12.2025 (hors exceptions : RHZ le 30.12.2025, CRCC le 30.12.2025, Haus OMEGA le 30.12.2025 et LNS pour une durée d'autorisation du 01.01.2026 au 31.12.2027)

1.2.2. Activité d'hospitalisation

SOURCES DES DONNÉES

- **Données d'hospitalisation,** hormis celles signalées spécifiquement : Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), hospitalisations enregistrées par un hôpital (admissions formelles) et pour lesquelles une facturation a eu lieu.
  - Source : Base de données de la sécurité sociale
  - Extraction : IGSS
  - Traitement final pour la présente Carte sanitaire : ObSanté

  → ***Les statistiques sont établies du point de vue de l'hôpital : les variables sont rattachées aux séjours hospitaliers et non aux patients*** *(pas de données sur les réhospitalisations et transferts).*

- **Précisions sur les données d'hospitalisation :**
  - Sont concernées les prises en charge pour lesquelles au moins un lit a été facturé pendant toute l'hospitalisation.
    Exception : les prises en charge en places de surveillance peuvent donner lieu à la facturation d'une unité d'œuvre de place de surveillance ou d'autres unités d'œuvre (salles opératoires, imagerie médicale, policlinique…)

  - Il s'agit de prestations :
    - remboursées par la CNS à la date d'extraction,
    - effectuées par des fournisseurs luxembourgeois,
    - réalisées au cours des années **2014-2024** (sauf indication différente). Cette **période d'observation pluriannuelle** permet de donner une certaine robustesse aux observations et de connaître l'évolution des paramètres suivis.
      Seules les prises en charge clôturées sont considérées et l'année de référence correspond à l'année de fin de l'hospitalisation (si l'hospitalisation n'est pas terminée à la date d'extraction des données, elle n'est pas incluse).
      L'**année 2023** a été choisie comme année de référence pour les **focus** car les données 2024 sont provisoires (les factures pouvant être transmises jusqu'à 2 ans après la date de réalisation de l'acte/prestation). Le caractère provisoire des données est indiqué par le symbole « (p) ».

  - La **résidence** du patient retenue est celle connue au moment de la saisie de la facture par la CNS.

  - **Classification des âges** : par groupe de 5 années, sauf exceptions signalées

- **Petits effectifs** : les valeurs inférieures à 5 sont remplacées par « <5 » afin d'attirer l'attention sur le fait qu'il s'agit de petits effectifs dont l'interprétation est difficile et pour garantir la confidentialité des données, même s'il s'agit de données agrégées.

CHAMP D'OBSERVATION ET PÉRIMÈTRE DES DONNÉES :

Pour tous les établissements	D'un point de vue populationnel, les données d'hospitalisation présentées concernent : - les **personnes résidentes ou non**, relevant, directement ou par assimilation, de la **protection de la sécurité sociale,** - et qui ont été hospitalisées pour des **activités opposables à la CNS** selon ses statuts. Les données et les calculs subséquents ne comprennent pas : - les données d'activité en lien avec des personnes non assurées par la CNS dont notamment les fonctionnaires et autres agents des institutions internationales - les personnes sans assurance maladie - les données d'activité non opposables à la CNS selon ses statuts.
Établissements hospitaliers classés centres hospitaliers selon la loi hospitalière de 2018 *(art 1er alinéa 3.2)*	**Établissements concernés** : Les centres hospitaliers sont des hôpitaux* assurant une large offre de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques : - **Centre Hospitalier du Nord** (**CHdN**) : sites de Wiltz et d'Ettelbruck - **Centre Hospitalier de Luxembourg** (**CHL**) : site Belair avec le bâtiment Centre, le bâtiment Maternité, et le bâtiment Kannerklinik, le site d'Eich et le site Potaschberg dédié à l'imagerie ambulatoire. - **Hôpitaux Robert Schuman** (**HRS**) : sites de l'Hôpital Kirchberg (HK), de la Clinique Bohler, de la Zithaklinik (ZITHA), de la Clinique Ste Marie (CSM) (fusion de la ZITHA avec les autres sites en 2017). - Pour les années 2014 à 2016, les données d'activité du Centre hospitalier du Kirchberg (CHK : HK et Bohler), de la ZITHA et de la CSM ont été présentées séparément. Des sommes ont toutefois été calculées pour le groupe HRS sur cette période mais sont présentées entre parenthèses car il s'agit de sommes fictives à interpréter avec précaution puisque la fusion des établissements constituant les HRS n'avait pas encore eu lieu. - Pour les années 2017 à 2024, les données du groupe HRS sont présentées. - **Centre Hospitalier Emile Mayrisch** (**CHEM**): sites d'Esch-sur-Alzette, Dudelange et Niederkorn *Un hôpital est défini comme tout établissement ayant principalement une mission de diagnostic, de surveillance et de traitement relevant de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique ainsi que de soins préventifs et palliatifs et disposant de services dans lesquels les patients sont admis.
	Hospitalisations concernées : Ce sont les **hospitalisations aiguës en unités de soins normaux et intensifs** (l'activité de rééducation n'est donc pas incluse) - Les soins normaux et intensifs se distinguent notamment par la nécessité ou non de dotation spécifique en personnel et la nécessité d'équipements pour la surveillance intensive des patients. Les soins normaux incluent l'activité de maternité et les soins palliatifs réalisés dans les établissements aigus (les données actuelles ne permettent pas d'exclure l'activité de soins palliatifs des soins aigus réalisés dans les centres hospitaliers). Exclusions : - Pour les nouveau-nés en bonne santé, le séjour normal en maternité après la naissance n'est pas considéré comme une hospitalisation. - L'activité des services de rééducation des centres hospitaliers (CHdN, ZITHA, CHEM) n'est pas incluse (elle est étudiée séparément). Cela peut notamment induire une sous-

	estimation de l'âge moyen des patients pris en charge par l'hôpital dans la mesure où la moyenne d'âge des services de rééducation gériatrique est élevée.
Établissements hospitaliers spécialisés ayant des services avec des lits aigus *(art 1er alinéa 3.3)*	Un établissement hospitalier spécialisé est tout hôpital qui répond aux besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ou à des affections particulières. Les deux hôpitaux classés "établissements hospitaliers spécialisés" selon la loi hospitalière de 2018 et ayant des services hospitaliers avec des lits aigus sont les suivants : - **Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle** (**INCCI**) - **Centre National de Radiothérapie François Baclesse** (**CFB**) Ils font l'objet d'une présentation spécifique compte tenu de leur activité spécialisée et de leur capacité d'accueil réduite par rapport aux centres hospitaliers.
Établissements hospitaliers ayant des services avec des lits de moyen séjour et de longue durée *(art 1er alinéa 3.3 et .4)*	- **Établissements hospitaliers spécialisés** avec des lits de moyen séjour et de longue durée : - le **Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique** (**CHNP**) pour la réhabilitation psychiatrique et l'hospitalisation de longue durée psychiatrique, - le **Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation** - **Rehazenter** (**RHZ**) pour la rééducation fonctionnelle, - le **Centre de réhabilitation du Château de Colpach (CRCC)** spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique, - l'**Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS)** spécialisé en rééducation gériatrique. - À noter : l'activité de rééducation gériatrique est également réalisée dans les centres hospitaliers suivants : CHdN, CHEM, HRS - **Établissement d'accueil pour personnes en fin de vie : Haus OMEGA** Cet établissement a pour mission principale de dispenser des soins stationnaires à des personnes en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, à l'exclusion de soins à visée essentiellement curative. Les soins palliatifs sont également assurés dans les services de soins palliatifs des centres hospitaliers (CHdN, CHL, CHEM, HRS).
Établissements hospitaliers n'ayant pas de lits hospitaliers *(art 1er alinéa 3.5 et .6)*	- **Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains :** établissement de cures thermales thérapeutiques. - **Laboratoire National de Santé :** centre de diagnostic pour ses activités de génétique humaine et d'anatomopathologie.

DÉFINITIONS :
(Source : Loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, art. 2, 4, 9, 14 et 28)

Unités de soins et services hospitaliers	**Unité de soins** : unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion communes.
	Service hospitalier : unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital. L'annexe 2 de la loi hospitalière précise les caractéristiques attendues pour chacun des services hospitaliers. **Antenne de service** : chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service ». Un centre hospitalier peut disposer de deux antennes supplémentaires par service visé à l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4. Une antenne de service peut également être exploitée par un établissement hospitalier ne disposant pas du service hospitalier en question, sur base d'une convention de collaboration inter-hospitalière avec un établissement hospitalier disposant d'un tel service, dont le projet de service reprend les modalités de collaboration. L'antenne de service doit répondre à différentes conditions *(cf. art. 9.7).*
	Service national : service hospitalier unique pour le pays regroupant les pathologies nécessitant le recours à des compétences, des équipements ou des infrastructures spécifiques. Il garantit la continuité des soins sur le plan national.
	Site[1] : zone accueillant un ou plusieurs bâtiments exploités par un même organisme gestionnaire et dans laquelle la distance entre un bâtiment et le bâtiment le plus proche ne dépasse pas 500 mètres. Un centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites. Par dérogation, chaque centre hospitalier peut disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires. Pour les sites supplémentaires, un centre hospitalier peut conclure avec un ou plusieurs médecins autorisés à exercer la médecine en vertu de la loi modifiée du 29 avril 1983 relative à l'exercice de la profession de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire 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.
Réseaux de compétences	Un **réseau de compétences** est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou de plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou de plusieurs services, assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies, garantissant le respect de critères de qualité élevés par tous les intervenants et la prise en compte des avancées médicales et scientifiques les plus récentes. Les réseaux de compétences peuvent inclure des prestataires extrahospitaliers, institutionnels et individuels, y compris les ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche. Ils peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement.
Lits et places	**Lits** : lits hospitaliers qui sont de façon continue à la disposition des patients dans les services hospitaliers, en distinguant : lits aigus, lits de moyen séjour, lits d'hospitalisation de longue durée (exclus : les lits d'hospitalisation de jour et les lits-portes).

[1] Définition introduite par la Loi du 29 juillet 2023 portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

	Lits aigus : lits, y compris les lits de soins intensifs, hormis les lits de moyen séjour et les lits d'hospitalisation de longue durée, les lits de soins intensifs étant des lits réservés aux patients nécessitant des soins intensifs.
	Lits de moyen séjour : lits réservés à la rééducation, à la réhabilitation et aux soins palliatifs. Note : Les lits de soins palliatifs étaient comptés avant la loi hospitalière parmi les lits aigus. - **Lits de rééducation et de réhabilitation :** lits de moyen séjour des établissements hospitaliers et des services hospitaliers ayant pour mission la rééducation ou la réhabilitation sous ses différentes formes, que sont la rééducation et la réhabilitation fonctionnelle, la rééducation gériatrique, la réhabilitation physique et post-oncologique, la réhabilitation et la réadaptation de malades souffrant de troubles psychiques.
	Lits d'hospitalisation de longue durée : lits réservés aux soins hospitaliers de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles justifiant une surveillance médicale, une prise en charge de même que des soins particuliers et continus par du personnel spécifiquement qualifié ainsi que des traitements d'entretien. Ces lits peuvent être autorisés dans le cadre de deux services nationaux d'hospitalisation de longue durée : - le service d'hospitalisation de longue durée médicale - le service d'hospitalisation de longue durée psychiatrique.
	Lits d'hospitalisation de jour : lits d'hôpital ou places situés dans un hôpital de jour ou un service de dialyse, réservés aux activités suivantes : a) actes chirurgicaux ou interventionnels nécessitant une surveillance et des soins pré- ou post-interventionnels; b) autres actes diagnostiques et thérapeutiques avec ou sans sédation majeure, à savoir : – explorations fonctionnelles et endoscopiques ; – imagerie interventionnelle ; – ponctions et biopsies non-chirurgicales ; c) diverses prises en charge thérapeutiques : – épuration extra-rénale ; – chimiothérapie, antibiothérapie, immunothérapie intraveineuses ; – transfusion de produits et dérivés sanguins cytaphérèse ; – traitements et prise en charge de situations spécifiques ; d) soins de rééducation psychiatrique adulte, juvénile ou infantile ; e) soins de revalidation, y compris gériatrique.
	Lits-portes : lits d'hôpital ou places situés dans l'enceinte d'un service d'urgence, exclusivement à la disposition des prises en charge urgentes nécessitant une présence médicale et une présence continue par du personnel soignant spécifiquement qualifié pendant une durée inférieure à 12 heures.
	Lits de réserve sanitaire[2] : lits hospitaliers aigus ou de moyen séjour dédiés à la prise en charge de patients dans le cadre d'une crise sanitaire, d'une catastrophe, d'une crise internationale grave, d'une pandémie, d'un acte de terrorisme ou d'un accident de grande envergure, qui nécessite le recours à des compétences, des ressources humaines, des équipements ou des infrastructures spécifiques.
Équipements	Les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale, qui soit en raison de leur coût dépassant 250 000 euros HTVA valeur à neuf, soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, soit exigeant des conditions d'emploi particulières, sont réservés aux centres hospitaliers sur leurs sites visés à l'article 4. On distingue donc les équipements suivants : - les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières mentionnés à l'annexe 3 : - les équipements et appareils utilisés en vue d'une prise en charge médicale nécessitant une planification nationale soumis à autorisation ministérielle, disposant d'un nombre national limitatif et subventionnables à 80%,

[2] Définition introduite par la Loi du 19 décembre 2025 portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière

	- les équipements nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulière, soumis à autorisation ministérielle. - les équipements, dont le coût dépasse 250 000 euros HTVA valeur à neuf, soumis à autorisation ministérielle, qui ne sont pas limités et ne sont pas subventionnables. Ne sont pas visés, les laboratoires d'analyses médicales au sens de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

VARIABLES ET INDICATEURS :

Séjour hospitalier	Un séjour hospitalier correspond à une **hospitalisation de jour ou à une hospitalisation stationnaire (complète).**
	Les **hospitalisations stationnaires (complètes)** comportent au moins une nuitée, c'est-à-dire une présence à minuit.
	Les **hospitalisations de jour** (sans présence à minuit) regroupent : - les **hospitalisations de jour proprement dites** : avec admission à l'hôpital et sortie le même jour (ESMJ - entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit) - l'**activité réalisée dans les places de surveillance ambulatoire** (PSA) avant 2019 et les passages en hôpital de jour chirurgical, non-chirurgical et pédiatrique pour les années 2019 à 2022. Les places de surveillance ambulatoire sont les emplacements (fauteuils, lits ou brancards) situés en dehors des unités d'hospitalisation et à proximité d'un plateau médico-technique permettant d'accueillir un patient suite à un acte médico-technique ou un traitement réalisé en ambulatoire avec une admission formelle. Ces places ne sont pas définies dans le Plan Hospitalier 2009 ni dans la loi hospitalière de 2018 mais étaient négociées entre la CNS et l'hôpital lors de la négociation budgétaire. La loi hospitalière de 2018 définit uniquement, dans son annexe 2, l'hôpital de jour comme un service faisant l'objet de dispositions organisationnelles et fonctionnelles distinctes, où sont dispensées des prestations de soins programmées dont la durée n'excède pas douze heures et qui ne donnent pas lieu à une nuitée. *A partir de 2019, la convention CNS-FHL supprime les unités d'œuvre de PSA et les remplace par de nouvelles unités d'œuvre pour mesurer l'activité d'hôpital de jour (HDJ) : HDJ pédiatrique, HDJ chirurgicale, HDJ non-chirurgicale.* *(Convention conclue entre la CNS et la FHL en exécution de l'article 75 et suivants du Code de la sécurité sociale, applicable au 01.02.2026 :* *https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/convention/convention-cns-fhl-version-coordonne-au-01022026.pdf)* L'activité réalisée en PSA est incluse car certains établissements hospitalisent dans des lits et d'autres dans des places de surveillance pour le même type d'activité selon que les établissements ont ou non des places de surveillance négociées avec la CNS.
	Remarques : - Les prestations en policlinique ne sont pas considérées comme une journée prestée à l'hôpital. - Pour les hospitalisations complètes (avec nuitée), le jour de sortie n'est pas encodé comme une journée prestée. Ainsi une opération avec sortie le lendemain ne constitue qu'une seule journée. - Les patients décédés le jour même de leur admission sont inclus. - Les transferts dans la même journée d'admission ne sont pas pris en compte.
Épisode hospitalier	Les épisodes hospitaliers ne font pas l'objet d'une analyse dans ce rapport. Pour information un épisode hospitalier peut comporter des séjours hospitaliers successifs dans plusieurs hôpitaux. Exemple : si un patient est hospitalisé consécutivement au CHL puis à l'INCCI puis au CHEM = 3 déclarations de prise en charge = 3 sorties = 3 hospitalisations = 3 séjours = 1 épisode
Journées d'hospitalisation	Les journées d'hospitalisation correspondent aux journées de prise en charge d'un patient, avec ou sans nuitée (les séjours sans nuitée incluant les séjours ESMJ, PSA et les passages en hôpital de jour chirurgical, non-chirurgical et pédiatrique).
Durée moyenne de séjour	La durée moyenne de séjour fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital pour leur séjour en hospitalisation incluant au moins une nuitée. Exclusions : - les hospitalisations de jour et l'activité réalisée en places de surveillance ambulatoire ou en hôpital de jour - le jour de sortie qui n'est pas encodé comme une journée prestée. Le mode de calcul défini par l'IGSS correspond à la moyenne de toutes les durées de tous les séjours de toutes les personnes soignées sorties dans la période observée.

	DMS = moyenne (date fin – date début des séjours en présence à minuit) de tous les séjours avec présence à minuit
Occupation des lits	Les données d'occupation des lits concernent les prestations facturées pour les assurés CNS. L'activité réalisée avec une prise en charge en places de surveillance ambulatoire est exclue car la loi ne prévoit pas de maximum de lits autorisés pour ces places, comme pour les lits d'hospitalisation de jour.
	- **Lits occupés en moyenne par jour (LOM)** = moyenne des journées d'hospitalisation facturées par jour calculée sur la période considérée (année civile ou mois) Source de données : IGSS, fichier des facturations par jour et par hôpital d'unités d'œuvre de soins normaux (soins palliatifs inclus dans l'activité aiguë), de soins intensifs et de rééducation. Avec ces données, il se peut que pour un même patient et pour un même jour, plus d'un lit soit facturé dans la même journée. Sont également considérées les hospitalisations non terminées. - Remarque : - L'analyse de l'occupation des lits ne tient pas compte des fermetures de lits hospitaliers pour motifs organisationnels (ex : hôpitaux de semaine) ou structurels (ex : rénovation).
	- **Taux d'occupation annuel (TO) =** (nombre de journées d'hospitalisation facturées pour une année / (nombre de lits déclarés * 365)) *100 Remarques : - pour le calcul du taux d'occupation annuel des années bissextiles, 366 jours sont pris en compte (ex : 2020) ; - les données de facturation servant aux calculs des taux d'occupation ne permettent pas d'exclure les journées de soins palliatifs de l'activité aiguë. C'est pourquoi, les lits de soins palliatifs, qui deviennent lits de moyen séjour à partir de 2019 conformément à la loi hospitalière, ont toutefois été réintégrés aux lits aigus pour assurer la consistance de ce calcul. - En outre, en 2019 et en 2020, pour la rééducation gériatrique, les données d'activité à notre disposition n'incluent pour le CHEM, que les 36 lits de Dudelange (et pas les 23 lits de Niederkorn) et en 2019 pour les HRS, sur la période de janvier à mai, seule l'activité de 30 lits sur 70 lits est incluse (raison : facturation a différé du réel de l'activité). Les lits non inclus pour la rééducation gériatrique ont en conséquence été inclus dans les lits aigus. - la barre rouge fixée à 85% sur les graphiques d'occupation saisonnière correspond au taux sous lequel la capacité d'accueil et la sécurité sont considérées comme garanties pour les patients. Au-delà, il peut exister des difficultés d'accueil pour répondre aux situations urgentes et de crise. Ce taux ne s'applique qu'aux lits aigus des établissements. *Ex : taux de 85% fixé par une étude du NICE et mentionné dans le Panorama de la Santé de l'OCDE 2025 (p118). NICE (2018), « Bed Occupancy », https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-172397464704.* *(Convention conclue entre la CNS et la FHL en exécution de l'article 75 et suivants du Code de la sécurité sociale, applicable au 01.02.2026 : https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/convention/convention-cns-fhl-version-coordonne-au-01022026.pdf)*
Documen-tation et Classifica-tion des Séjours Hospitaliers	Pour cette édition 2025 de la Carte sanitaire, l'exploitation des variables issues du système de documentation et de classification des séjours hospitaliers (DCSH) transmises par l'IGSS a été restreinte aux séjours stationnaires et aux séjours de rééducation. La méthodologie retenue repose sur les données de facturation et identifie les séjours hospitaliers ayant fait l'objet d'une admission formelle, matérialisée par la facturation d'une unité d'œuvre (UO) de soins normaux, de soins intensifs, de soins palliatifs ou de rééducation. Bien que les données de facturation et celles de la DCSH ne soient pas strictement superposables, cette approche permet de décrire de manière exhaustive les motifs d'hospitalisation des séjours stationnaires, ceux-ci étant systématiquement associés à une admission formelle dans les données de facturation. En revanche, elle ne permet pas de rendre compte de manière exhaustive des motifs d'hospitalisation liés à l'activité d'hospitalisation de jour. En effet, certaines prises en charge enregistrées comme hospitalisations de jour dans la DCSH ne sont pas associées aux unités d'œuvre retenues dans la méthodologie de la Carte

	sanitaire. À titre d'exemple, une part importante des séjours classés dans l'APR-DRG 696 (« Autre chimiothérapie ») correspond à une activité ambulatoire sans admission formelle et est associée à des unités d'œuvre différentes de celles utilisées pour identifier les séjours hospitaliers dans le cadre de cette analyse. Par conséquent, l'utilisation exclusive des données de facturation permettant d'identifier les admissions formelles ne permet pas de garantir une représentation exhaustive et comparable de leurs motifs. Pour cette raison, les motifs d'hospitalisation de jour ne sont pas présentés dans cette édition de la Carte sanitaire.

LIMITES

- Le mode d'admission n'étant pas connu, les données **ne distinguent pas les admissions urgentes des admissions programmées.**

- **En termes d'exhaustivité de la population couverte** : l'absence de recensement des données **d'activités non opposables** et de la population non protégée par la sécurité sociale empêche la constitution d'une base de données permettant d'identifier et de disposer de l'ensemble de l'activité hospitalière. Ainsi, les données d'hospitalisation telles que le nombre de séjours et de journées et l'occupation des lits, sont sous-estimées de façon correspondante. Néanmoins, les activités non opposables représentent seulement une faible proportion de l'activité globale (3,5% en 2023) et les résultats présentés sont une bonne approximation des valeurs réelles.

Cette remarque ne vaut toutefois pas pour les données relatives aux décès hospitaliers, ces dernières comprenant toutes les personnes décédées dans les hôpitaux visés, qu'elles soient résidentes ou non et qu'elles soient protégées par la sécurité sociale ou non.

- **En termes de disponibilité des données** : limitation liée à l'absence de clôture réelle de la base de données de la sécurité sociale. Par ailleurs, des anomalies ont été identifiées dans les données 2023 et 2024 de certains établissements, liées à l'absence de clôture administrative de certains séjours après le décès des patients. Dans ces cas, les séjours étaient prolongés jusqu'à une durée maximale d'environ un an, ce qui a conduit à une surestimation du nombre de journées d'hospitalisation ainsi qu'à un allongement de la durée moyenne de séjour. Il convient toutefois de préciser que ces anomalies n'ont affecté ni les données de facturation, les unités d'œuvre étant facturées jusqu'à la date effective du décès, ni le nombre total de séjours. Lorsque l'impact était important, une correction a été appliquée aux données présentées. En revanche, pour les établissements concernés où l'écart observé sur le nombre de journées d'hospitalisation demeurait inférieur à 0,3%, les données ont été conservées en l'état.

1.2.3. Activités médico-techniques

SOURCE ET PÉRIMÈTRE DES DONNÉES :

→ 1ère source :

- IGSS : Comptabilité des établissements hospitaliers (cascade des frais réels) : données de facturation non opposables déclarées par les hôpitaux.
- Extraction : IGSS
- Traitement final pour la présente Carte sanitaire : ObSanté

Les données de facturation présentées proviennent de la comptabilité des hôpitaux et correspondent aux unités d'œuvre réalisés déclarées par les établissements et non-opposables à la CNS (personnes non-protégées et prestations exclues de l'assurance maladie-maternité) et qui concernent les résidents et les non-résidents, les patients hospitalisés et ambulatoires.

Les établissements concernés sont tous les établissements de santé qui produisent ces unités d'œuvre, qu'ils soient centres hospitaliers, établissements spécialisés avec des lits aigus ou de moyen séjour.

→ 2ème source :

- IGSS : données de facturation de la CNS
- Extraction : IGSS
- Traitement final pour la présente Carte sanitaire : ObSanté

Ces données de facturation correspondent à toutes les unités d'œuvre opposables à la CNS et prises en charge par celle-ci. Sont concernés les résidents et les non-résidents, les patients hospitalisés et ambulatoires.

Définition et mode de comptabilisation : les unités d'œuvre (UO) sont des unités de facturation par les hôpitaux de prestations qui recouvrent des contenus différents selon l'entité fonctionnelle considérée.

Les statistiques des UO se rapportent à l'année civile sur base de la date de la prestation, en principe selon un mode uniforme pour tous les établissements, retenu par la Convention conclue entre la Caisse Nationale de Santé et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois. (Convention conclue entre la CNS et la FHL en exécution de l'article 75 et suivants du Code de la sécurité sociale, applicable au 01.02.2026: https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/convention/convention-cns-fhl-version-coordonne-au-01022026.pdf)
Note : certaines unités d'œuvre sont réservées à certains hôpitaux.

Entités fonctionnelles	Unités d'œuvre
Salles opératoires (et salles de réveil)	Passage dans une salle opératoire ou salle de réveil. Correspond à une entrée d'un patient en salle opératoire donnant lieu à la cotation d'un ou plusieurs codes d'intervention chirurgicale présents dans la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes.
Salles d'accouchement	Passage dans une salle d'accouchement.
Laboratoires	Prélèvement de même nature remis au laboratoire (sang, urines, …). Les prélèvements sont réalisés pour des patients ambulatoires et hospitalisés. Les chiffres mis à disposition pour la Carte sanitaire ne détaillent pas la distribution entre ces deux groupes qui varient probablement entre les hôpitaux selon l'implantation de laboratoires privés dans la zone géographique de recrutement, la facilité d'accès, ou l'éventuelle recommandation des prescripteurs. Note : une UO de laboratoire peut seulement être facturée si l'hôpital a déclaré une prise en charge ou s'il y a un passage policlinique pour le même jour.
Imagerie médicale (sauf IRM)	Passage dans le service d'imagerie médicale. Une UO correspond à un ou plusieurs examen(s) de la même catégorie réalisé(s) dans une même salle de radiologie au même moment, pour des patients ambulatoires ou stationnaires. *(ex : 1 examen radiologique du thorax + 1 examen radiologique du poignet réalisés dans la même salle à la même heure pour un même patient = 1 UO)*
IRM	Passage pour la réalisation d'un examen IRM
Radiothérapie	Séance
Lithotritie extra-corporelle	Séance
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	Séance
Hémodialyse (y compris dialyse péritonéale)	Séance Une UO d'hémodialyse correspond à une séance d'hémodialyse quelle que soit sa durée, qu'elle soit réalisée en ambulatoire ou en hospitalisation, qu'elle soit réalisée dans le service de dialyse ou dans le service de soins intensifs, que ce soit une hémodialyse classique, une hémodialyse *limited*-care, une dialyse à domicile sous contrôle de l'équipe soignante ou une dialyse péritonéale. L'hémodialyse *limited-care* est une offre limitée au service de dialyse conventionnelle permettant une certaine participation du patient après avoir reçu une éducation pour prendre en charge une partie de ses soins.
Kinésithérapie	Séance
Policlinique(s) et/ou autres unités médico-techniques	Passage Une UO de policlinique correspond à un passage dans une policlinique générale ou spécialisée (ex : policlinique cardiologique, ORL, ophtalmologique) pour une consultation, un examen diagnostique ou un traitement, pour un patient ambulatoire ou stationnaire. Jusqu'en 2018, l'entité fonctionnelle "urgence" n'était pas différentiée de l'entité fonctionnelle "policlinique" ; les unités d'oeuvre "policlinique" comprenaient donc également les passages "urgence" (voir ci-dessous).
Urgence	Passage Une UO d'urgence correspond à un passage au service d'urgence, depuis 2019. Les unités d'œuvre incluent également les patients amenés au service d'urgence par les SAMU, antennes mobiles du service d'urgence, voitures d'intervention médicalisées ou moyens héliportés attachés aux hôpitaux les jours où ils assurent la garde et dont les sorties sont déclenchées par le 112.
Chimiothérapie	Séance

Entités fonctionnelles	Unités d'œuvre
Chirurgie cardiaque	Passage dans une salle opératoire
Cardiologie interventionnelle	Passage
Médecine nucléaire	Passage
Ergothérapie	Séance
Hydrothérapie	Séance
PET-Scan	Passage
Fécondation in vitro	Essai biologique
Gymnase	Séance
Appartements thérapeutiques	Présence à minuit ou entrée/sortie le même jour
Curiethérapie	Séance
Endoscopique	Passage endoscopique avec au moins un acte appartenant à la liste positive définie par le document budgétaire (CNS-FHL).
Génétique humaine	Test
Anatomie pathologique	Lame

LIMITES :

Ces données sont présentées de manière agrégée pour les patients hospitalisés et les patients ambulatoires.

PRÉCISIONS CONCERNANT CERTAINS DESCRIPTIFS D'ACTIVITÉ DÉTAILLÉS :

- **Activités réalisées en chirurgie ambulatoire :**

  - **Sources des données** :
    - Base de données de la sécurité sociale : facturation des médecins : actes à charge de la CNS remboursés de la facturation des médecins, sans distinction entre salles opératoires et salles virtuelles (une salle virtuelle est un endroit dans lequel le personnel du bloc opératoire est amené à réaliser une activité en dehors du bloc).
    - Extraction : IGSS
    - Traitement : ObSanté

  - **Précisions sur les données** :
    - Seuls les actes et procédures faisant partie de la Recommandation du Conseil scientifique dans le domaine de la santé du 24.09.2014 ont fait l'objet d'une présentation dans le présent document.
      Cette recommandation définit la chirurgie ambulatoire comme « *des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention* ».

    - L'activité ambulatoire correspond aux actes réalisés lors d'une hospitalisation de jour (entrée et sortie le même jour) ou aux actes sans passage par une unité

d'hospitalisation pour les patients sortis directement de la salle opératoire ou de la salle de réveil ou ayant quitté l'hôpital après un passage en place de surveillance.
« Sans hôpital » recouvre à la fois les actes réalisés dans des structures extra-hospitalières ou les actes pour lesquels l'hôpital n'était pas spécifié.

- **Focus sur les accouchements, la PMA et la prématurité :**

  - **Source des données :** Direction de la santé, Service épidémiologie et statistique/LIH, système de surveillance de la santé périnatale : recueil continu, systématique, exhaustif de données liées à l'accouchement, au suivi de grossesse, au post-partum immédiat et aux hospitalisations des nouveau-nés en néonatologie.

- **Activités réalisées par les services d'urgence :**

  - **Sources des données** :
    - Direction de la Santé (Réponses des établissements hospitaliers aux formulaires de collecte de données relatifs aux indicateurs d'activité et de processus des services d'urgence) ; données transmises par les établissements hospitaliers disposant de services d'urgence, conformément aux dispositions du règlement grand-ducal modifié du 25 janvier 2019, déterminant les exigences et normes applicables aux services hospitaliers d'urgence et au service hospitalier national d'urgence pédiatrique (point 7 de l'annexe).
    - Traitement : ObSanté

  - **Précisions sur les données** :
    - Les données incluent les passages non programmés dans les services hospitaliers d'urgence répondant aux définitions de la loi hospitalière modifiée de 2018 (annexe 2) : quatre services d'urgence (CHdN-Ettelbruck, CHEM-Esch, CHL-Centre et HRS-Kirchberg) et le service national d'urgence pédiatrique (CHL-Kannerklinik). Les policliniques non programmées sont exclues du champ de l'analyse.
    - Un passage correspond à une présentation non programmée d'un patient dans un service d'urgence.
    - Un seul passage est comptabilisé par établissement, même si le patient y enchaîne plusieurs admissions lors de son passage aux urgences (par exemple : accueil aux urgences et transfert direct en service de maternité non programmée).
    - Lorsqu'un patient est transféré vers un autre établissement, deux passages sont comptabilisés, un pour chaque établissement, avec potentiellement des niveaux de l'échelle canadienne de triage et gravité (ETG) différents.
    - Les passages répétés d'un même patient aux urgences, après une sortie du service, sont comptabilisés séparément, avec potentiellement des niveaux de l'ETG différents pour chaque passage.
    - Le séjour aux urgences est limité à la période comprise entre l'admission et la sortie physique du service d'urgence et ne tient pas compte du séjour dans le service porte. En cas de retour du patient du service porte vers les urgences, seule la première durée entre admission et sortie est considérée.
    - Les admissions sont comptabilisées par journée civile (0h00-23h59).
    - Le niveau de l'ETG retenu correspond au niveau initial déterminé au triage par l'infirmier d'accueil et d'orientation.
    - Les passages pédiatriques incluent les passages de patients âgés jusqu'à 18 ans inclus. Toutefois, la classification des patients âgés de 18 ans diffère selon les services d'urgence. Les patients âgés de 18 ans sont exclus des passages pédiatriques au CHdN, au CHL et aux HRS, mais inclus dans ceux du CHEM et du CHL-Kannerklinik.
    - Aux HRS, les patients pédiatriques ne sont pas pris en charge principalement par le service d'urgence, mais par la policlinique non programmée.

1.2.4. Décès hospitaliers

SOURCE DES DONNÉES

- Direction de la santé, Service épidémiologie et statistique, Registre des causes de décès : il s'agit des décès de fait, c'est-à-dire des cas de décès ayant lieu sur le territoire luxembourgeois, quel que soit le lieu de résidence de la personne décédée.
- Extraction et traitement : Direction de la santé, Service épidémiologie et statistique

CHAMP D'OBSERVATION ET PÉRIMÈTRE DES DONNÉES

- Seuls les décès des établissements hospitaliers aigus sont recensés dans la présente Carte sanitaire car les décès intervenus dans certains établissements de moyen séjour ne sont pas différentiables des décès intervenus en établissement de long séjour lorsqu'il y a un hôpital et une institution de long séjour sur le même site.
  → Etablissements hospitaliers aigus : CHdN, CHL, CHEM, HRS, INCCI
- Population concernée : résidents et non-résidents décédés dans un établissement hospitalier aigu. Les enfants mort-nés sont exclus du périmètre des données.

1.2.5. Transferts à l'étranger

SOURCE DES DONNÉES

- Base de données de la sécurité sociale
- Extraction : IGSS
- Traitement : ObSanté

L'observation des transferts à l'étranger est réalisée à partir des autorisations de prise en charge pour des transferts à l'étranger accordées par la Caisse Nationale de Santé après avis du Contrôle Médical de la Sécurité Sociale sur la période 2019-2024.

Les données relatives à l'année 2024 doivent être considérées comme provisoires.

Il faut noter que le nombre d'autorisations ne correspond pas nécessairement au nombre de traitements à l'étranger car il n'y a pas de suivi permettant de vérifier si le patient a réellement bénéficié de sa prise en charge à l'étranger.
Les données concernent des personnes résidentes, relevant, directement ou par assimilation, de la protection de l'assurance maladie (assurés CNS) pour lesquelles un traitement stationnaire à l'étranger a été demandé au moins une fois sur la période 2019-2024, dans le cadre du règlement CEE 883/2004 (S2), respectivement dans le cadre de la directive « soins transfrontaliers ».

Le choix de limiter le périmètre aux traitements stationnaires permet de cibler les cas importants de transferts car les demandes pour des traitements ambulatoires recouvrent aussi toutes les prises en charge extrahospitalières.
À noter : un patient peut être traité dans plusieurs pays différents au cours d'une année. De même, un patient peut avoir eu plusieurs transferts au cours d'une année pour des diagnostics différents. En outre, certaines autorisations de transfert ne font pas mention d'une indication diagnostique.

L'année indiquée correspond à l'année de début de l'autorisation. Ce choix introduit une rupture de série par rapport aux éditions précédentes de la Carte sanitaire, pour lesquelles les données historiquement fournies par la CNS étaient présentées selon l'année de fin d'autorisation des formulaires S2 et de la directive « soins de santé transfrontaliers ».
L'année de début de l'autorisation permet de représenter plus adéquatement le départ réel pour le soin puisqu'une autorisation peut souvent avoir une durée de plusieurs mois pendant laquelle le patient a droit de recourir aux soins demandés à l'étranger.

Le codage des diagnostics est réalisé selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10 / ICD 10) à partir de 2015.

2. Éléments de contexte du secteur hospitalier luxembourgeois

Sur la période 2019-2024, la **population du Grand-Duché du Luxembourg (GDL)** est passée de 620 001 habitants à 676 659 habitants (+1,8%/an en moyenne).

Concernant la structure d'âge de la population, **la proportion de personnes âgées est plus faible** au GDL que chez ses voisins européens. Ainsi, en 2024, la part de la population âgée de 65 ans et plus s'élevait à 15,0% au Luxembourg contre 21,6% pour la moyenne des 27 pays de l'UE, 21,5% en France, 19,9% en Belgique et 22,4% en Allemagne[3].

Une **caractéristique particulière du GDL** concerne la répartition de la population assurée par le régime de la sécurité sociale entre **résidents** et **non-résidents** par rapport à la consommation de soins hospitaliers entre résidents et non-résidents : en 2023, 64,2% de la population protégée est résidente contre 35,8% de non-résidents, alors que les non-résidents ne consomment que 8,1% des soins hospitaliers *(en % des journées d'hospitalisation)*. Cette situation peut s'expliquer, d'une part, par le nombre élevé de travailleurs frontaliers qui cotisent au système d'assurance maladie luxembourgeoise (population protégée) tandis que leur consommation de soins hospitaliers est faible du fait principalement de leur structure d'âge, les assurés non-résidents étant plus jeunes en moyenne que les assurés résidents. En 2024, les assurés non-résidents avaient une moyenne d'âge de 37,1 ans, contre 40,1 ans pour les assurés résidents[4]. Or, d'une manière générale, la consommation augmente avec l'âge. D'autre part, les frontaliers peuvent préférer avoir recours aux soins hospitaliers dans leur pays de résidence.

2.1. Données populationnelles

Tableau 1 : Évolution de la répartition de la population du GDL selon l'âge, 2019-2024

(Source : données STATEC, population par âge au 1er juillet, traitement ObSanté)

Classes d'âge	Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0-4 ans	Nbre d'habitants	32 787	33 091	33 450	33 946	34 182	34 008
	% du total	*5,3%*	*5,3%*	*5,2%*	*5,2%*	*5,1%*	*5,0%*
5-9 ans	Nbre d'habitants	33 675	33 910	34 394	35 378	35 618	36 003
	% du total	*5,4%*	*5,4%*	*5,4%*	*5,4%*	*5,3%*	*5,3%*
10-14 ans	Nbre d'habitants	32 881	33 299	34 121	34 844	35 436	36 134
	% du total	*5,3%*	*5,3%*	*5,3%*	*5,3%*	*5,3%*	*5,3%*
15-19 ans	Nbre d'habitants	33 269	33 057	32 994	33 881	34 475	35 405
	% du total	*5,4%*	*5,3%*	*5,2%*	*5,2%*	*5,2%*	*5,2%*
20-39 ans	Nbre d'habitants	182 415	185 009	188 133	192 241	196 423	199 059
	% du total	*29,4%*	*29,4%*	*29,4%*	*29,4%*	*29,5%*	*29,4%*
40-64 ans	Nbre d'habitants	215 416	218 589	222 373	226 536	230 045	233 504
	% du total	*34,7%*	*34,8%*	*34,8%*	*34,7%*	*34,5%*	*34,5%*
65-74 ans	Nbre d'habitants	48 678	50 394	51 933	53 586	55 191	56 634
	% du total	*7,9%*	*8,0%*	*8,1%*	*8,2%*	*8,3%*	*8,4%*
75-84 ans	Nbre d'habitants	28 745	29 143	29 611	30 559	31 400	32 315
	% du total	*4,6%*	*4,6%*	*4,6%*	*4,7%*	*4,7%*	*4,8%*
>85 ans	Nbre d'habitants	12 135	12 436	12 477	12 736	13 102	13 597
	% du total	*2,0%*	*2,0%*	*2,0%*	*1,9%*	*2,0%*	*2,0%*
TOTAL		**620 001**	**628 928**	**639 486**	**653 707**	**665 872**	**676 659**
		100,0%	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***

[3]Eurostat database - extraction au 25.03.2026 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/0779ec55-9bb5-4d3f-bb8e-40fb792f07ce?lang=fr&createdAt=2026-03-27T14:08:03Z

[4]Source IGSS

Tableau 2 : Répartition de la population du GDL selon l'âge et le genre, 2023

(Source : données STATEC, population par âge et sexe au 1er juillet, traitement ObSanté)

Classes d'âge	Indicateurs 2023	Hommes	Femmes	Total
0-4 ans	Nbre d'habitants	17 358	16 824	34 182
	% du total	*5,2%*	*5,1%*	*5,1%*
5-9 ans	Nbre d'habitants	18 216	17 402	35 618
	% du total	*5,4%*	*5,3%*	*5,3%*
10-14 ans	Nbre d'habitants	18 256	17 180	35 436
	% du total	*5,4%*	*5,2%*	*5,3%*
15-19 ans	Nbre d'habitants	17 879	16 596	34 475
	% du total	*5,3%*	*5,0%*	*5,2%*
20-39 ans	Nbre d'habitants	100 386	96 037	196 423
	% du total	*30,0%*	*29,0%*	*29,5%*
40-64 ans	Nbre d'habitants	117 494	112 551	230 045
	% du total	*35,1%*	*34,0%*	*34,5%*
65-74 ans	Nbre d'habitants	26 922	28 269	55 191
	% du total	*8,0%*	*8,5%*	*8,3%*
75-84 ans	Nbre d'habitants	14 088	17 312	31 400
	% du total	*4,2%*	*5,2%*	*4,7%*
>85 ans	Nbre d'habitants	4 542	8 560	13 102
	% du total	*1,4%*	*2,6%*	*2,0%*
TOTAL		**335 141**	**330 731**	**665 872**
		100,0%	*100,0%*	*100,0%*

Tableau 3 : Évolution de la population protégée résidente dans la population totale du GDL, 2019-2024

(Sources : 1.Population totale : données STATEC, population au 1er juillet de l'année considérée, 2.Population protégée : données IGSS : personnes protégées = actifs assurés + pensionnés assurés + coassurés, 3.Population non protégée (calcul) = population totale – personnes protégées résidentes. Les personnes non protégées par l'assurance maladie (CNS) et résidant au Luxembourg comprennent notamment les fonctionnaires et autres agents des institutions internationales mais aussi des personnes sans assurance.)

	Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Personnes protégées résidentes	*Nombre*	568 059	578 426	587 053	599 521	611 929	621 938
	% du total	*91,6%*	*92,0%*	*91,8%*	*91,7%*	*91,9%*	*91,9%*
Personnes non protégées résidentes	*Nombre*	51 942	50 502	52 433	54 186	53 943	54 721
	% du total	*8,4%*	*8,0%*	*8,2%*	*8,3%*	*8,1%*	*8,1%*
Population totale GDL	***Nombre***	**620 001**	**628 928**	**639 486**	**653 707**	**665 872**	**676 659**
	% du total	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***

Tableau 4 : Évolution de la population protégée selon le critère de résidence, 2019-2024

(Source : données IGSS : personnes protégées = actifs assurés + pensionnés assurés + coassurés)

	Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Personnes protégées résidentes	*Nombre*	568 059	578 426	587 053	599 521	611 929	621 938
	% du total	*64,6%*	*64,5%*	*64,2%*	*64,0%*	*64,2%*	*63,9%*
Personnes protégées non-résidentes	*Nombre*	311 873	318 122	327 589	336 733	341 925	351 078
	% du total	*35,4%*	*35,5%*	*35,8%*	*36,0%*	*35,8%*	*36,1%*
Population protégée totale	***Nombre***	**879 932**	**896 548**	**914 642**	**936 254**	**953 854**	**973 016**
	% du total	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***

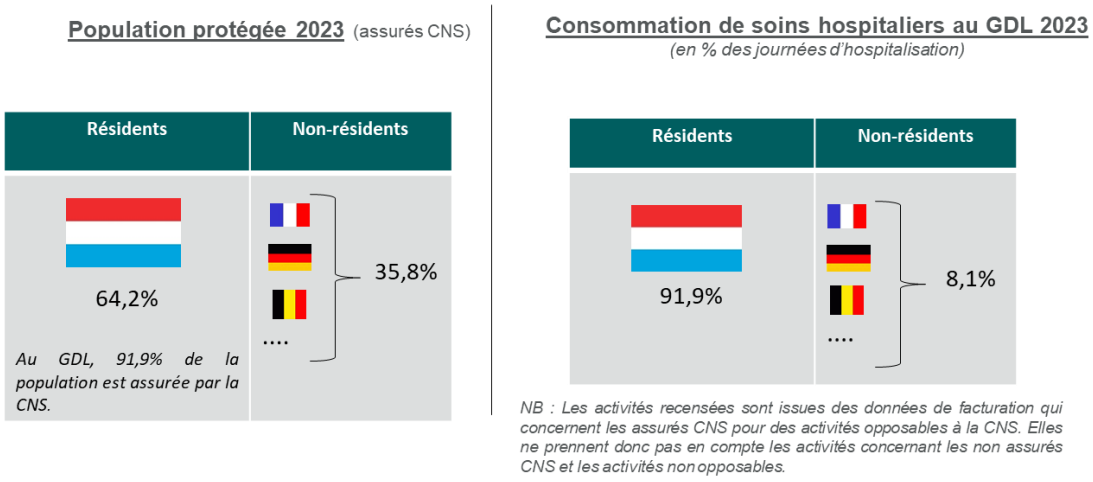
Tableau 5 : Évolution des journées d'hospitalisation non opposables, par établissement, 2017-2024

(Sources : 1. Déclarations des hôpitaux auprès de la CNS pour budgétisation, traitement ObSanté : activité non opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, unités d'œuvre d'hospitalisation soins normaux et intensifs. 2. L'activité non opposable concerne l'activité en lien avec des personnes non assurées par la CNS dont notamment les fonctionnaires et autres agents des institutions internationales ou les personnes sans assurance maladie ou les données d'activité non opposables à la CNS selon ses statuts.)

Établis-sements	Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	Évol. 2019-23	2024 (p)
CHdN	Nbre journées hosp. non opposables	1 115	1 284	1 245	591	718	881	794	845,8	-36,2%	932
	% des journées hosp. non opposables dans le total des journées	*1,1%*	*1,2%*	*1,2%*	*0,6%*	*0,7%*	*0,8%*	*0,7%*	*0,8%*		*0,8%*
CHL	Nbre journées hosp. non opposables	8 473	9 671	9 749	7 789	8 119	9 773	9 454	8 976,8	-3,0%	8 761
	% des journées hosp. non opposables dans le total des journées	*4,9%*	*5,6%*	*5,5%*	*4,9%*	*4,8%*	*5,6%*	*5,5%*	*5,3%*		*5,1%*
CHEM	Nbre journées hosp. non opposables	1 378	1 455	1 874	1 465	2 093	1 990	2 245	1 933,4	+19,8%	2 835
	% des journées hosp. non opposables dans le total des journées	*0,8%*	*0,8%*	*1,1%*	*1,0%*	*1,4%*	*1,3%*	*1,4%*	*1,2%*		*1,8%*
HRS	Nbre journées hosp. non opposables	7 961	8 844	8 910	8 985	7 399	9 164	9 794	8 850,4	+9,9%	9 304
	% des journées hosp. non opposables dans le total des journées	*4,1%*	*4,4%*	*4,4%*	*5,1%*	*4,1%*	*4,8%*	*4,9%*	*4,7%*		*4,6%*
TOTAL	**Nbre journées hosp. non opposables**	**18 927**	**21 254**	**21 778**	**18 830**	**18 329**	**21 808**	**22 287**	**20 606,4**	**+2,3%**	**21 832**
	% des journées hosp. non opposables dans le total des journées	***2,9%***	***3,2%***	***3,3%***	***3,3%***	***3,1%***	***3,5%***	***3,5%***	***3,3%***		***3,4%***

Figure 1 : Population protégée versus consommation de soins hospitaliers au GDL, 2023

(Sources : 1.Population protégée : données IGSS : personnes protégées = actifs assurés + pensionnés assurés + coassurés. 2.Consommation de soins hospitaliers : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))



NB : Les activités recensées sont issues des données de facturation qui concernent les assurés CNS pour des activités opposables à la CNS. Elles ne prennent donc pas en compte les activités concernant les non assurés CNS et les activités non opposables.

Tableau 6 : Taux de dépendance vieillesse projeté dans quelques pays européens, 2024-2060
(Source : base de données Eurostat – extraction au 17.01.2026)

Définition : *Le taux de dépendance vieillesse projeté est le rapport entre le nombre projeté de personnes âgées résidentes de 65 ans et plus (âge auquel elles sont généralement économiquement inactives) et le nombre projeté de personnes résidentes de 15 à 64 ans (personnes en âge de travailler).*
La valeur est exprimée pour 100 personnes en âge de travailler (15-64 ans).
Note : cet indicateur Eurostat n'a pas de lien avec la dépendance physique des personnes âgées.

Nombre de personnes ≥65 ans pour 100 personnes de 15 à 64 ans	2024	2025	2026	2027	2030	2040	2050	2060
UE (27 pays)	33,8	34,4	35,1	35,8	38,0	45,4	50,4	53,0
Luxembourg	21,8	22,2	22,6	23,1	24,8	30,6	36,1	43,9
Allemagne	35,0	35,7	36,4	37,3	40,3	45,2	45,7	48,3
Belgique	31,4	31,9	32,5	33,1	35,1	39,7	42,3	45,3
France	35,1	35,7	36,3	37	39,0	45,3	48,0	49,7

2.2. Actualités du secteur hospitalier luxembourgeois (2023-2025)

2.2.1. Adaptations de la loi hospitalière

L'évolution constante des soins médicaux, grâce aux nouvelles compétences médicales et avancées techniques, ainsi que des besoins sanitaires, liés notamment à la croissance démographique et au vieillissement de la population, demande une adaptation progressive du cadre législatif, afin que le secteur hospitalier puisse s'adapter aux dernières évolutions et reste à la pointe du progrès, en termes de filières de prise en charge, de capacités de lits et d'équipements autorisables.

- ***Modifications de la loi hospitalière en 2023***

Ainsi, afin de contribuer au virage ambulatoire, la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière a été adaptée en juillet 2023 par l'introduction de « sites hospitaliers supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires », permettant aux centres hospitaliers d'exploiter respectivement jusqu'à deux antennes supplémentaires des services de dialyse, d'hospitalisation de jour non chirurgicale, d'imagerie médicale et d'oncologie. L'annexe 3 a été complétée concernant les équipements et appareils médicaux nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières et requérant une autorisation ministérielle pour l'exploitation par un établissement hospitalier.

Ensuite, en décembre 2023, le cadre légal autorisant l'État à participer au financement des gardes et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés a été intégré dans le texte législatif.

Afin de répondre aux besoins sanitaires nationaux et en vue des prorogations des autorisations d'exploitation des établissements hospitaliers, les nombres de lits maximaux ont été augmentés pour les services de gériatrie aiguë, de pédiatrie de proximité et de psychiatrie juvénile (annexes 1 et 2). L'annexe 3 a également été modifiée par l'augmentation du nombre maximum d'équipements PET-Scans à deux et d'ostéodensitomètres à trois.

- ***Prorogation des autorisations d'exploitation en 2023***

Les autorisations d'exploitation des établissements hospitaliers en vertu de la loi hospitalière modifiée, arrivées à échéance le 31.12.2023, ont été prorogées pour 2 ans, afin de permettre de les revoir à la suite d'une analyse des besoins sanitaires sur laquelle se basent les amendements de la loi hospitalière de décembre 2025 (voir ci-dessous). 7 lits stationnaires, 102 lits d'hospitalisation de jour et 25 lits-portes supplémentaires ont été accordés.
Courant 2024, 10 lits supplémentaires ont été autorisés au service national de psychiatrie juvénile des HRS, afin de répondre à court terme à une croissance des besoins.

- ***Modification de la loi hospitalière en 2025***

En décembre 2025, sur base d'une analyse approfondie des besoins sanitaires réalisée par la Direction de la Santé (DiSa) et le M3S avec un consultant externe, une révision plus large de la loi hospitalière a eu lieu. Celle-ci a abouti notamment à une nouvelle adaptation du nombre maximum de lits hospitaliers dans différents services (annexes 1 et 2) ainsi que l'intégration de lits de réserve sanitaire dans la capacité hospitalière. Afin de développer la prise en charge ambulatoire sur les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires pour décharger les sites principaux et promouvoir une activité médicale plus moderne et économique, le périmètre des activités pouvant y être réalisées a été élargi aux services d'hospitalisation de jour chirurgicale, chirurgie générale, digestive ou viscérale pour des interventions opératoires ambulatoires de moindre complexité en ophtalmologie et dermatologie.

- ***Prorogation des autorisations d'exploitation en 2025***

Les autorisations d'exploitation ont ensuite été prorogées au 01.01.2026 pour une durée de 5 ans. 32 lits stationnaires, 3 lits d'hospitalisation de jour et 2 lits-portes supplémentaires ont été accordés, portant le nombre total des lits hospitaliers au GDL à actuellement :

- 2 813 lits stationnaires (2 151 lits aigus, 575 lits de moyen séjour, 87 lits d'hospitalisation de longue durée)
- 759 lits d'hospitalisation de jour (postes de dialyse inclus)
- 54 lits-portes

- ***Modifications du RGD de 2019 déterminant les exigences et normes des services d'urgence***

En ce qui concerne la prise en charge des urgences prévues par la loi hospitalière modifiée (article 4, paragraphe 7), le règlement grand-ducal de 2019 déterminant les exigences et normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux a été modifié en décembre 2023. Certaines normes ainsi que les filières de prise en charge ont fait l'objet d'adaptations, des indicateurs ont été modifiés ou rajoutés et l'échéance pour la mise en place de la garde parallèle à Luxembourg-ville a été fixée au 01.01.2026.

Le projet de règlement adopté en décembre 2025 concernait l'adaptation du système de garde des urgences à Luxembourg-ville avec la suppression de l'échéance susmentionnée, une modification de certaines normes et indicateurs, ainsi qu'un renforcement des filières spécifiques, telles que la filière gériatrique, et la mise en place d'une filière de prise en charge rapide, destinée aux cas de faible gravité, dans le but de fluidifier le fonctionnement des urgences et optimiser ainsi l'efficacité du système de santé.

2.2.2. Mise en œuvre de la loi hospitalière :

- ***Sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires***

En 2025, les premiers sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires, sur base de l'adaptation législative de juillet 2023, ont été autorisés : le site supplémentaire Cloche d'Or des HRS avec une antenne du service d'imagerie médicale ainsi que le site supplémentaire Grevenmacher du CHL avec une antenne des services d'imagerie médicale concernant l'activité de mammographie, d'hospitalisation de jour non chirurgical et d'oncologie. Pour information, le site Potaschberg avec une antenne du service d'imagerie médicale a été autorisé en tant que troisième site régulier du CHL.

- ***Réseaux de compétences***

Trois réseaux de compétences (RC), entités organisationnelles qui rassemblent pour certaines pathologies définies les ressources d'un ou de plusieurs services de plusieurs établissements hospitaliers en vue d'assurer une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients, ont été autorisés et/ou lancés entre juillet 2023 et décembre 2025 :

- lancement officiel le 06.11.2025 du RC Immuno-Rhumatologie, autorisé en 03.2023
- autorisation en mai 2024 du RC Diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant (Obedia Kids) et lancement officiel le 03.03.2026
- autorisation en novembre 2024 du RC Diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte

▪ *Équipements hospitaliers*

Au niveau des équipements et appareils médicaux, de nombreux changements et innovations ont été réalisés, accompagnés d'investissements considérables.
Concernant les équipements nationaux, mettant en œuvre les amendements de la loi hospitalière de décembre 2023, un 2ème PET-Scan a été autorisé au CHL et un ostéodensitomètre a été autorisé au CHdN ainsi qu'au CHEM, portant le nombre total d'ostéodensitomètres au GDL à 3 désormais.

En complément, le premier PET-CT du CHL a été remplacé, tout comme l'ostéodensitomètre des HRS. Par ailleurs, au CHL, les équipements propres à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoïétiques ont été mis à jour et la Prone table a été remplacée et complétée par un kit de biopsie sous IRM.

En outre, l'ensemble des mammographes des 4 centres hospitaliers ont été remplacés (1 au CHdN, 2 au CHEM, 2 au CHL et 2 aux HRS) et un mammographe supplémentaire a été autorisé au CHdN.

Dans le cadre des sites supplémentaires Grevenmacher du CHL et Cloche d'Or des HRS, deux autres appareils ont été autorisés en 2025, portant à 10 le nombre de mammographes dont dispose dès à présent le GDL. Au site supplémentaire Cloche d'Or ont également été autorisés un appareil de radiologie conventionnelle, un scanner ainsi qu'un appareil IRM supplémentaires.

Le parc des équipements pour chirurgie assistée a été élargi par l'autorisation d'un robot pour chirurgie du rachis au CHEM ainsi que d'un robot pour chirurgie orthopédique aux HRS. Certains autres équipements ont été remplacés au cours de la période de juillet 2023 à décembre 2025.

▪ *Projets de construction, d'extension, de modernisation, de mise en conformité et d'aménagement*

La planification et l'exécution des projets infrastructurels des établissements hospitaliers réalisés par les établissements hospitaliers respectifs après autorisation ministérielle sur avis favorable de la Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH), sont accompagnés dans le cadre de la cellule de construction hospitalière, qui se compose de représentants du M3S (Département Institutions de santé) ainsi que de la DiSa (Division de la médecine curative et de la qualité en santé) avec les experts externes mandatés par le M3S.
Les dépenses liées aux projets autorisés par le M3S sont financées par le fonds pour le financement des infrastructures hospitalières en vertu de la loi hospitalière. Réparties à travers tout le Grand-Duché de Luxembourg, elles reflètent la planification et la réalisation de projets de modernisation ou construction d'infrastructures hospitalières, afin d'agrandir les capacités de certains services hospitaliers (évolution démographique) et de suivre les évolutions technologiques et les changements normatifs (projets de mise en conformité et de mise en sécurité).

Les projets majeurs en cours d'exécution ou de planification, ou réalisés entre juillet 2023 et décembre 2025 sont comme suit :

CHL :

- Nouveau Bâtiment Centre : projet en cours d'exécution
- Extension de l'annexe 2 du Bâtiment Centre : projet réalisé
- Mise en conformité et adaptations de la Kannerklinik

HRS :

- Projet de construction du site Kirchberg avec construction d'une Tour, d'une extension des surfaces existantes et du projet de modernisation du site
- Projet d'aménagement de surfaces au site Gare afin d'y reprendre les activités du site Clinique St Marie
- Projets de modernisation de différentes surfaces existantes au sites Kirchberg et Gare
- Suivi de l'exécution de la phase 3 du projet E-Bau, site Gare

CHEM :

- Projet Südspidol et élaboration de l'avant-projet détaillé (APD) consolidé
- Projet d'extension du service des soins intensifs et de réanimation
- Projet d'extension du service dialyse
- Projets de modernisation d'infrastructure sur le site Niederkorn

CHdN :

- Modernisation du service urgences et installation d'un scanner
- Extension de surfaces pour l'installation d'une IRM au site Wiltz, projet réalisé
- Extension de surfaces pour l'installation d'un mammographe complémentaire au site Ettelbruck, projet réalisé
- Projet d'extension du service des soins intensifs et de réanimation

CHNP :

- Projet de construction du projet *Nei Rehaklinik* en remplacement des bâtiments Casernes, Building et Orangerie

HIS :

- Projet de construction d'une nouvelle infrastructure pour la rééducation gériatrique

2.2.3. Documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH)

Suite à la mise en œuvre du système de documentation et de classification des séjours hospitaliers (DCSH) sous l'égide de la Commission consultative de la documentation hospitalière (CCDocHosp), instituée par la loi du 8 mars 2018 et dont le fonctionnement est déterminé par le règlement grand-ducal du 26 mai 2020, le projet DCSH est devenu opérationnel en 2023, prenant alors le nom de « système DCSH ».

Les modalités de codage, ainsi que le périmètre des établissements concernés ont connu des évolutions récentes :

- Plusieurs mises à jour des classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS, ainsi que du système de groupage APR-DRG, ont été introduites au cours de la période 2022-2025.
- Depuis 2022, un séquençage des séjours hospitaliers est effectué pour l'enregistrement des diagnostics et des procédures selon deux modalités : un découpage par spécialités médicales de prise en charge du patient et un découpage par services hospitaliers (lieu) de prise en charge. Pour chaque spécialité médicale de prise en charge différente au cours du même séjour, le codage du diagnostic principal de prise en charge ainsi que des diagnostics secondaires est requis.
- Depuis 2025, de nouvelles variables relatives à l'établissement hospitalier sont également collectées, parmi lesquelles la version de la classification ICD-10 BE utilisée, la version du groupeur APR-DRG (*All Patient Refined - Diagnosis Related Groups*), la date de dernière modification du fichier d'export, et le type de séjour hospitalier selon la présence ou non de nuitée.

L'exploitation structurée de ces données, ainsi que la production d'indicateurs clés relatifs à l'activité hospitalière stationnaire et de jour, positionnent la DCSH comme un dispositif de référence pour l'évaluation quantitative et qualitative de la performance du système hospitalier et pour le soutien à la décision éclairée en la matière.

Ainsi, chaque hôpital, conformément à l'article 38 de la loi hospitalière modifiée, « procède à l'analyse quantitative et qualitative de son activité. Cette analyse repose sur les données administratives, médicales et de soins, produites pour chaque séjour en hospitalisation stationnaire ou de jour. »
Cette contribution à la prise de décision politique se concrétise également dans le cadre de l'adaptation du cadre législatif hospitalier. Ainsi, la Direction de la santé a procédé à une évaluation des besoins sanitaires sur la base des données issues de la DCSH, afin d'ajuster le nombre maximal de lits autorisés par la loi en fonction de l'évolution de l'activité observée dans les différents services et d'émettre les autorisations afférentes.

L'analyse statistique réalisée s'est appuyée sur les données validées de l'année 2023 et a permis une projection des besoins sanitaires jusqu'en 2040.
Ces projections tiennent compte de plusieurs facteurs d'influence, parmi lesquels l'évolution démographique de la population résidente et de la population non-résidente active au Luxembourg, les progrès médicaux, notamment à travers la réduction de la durée moyenne de séjour et l'augmentation du taux d'ambularisation pour les prises en charge dites optimisables, ainsi que le développement de l'hospitalisation de jour et de l'hospitalisation à domicile.

Ainsi, sur base de l'analyse réalisée, la loi du 19 décembre 2025 a modifié les articles 5 et 6 de la loi hospitalière de 2018, ainsi que ses annexes 1 et 2, afin d'adapter les seuils minimaux et maximaux de lits par service au niveau national. Ceci a permis, dans un second temps, la délivrance des autorisations d'exploitation applicables à partir du 1er janvier 2026.

Pour plus d'informations sur la documentation hospitalière et les avancées jusqu'à ce jour : https://santesecu.public.lu/fr/espace-professionnel/departement-sante/informations-donnees/dcsh.html

2.2.4. Priorités du Plan national santé et de l'accord de coalition 2023-2028

PLAN NATIONAL SANTÉ
Le Plan national santé, approuvé par le Conseil de Gouvernement en juin 2023, est le fruit d'un travail mené par le *Gesondheetsdësch* pour développer une vision partagée du système de santé luxembourgeois avec les acteurs du terrain.

Parmi les douze axes stratégiques présentés, les axes suivants déclinés en actions concernent particulièrement le secteur hospitalier :

- Axe 4 : Développer des stratégies et des parcours de soins intégrés pour les pathologies avec le plus grand impact de santé
  - Action 4.1 : Introduire des parcours de soins optimisés dans le cadre du déploiement des réseaux de compétences
- Axe 6 : Optimiser et valoriser la médecine hospitalière et soutenir le virage ambulatoire
  - Action 6.1 : Valoriser la médecine hospitalière
  - Action 6.2 : Accélérer le virage ambulatoire par la mise en place de sites destinés exclusivement à la prise en charge de patients ambulatoires
  - Action 6.3 : Renforcer le rôle des cabinets de ville et concentrer les sites principaux des hôpitaux sur la prise en charge de cas complexes et nécessitant des compétences avancées
  - Action 6.4 : Evaluer la faisabilité de l'hospitalisation à domicile
- Axe stratégique 8 : Renforcer la digitalisation du système de santé
  - Action 8.2 : Mettre en place un seul système informatique intégré pour le secteur hospitalier, voire extrahospitalier
- Axe stratégique 11 : Centraliser la gouvernance et la planification
  - Action 11.1 : Mettre en place une carte sanitaire sur le système de santé dans sa globalité

ACCORD DE COALITION 2023-2028
Le gouvernement luxembourgeois a publié en novembre 2023 l'accord de coalition signé par les partis CSV et DP pour le mandat 2023-2028. L'accord porte sur les priorités politiques, les réformes et les engagements du gouvernement.
Pour le secteur de la Santé, l'accord définit notamment les priorités suivantes :

Volet hospitalier :

- Renforcer les hôpitaux dans leur rôle de prise en charge spécialisée et multidisciplinaire des pathologies plus lourdes. Ces prises en charge sont réalisées soit en stationnaire, soit en ambulatoire, dans le cadre de services spécialisés.
- Maintenir les infrastructures hospitalières à un haut niveau de qualité et d'accueil pour les patients et adapter les investissements dans les équipements médicotechniques aux besoins des innovations médicales et du progrès de la médecine et des soins.
- Développer les missions d'enseignement et de recherche des hôpitaux.

- Innovation et organisation hospitalière
  Le Gouvernement accordera aux hôpitaux plus de liberté en matière d'achat des équipements techniques et favorisera l'innovation au profit du patient.
  Le Gouvernement garantira la liberté de choix de chaque patient en ce qui concerne le médecin traitant et l'établissement médical visité. Dans les disciplines hautement spécialisées nécessitant une concentration de compétences, le Gouvernement examinera la possibilité de créer de nouveaux services nationaux cogérés par tous les hôpitaux, qui devront assurer principalement cette activité. La loi hospitalière sera adaptée en conséquence.

Volet de la médecine extrahospitalière : les priorités suivantes auront un impact direct sur le secteur hospitalier :

- 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. L'accord énonce à ce titre les avantages d'une prise en charge décentralisée : 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.

- Loi sur le virage ambulatoire
  Le Gouvernement révisera la loi sur le virage ambulatoire votée en juillet 2023 dans les meilleurs délais. Le cadre juridique sera adapté aux besoins de la réalité médicale. Il veillera à ce que la liste des appareils dits lourds autorisés dans les cabinets de groupe en dehors des hôpitaux soit élargie. A cette fin, une référence « frais de fonctionnement », dont la « location de matériel » devra être introduite dans la nomenclature de la Caisse nationale de santé (CNS). Les cabinets médicaux ne pourront être exploités que par des médecins et d'autres professionnels de la santé agréés au Luxembourg. Le suivi médical en cas d'urgence devra être garanti. Le Gouvernement mettra en place un système de contrôle afin d'éviter des abus.

- Urgences
  Le Gouvernement fera une analyse détaillée du système des urgences dans les hôpitaux. Le système sera adapté en fonction des réalités sur le terrain. Le Gouvernement développera le portail Internet « santé » avec toutes les informations pertinentes, y compris les temps d'attente en temps réel dans les services d'urgence.

- Policliniques
  Le Gouvernement développera les capacités des policliniques régionales à Wiltz, Niederkorn, Dudelange et à Luxembourg-Ville (Zithaklinik). Après une analyse détaillée, les services d'urgence des hôpitaux seront révisés et adaptés aux besoins réels.

- Hospitalisation à domicile
  Le Gouvernement développera un concept cohérent pour l'hospitalisation à domicile. Les domaines utiles sont notamment l'oncologie, les grossesses à risque ou le suivi après une opération. L'hospitalisation à domicile revêt une importance accrue dans le cadre du virage ambulatoire. Le Gouvernement créera une base légale sur l'hospitalisation à domicile. Les tarifs liés à l'hospitalisation à domicile seront inscrits dans la nomenclature de la CNS. Le Gouvernement créera une base légale pour des règles de soins et des responsabilités précises. Le coût pour le patient ne sera pas supérieur à celui d'un traitement en milieu hospitalier. Les équipes qui travaillent au domicile du patient vont bénéficier d'un soutien financier et logistique. Le médecin hospitalier sera le coordinateur. Il donnera son accord et garantira la poursuite du traitement. L'équipe soignante sera en contact étroit avec l'hôpital. Le dossier électronique du patient (DSP) sera le point clé de l'hospitalisation à domicile. La famille du patient sera pleinement impliquée. Le Gouvernement créera une structure à laquelle elle pourra s'adresser pour obtenir des informations et de l'aide.

- Maison de naissance
  Le Gouvernement chargera le Conseil scientifique d'une étude sur les avantages et les risques éventuel d'une « maison de naissance ». Le cas échéant, il créera une base légale avec des critères clairs quant aux missions et aux responsabilités des exploitants. La maison de naissance devra être implantée à proximité immédiate d'un hôpital afin d'assurer une prise en

charge en cas d'urgence. Dans ce contexte, les critères pour l'obtention de l'allocation prénatale seront revus.

Le **Volet Santé mentale** précise l'accès aux soins psychiatres :

- Le Gouvernement effectuera une analyse générale des services d'urgence psychiatriques et évaluera le besoin en lits d'hospitalisation psychiatriques, tant dans le domaine des soins aigus que dans celui de la rééducation. Pour améliorer la prise en charge régionale, il envisage de mettre en place des unités de crise dotées d'un personnel spécialisé et d'une infrastructure adéquate.

Volet Digitalisation

- Interopérabilité
  Tous les systèmes informatiques des médecins, hôpitaux, pharmacies et autres acteurs de la santé seront harmonisés entre eux pour permettre un échange de données rapide et sécurisé. Le Gouvernement s'efforcera de garantir l'interopérabilité des systèmes d'information du secteur de la santé avec une norme de données unique afin de mieux collecter et enregistrer les données et les résultats pertinents des patients, dans le but d'améliorer l'efficacité en termes de coûts et de temps dans le système de santé. L'interopérabilité des systèmes d'information constitue également un outil utile pour le traitement efficace des données scientifiques sur les soins de santé et pour prévenir les abus et la fraude dans le secteur de la santé.

Volet droits des patients

- Soins palliatifs pour enfants : Afin de rendre les dernières étapes de la vie des enfants subissant une malade incurable, tout comme celle de leurs familles, aussi humaines que possible, le Gouvernement créera un établissement palliatif spécifique pour enfants avec suffisamment de lits.

2.2.5. Questions parlementaires 2024-2025

Entre le 1er janvier 2024 et le 31 décembre 2025 (date de dépôt), soixante-et-onze questions parlementaires (QP) ont été posées concernant le secteur hospitalier dont :

- 6 QP concernant la COVID-19
- 4 QP concernant les infrastructures hospitalières (projets d'extension, de construction, lits)
- 7 QP concernant la gestion hospitalière
- 4 QP concernant la pédiatrie
- 2 QP concernant les professionnels de santé
- 4 QP concernant les analyses (génétiques et/ou pathologiques) et/ou les délais d'attente pour les résultats du LNS (anatomopathologie/génétique)
- 5 QP concernant la sécurité dans les hôpitaux
- 18 QP concernant l'imagerie médicale et/ou les délais d'attente en imagerie médicale
- 2 QP concernant les services d'urgence
- 1 QP sur la prise en charge des AVC
- 1 QP sur la nationalité des patients aux urgences et hospitalisés au moins une nuit
- 1 QP concernant les données sur les tests de dépistage prénatal non invasif
- 1 QP concernant la PMA
- 4 QP concernant les sites supplémentaires ambulatoires
- 5 QP concernant l'accès aux soins
- 1 QP concernant l'utilisation de l'IA
- 1 QP concernant l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteints de troubles mentaux
- 2 QP concernant la prise en charge en rééducation oncologique
- 1 QP orale concernant la qualité des soins
- 1 QP concernant la publicité faite par les hôpitaux

3. Cartographie des établissements hospitaliers

3.1. Classification des établissements hospitaliers et capacités d'accueil

3.1.1. État des lieux en 2025

→ cf définitions p.16 et s.

Le paysage hospitalier du GDL a beaucoup évolué ces trois dernières décennies. En 1986, on dénombrait 36 établissements hospitaliers, il en reste **13** en 2025 *(dont plusieurs établissements multisites)*. Aucun établissement n'a été fermé mais de nombreux établissements ont été convertis en 1998 en établissements de long séjour (établissements non hospitaliers), tandis que d'autres ont été modernisés et se sont regroupés via une série de fusions au sein du secteur hospitalier.

- **10 hôpitaux :**
  - **4 centres hospitaliers :**
    - Centre Hospitalier du Nord *(CHdN composé de 2 sites : Ettelbruck et Wiltz)* : 359 lits
    - Centre Hospitalier de Luxembourg *(CHL composé de 3 sites[5]: Site Belair : Bâtiment Centre – Maternité Grande Duchesse Charlotte – Kannerklinik, site d'Eich et site Potaschberg)* : 604 lits
    - Centre Hospitalier Emile Mayrisch *(CHEM composé de 3 sites : Esch-sur-Alzette, Dudelange, Niederkorn)* : 541 lits
    - Hôpitaux Robert Schuman *(HRS composé de 3 sites[6] : Hôpital Kirchberg – Clinique Dr E.Bohler, Zithaklinik et Clinique Sainte Marie)* : 726 lits

  - **6 établissements hospitaliers spécialisés :**
    - Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle *(INCCI)* : 19 lits
    - Centre National de Radiothérapie François Baclesse *(CFB)* : 2 lits localisés au CHEM
    - Centre Hospitalier Neuro-psychiatrique *(CHNP)* : 247 lits
    - Rehazenter *(RHZ)* : 73 lits
    - Hôpital Intercommunal de Steinfort *(HIS)* : 40 lits
    - Centre de réhabilitation du Château de Colpach *(CRCC)* : 60 lits

- **1 établissement d'accueil pour personnes en fin de vie :** Haus OMEGA : 15 lits

- **1 établissement pour cures thermales :** Centre thermal et de santé de Mondorf-Les-Bains

- **1 centre de diagnostic :** Laboratoire national de Santé : pour les activités de génétique humaine et d'anatomopathologie

En 2025, les capacités d'accueil au Luxembourg sont de **2 686 lits hospitaliers** dont :
- 2 058 lits aigus
- 561 lits de moyen séjour dont :
- 180 lits de réhabilitation psychiatrique
- 73 lits de rééducation fonctionnelle
- 199 lits de rééducation gériatrique
- 60 lits de réhabilitation physique et post-oncologique
- 49 lits de soins palliatifs
- 67 lits de soins de longue durée

[5] À partir du 20.08.2025, un 4ème site a été autorisé à Grevenmacher pour le CHL, dénommé CHL-Grevenmacher. Ce site servira d'antenne de service pour les services hospitaliers d'imagerie médicale, d'hospitalisation de jour non-chirurgicale et d'oncologie. Il sera opérationnel au 1er janvier 2026.
[6] À partir du 20.08.2025, un 4ème site a été autorisé à Luxembourg pour les HRS, dénommé HRS-Cloche d'or. Ce site servira d'antenne de service du service hospitalier d'imagerie médicale. Il sera opérationnel au 1er octobre 2025.

Au total, le GDL a **un ratio de 3,9 lits hospitaliers pour 1 000 habitants en 2025**[7].
Au niveau des lits aigus, ce ratio est de 3,0 lits aigus pour 1 000 habitants en 2025.

Les comparaisons européennes (2023)[8] montrent que le nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants au Luxembourg (3,9 en 2023) se situe en deçà de la moyenne des 27 pays de l'UE (5,1 lits pour 1 000 habitants). Ce ratio est inférieur à celui de l'Allemagne (7,7 lits), de la France (5,4 lits) et de la Belgique (5,4 lits).

Ces comparaisons montrent que le nombre de lits en soins aigus pour 1 000 habitants au Luxembourg (3,0 en 2023[9]) est inférieur à celui de l'Allemagne (5,7), de la Suisse (3,4) et de la Belgique (4,8) mais supérieur à celui de la France (2,7) et des Pays-Bas (2,2).

L'OCDE, dans son Panorama de la Santé Europe 2024, indique que depuis la dernière décennie, le nombre de lits d'hôpital par habitant a diminué dans presque tous les pays de l'UE, en partie en raison de l'augmentation de l'utilisation des soins de jour et de la réduction de la durée moyenne des séjours, qui sont en partie imputables aux progrès des technologies médicales. En moyenne, le nombre de lits d'hôpital par habitant a diminué de 10,0% entre 2012 et 2022. Le nombre de lits d'hôpital par habitant a diminué de manière marquée en Lituanie, aux Pays-Bas, en Estonie et au Luxembourg. Au Luxembourg, cette baisse s'explique principalement par une forte croissance démographique, tandis que le nombre absolu de lits est resté assez stable.

L'interprétation du nombre relativement bas de lits hospitaliers, et de lits hospitaliers de soins aigus par habitant au Luxembourg doit tenir compte d'autres facteurs ayant une influence sur le recours à l'hospitalisation, et en particulier les éléments suivants :

- La structure d'âge de la population : avec seulement 15,0% de la population âgée de 65 et plus en 2024[10], contre 21,5% en France, 22,4% en Allemagne et 19,9% en Belgique, la capacité d'accueil en hospitalisation au Luxembourg peut être légèrement inférieure à celle de ses voisins.
- L'appréciation de l'adéquation du nombre de lits aux besoins de la population requiert en outre l'analyse du taux d'occupation des lits, des motifs d'hospitalisation, et de la durée moyenne des séjours hospitaliers.
- La durée moyenne de séjour en soins aigus au Luxembourg est supérieure à celle des pays voisins ; à condition qu'elle soit médicalement possible, une réduction de la durée moyenne de séjour permet a priori de libérer des capacités d'accueil et d'optimiser l'utilisation des ressources.

Par ailleurs, des évolutions structurelles récentes du paysage hospitalier sont à considérer :

- 1ère révision de la loi hospitalière en 2023 :
  La modification de la loi hospitalière du 22 décembre 2023 a augmenté le nombre maximal de lits autorisables planifiés au niveau national (Annexe 1 et 2). Ce changement législatif a permis une augmentation du nombre de lits de soins aigus et de moyens séjours autorisés, lors de la prorogation des autorisations d'exploitation des services et établissements hospitaliers pour la période du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2025.
- 2ème révision de la loi hospitalière en 2025 :
  La loi du 19 décembre 2025 a de nouveau augmenté les plafonds de lits autorisables planifiés au niveau national (Annexe 1 et 2). Dans ce cadre, les autorisations d'exploitation délivrées à partir du 1er janvier 2026, et pour une durée de cinq ans, prévoient une augmentation des lits aigus et de moyens séjours autorisés par rapport à la période 2024-2025. Ces augmentations en 2024 et en 2026 permettent de compenser un éventuel déficit en lits hospitaliers et de répondre à une demande croissante.
- Accélération du virage ambulatoire :
  Depuis la loi du 29 juillet 2023 modifiant la loi hospitalière de 2018, les centres hospitaliers peuvent disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins ambulatoires. Cette évolution du

[7] Source STATEC : 685 075 habitants au Luxembourg au 01.07.2025
[8] Source: Base de données Eurostat : https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/bcaae08e-b0f8-441e-a7e1-cbb2b7e3cf4b?lang=fr&createdAt=2026-05-03T17:43:40Z
[9] Source : Base de données Eurostat : https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/fffeb738-34ce-40a9-8a91-d27539b61439?lang=fr&createdAt=2026-05-03T17:46:48Z
[10] Source : Base de données Eurostat : https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/34fe482e-5d03-4b17-92ca-451a1c0559db?lang=en&createdAt=2026-03-31T13:29:12Z

cadre réglementaire s'inscrit dans une stratégie de transformation de l'offre de soins visant à faciliter l'accès aux soins, ainsi qu'à réduire le recours à l'hospitalisation complète au profit de prises en charge en hôpital de jour.
En parallèle, le nombre de lits d'hospitalisation de jour autorisés a également été augmenté lors des révisions des autorisations d'exploitation en 2024 et en 2026 afin de soutenir le virage ambulatoire.
Or, ces lits HDJ et places ne sont pas pris en compte dans le calcul du nombre des lits hospitaliers par habitant, ce qui conduit à sous-estimer l'offre réelle de prise en charge.

Tableau 7 : Classification des établissements hospitaliers et répartition des lits déclarés installés, 2025

(Sources : Loi hospitalière modifiée du 08 mars 2018, Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Établissements hospitaliers	Localisation des sites hospitaliers	Classification selon la loi hospitalière 2018	Statut juridique	Nombre de lits aigus 2025 *(% total aigu) (dont lits soins intensifs - USI)*	Nombre de lits de moyen séjour et de longue durée 2025	Nombre total de lits 2025
Centre Hospitalier du Nord (CHdN)	2 sites : - Ettelbruck - Wiltz	Centre Hospitalier	Établissement public	**320** (15,5%) *dont USI : 16*	**6** *(soins palliatifs)* **33** *(rééducation gériatrique)*	**359**
Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)	2 sites à Luxembourg : - site Belair bâtiment Centre bâtiment Maternité bâtiment Kannerklinik -site Eich 1 site à Grevenmacher[1] : - site Potaschberg	Centre Hospitalier	Établissement public	**594** (28,9%) *dont USI : 69*	**10** *(soins palliatifs)*	**604**
Hôpitaux Robert Schuman (HRS)	2 sites à Luxembourg[2] : - site Kirchberg hôpital Kirchberg Clinique Bohler - site Gare Zithaklinik 1 site à Esch-sur-Alzette : - Clinique Sainte Marie	Centre Hospitalier	Société anonyme	**648** (31,5%) *dont USI : 41*	**10** *(soins palliatifs)* **68** *(rééducation gériatrique)*	**726**
Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)	3 sites : - Esch-sur-Alzette - Dudelange - Niederkorn	Centre Hospitalier	Fondation	**475** (23,1%) *dont USI : 38*	**8** *(soins palliatifs)* **58** *(rééducation gériatrique)*	**541**
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie interventionnelle (INCCI)	Luxembourg	Établissement hospitalier spécialisé	Fondation	**19** (0,9%) *dont USI : 10*	/	**19**
Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB)	Esch-sur-Alzette	Établissement hospitalier spécialisé	Association sans but lucratif	**2** (0,1%) (lits localisés au CHEM)	/	**2**

Établissements hospitaliers	Localisation des sites hospitaliers	Classification selon la loi hospitalière 2018	Statut juridique	Nombre de lits aigus 2025 *(% total aigu) (dont lits soins intensifs - USI)*	Nombre de lits de moyen séjour et de longue durée 2025	Nombre total de lits 2025
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)	5 sites : - Ettelbruck : Rehaklinik - Centres thérapeutiques : - Useldange - Manternach - Diekirch - Putscheid - Luxembourg : Centre Äddi-C	Établissement hospitalier spécialisé	Établissement public	/	**180** *(moyen séjour de réhabilitation psychiatrique)* **67** *(longue durée psychiatrique)*	**247**
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation - Rehazenter (RHZ)	Luxembourg	Établissement hospitalier spécialisé	Établissement public	/	**73** *(rééducation fonctionnelle)*	**73**
Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS)	Steinfort	Établissement hospitalier spécialisé	Syndicat intercommunal	/	**40** *(rééducation gériatrique)*	**40**
Centre de réhabilitation du Château de Colpach (CRCC)	Colpach	Établissement hospitalier spécialisé	Association sans but lucratif	/	**40** *(réhabilitation physique)* **20** *(réhabilitation post-oncologique)*	**60**
Haus OMEGA	Hamm	Établissement d'accueil pour personnes en fin de vie	Association sans but lucratif	/	**15** *(soins palliatifs)*	**15**
Centre thermal et de santé de Mondorf-Les-Bains	Mondorf-Les-Bains	Établissement de cures thermales	Établissement public	/	/	/
Laboratoire national de santé	Dudelange	Centre de diagnostic : pour ses activités de génétique humaine et d'anatomopathologie	Établissement public	/	/	/
TOTAL : **13 établissements hospitaliers**				**Lits aigus : 2 058** *dont USI : 174**	**Lits de moyen séjour : 561** *dont :* *-Réhab. psy : 180* *-Rééduc. fonct.: 73* *-Rééduc. gér : 199* *-Réhab. physique et post-oncologique : 60* *-Soins palliatifs : 49* **Lits de longue durée : 67**	**2 686**

**174 lits SI déclarés au 30.06.2025 par les établissements hospitaliers dont 93 lits de soins intensifs adultes, 54 lits pour des soins intensifs adultes spécialisés (cardiologie, pathologie neurovasculaire, neurochirurgie, orthopédie et chirurgie), 27 lits de soins intensifs de néonatologie et pédiatrie)*

Notes :
[1]À partir du 20.08.2025, un 2ème site a été autorisé à Grevenmacher pour le CHL, dénommé CHL-Grevenmacher. Ce site servira d'antenne de service pour les services hospitaliers d'imagerie médicale, d'hospitalisation de jour non-chirurgicale et d'oncologie.
[2]À partir du 20.08.2025, un 3ème site a été autorisé à Luxembourg pour les HRS, dénommé HRS-Cloche d'or. Ce site servira d'antenne de service du service hospitalier d'imagerie médicale.

Tableau 8 : Nombre de lits déclarés installés, par établissement et par type d'activité, 2025

(Source : Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025 – cf note méthodologique p.16 et s.)

Établissements	Lits aigus 2025			Lits de moyen séjour 2025					TOTAL	Lits de longue durée 2025	TOTAL des lits 2025
				Réhab. psy	Rééducation fonctionnelle	Rééducation gériatrique	Réhabilitation physique et post-oncologique	Soins palliatifs			
	Total des lits aigus	*dont lits de soins intensifs*	% total aigu	Nbre de lits	Nbre de lits	Nbre de lits	Nbre de lits	Nbre de lits	Nbre de lits	Nbre de lits	
CHdN	320	*16*	15,5%	NA	NA	33	NA	6	39	NA	359
CHL	594	*69*	28,9%	NA	NA	NA	NA	10	10	NA	604
HRS	648	*41*	31,5%	NA	NA	68	NA	10	78	0	726
CHEM	475	*38*	23,1%	NA	NA	58	NA	8	66	NA	541
INCCI	19	*10*	0,9%	NA	NA	NA	NA	NA	0	NA	19
CFB	2	*0*	0,1%	NA	NA	NA	NA	NA	0	NA	2
CHNP	NA	*NA*	NA	180	NA	NA	NA	NA	180	67	247
RHZ	NA	*NA*	NA	NA	73	NA	NA	NA	73	NA	73
HIS	NA	*NA*	NA	NA	NA	40	NA	NA	40	NA	40
Colpach	NA	*NA*	NA	NA	NA	NA	60	NA	60	NA	60
Haus OMEGA	NA	*NA*	NA	NA	NA	NA	NA	15	15	NA	15
TOTAL	**2 058**	***174***	**100,0%**	**180**	**73**	**199**	**60**	**49**	**561**	**67**	**2 686**

Tableau 9 : Évolution des lits aigus, de moyen séjour et de longue durée, par établissement, 2017-2025

(Source : Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Établissements	Lits aigus										Lits de moyen séjour									Longue durée							Total des lits								
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CHdN		327	327	321	321	321	321	321	320	320	30	30	36	36	36	36	36	39	39	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	**357**	**357**	**357**	**357**	**357**	**357**	**357**	**359**	**359**
	dont USN	*307*	*307*	*305*	*305*	*305*	*305*	*305*	*304*	*304*																									
	dont USI	*20*	*20*	*16*	*16*	*16*	*16*	*16*	*16(c)*	*16*																									
CHL		579	579	571	571	571	579	579	579	594	0	0	10	10	10	10	10	10	10	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	**579**	**579**	**581**	**581**	**581**	**589**	**589**	**589**	**604**
	dont USN	*524*	*524*	*508*	*508*	*508*	*516*	*516*	*516*	*525*																									
	dont USI	*55*	*55*	*63*	*63*	*63*	*63*	*63*	*63(c)*	*69*																									
HRS		704	704	632	632	632	632	632	646	648	30	30	78	78	78	78	72	75	78	0	0	0	0	0	0	0	**734**	**734**	**710**	**710**	**710**	**710**	**704**	**721**	**726**
	dont USN	*671*	*671*	*599*	*599*	*599*	*599*	*599*	*605*	*607*																									
	dont USI	*33*	*33*	*33*	*33*	*33*	*33*	*33*	*41(c)*	*41*																									
CHEM		612	612	497(b)	497	497	446	469	475	475	30	30	76	76	76	66	65	66	66	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	**642**	**642**	**573(b)**	**573**	**573**	**512**	**534**	**541**	**541**
	dont USN	*571*	*571*	*466*	*466*	*466*	*414*	*431*	*437*	*437*																									
	dont USI	*41*	*41*	*31*	*31*	*31*	*32*	*38*	*38(c)*	*38*																									
INCCI		19	19	19	19	19	19	19	19	19	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	**19**	**19**	**19**	**19**	**19**	**19**	**19**	**19**	**19**
	dont USN	*9*	*9*	*9*	*9*	*9*	*9*	*9*	*9*	*9*																									
	dont USI	*10*	*10*	*10*	*10*	*10*	*10*	*10*	*10(c)*	*10*																									
CFB		10	10	2	2	2	2	2	2	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	**10**	**10**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
	dont USN	*10*	*10*	*2*	*2*	*2*	*2*	*2*	*2*	*2*																									
	dont USI	*NA*	*NA*	*NA*	*NA*	*NA*	*NA*	*NA*	*NA*	*NA*																									
CHNP		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	237	237	172	172	180	180	180	180	180	67	67	67	67	67	67	67	**237**	**237**	**239**	**239**	**247**	**247**	**247**	**247**	**247**
RHZ		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	72	72	73	73	73	73	73	73	73	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	**72**	**72**	**73**	**73**	**73**	**73**	**73**	**73**	**73**
HIS		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	30	30	30	30	30	40	40	40	40	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	**30**	**30**	**30**	**30**	**30**	**40**	**40**	**40**	**40**
Colpach		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100	60	60	60	60	60	60	60	60	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	**100**	**60**	**60**	**60**	**60**	**60**	**60**	**60**	**60**
Haus OMEGA		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	15	15	15	15	15	15	15	15	15	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	**15**	**15**	**15**	**15**	**15**	**15**	**15**	**15**	**15**
TOTAL		**2 251**	**2 251**	**2042(b)**	**2 042**	**2 042**	**1 999**	**2 022**	**2 041**	**2 058**	**544**	**504**	**550 (b)**	**550**	**558**	**558**	**551**	**558**	**561**	**67**	**67**	**67**	**67**	**67**	**67**	**67**	**2 795**	**2 755**	**2659(b)**	**2 659**	**2 667**	**2 624**	**2 640**	**2 666**	**2 686**

Notes :
Des lits d'hospitalisation de longue durée médicale sont autorisés aux HRS mais pas encore installés.
Le moyen séjour inclut les lits de réhabilitation psychiatrique, de rééducation fonctionnelle, de rééducation gériatrique, de réhabilitation physique et post-oncologique et de soins palliatifs.
Les lits de soins palliatifs des centres hospitaliers étaient inclus dans les lits aigus avant 2019. A partir de 2019, ils sont inclus dans les lits de moyen séjour, conformément à la loi hospitalière.
Le Château de Colpach (CRCC) a changé d'activité à partir du 1er avril 2018, passant d'une activité de convalescence (100 lits) à une activité de réhabilitation physique et post-oncologique (60 lits)
(b) : Break in time series : la déclaration du CHEM est basée sur les lits installés en 2019 alors qu'elle correspondait aux lits autorisés les années antérieures.
(c) : Break in time series : à partir de 2024, les lits de soins intensifs (USI) sont définis selon une classification internationale standardisée, basée sur les critères de la World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine (WFSICCM) et reprise dans Healthcare non-expenditure statistics manual – Guidelines for completing the Joint questionnaire on non-monetary healthcare statistics – 2023 edition (page 66). Cette évolution méthodologique peut affecter la comparabilité avec les années antérieures.

Tableau 10 : Répartition des lits par type d'activité et ratio pour 1 000 habitants, 2025

(Sources : lits déclarés installés par les établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025 / population : données STATEC au 1er juillet 2025, traitement ObSanté)

Catégorie de lit	Activité	Établissements	Nombre de lits 2025	Nombre d'habitants au GDL 01.07.2025	Nombre de lits pour 1 000 habitants
Lits aigus	**Centres hospitaliers** *(hors lits de rééducation et de soins palliatifs)*	CHdN, CHL, CHEM, HRS	2 037	685 075	2,97
	Établissements aigus spécialisés	INCCI, CFB	21	685 075	0,03
	Total des lits aigus	CHdN, CHL, CHEM, HRS, INCCI, CFB	**2 058**	**685 075**	**3,00**
Lits de moyen séjour	**Réhabilitation psychiatrique**	CHNP	180	685 075	0,26
	Rééducation fonctionnelle	RHZ	73	685 075	0,11
	Rééducation gériatrique	HIS + services de rééducation gériatrique du CHdN, CHEM, HRS	199	685 075	0,29
	Réhabilitation physique et post-oncologique	Colpach	60	685 075	0,09
	Soins palliatifs	Haus OMEGA + services de soins palliatifs du CHdN, CHL, CHEM, HRS	49	685 075	0,07
	Total des lits de moyen séjour	CHNP, RHZ, HIS et services de rééducation gériatrique du CHdN, CHEM et HRS, Colpach, Haus OMEGA et services de soins palliatifs du CHdN, CHL, CHEM et HRS	**561**	**685 075**	**0,82**
Lits de longue durée	**Lits d'hospitalisation de longue durée**	CHNP	**67**	**685 075**	**0,10**
Total des lits aigus, de moyen séjour et de longue durée		**CHdN, CHL, CHEM, HRS, INCCI, CFB, CHNP, HIS, RHZ, Colpach, Haus OMEGA**	**2 686**	**685 075**	**3,92**

Tableau 11 : Répartition des lits-portes et autorisations d'exploitation, par établissement, 2025

(Source : Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Établissements	Sites hospitaliers	Nombre de lits-portes 2025
CHdN	Ettelbruck	4
CHL	Centre	9 lits adultes
	Kannerklinik	6 lits pédiatriques
CHEM	Esch	6
HRS	HK	8
TOTAL		**33**

Tableau 12 : Répartition des lits de soins intensifs, par établissement, 2025

(Source : Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Établissements	Sites hospitaliers	Services	Nombre de lits	*dont nombre de lits selon le niveau de criticité de la Classification WFSICCM*			TOTAL
				nombre de lits de niveau 1	*nombre de lits de niveau 2*	*nombre de lits de niveau 3*	
CHdN	Ettelbruck	Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke unit niveau 1)	2	*0*	*0*	*2*	**16**
		Soins intensifs et anesthésie (adultes)	14	*0*	*0*	*14*	
CHL	Centre	Cardiologie	6	*0*	*6*	*0*	**69**
		Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2)	6	*0*	*6*	*0*	
		Neurochirurgie	6	*0*	*6*	*0*	
		Soins intensifs et anesthésie (adultes)	18	*0*	*0*	*18*	
	Eich	Soins intensifs et anesthésie (adultes)	6	*0*	*0*	*6*	
	Kannerklinik	Néonatologie intensive	22	*0*	*0*	*22*	
		Soins intensifs pédiatriques	5	*0*	*0*	*5*	
CHEM	Esch	Cardiologie	6	*6*	*0*	*0*	**38**
		Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke unit niveau 1)	4	*4*	*0*	*0*	
		Soins intensifs et anesthésie (adultes)	28	*0*	*0*	*28*	
HRS	HK	Cardiologie	4	*0*	*0*	*4*	**41**
		Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke unit niveau 1)	6	*0*	*4*	*2*	
		Orthopédie	4	*0*	*4*	*0*	
		Soins intensifs et anesthésie (adultes)	16	*0*	*0*	*16*	
	ZITHA	Soins intensifs et anesthésie (adultes)	11	*0*	*0*	*11*	
INCCI	INCCI	Chirurgie cardiaque - soins intensifs	10	*0*	*0*	*10*	**10**
TOTAL		**Soins intensifs adultes**	**93**	***0***	***0***	***93***	
		Soins intensifs adultes spécialisés	**54**	***10***	***26***	***18***	
		Soins intensifs néonatologie et pédiatrie	**27**	***0***	***0***	***27***	
		TOTAL	**174**	***10***	***26***	***138***	**174**

Commentaires des hôpitaux :

-Au CHdN, les lits de soins intensifs de niveau 3 de criticité dédiés à l'activité neurovasculaire sont intégrés au service de soins intensifs et d'anesthésie. Des lits monitorisés sont également disponibles dans certaines unités de soins normaux, mais ne sont pas comptabilisés dans ce tableau.

-Au CHL, les lits de soins intensifs dédiés à l'activité neurovasculaire correspondent à des lits de niveau 2 de criticité regroupés au sein d'une unité dédiée. Les patients nécessitant une prise en charge de niveau 3 de criticité sont transférés vers le service de soins intensifs et d'anesthésie. Plusieurs unités de soins normaux disposent également de lits monitorisés, qui ne sont pas comptabilisés dans ce tableau.

En 2025, le Luxembourg compte 174 lits de soins intensifs déclarés installés. Parmi ce décompte, on recense 93 lits adultes pour SI, 54 lits adultes pour des soins intensifs spécialisés et 27 lits SI pour la néonatalogie et la pédiatrie.

Les informations mises à notre disposition ont permis pour cette édition de la Carte sanitaire de préciser le niveau de criticité des lits de soins intensifs au regard de la classification définie par la Fédération mondiale des sociétés de médecin de soins intensifs et critiques (WFSICCM) et utilisée par Eurostat et l'OCDE pour remplir le questionnaire commun sur les statistiques non monétaires des soins de santé (JQNMHC)[11]. Cette classification repose sur plusieurs critères relatifs aux capacités thérapeutiques, aux ressources humaines, aux capacités de surveillance et à l'organisation des unités de soins intensifs. Parmi les principaux critères figurent notamment le ratio personnel/patient, la présence continue de médecins et d'infirmiers spécialisés en soins intensifs, les capacités de monitorage des patients (surveillance invasive ou avancée des fonctions vitales), ainsi que le type de soutien d'organes pouvant être assuré, comme l'assistance respiratoire mécanique, le support hémodynamique ou les techniques de suppléance rénale. La classification prend également en compte la disponibilité d'autres spécialistes médicaux, l'intégration de l'unité au sein de l'hôpital, les activités de formation et de recherche, ainsi que la capacité de l'unité à répondre aux situations complexes ou aux besoins régionaux.

Sur cette base, les lits de soins intensifs sont classés selon le niveau de soins prodigués aux patients. Trois niveaux de surveillance sont définis : le niveau 1 correspond à une prise en charge de patients nécessitant une surveillance et un soutien limité des fonctions vitales, le niveau 2 à des unités disposant de capacités intermédiaires de soins intensifs et de monitorage, tandis que le niveau 3 correspond aux unités offrant le niveau de prise en charge le plus élevé, avec un support complexe et complet des défaillances d'organes ainsi qu'une disponibilité continue de personnel spécialisé.

La répartition des lits SI selon le niveau de criticité en 2025 met en évidence une prédominance des lits de niveau 3 de criticité (138 lits), contre 26 lits de niveau 2 et 10 lits de niveau 1.

[11] Healthcare non-expenditure statistics manual – Guidelines for completing the Joint questionnaire on non-monetary healthcare statistics – 2023 edition (page 66)

Tableau 13 : Répartition des lits d'hospitalisation de jour (lits ou places), par établissement, 2025

(Source : Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Établissements	HDJ chirurgicale	HDJ non chirurgicale	Postes de dialyse	HDJ de psychiatrie	HDJ de pédiatrie	HDJ de rééducation gériatrique	Autres	TOTAL lits ou places HDJ 2025
CHdN	20 dont : *Ettelbruck : 12* *Wiltz : 8*	7 dont : *Ettelbruck : 5* *Wiltz : 2*	22 à Ettelbruck	Psychiatrie adulte : 40 dont : *Ettelbruck : 20* *Wiltz : 20*	0	16 à Wiltz	*NB : il y a 3 lits du laboratoire de sommeil à Wiltz mais non comptabilisés dans le total des lits car il s'agit de salles au sein de l'unité médico-technique*	**105** dont : *Ettelbruck : 59* *Wiltz : 46*
CHL	19 dont : *Centre : 12* *Eich : 7*	30 (14 "oncologie" et 16 "médecine") dont : *Centre : 21* *Eich : 9*	26 au Centre	Psychiatrie adulte : 8 à la Kannerklinik Psychiatrie infantile : 8 à la Kannerklinik	10 à la Kannerklinik	0	Endoscopie : 6 au Centre Laboratoire de sommeil : 4 à la Kannerklinik PMA : 3 à la Maternité Gériatrie : 5 à Eich Maternité : 5 à la Maternité	**124** dont : *Centre : 65* *Maternité : 8* *Kannerklinik : 30* *Eich : 21*
CHEM	18 à Niederkorn	30 dont : *-Esch : 19 (10 d'oncologie, 2 de biothérapie, 3 d'endoscopie, 4 du Centre de crise)* *-Niederkorn : 9 (6 pour la colonne vertébrale et 3 d'endoscopie)* *-Dudelange : 2 (2 d'endoscopie)*	16 à Esch	21 à Esch	0	10 à Dudelange	Laboratoire de sommeil : 4 à Niederkorn	**99** dont : *Esch : 56* *Dudelange : 12* *Niederkorn : 31*
HRS	36 dont : *HK : 23* *ZITHA : 13*	70 dont : *HK : 5* *Bohler : 4* *ZITHA : 61 (dont 4 pour le laboratoire de sommeil)*	29 dont : *HK : 16* *ZITHA : 13*	Psychiatrie adulte : 15 à l'HK Psychiatrie juvénile : 32 dont : *HK : 20* *CSM :12*	0	12 dont : *ZITHA : 8* *Bohler : 4*		**194** dont : *HK : 79* *Bohler : 8* *ZITHA : 95* *CSM : 12*
INCCI	14	0	NA	NA	NA	NA	0	**14**
CFB	NA	5	NA	NA	NA	NA	0	**5**
CHNP	NA	NA	NA	Réhabilitation psychiatrique : 60 dont : *Rehaklinik : 15* *HDJ stupéfiant (Rehaklinik) : 15* *Centre Äddi-C : 15* *Clinique de l'attention* : 15	NA	NA	0	**60**
Rehazenter	NA	NA	NA	NA	NA	0	0	**0**
HIS	NA	NA	NA	NA	NA	10	0	**10**
Colpach	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Réhabilitation physique : 15 Réhabilitation post-oncologique : 5	**20**
Haus OMEGA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	**0**
TOTAL	**107**	**142**	**93**	**184**	**10**	**48**	**47**	**631**

3.1.2. Analyse descriptive des lits planifiés, autorisés et installés : 2024-2025 et évolutions à partir de 2026

- *Situation nationale*

LITS HOSPITALIERS :

Au 1er juillet 2025, la loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018 planifie, en son annexe 2, un nombre maximal de 3 153 lits pouvant être autorisés au niveau national : 2 346 lits aigus, 720 lits de moyen séjour[12] et 87 lits de soins de longue durée.
Les autorisations, délivrées fin décembre 2023 et effectives à partir du 1er janvier 2024, concernent 2 781 lits dont : 2 119 lits aigus, 575 lits de moyen séjour et 87 lits de soins de longue durée. Ainsi, 88,2% du nombre maximum de lits planifiés par la loi hospitalière, selon l'annexe 2, ont été autorisés.

Tableau 14 : Répartition des lits planifiés (2024-2025), autorisés (2024-2025) et installés (2025), par type de lit hospitalier

(Source : Annexe 2 de la loi hospitalière modifiée du 08 mars 2018, Autorisations ministérielles d'exploitation de 2024, Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

	Planifiés 01.01.2024-31.12.2025	Autorisés 01.01.2024-31.12.2025	Installés au 01.07.2025
Nombre de lits aigus	2 346	2 119	2 058
Nombre de lits de moyen séjour	720	575	561
Nombre de lits d'hospitalisation de longue durée	87	87	67
TOTAL	3 153	2 781	2 686

Note : Depuis le 19.08.2024, 10 lits aigus supplémentaires ont été autorisés pour le service national de psychiatrie juvénile des HRS.

En 2025, 2 686 lits hospitaliers sont installés, répartis comme suit : 2 058 lits aigus, 561 lits de moyen séjour et 67 lits de longue durée. Ainsi, 96,6% des lits autorisés ont été installés.
Le nombre total de lits hospitaliers installés est de 3,9 pour 1 000 habitants au 01.07.2025.

Le nombre de lits aigus planifiés, autorisés, et installés est respectivement de 3,42 / 3,09 / 3,00 pour 1 000 habitants en 2025.

Entre l'édition 2023 de la Carte sanitaire et celle-ci, on constate une légère augmentation des lits installés passant de 2 640 à 2 686 lits (+ 1,7%), soit une différence de 46 lits dont 36 lits aigus et 10 lits de moyen séjour.

Lorsque des écarts sont constatés entre les lits autorisés et les lits installés, des explications ont été sollicitées auprès des établissements concernés. Ces précisions sont indiquées pour chaque service concerné. Les principales raisons évoquées sont :

- des contraintes architecturales (bâtiment à rénover, agrandissement prévu…)
- des variations d'activité

[12] Au 01.07.2025, l'Annexe 1 de la loi hospitalière modifiée autorise un nombre maximal pouvant être autorisé au niveau national de 710 lits de moyen séjour. L'écart entre les 720 lits de moyen séjour maximaux mentionnés dans l'Annexe 2 et les 710 lits de moyen séjour maximaux indiqués dans l'Annexe 1 s'explique par le fait que l'Annexe 1 prend en considération que le nombre maximal de lits de moyen séjour au CRCC ne peut être supérieur à 60 (art. 5 alinéa 5 de la loi hospitalière modifiée de 2018), tandis que l'Annexe 2 compile un total de 70 lits en additionnant les capacités maximales du service de réhabilitation physique (40 lits max) et du service de réhabilitation post-oncologique (30 lits max).

Évolutions concernant les lits hospitaliers à partir de 2026 :
Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 19 décembre 2025 modifiant la loi hospitalière de 2018, ainsi qu'au renouvellement des autorisations d'exploitation des établissements hospitaliers pour une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2026, le nombre total de lits planifiés et autorisés a évolué. :

- L'Annexe 2 de la loi hospitalière fixe désormais à 3 545 le nombre maximal de lits planifiés au niveau national (soit 392 lits supplémentaires), dont 2 545 lits aigus. Cela représente une augmentation de 8,5% de la capacité totale de lits aigus.
- Les autorisations d'exploitation en vigueur au 1er janvier 2026 concernent 2 813 lits dont 2 151 lits aigus, 575 lits de moyen séjour et 87 lits de soins de longue durée. Ainsi, au 1er janvier 2026, 79,4% des lits planifiés par la loi hospitalière ont fait l'objet d'une autorisation d'exploitation.

Tableau 15 : Répartition des lits planifiés et autorisés par type de lit (2024, 2026)

(Source : Annexe 2 de la loi hospitalière modifiée du 08 mars 2018, Autorisations ministérielles d'exploitation de 2024 et de 2026)

	Planifiés 01.01.2024-31.12.2025	Autorisés 01.01.2024-31.12.2025	Planifiés depuis le 01.01.2026[1]	Autorisés depuis le 01.01.2026
Nombre de lits aigus	2 346	2 119	2 545	2 151
Nombre de lits de moyen séjour	720	575	840	575
Nombre de lits d'hospitalisation de longue durée	87	87	160	87
TOTAL	3 153	2 781	3 545	2 813

Note : [1]En complément des 2 545 lits aigus planifiés au niveau national, la loi hospitalière prévoit, à compter du 1er janvier 2026, un contingent supplémentaire maximal de 200 lits aigus de réserve sanitaire (50 lits par centre hospitalier). Ces lits de réserve sanitaire sont inclus à l'Annexe 1, mais pas dans les totaux par service à l'Annexe 2.

Dans l'hypothèse où l'ensemble de ces 3 545 lits seraient autorisés et installés, et considérant qu'en décembre 2025 la population résidente au Luxembourg s'élève à 690 959 habitants[13], le ratio s'élèverait à **5,1 lits hospitaliers pour 1 000 habitants**.

LITS D'HOSPITALISATION DE JOUR :

En 2025, les capacités d'accueil au Luxembourg en hospitalisation de jour, incluant les lits HDJ et les places de dialyse installés sont de 631, soit une augmentation de 58 lits et places (+10,1%) par rapport à l'édition 2023 de la Carte sanitaire. À partir de 2026, ce nombre de lits HDJ installés peut encore augmenter, conformément aux nouvelles autorisations délivrées.

Entre 2019 et 2025, le nombre de lits d'hospitalisation de jour autorisés et installés a progressé (respectivement +9,4% et +24,0%). Le taux d'installation de lits HDJ a également augmenté de manière continue sur la période.

[13] Source : données populationnelles du STATEC au 31.12.2025

Tableau 16 : Répartition et évolution du nombre de lits HDJ autorisés et installés

(Source : Autorisations ministérielles d'exploitation de 2019, 2024 et de 2026, Carte Sanitaire 2019, 2021 et 2023, Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Année	Lits HDJ autorisés	Lits HDJ installés	Écart (autorisés - installés)	Taux d'installation des lits HDJ autorisés
2019	679	509	170	75%
2020	679	509	170	75%
2021	679	509	170	75%
2022	679	550	129	81%
2023	679	573	106	84%
2024	743	622	121	84%
2025	743	631	112	85%
2026	759	/	/	/

Notes :

Dans ce tableau, seuls les lits HDJ (lits HDJ chirurgicale, lits HDJ non-chirurgicale, lits HDJ de pédiatrie, lits HDJ de psychiatrie, lits HDJ de rééducation gériatrique, lits HDJ de réhabilitation physique et post-oncologique, lits HDJ du laboratoire du sommeil, lits HDJ de la médecine de l'environnement, lits HDJ de gériatrie aigüe, lits HDJ de la PMA, lits HDJ d'endoscopie, lits HDJ de maternité) et les postes de dialyse de tous les établissements hospitaliers sont comptabilisés. Les lits-portes sont exclus.

- *Il s'agit des lits HDJ installés au 1er juillet de l'année civile considérée*
- *À partir du 20 août 2025, 3 lits supplémentaires d'HDJ non-chirurgicale sont autorisés sur le site CHL-Grevenmacher, portant le total de lits HDJ autorisés à 746 lits HDJ (non inclus dans le tableau).*

À la date de parution de cette édition de la Carte sanitaire, les modifications de la loi hospitalière de 2018 intervenues les 29 juillet 2023 et 19 décembre 2025, permettant au secteur hospitalier de disposer de sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoire se sont traduites par la création de lits ou de places supplémentaires d'hospitalisation de jour. À titre d'exemple, 3 lits d'hospitalisation de jour non chirurgicale ont été autorisés en août 2025 sur le nouveau site du CHL à Grevenmacher.

Ces modifications de la loi hospitalière incluent notamment l'autorisation de deux antennes de service supplémentaires pour les établissements multi-sites pour les services hospitaliers suivants : dialyse, imagerie médicale, oncologie, hospitalisation de jour non chirurgicale ainsi que pour les services d'hospitalisation de jour chirurgicale et de chirurgie générale, digestive ou viscérale pour les interventions légères en ophtalmologie et en dermatologie.

- *État des lieux par établissement*

Tableau 17 : Répartition des lits aigus autorisés (2024/2026) et installés (2023/2025), par établissement

(Source : Autorisations ministérielles d'exploitation 2024 et 2026, Carte Sanitaire 2023, Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Établissements	Lits aigus				
	Lits autorisés 2024-2025[1]	Lits installés 2023	Lits installés 2025	Lits autorisés 2026-2030	Évolution lits autorisés par rapport à 2024-2025
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	en %
CHdN	324	321	320	333	3%
CHL	602	579	594	603	0%
CHEM	523	469	475	526	1%
HRS	648	632	648	667	3%
INCCI	20	19	19	20	0%
CFB	2	2	2	2	0%
TOTAL	**2 119**	**2 022**	**2 058**	**2 151**	**2%**

Note : [1]Le 19.08.2024, 10 lits supplémentaires ont été autorisés pour le service national de psychiatrie juvénile des HRS.

Entre 2023 et 2025, une légère augmentation de 36 lits aigus installés (+1,8%) a été observée, portant le total à 2 058 lits aigus installés en 2025. La répartition par établissement montre une diminution du nombre de lits aigus installés au CHdN en 2025 (1 lit) et une augmentation des lits aigus installés au CHL (15 lits), au CHEM (6 lits) et aux HRS (16 lits).

Quant aux lits aigus autorisés, leur nombre a augmenté entre 2024 et 2026 dans les 4 centres hospitaliers.
Pour rappel, l'article 4 de la loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018 autorise un maximum de 700 lits de soins aigus par centre hospitalier, exploités sur deux sites hospitaliers au maximum. En 2026, les HRS se situent à 33 lits du plafond autorisé.

Les autorisations de 2026 prennent en compte les lits directement exploitables au 01.01.2026 selon la loi hospitalière modifiée ainsi que les lits prévus selon les projets de construction déjà autorisés et avec une loi de financement existante. Ainsi les lits issus des projets du Südspidol pour le CHEM, du nouveau bâtiment Centre et de l'Umbau Kannerklinik pour le CHL sont pris en considération dans les autorisations délivrées en 2026.

Pour les établissements aigus spécialisés (CFB et INCCI), aucun changement n'a été constaté pour les installations et pour les autorisations.

Tableau 18 : Répartition des lits de moyen séjour autorisés (2024/2026) et installés (2023/2025), par établissement

(Source : Autorisations ministérielles d'exploitation 2024 et 2026, Carte Sanitaire 2023, Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Établissements	Lits de moyen séjour				
	Lits autorisés 2024-2025	Lits installés 2023	Lits installés 2025	Lits autorisés 2026-2030	Évolution lits autorisés par rapport à 2024-2025
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	en %
CHdN	39	36	39	39	0%
CHL	10	10	10	10	0%
CHEM	74	65	66	74	0%
HRS	84	72	78	84	0%
CHNP	180	180	180	180	0%
RHZ	73	73	73	73	0%
HIS	40	40	40	40	0%
Colpach	60	60	60	60	0%
Haus OMEGA	15	15	15	15	0%
TOTAL	**575**	**551**	**561**	**575**	**0%**

Pour les lits de moyen séjour, une légère augmentation de 10 lits installés (+1,8%) est observée en 2025 par rapport à 2023, portant le total à 561 lits. La répartition par établissement met en évidence une hausse au CHdN (3 lits), au CHEM (1 lit) et aux HRS (6 lits), tandis que les autres établissements hospitaliers ont maintenu une capacité stable.
Quant aux lits autorisés, leur nombre n'a pas augmenté entre 2024 et 2026.

Tableau 19 : Répartition des lits de soins de longue durée autorisés (2024/2026) et installés (2023/2025), par établissement

(Source : Autorisations ministérielles d'exploitation 2024 et 2026, Carte Sanitaire 2023, Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Établissements	Lits de soins de longue durée				
	Lits autorisés 2024-2025	Lits installés 2023	Lits installés 2025	Lits autorisés 2026-2030	Évolution lits autorisés par rapport à 2024-2025
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	en %
HRS	20	0	0	20	0%
CHNP	67	67	67	67	0%
TOTAL	**87**	**67**	**67**	**87**	**0%**

Aucune évolution n'a été constatée concernant les lits autorisés et installés d'hospitalisation de longue durée.

Les nombres de lits autorisés pour les services d'hospitalisation de longue durée médicale et d'hospitalisation de longue durée psychiatrique correspondent aux nombres maxima de lits planifiés par l'Annexe 2 de la loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018.

Les lits du service d'hospitalisation de longue durée médicale ne sont pas installés aux HRS.

3.2. Services hospitaliers

3.2.1. État des lieux en 2025

La loi hospitalière modifiée de 2018 prévoit que l'activité médico-soignante s'exerce dans des services hospitaliers, dont 19 doivent obligatoirement faire partie intégrante des 4 centres hospitaliers, ainsi que 18 services nationaux, uniques pour le pays, qui concentrent les compétences, les équipements ou les infrastructures spécifiques nécessaires à l'exécution de leur mission.

En 2025, tous les services prévus par la loi sont autorisés.

Tableau 20 : Présentation des services hospitaliers, par centre hospitalier, 2025

(Source : Déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Note : Cette présentation est réalisée selon les dénominations des services définies par la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Dénomination du service	CHdN *(Ettelbruck/Wiltz)*	CHL *(Centre, Kannerklinik, Maternité, Clinique d'Eich, Potaschberg)*	CHEM *(Esch, Niederkorn, Dudelange)*	HRS *(Hôpital Kirchberg, Clinique Dr E. Bohler, Zithaklinik, Clinique Ste Marie)*	TOTAL
Services hospitaliers obligatoires pour les centres hospitaliers – Art.4 (2)					
Cardiologie	CHdN-Ettelbruck : **20 lits**[1]	CHL-Centre : **34 lits** dont 6 lits de soins intensifs	CHEM-Esch : **20 lits**[2] dont 6 lits de soins intensifs	HRS-Kirchberg : **30 lits** dont 4 lits de soins intensifs	**104 lits** dont 16 lits de soins intensifs
Chirurgie viscérale	CHdN-Ettelbruck : **20 lits**[1]	CHL-Centre : **24 lits**	CHEM-Esch : **23 lits**	**28 lits** dont : - Service : HRS- Zithaklinik : 24 lits - Antenne : HRS- Kirchberg : 4 lits	**95 lits**
Dialyse	CHdN-Ettelbruck : **22 postes (HDJ)** dont : -22 postes d'hémodialyse médicalisée	CHL-Centre : **26 postes (HDJ)** dont : -16 postes d'hémodialyse médicalisée -10 postes d'auto-dialyse assistée	CHEM-Esch : **16 postes (HDJ)** dont : -16 postes d'hémodialyse médicalisée	**29 postes (HDJ)** dont - Service : HRS-Kirchberg : 16 postes - Antenne : HRS-Zithaklinik : 13 postes Ces 29 postes se décomposent en : -23 postes d'hémodialyse médicalisée -4 postes d'auto-dialyse assistée -2 postes d'auto-dialyse simple	**93 postes (HDJ)** dont : -77 postes d'hémodialyse médicalisée -14 postes d'auto-dialyse assitée -2 postes d'auto-dialyse simple
Gastroentérologie	**12 lits** dont - Service : CHdN-Ettelbruck : 5 lits - Antenne : CHdN-Wiltz : 7 lits	CHL-Centre : **14 lits** et 6 lits HDJ d'endoscopie	CHEM-Esch : **20 lits**[3]	**27 lits** dont : - Service : HRS- Zithaklinik : 13 lits - Antenne : HRS- Kirchberg : 14 lits	**73 lits** et 6 lits HDJ d'endoscopie
Gériatrie aiguë	**47 lits** dont - Service : CHdN-Wiltz : 32 lits - Antenne : CHdN-Ettelbruck : 15 lits	CHL-Eich : **19 lits** et 5 lits HDJ de gériatrie aigue	CHEM- Niederkorn : **48 lits**[4]	HRS-Kirchberg : **34 lits**	**148 lits** et 5 lits HDJ de gériatrie aigue
Hospitalisation de jour chirurgicale	**20 lits HDJ** dont : -Service : CHdN-Ettelbruck : 12 lits HDJ -Antenne : CHdN-Wiltz : 8 lits HDJ	**19 lits HDJ** dont : -Service : CHL-Centre : 12 lits HDJ -Antenne : CHL-Eich : 7 lits HDJ	CHEM-Niederkorn : **18 lits HDJ**	**36 lits HDJ** dont : -Service : HRS-Kirchberg : 23 lits HDJ -Antenne : HRS-Zithaklinik : 13 lits HDJ	**93 lits HDJ**
Hospitalisation de jour non-chirurgicale	**7 lits HDJ** dont : -Service : CHdN-Ettelbruck : 5 lits HDJ -Antenne : CHdN-Wiltz : 2 lits HDJ	**30 lits HDJ**, dont 14 lits d'oncologie et 16 lits de médecine : -Service : CHL-Centre : 21 lits HDJ -Antenne : CHL-Eich : 9 lits HDJ	**30 lits HDJ** dont : -Service : CHEM-Esch : 19 lits HDJ (dont 10 lits d'oncologie, 2 de biothérapie, 3 lits d'endoscopie, 4 du centre de crise pour de la psychiatrie) -Antenne : CHEM-Niederkorn : 9 lits HDJ (6 lits de "l'HDJ Colonne vertébrale" pour de l'imagerie et 3 d'endoscopie) -Antenne : CHEM-Dudelange : 2 lits HDJ (2 lits d'endoscopie)	**70 lits HDJ**, dont - Service : HRS-Zithaklinik: 61 lits HDJ (dont 4 lits HDJ pour le Laboratoire du sommeil) - Antenne : HRS-Kirchberg : 5 lits HDJ - Antenne : HRS-Bohler: 4 lits HDJ	**137 lits HDJ**

Dénomination du service	CHdN *(Ettelbruck/Wiltz)*	CHL *(Centre, Kannerklinik, Maternité, Clinique d'Eich, Potaschberg)*	CHEM *(Esch, Niederkorn, Dudelange)*	HRS *(Hôpital Kirchberg, Clinique Dr E. Bohler, Zithaklinik, Clinique Ste Marie)*	TOTAL
Services hospitaliers obligatoires pour les centres hospitaliers – Art.4 (2)					
Imagerie médicale	Service : CHdN-Ettelbruck Antenne : CHdN-Wiltz	Service : CHL-Belair Antennes[5] : CHL-Eich et CHL-Potaschberg	Service : CHEM-Esch Antennes : CHEM-Niederkorn et Dudelange	Service : HRS-Kirchberg Antennes[6] : HRS-Zithaklinik et HRS-Clinique Ste Marie (en déménagement)	**Pas de lits**
Médecine interne générale	**10 lits** dont - Service : CHdN-Ettelbruck : 6 lits - Antenne : CHdN-Wiltz : 4 lits	CHL-Centre : **30 lits**	**27 lits** dont - Service : CHEM-Esch : 4 lits - Antenne : CHEM-Niederkorn: 23 lits	**35 lits** dont - Service : HRS-Kirchberg : 22 lits - Antenne : HRS-Zithaklinik : 13 lits	**102 lits**
Neurologie	CHdN-Ettelbruck : **19 lits** *(Wiltz : rééducation neurocognitive dans les 2 lits d'HDJ non chirurgical –Neuro-Vitalis)*	CHL-Centre : **14 lits**	CHEM-Esch : **16 lits**[3] et 4 lits HDJ Laboratoire du sommeil implantés au sein de l'antenne du service de neurologie à Niederkorn	HRS-Kirchberg : **14 lits** *(ZITHA : 4 lits HDJ Laboratoire du sommeil inclus dans HDJ non chirurgicale)*	**63 lits** et 4 lits HDJ Laboratoire du sommeil
Obstétrique	Obstétrique maternité niveau 1 CHdN-Ettelbruck : **10 lits**	Obstétrique maternité niveau 2 CHL-Maternité : **36 lits**	Obstétrique maternité niveau 1 CHEM-Esch : **18 lits**	Obstétrique maternité niveau 1 HRS-Clinique Bohler : **41 lits** *(4 lits HDJ inclus dans HDJ non chirurgicale)*	**105 lits**
Oto-Rhino-Laryngologie	CHdN-Ettelbruck : **8 lits**	CHL-Eich : **8 lits**	CHEM-Esch : **9 lits**	**20 lits** dont : - Service : HRS-Zithaklinik : 13 lits - Antenne : HRS-Kirchberg : 7 lits	**45 lits**
Pneumologie	CHdN-Ettelbruck : **13 lits** *(Wiltz : L'unité médico-technique Laboratoire du sommeil comporte également 5 salles qui ne sont pas considérées comme des lits)*	CHL-Centre : **23 lits** et 4 lits HDJ Laboratoire du sommeil à la Kannerklinik	CHEM-Esch : **19 lits**	**25 lits** dont - Service : HRS-Zithaklinik : 15 lits *(dispose d'1 lit HDJ parmi les lits HDJ Laboratoire du sommeil)* - Antenne : HRS-Kirchberg : 10 lits	**80 lits** et 4 lits HDJ Laboratoire du sommeil
Psychiatrie aiguë	CHdN-Ettelbruck : **41 lits** dont 12 lits de psychiatrie intensive/fermée	CHL-Centre : **48 lits**	**51 lits** dont - Service : CHEM-Esch : 12 lits - Antenne : CHEM- Niederkorn : 39 lits	**90 lits** dont - Service : HRS-Kirchberg : 60 lits - Antenne : HRS-Zithaklinik : 30 lits	**230 lits**
Soins intensifs et anesthésie	CHdN-Ettelbruck : **14 lits** de soins intensifs	**24 lits** de soins intensifs dont - Service : CHL-Centre : 18 lits - Antenne : CHL-Eich : 6 lits	CHEM-Esch : **28 lits**[3] de soins intensifs	**27 lits** de soins intensifs dont - Service : HRS-Kirchberg : 16 lits - Antenne : HRS-Zithaklinik : 11 lits	**93 lits** de soins intensifs
Soins palliatifs (*service avec lits de moyen séjour*)	CHdN-Ettelbruck : **6 lits**	CHL-Eich : **10 lits**	CHEM-Esch : **8 lits**[3]	HRS-Zithaklinik : **10 lits**	et Haus OMEGA : **15 lits** TOTAL: **49 lits**
Traumatologie	CHdN-Ettelbruck : **26 lits**[1]	CHL-Centre : **24 lits**	CHEM-Esch : **30 lits**[3]	HRS-Kirchberg : **34 lits**	**114 lits**
Orthopédie	**18 lits** dont - Service : CHdN-Ettelbruck : 12 lits - Antenne : CHdN-Wiltz : 6 lits	CHL-Eich : **33 lits**	**52 lits** dont - Service : CHEM-Esch : 30 lits - Antenne : CHEM- Niederkorn : 22 lits	**62 lits** dont - Service : HRS-Kirchberg : 38 lits dont 4 lits de soins intensifs - Antenne : HRS-Zithaklinik : 24 lits	**165 lits** dont 4 lits de soins intensifs
Urgence	CHdN-Ettelbruck : **4 lits-portes**	CHL-Centre : **9 lits-portes**	CHEM-Esch : **6 lits-portes**	HRS-Kirchberg : **8 lits-portes**	**27 lits-portes**
Urologie	CHdN-Ettelbruck : **10 lits**	CHL-Centre : **6 lits**	CHEM-Esch : **20 lits**	HRS-Kirchberg : **22 lits**	**58 lits**

Dénomination du service	CHdN *(Ettelbruck/Wiltz)*	CHL *(Centre, Kannerklinik, Maternité, Clinique d'Eich, Potaschberg)*	CHEM *(Esch, Niederkorn, Dudelange)*	HRS *(Hôpital Kirchberg, Clinique Dr E. Bohler, Zithaklinik, Clinique Ste Marie)*	TOTAL
Autres services hospitaliers – Art.4 (3)					
Chirurgie esthétique		CHL-Eich : **7 lits**		**8 lits** dont - Service : HRS-Clinique Bohler : 6 lits - Antenne : HRS-Zithaklinik : 2 lits	**15 lits**
Chirurgie vasculaire	CHdN-Ettelbruck : **10 lits**	CHL-Centre : **12 lits**	CHEM-Esch : **20 lits**	**18 lits** dont - Service : HRS-Kirchberg : 10 lits - Antenne : HRS-Zithaklinik : 8 lits	**60 lits**
Gynécologie	CHdN-Ettelbruck : **8 lits**	**30 lits** et 5 lits HDJ de maternité dont - Service : CHL-Maternité : 23 lits et 5 lits HDJ de maternité - Antenne : CHL-Centre : 7 lits	CHEM-Esch : **8 lits**	HRS-Clinique Bohler : **26 lits**	**72 lits** et 5 lits HDJ de maternité
Neuro-vasculaire (stroke unit niveau 1)	CHdN-Ettelbruck : **6 lits** dont 2 lits de soins intensifs		CHEM-Esch : **4 lits** dont 4 lits de soins intensifs	HRS-Kirchberg : **6 lits** dont 6 lits de soins intensifs	**16 lits** dont 12 lits de soins intensifs
Oncologie	CHdN-Ettelbruck : **20 lits**	CHL-Centre : **42 lits**[5]	CHEM-Esch : **36 lits**[3]	HRS-Zithaklinik : **25 lits**	**123 lits**
Pédiatrie de proximité	CHdN-Ettelbruck : **3 lits**		CHEM-Esch : **10 lits**	HRS-Kirchberg : **14 lits** dont 9 lits de néonatologie non-intensive	**27 lits** dont 9 lits de néonatologie non-intensive
Rééducation gériatrique *(service avec lits de moyen séjour)*	CHdN-Wiltz : **33 lits**		CHEM-Dudelange : **58 lits**	HRS-Zithaklinik : **68 lits**	et HIS : **40 lits** **Total : 199 lits**
Hospitalisation de jour de pédiatrie		CHL-Kannerklinik : **10 lits HDJ**	CHEM-Esch : **0 lits HDJ**		**10 lits HDJ**
Hospitalisation de jour de psychiatrie	**40 lits HDJ :** -Service : CHdN-Ettelbruck : 20 lits HDJ -Antenne : CHdN-Wiltz : 20 lits HDJ	CHL-Kannerklinik : **8 lits HDJ** (psychiatrie adulte)	Service : CHEM-Esch : **21 lits HDJ**	HRS-Kirchberg : **15 lits HDJ**	**84 lits HDJ**
Hospitalisation de jour de rééducation gériatrique	CHdN-Wiltz : **16 lits HDJ**		CHEM-Dudelange : **10 lits HDJ**	**12 lits HDJ**[7] **:** -Service : HRS-Zithaklinik : 8 lits HDJ -Antenne : HRS-Clinique Bohler : 4 lits HDJ	et HIS **: 10 lits HDJ** **Total : 48 lits HDJ**

Dénomination du service	CHdN *(Ettelbruck/Wiltz)*	CHL *(Centre, Kannerklinik, Maternité, Clinique d'Eich, Potaschberg)*	CHEM *(Esch, Niederkorn, Dudelange)*	HRS *(Hôpital Kirchberg, Clinique Dr E. Bohler, Zithaklinik, Clinique Ste Marie)*	TOTAL
Services nationaux – Art.4 (4)					
Chirurgie pédiatrique		CHL-Kannerklinik : **16 lits**			**16 lits**
Chirurgie plastique		Antenne : CHL Eich : **3 lits**	Service : CHEM-Esch : **10 lits**	Antenne : HRS-Kirchberg : **2 lits**	**15 lits**
Hémato-oncologie		CHL-Centre : **15 lits**			**15 lits**
Hospitalisation de longue durée médicale				HRS-Zithaklinik: Service non créé à ce jour	**Service non créé à ce jour**
Immuno-allergologie		CHL-Centre : **1 lit**			**1 lit**
Maladies infectieuses		CHL-Centre : **19 lits**			**19 lits**
Médecine de l'environnement			Non installé		**Non installé**
Néonatologie intensive		CHL-Kannerklinik : **22 lits** de soins intensifs			**22 lits** de soins intensifs
Néphrologie	Service CHdN-Ettelbruck : **5 lits**	Antenne CHL-Centre : **5 lits**	Antenne CHEM-Esch : **6 lits**	Antenne HRS-Kirchberg : **14 lits**	**30 lits**
Neurochirurgie		CHL-Centre : **36 lits** dont 6 lits de soins intensifs			**36 lits** dont 6 lits de soins intensifs
Stroke unit niveau 2		CHL-Centre : **6 lits** de soins intensifs			**6 lits** de soins intensifs
Ophtalmologie spécialisée				HRS-Kirchberg : **6 lits**	**6 lits**
Pédiatrie spécialisée		CHL-Kannerklinik : **30 lits**			**30 lits**
Procréation médicalement assistée		CHL-Maternité : **3 lits HDJ**			**3 lits HDJ**
Psychiatrie infantile		CHL-Centre : **8 lits** CHL-Kannerklinik : **8 lits HDJ**			**8 lits** et **8 lits HDJ**
Psychiatrie juvénile				HRS-Kirchberg : **40 lits**[8] et **20 lits HDJ** : HRS-Clinique Ste Marie : **12 lits HDJ**	**40 lits** et **32 lits HDJ**
Soins intensifs pédiatriques		CHL-Kannerklinik : **5 lits** de soins intensifs			**5 lits** de soins intensifs
Urgence pédiatrique		CHL-Kannerklinik : **6 lits-portes**			**6 lits-portes**

Notes :
[1]Suppression des lits à Wiltz en 2024.
[2]L'antenne de Niederkorn n'a pas été déployée. Un regroupement/recentralisation des lits de cardiologie sur un seul site (Esch) a été réalisé en vue de rationaliser les ressources (matériels, personnels etc).
[3]Suppression des lits de l'antenne de Niederkorn.
[4]Regroupement/recentralisation des lits gériatriques sur un seul site (Niederkorn).
[5]À partir du 20.08.2025, un site supplémentaire a été autorisé à Grevenmacher pour le CHL, dénommé CHL-Grevenmacher. Ce site servira d'antenne de service pour les services hospitaliers d'imagerie médicale, d'hospitalisation de jour non-chirurgicale et d'oncologie.
[6]À partir du 20.08.2025, un site supplémentaire a été autorisé à Luxembourg pour les HRS, dénommé HRS-Cloche d'or. Ce site servira d'antenne de service du service hospitalier d'imagerie médicale.
[7]En avril 2025, les lits HDJ de rééducation gériatrique des HRS ont déménagé de la clinique Sainte-Marie vers le site de la Zithaklinik. Parmi eux, 4 lits HDJ sont exploités à la Clinique Bohler pour de l'évaluation gériatrique.
[8]Depuis le 19.08.2024, 10 lits supplémentaires ont été autorisés pour le service national de psychiatrie juvénile, portant le total de 30 à 40 lits autorisés pour la période 2024-2025.

Tableau 21 : Localisation des services nationaux, 2025

(Source : Loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018, autorisations d'exploitation des services hospitaliers, déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Services nationaux		Localisation et nombre de lits et de lits d'hospitalisation de jour, 2025
Services de soins aigus	Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque	INCCI : 19 lits dont 10 de soins intensifs *(14 lits HDJ chirurgicale)*
	Chirurgie pédiatrique	CHL-Kannerklinik : 16 lits
	Chirurgie plastique	Service : CHEM-Esch : 10 lits Antennes : - CHL-Eich : 3 lits - HRS-Kirchberg : 2 lits
	Hémato-oncologie	CHL-Centre : 15 lits
	Immuno-allergologie	CHL-Centre : 1 lit
	Maladies infectieuses	CHL-Centre : 19 lits
	Médecine de l'environnement	CHEM-Niederkorn : *Service non installé*
	Néonatologie intensive	CHL-Kannerklinik : 22 lits de soins intensifs
	Néphrologie	Service : CHdN-Ettelbruck : 5 lits Antennes : - CHL-Centre : 5 lits - CHEM-Esch : 6 lits - HRS-HK : 14 lits
	Neurochirurgie	CHL-Centre : 36 lits dont 6 lits de soins intensifs
	Neuro-vasculaire (stroke unit) niveau 2	CHL-Centre : 6 lits de soins intensifs
	Ophtalmologie spécialisée	HRS-HK : 6 lits
	Pédiatrie spécialisée	CHL-Kannerklinik : 30 lits
	Psychiatrie infantile	CHL-Kannerklinik : 8 lits *(8 lits HDJ)*
	Psychiatrie juvénile	HRS-HK : 40 lits *(20 lits HDJ)* *(CSM : 12 lits HDJ)*
	Radiothérapie	*CFB : 2 lits (5 lits HDJ non-chirurgicale d'oncologie)*
	Soins intensifs pédiatriques	CHL-Kannerklinik : 5 lits de soins intensifs
Services de moyen séjour	Rééducation fonctionnelle	RHZ : 73 lits *(et 3 appartements thérapeutiques)*
	Réhabilitation physique	Colpach (CRCC) : 40 lits *(15 lits HDJ)*
	Réhabilitation post-oncologique	Colpach (CRCC) : 20 lits *(5 lits HDJ)*
	Réhabilitation psychiatrique	CHNP : 180 lits dont : - Rehaklinik : 110 lits - Centre thérapeutique Manternach : 25 lits - Centre thérapeutique Useldange : 29 lits - Centre thérapeutique Putscheid : 16 lits *(Rehaklinik : 15 lits HDJ, Centre Äddi-c : 15 lits HDJ, Clinique de l'attention : 15 lits HDJ, HDJ stupéfiant : 15 lits HDJ)*
Services d'hospitalisation de longue durée	Hospitalisation de longue durée médicale	*HRS-HK : Service non installé*
	Hospitalisation de longue durée psychiatrique	CHNP : 67 lits dont : - Rehaklinik : 55 lits - Centre thérapeutique de Diekirch : 12 lits
Services hospitaliers ne disposant pas de lit hospitalier	Procréation médicalement assistée	CHL-Maternité *(3 lits HDJ)*
	Urgence pédiatrique	CHL-Kannerklinik : 6 lits-portes

3.2.2. État des lieux des lits planifiés, autorisés et installés par service hospitalier

De manière générale, l'analyse de la répartition des lits en juillet 2025 dans ces services montre que :

- Pour la majorité des services de soins aigus des centres hospitaliers, les lits autorisés en 2024 ont été installés ; cependant,
  - Dans 12 services de soins aigus (répartis entre les 4 centres hospitaliers), 65 lits autorisés ne sont pas installés, ce qui représente 3,1 % des lits aigus autorisés.
  - Pour 1 service de soins aigus (dans 1 centre hospitalier), les lits installés dépassent le nombre de lits autorisés, représentant 5 lits.
  - En tenant compte de ces 5 lits installés en excédent, le déficit net s'élève à 60 lits, soit 2,9% du total des lits aigus autorisés.
- Pour les établissements de soins aigus spécialisés (INCCI, CFB), tous les lits aigus autorisés sont installés, à l'exception d'un seul lit à l'INCCI.
- Pour les services de moyen séjour,
  - Tous les lits autorisés sont installés pour les services de réhabilitation physique (CRCC), de réhabilitation post-oncologique (CRCC), de rééducation fonctionnelle (RHZ) et de réhabilitation psychiatrique (CHNP).
  - Dans deux services de moyen séjour (rééducation gériatrique et soins palliatifs répartis dans 2 centres hospitaliers), des lits autorisés ne sont pas installés, représentant un total de 14 lits, soit 2,4% du total de lits de moyen séjour autorisés.
- Pour les services d'hospitalisation de longue durée, 23,0% des lits autorisés ne sont pas installés.
  - Au sein du service d'hospitalisation de longue durée psychiatrique (CHNP), 67 des 67 lits autorisés sont installés.
  - En revanche, aucun des 20 lits autorisés du service d'hospitalisation de longue durée médicale (HRS) n'est installé.
- Pour les services prenant en charge des patients mais ne disposant pas de lit hospitalier (càd disposant de lits ou places d'hospitalisation de jour ou de lits-portes) :
  - Le total des lits ou places autorisés pour les services d'hospitalisation de jour en 2024 est de 743 lits HDJ (sans les lits-portes).
  - Pour la majorité de ces services, tous les lits HDJ ou places autorisés en 2024 ont été installés.
  - Dans 7 services (répartis dans 3 centres hospitaliers), des lits HDJ ou places autorisés ne sont pas installés, représentant un total de 112 lits HDJ et places, soit 15,1% du total de lits HDJ et places autorisés en 2024.
  - Concernant les lits-portes attribués aux 5 services d'urgence, sur les 52 lits-portes autorisés en 2024, 19 lits-portes ne sont pas installés en 2025. Les lits-portes pédiatriques sont en revanche tous installés.

Tableau 22: Présentation par service des lits planifiés (2024/2026), des lits autorisés (2024-2025/2026), des lits installés (2023/2025), de la part des lits planifiés non autorisés et des lits autorisés non installés ainsi que des variations des lits autorisés et installés

(Sources : Loi hospitalière modifiée du 08.03.2018, Autorisations ministérielles d'exploitation des services hospitaliers 2024 et 2026, Carte sanitaire 2023, Déclarations des lits installés par les établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation en juillet 2025)

Périmètre d'inclusion : Total des lits par service des 4 centres hospitaliers (CHL,CHEM,CHdN,HRS) et ajout des lits d'Haus OMEGA et de l'HIS (respectivement pour les lits de soins palliatifs et de rééducation gériatrique) à ceux des services correspondants des 4 centres hospitaliers

Lits déclarés installés : Présentation réalisée selon les dénominations des services définies par la loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018 (Annexe 2)

Service	CADRE LÉGAL		AUT. MINISTÉRIELLES		EXPLOITATION		INDICATEURS D'ANALYSE					
	Lits planifiés	Lits planifiés	Lits autorisés	Lits autorisés	Lits installés	Lits installés	Part	Part	Part	Évolution	Évolution	Évolution
Dénomination du service	01.01.2024-31.12.2025[1]	à partir du 01.01.2026[7]	01.01.2024 - 31.12.2025	à partir du 01.01.2026	01.07.2023	01.07.2025	Planifiés non autorisés 24-25 (%)	Autorisés non installés 2025 (%)	Planifiés non autorisés 2026 (%)	Δ lits installés 2025/2023 (%)	Δ lits planifiés 2026/2024 (%)	Δ lits autorisés 2026/2025 (%)
Services de soins aigus (lits aigus) - Annexe 2												
Cardiologie	140	140	117	119	109	104	16%	11%	15%	-5%	0%	2%
Chirurgie esthétique	15	15	15	15	15	15	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Chirurgie pédiatrique	20	20	16	16	16	16	20%	0%	20%	0%	0%	0%
Chirurgie plastique	15	15	15	15	15	15	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Chirurgie vasculaire	60	70	60	63	65	60	0%	0%	10%	-8%	17%	5%
Chirurgie viscérale[5]	100	105	98	97	99	95	2%	3%	8%	-4%	5%	-1%
Gastro-entérologie	90	85	81	81	73	73	10%	10%	5%	0%	-6%	0%
Gériatrie aigüe	195	195	148	148	126	148	24%	0%	24%	17%	0%	0%
Gynécologie	80	85	80	79	74	72	0%	10%	7%	-3%	6%	-1%
Hémato-oncologie	15	25	15	15	15	15	0%	0%	40%	0%	67%	0%
Immuno-allergologie	5	5	1	1	1	1	80%	0%	80%	0%	0%	0%
Maladies infectieuses	20	30	19	19	19	19	5%	0%	37%	0%	50%	0%
Médecine de l'environnement	2	2	2	1	0	0	0%	100%	50%	0%	0%	-50%
Médecine interne générale	110	140	102	101	102	102	7%	0%	28%	0%	27%	-1%
Néonatologie intensive	25	25	22	22	16	22	12%	0%	12%	38%	0%	0%
Néphrologie	30	45	30	30	30	30	0%	0%	33%	0%	50%	0%
Neurochirurgie	40	55	36	36	36	36	10%	0%	35%	0%	38%	0%
Neurologie	85	90	75	75	60	63	12%	16%	17%	5%	6%	0%
Neuro-vasculaire - stroke unit niveau 1	18	18	16	16	16	16	11%	0%	11%	0%	0%	0%
Neuro-vasculaire - stroke unit niveau 2	12	12	8	8	6	6	33%	25%	33%	0%	0%	0%
Obstétrique[2]	100	130	100	111	100	105	0%	-5%	15%	5%	30%	11%
Oncologie	130	145	123	126	123	123	5%	0%	13%	0%	12%	2%
Ophtalmologie spécialisée	15	10	6	6	6	6	60%	0%	40%	0%	-33%	0%
ORL	60	50	46	46	43	45	23%	2%	8%	5%	-17%	0%
Orthopédie	170	170	165	165	165	165	3%	0%	3%	0%	0%	0%
Pédiatrie de proximité	40	40	27	27	25	27	33%	0%	33%	8%	0%	0%
Pédiatrie spécialisée	30	50	30	30	28	30	0%	0%	40%	7%	67%	0%
Pneumologie	80	100	80	86	81	80	0%	0%	14%	-1%	25%	8%
Psychiatrie aiguë	240	260	235	239	232	230	2%	2%	8%	-1%	8%	2%
Psychiatrie infantile	12	16	8	8	8	8	33%	0%	50%	0%	33%	0%
Psychiatrie juvénile[3]	45	45	40	40	30	40	11%	0%	11%	33%	0%	0%
Soins intensifs et anesthésie	100	120	97	102	93	93	3%	4%	15%	0%	20%	5%
Soins intensifs pédiatriques	5	10	5	5	5	5	0%	0%	50%	0%	100%	0%
Traumatologie	130	120	115	117	111	114	12%	1%	3%	3%	-8%	2%
Urologie	80	70	64	64	58	58	20%	9%	9%	0%	-13%	0%

Service	CADRE LÉGAL		AUT. MINISTÉRIELLES		EXPLOITATION		INDICATEURS D'ANALYSE					
	Lits planifiés	Lits planifiés	Lits autorisés	Lits autorisés	Lits installés	Lits installés	Part	Part	Part	Évolution	Évolution	Évolution
Dénomination du service	01.01.2024-31.12.2025[1]	à partir du 01.01.2026[7]	01.01.2024 - 31.12.2025	à partir du 01.01.2026	01.07.2023	01.07.2025	Planifiés non autorisés 24-25 (%)	Autorisés non installés 2025 (%)	Planifiés non autorisés 2026 (%)	Δ lits installés 2025/2023 (%)	Δ lits planifiés 2026/2024 (%)	Δ lits autorisés 2026/2025 (%)
Services de moyen séjour (lits de moyen séjour) - Annexe 2												
Rééducation gériatrique	310	310	202	202	191	199	35%	1%	35%	4%	0%	0%
Soins palliatifs	60	70	60	60	47	49	0%	18%	14%	4%	17%	0%
Services d'hospitalisation de longue durée (lits d'hospitalisation de longue durée) - Annexe 2												
Hospitalisation de longue durée médicale	20	20	20	20	0	0	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Services hospitaliers prenant en charge des patients mais ne disposant pas de lit hospitalier - Annexe 2												
Dialyse			111	111	93	93		16%		0%		0%
Imagerie médicale												
Hospitalisation de jour chirurgicale			107	107	100	93		13%		-7%		0%
Hospitalisation de jour non-chirurgicale[4]			221	222	134	161		27%		20%		0%
Hospitalisation de jour de pédiatrie			30	30	10	10		67%		0%		0%
Hospitalisation de jour de psychiatrie			84	84	84	84		0%		0%		0%
Hospitalisation de jour de psychiatrie infantile			8	8	8	8		0%		0%		0%
Hospitalisation de jour de psychiatrie juvénile[6]			32	47	32	32		0%		0%		47%
Hospitalisation de jour de rééducation gériatrique			48	48	40	48		0%		20%		0%
Procréation médicalement assistée			3	3	3	3		0%		0%		0%
Urgence			46	46	23	27		41%		17%		0%
Urgence pédiatrique			6	8	3	6		0%		100%		33%

Notes :
[1]La loi du 22 décembre 2023 modifie l'annexe 2 de la loi hospitalière et porte à 195 le nombre maximal national de lits du service de gériatrie aiguë, à 40 le nombre maximal national de lits du service de pédiatrie de proximité et à 45 le nombre maximal de lits du service national de psychiatrie juvénile.
[2]En raison de l'augmentation de l'activité en obstétrique, les HRS ont obtenu l'autorisation de transférer 5 lits de leur service de gynécologie vers celui d'obstétrique, la loi hospitalière ne permettant pas, avant le 01.01.2026, d'augmenter le nombre de lits autorisables au niveau national pour l'obstétrique.
[3]Depuis le 19.08.2024, 10 lits supplémentaires ont été autorisés pour le service national de psychiatrie juvénile, portant le total de 30 à 40 lits autorisés pour la période 2024-2025.
[4]Pour les nombres de lits HDJ du service d'hospitalisation de jour non-chirurgicale installés et autorisés sont incorporés également les lits HDJ du laboratoire du sommeil du CHL et du CHEM, les lits HDJ de gériatrie aiguë du CHL, les lits HDJ d'endoscopie du CHL et du CHEM, les lits HDJ de la médecine de l'environnement du CHEM, les lits HDJ de chimiothérapie/oncologie du CHEM, les lits HDJ de biothérapie du CHEM, les lits HDJ du centre de crise du CHEM et les lits HDJ d'imagerie du CHEM (HDJ colonne vertébrale). À partir du 20 août 2025, 3 lits d'HDJ non-chirurgicale supplémentaires sont autorisés sur le site CHL-Grevenmacher, portant le total de 221 à 224 lits (non inclus dans le tableau).
[5]À compter du 01.01.2026, le service hospitalier de chirurgie viscérale est renommé « service hospitalier de chirurgie générale, digestive ou viscérale ».
[6]À compter du 01.01.2026, une autorisation d'exploitation d'un hôpital de jour dans le cadre d'une antenne du service national de psychiatrie juvénile est accordée au CHdN pour une durée de 5 ans.
[7]La loi du 19 décembre 2025 modifie l'annexe 2 de la loi hospitalière et modifie le nombre maximal national de lits pour les services suivants : chirurgie vasculaire, chirurgie générale, digestive ou viscérale, gastroentérologie, gynécologie, hémato-oncologie, maladies infectieuses, médecine interne générale, néphrologie, neurochirurgie, neurologie, obstétrique, oncologie, ophtalmologie spécialisée, ORL, pédiatrie spécialisée, pneumologie, psychiatrie aiguë, psychiatrie infantile, soins intensifs et anesthésie, soins intensifs pédiatriques, traumatologie, urologie et soins palliatifs.

3.3. Réseaux de compétences

→ cf note méthodologique : définitions p.16

La loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018 (art.28) prévoit la création de réseaux de compétences afin d'assurer la prise en charge interdisciplinaire des patients atteints des pathologies ou groupes de pathologies suivants :

1. accidents vasculaires cérébraux
2. cancers intégrant le service de radiothérapie (2 réseaux autorisables)
3. affections rachidiennes à traitement chirurgical
4. diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte[14]
5. diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant[14]
6. immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant
7. maladies psychosomatiques
8. douleur chronique
9. maladies neuro-dégénératives

La demande d'autorisation est introduite par au moins deux hôpitaux sous forme d'un projet de réseau de compétences auprès du Comité de gestion interhospitalière (CGI).

Le CGI a pour mission de :

- soutenir les établissements hospitaliers dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences et d'aviser leur projet de réseau
- de retenir les modalités organisationnelles des réseaux de compétences

Au moment de la rédaction de cette Carte sanitaire, cinq réseaux de compétences (RC) ont été autorisés conformément à l'article 28 de loi modifiée du 8 mars 2018.

Les informations présentées ci-après ont été recueillies entre juillet et septembre 2025 au moyen d'un questionnaire distribué aux coordinateurs de ces réseaux :

- RC « Douleur chronique »
- RC « Maladies neuro-dégénératives » dénommé « ParkinsonNet Luxembourg »
- RC « Immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant » dénommé « RCIRAE »
- RC « Diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte »
- RC « Diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant » dénommé « OBEDIA-Kids »

Parmi ces cinq réseaux autorisés, le réseau de compétences maladies neuro-dégénératives « ParkinsonNet » a été officiellement lancé le 26 septembre 2023. Les réseaux de compétences « RCIRAE » et « OBEDIA-Kids » ont, pour leur part, été lancés respectivement les 06 novembre 2025 et 2 mars 2026. En ce qui concerne le développement d'indicateurs de suivi et de qualité, le réseau de compétences « ParkinsonNet » se distingue par un niveau d'avancement important. Ce réseau a notamment bénéficié d'un soutien méthodologique et scientifique de l'Université de Luxembourg et du LIH. Le recrutement des patients ayant débuté en octobre 2023, « ParkinsonNet » a ainsi pu produire un premier rapport d'activité relatif à l'année 2024. Certains des indicateurs issus de ce rapport sont présentés ci-après.

En revanche, les deux réseaux de compétences autorisés « Douleur chronique » et « Diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte » ne sont pas encore opérationnels à la date de parution de cette édition de la Carte sanitaire. À cet égard, un réseau est considéré comme opérationnel dès lors qu'il a débuté le recrutement de patients au sein du réseau.

En 2025, les modalités de financement spécifique à ces deux réseaux autorisés, mais non encore opérationnels, font toujours l'objet de discussions avec les autorités compétentes.
La mise en œuvre effective d'un réseau de compétences peut nécessiter un délai de deux ans, voire davantage, avant d'atteindre un fonctionnement pleinement opérationnel. Les conditions préalables pour déployer un réseau intégré sont la coordination hospitalière et la budgétisation. Mais il implique également d'allouer les ressources et de former le personnel concerné, au travers de programmes soutenus financièrement par la DiSa. La DiSa assure un soutien financier à l'ensemble des réseaux de

[14] Le libellé du réseau de compétence a été modifié par la loi du 19 décembre 2025 modifiant la loi hospitalière de 2018.

compétences, couvrant leur mise en place, leur coordination, les mécanismes incitatifs ainsi que les activités d'évaluation. Elle finance également des formations destinées aux professionnels de santé, de même que le fonctionnement des comités de gestion et des comités scientifiques des réseaux. De son côté, la CNS finance les prestations liées à la prise en charge des patients et contribue également au financement du personnel de coordination, en complément du soutien assuré par la DiSa.

Ainsi, à la date de rédaction de cette édition de la Carte sanitaire, hormis pour « ParkinsonNet », le degré d'avancement des autres réseaux de compétences autorisés ne permet pas encore d'évaluer leur taux d'utilisation ni leur niveau de qualité. Les premiers rapports annuels d'activité des réseaux récemment lancés officiellement devraient toutefois être disponibles dans un délai d'un à deux ans.

Des projets d'établissement sont également en cours de préparation pour deux réseaux supplémentaires : le RC « cancer du poumon » et le RC « accidents vasculaires cérébraux » :

- Le projet relatif au RC « cancer du poumon » s'inscrit dans le cadre de la mise en place de réseaux de compétences pour les cancers intégrant le service de radiothérapie, comme prévu par la loi hospitalière modifiée de 2018. Le choix s'est porté sur le cancer du poumon pour la création d'un RC spécifique. Ce projet est actuellement développé en collaboration entre l'Institut National du Cancer et les quatre centres hospitaliers, et s'intègre également dans une initiative européenne (projet CraNE) visant à établir un réseau de centres nationaux de lutte contre le cancer dans chaque État membre.
- Le projet de RC dédié aux accidents vasculaires cérébraux porte notamment sur la prise en charge post-AVC, de la sortie d'hôpital jusqu'à un an de suivi. Il mobilise plusieurs acteurs, dont l'association de patients Blëtz.lu, les quatre centres hospitaliers, le RHZ et Mondorf, et s'inspire d'initiatives existantes à l'étranger, comme le projet allemand *Projekt Lotse*. Le projet de créer un tel RC s'inscrit par ailleurs dans les orientations du Plan national maladies cardio-neuro-vasculaires (Axe 5).

Par ailleurs, la Direction de la Santé a élaboré des lignes directrices permettant la rédaction d'un cahier des charges standardisé destiné à encadrer la constitution d'un réseau de compétences : Guidelines pour la rédaction du cahier des charges de réseau de compétences. - Portail Santé - Luxembourg.

Ces lignes directrices ont vocation à être testées dans le cadre des deux projets de réseau en cours de préparation :

- le RC « cancer du poumon »
- le RC « accidents vasculaires cérébraux »

3.3.1. Réseau de compétences « Douleur chronique »

AUTORISATION :

Le RC « douleur chronique » a été **autorisé** pour une durée de 5 ans à partir du 1er novembre 2022.

MEMBRES DU RC « DOULEUR CHRONIQUE » :

Les **établissements hospitaliers** membres sont les suivants :
- CHL, porteur du projet
- CHdN
- CHEM
- HRS
- Rehazenter

La prise en charge interdisciplinaire des patients est réalisée par les **services hospitaliers** suivants :
- Oncologie :
  - CHL : site Belair
  - HRS : site Zithaklinik
- Rééducation fonctionnelle : Rehazenter
- Soins intensifs et anesthésie :
  - CHdN : site Ettelbruck
  - CHEM : sites Esch et Niederkorn

Comme il s'agit d'une consultation ambulatoire, le réseau de compétences ne dispose pas de lits ni d'équipements hospitaliers spécifiques mais de quelques places de surveillances.

Parmi les membres hospitaliers du réseau, on retrouve :
- les **spécialités médicales** suivantes :
  - algologues
  - neurologues
  - neurochirurgiens
  - spécialistes en rééducation fonctionnelle
  - psychiatres
  - internistes
  - orthopédistes
  - anesthésistes
  - médecins généralistes
- les **professionnels de santé** suivants :
  - psychologues
  - diététiciens
  - kinésithérapeutes
  - psychomotriciens
  - hydrothérapeutes
  - ergothérapeutes
  - infirmiers
  - assistants sociaux

Il n'a pas été déclaré de membres extrahospitaliers impliqués dans le RC « douleur chronique ».

ORGANISATION INTERNE :

Le projet du RC « douleur chronique » prévoit la présence :
- d'un coordinateur médical
- d'un coordinateur soignant
- d'un coordinateur administratif et financier
- de case managers, fonction assurée par le coordinateur filière et le coordinateur infirmier

La continuité des prises en charge au sein du réseau est assurée par un parcours clinique clairement défini. La prise en charge repose sur une coordination entre les différents professionnels au sein d'une équipe pluridisciplinaire, permettant d'assurer un suivi global et adapté des patients.

Un conseil scientifique propre au réseau a été constitué. Des programmes de formation destinés aux professionnels de santé sont actuellement en cours de développement, en concertation avec ce conseil. En 2025, aucune recommandation de bonnes pratiques n'a encore été émise par le conseil scientifique.

POPULATION CIBLE ET PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE :

Les patients pris en charge par le RC « douleur chronique » sont ceux présentant des douleurs chroniques, toutes formes confondues. La prise en charge concerne actuellement les patients âgés de 16 ans et plus.

Concernant le processus de recrutement et le parcours, les patients sont orientés vers le réseau par leur médecin, sur présentation d'une ordonnance de transfert. Après une évaluation initiale, ils sont répartis en deux groupes thérapeutiques distincts (niveaux II et III), en fonction de la complexité de leur pathologie. Cet examen initial conditionne ensuite l'organisation de leur prise en charge et l'accès aux différentes thérapies proposées au sein du réseau.

Les pathologies prises en charge incluent notamment (le code entre parenthèses correspond au code ICD-10-CM relatif au diagnostic principal) :
- Douleur (aigüe) (chronique) associée à un néoplasme (G89.3)
- Syndrome de douleur chronique (G89.4)
- Douleur pelvienne et périnéale (R10.2)
- Syndrome post-laminectomie, non classé ailleurs (M96.1)
- Céphalée (R51)
- Migraine (G43)
- Fibromyalgie (M79.7)
- Dorsalgie (F45.41)
- Algoneurodystrophie (M89.0)
- Douleur, non classée ailleurs (R52.10)

INDICATEURS ET DOCUMENTATION :

En 2025, les indicateurs définis pour le suivi et la qualité du réseau ne sont pas définis et sont en discussion avec le conseil scientifique. Concernant la documentation des résultats des prestations, elle se base actuellement sur la documentation hospitalière. En parallèle, un projet visant à développer une documentation spécifique pour le réseau est en cours d'élaboration.

3.3.2. Réseau de compétences « Immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant »

AUTORISATION :

Le RC « Immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant » a été **autorisé** pour une durée de 5 ans à partir du 1er janvier 2023.

MEMBRES DU RC « IMMUNO-RHUMATOLOGIE DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT » :

Les **établissements hospitaliers** membres sont les suivants :
- HRS, porteur du projet
- CHL
- CHdN
- CHEM

La prise en charge interdisciplinaire des patients est réalisée par les **services hospitaliers** suivants :
- Hospitalisation de jour non chirurgicale :
  - HRS : sites Zithaklinik, Kirchberg et Bohler

    - CHL : sites Belair et Eich
    - CHdN : site Ettelbruck
    - CHEM : sites Esch et Dudelange
- Hospitalisation de jour de pédiatrie :
    - CHL : site Kannerklinik
- Médecine interne générale :
    - CHdN : site Ettelbruck
    - CHEM : site Dudelange

La définition d'une liste d'équipements hospitaliers, incluant les lits et autres équipements spécifiques, est actuellement en phase de planification par le réseau de compétence.

Parmi les membres hospitaliers du réseau, on retrouve :

- les **spécialités médicales** suivantes :
    - rhumatologues
    - médecins internistes
    - pneumologues
    - cardiologues
    - gastro-entérologues
    - neurologues
    - dermatologues
    - radiologues
    - médecins spécialistes en médecine nucléaire
    - chirurgiens orthopédistes
    - chirurgiens de la main
    - psychiatres

- les **professionnels de santé** suivants :
    - psychologues
    - infirmiers et infirmiers spécialisés
    - assistants sociaux
    - kinésithérapeutes
    - pharmaciens cliniciens
    - ergothérapeutes
    - diététiciens
    - sexologues

Les membres extrahospitaliers impliqués dans le RC « Immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant » sont les suivants :

- Prestataires individuels :
    - tous les généralistes des 12 cantons
    - 10 kinésithérapeutes spécialisés en immuno-rhumatologie
    - des assistantes-sociales locales en collaboration avec les assistantes sociales hospitalières
    - des psychologues indépendants (3 par canton)

- Prestataires institutionnels :
    - Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale
    - Caisse nationale de santé

- Établissements de recherche :
    - Luxembourg Institute of Health
    - Hôpital Universitaire de Strasbourg
    - Cliniques Universitaires St Luc à Bruxelles (Université catholique de Louvain)
    - Université de Luxembourg

Un site internet dédié au réseau est fonctionnel : https://rir.lu/

ORGANISATION INTERNE :

Le projet de réseau de compétences prévoit la présence :
- d'un coordinateur médical
- d'un coordinateur soignant
- d'un coordinateur administratif et financier
- de case managers
- d'un secrétariat administratif

En 2025, la continuité des prises en charge au sein du réseau est assurée par une structure organisationnelle spécifique, détaillée dans le projet. Le conseil scientifique propre au réseau a été constitué et a élaboré, en mai 2025, une recommandation de bonne pratique validée par le Conseil scientifique du domaine de la santé (CSDS), intitulée : Prise en charge des personnes atteintes d'une polyarthrite rhumatoïde dans le réseau de compétences en immuno-rhumatologie (RIR).

Des formations destinées aux professionnels sont également disponibles.

POPULATION CIBLE ET PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE :

La population cible du réseau inclut les enfants et les adultes. Le projet du réseau a défini des parcours de soins détaillés pour les patients, qui se déclinent comme suit :
- Parcours Patient 1 : « Nouveau patient » pour l'intégration dans le réseau.
- Parcours Patient 2.1 : « Patient non-compliqué » avec traitement à domicile.
- Parcours Patient 2.2 : « Patient non-compliqué » nécessitant un traitement parentéral en milieu hospitalier.
- Parcours Patient 2.3 : « Patient compliqué » requérant une prise en charge plus complexe.

Un module en *e-learning* « Comprendre votre parcours de soins avec le RIR Réseau Immuno-Rhumatologie » est également disponible en ligne afin d'expliquer au patient le parcours.

Les pathologies prises en charge sont les suivantes (le code entre parenthèses correspond au code ICD-10-CM relatif au diagnostic principal) :
- Arthrite rhumatoïde (M05)
- Autres polyarthrites rhumatoïdes (M06)
- Spondylarthrite ankylosante (M45)
- Rhumatisme psoriasique (L405)
- Autres Spondylarthropathies inflammatoires (M46)
- Maladie de systèmes : Lupus érythémateux disséminé (M32), Sclérodermie (M34), Syndrome de Sjögren (M35.0), dermatopolymyosite (M33)
- Arthrite chronique juvénile (M08.3)

INDICATEURS ET DOCUMENTATION :

Les indicateurs définis pour le suivi et la qualité du réseau incluent l'accessibilité du réseau, les délais critiques pour la prise en charge, l'efficience des soins, la sécurité des soins ainsi que la centralisation des soins sur le patient.
Pour ce qui est de la documentation des résultats des prestations, le réseau utilise actuellement la documentation hospitalière ainsi que le dossier de soins partagés. Parallèlement, un projet visant à élaborer une documentation spécifique au réseau, ainsi qu'une documentation extrahospitalière, est en cours de développement.

3.3.3. Réseau de compétences « Maladies neuro-dégénératives » dénommé « ParkinsonNet »

AUTORISATION :

Le RC « Maladies neurodégénératives » a été autorisé pour une durée de 5 ans à partir du 1er janvier 2023.

MEMBRES DU RC « MALADIES NEURODÉGÉNERATIVES » :

Les **établissements hospitaliers** membres sont les suivants :
- CHL, porteur du projet
- CHEM
- CHdN
- HRS

La prise en charge interdisciplinaire des patients est réalisée par les **services hospitaliers** suivants :
- Service national de Neurochirurgie :
  - CHL : site Belair
- Neurologie:
  - CHL : site Belair
  - CHEM : site Esch
  - CHdN : site Ettelbruck
  - HRS : site Kirchberg

En ce qui concerne les équipements hospitaliers :
- Au CHL, le réseau dispose de trois locaux aménagés pour les consultations médico-soignantes, d'un bureau de secrétariat, ainsi que d'un autre bureau équipé de trois postes de travail.
- Aux HRS, au CHdN et au CHEM le réseau dispose, pour chacun de ces 3 centres hospitaliers, d'un local aménagé pour les consultations médico-soignantes et également d'un bureau équipé d'un poste de travail pour le CHdN.

En ce qui concerne les besoins en équipements, l'établissement porteur du projet n'exprime pas de besoins spécifiques en termes de lits hospitaliers. En revanche, un besoin de disposer d'une clinique de jour avec 4 places pour traitements avancés est exprimé par les établissements hospitaliers membres du réseau.

Parmi les membres hospitaliers du réseau, on retrouve :
- les **spécialités médicales** suivantes :
  - neurologues, y compris le médecin coordinateur,
  - neurochirurgiens.

- les **professionnels de santé** suivants :
  - kinésithérapeutes
  - ergothérapeutes
  - orthoponistes
  - infirmiers spécialisés (Parkinson's disease nurses)
  - coordinateurs de gestion des soins (care management coordinator)
  - responsables de soins (care managers)
  - diététiciens
  - (neuro)psychologues
  - assistants sociaux

Parmi les membres extrahospitaliers impliqués dans le RC « Maladies neurodégénératives », on retrouve :
- des neurologues, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, diététiciens, (neuro)psychologues et des orthophonistes (ParkinsonNet).

- des établissements de recherche :
    - Luxembourg Institute of Health
    - Université de Luxembourg
    - Luxembourg Centre for Systems Biomedicine

ORGANISATION INTERNE :

Le RC « Maladies neurodégénératives » prévoit la présence :
- d'un coordinateur médical
- d'un coordinateur soignant
- d'un coordinateur administratif et financier
- de care managers
- d'un secrétariat administratif

En complément, le bureau de gestion du réseau inclut également :
- un gestionnaire de programme
- un agent de communication
- un agent informatique
- un ambassadeur
- des formateurs ou experts pour les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, (neuro)psychologues, diététiciens (expertise clinique)
- des responsables qualité

La continuité des prises en charge au sein du réseau est opérationnelle et est garantie par une structure organisationnelle spécifique, telle que décrite dans le projet. Le parcours est défini sur le formulaire d'inscription. Le conseil scientifique du réseau est formé et comprend une dizaine de membres.
Des programmes de formation destinés aux professionnels du réseau sont en place et un système de points de suivi de la formation continue en préparation est en cours de préparation en 2025.

POPULATION CIBLE ET PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE :

La population cible du réseau englobe les individus à tous les stades des conditions médicales spécifiées par les codes ICD-10-CM mentionnés ci-après.

Pour le recrutement des patients au sein du réseau, le processus est le suivant : le neurologue confirme le diagnostic et remplit un formulaire d'inscription. Ensuite, le patient reçoit une carte de membre du réseau.

Les pathologies prises en charge sont les suivantes (le code entre parenthèses correspond au code ICD-10-CM relatif au diagnostic principal) :
- Maladie de Parkinson (G20)
- Syndrome parkinsonien secondaire (G21)
- Autres maladies dégénératives des noyaux gris centraux/Atypical parkinsonism (G23)
- Maladie d'Alzheimer (G30)
- Autres maladies dégénératives du système nerveux, non classées ailleurs (G31)
- Démence frontotemporale (G31.0)
- Démence dans la maladie d'Alzheimer (F00)
- Démence dans la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte (F00.2)
- Démence vasculaire (F01)
- Démence non spécifiée (F03)
- D'autres pathologies seront incluses ultérieurement

Quant au parcours des patients au sein du réseau, il est détaillé dans le projet du réseau de compétence et comprend 10 parcours différents :

1 – Patient récemment diagnostiqué
2 – Stade précoce
3 – Stade intermédiaire
4 – Stade avancé
4A – DBS (*Deep brain stimulation*)

4B – Pompe à Duodopa
4C – Pompe à Apomorphine
4D – Pompe à ProDuodopa
4E – Pompe à Lecigimon
5 – Stade tardif

Ces parcours incluent diverses consultations avec des professionnels de la santé. Pour chaque patient, un résumé et un plan de soins personnalisé sont élaborés. Un care manager sert de point de contact principal pour le patient et facilite la communication et le transfert d'informations entre les différents professionnels de la santé impliqués tout au long du parcours. Durant les réunions du personnel soignant, des décisions sont prises concernant le maintien du patient dans un parcours spécifique ou son transfert vers un autre parcours adapté à l'évolution de son état.

INDICATEURS ET DOCUMENTATION :

Les indicateurs de suivi et de qualité définis dans le document « *Competence network for neurodegenerative diseases : Quality Monitoring and Evaluation Concept* » couvrent l'accessibilité du réseau, les délais critiques de prise en charge, l'efficience des soins, l'efficacité de la prise en charge et les soins centrés sur le patient.
Pour la documentation des résultats des prestations, le réseau utilise actuellement la documentation hospitalière ainsi que le dossier de soins partagés. Par ailleurs, un projet visant à développer une documentation spécifique adaptée au réseau, ainsi qu'une documentation extrahospitalière, est actuellement en cours d'élaboration.

INDICATEURS D'ACTIVITÉ DE L'ANNÉE 2024 :

1) Nombre de cas complexes discutés en réunions interdisciplinaires :

Au cours de l'année 2024, les réunions interdisciplinaires régionales du réseau ParkinsonNet ont permis la discussion régulière de cas complexes. Chaque réunion comprenait en moyenne l'analyse de 2 à 3 situations cliniques.
Sur la base de cette activité, le nombre total de cas complexes examinés est estimé entre 35 et 45 cas sur l'ensemble de l'année 2024.

2) Nombre total de patients dans le réseau et répartition géographique des patients :

Depuis le lancement officiel du réseau (septembre 2023) jusqu'à décembre 2024, un total de 426 patients a été inclus.

La répartition géographique des patients par canton de résidence est la suivante :
- Capellen : 50
- Esch-sur-Alzette : 96
- Luxembourg : 110
- Mersch : 29
- Clervaux : 9
- Diekirch : 24
- Redange : 9
- Wiltz : 9
- Vianden : 5
- Echternach : 8
- Grevenmacher : 27
- Remich : 25

Par ailleurs :
- 22 patients résident dans la Grande Région (dont 10 en Belgique, 7 en France et 5 en Allemagne)
- 3 patients ont un lieu de résidence non renseigné

3) Nombre de professionnels de santé formés selon les critères du réseau (formation initiale et formation continue)

En 2024, 55 professionnels de santé ont bénéficié d'une formation initiale et ont été intégrés au réseau et 137 professionnels ont participé aux activités de formation continue.

4) Indicateurs en cours de développement

Plusieurs indicateurs relatifs aux résultats, à l'expérience des patients et aux hospitalisations sont en cours de développement. Ils n'étaient pas encore disponibles pour l'année 2024.
Les indicateurs sont les suivants :

- Taux d'hospitalisations évitables (critères ACSC)
  Indicateur visant à mesurer les hospitalisations potentiellement évitables chez les patients atteints de la maladie de Parkinson.
- Mesures des résultats rapportés par les patients (PROMs - ICHOM-PD)
  Indicateurs portant sur les symptômes, la qualité de vie et l'état de santé perçus par les patients.
- Mesures de l'expérience rapportée par les patients (PREMs - PCQ-PD)
  Indicateurs relatifs à l'expérience des patients dans le parcours de soins.
- Qualité de vie des patients (PDQ-8)
  Indicateur synthétique de la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints de la maladie de Parkinson.
- Taux d'hospitalisations liées à la maladie de Parkinson
  Indicateur mesurant la fréquence des hospitalisations en lien avec la maladie de Parkinson.

3.3.4. Réseau de compétences « Diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant » dénommé « OBEDIA-Kids »

AUTORISATION :

Le RC « Diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant » a été **autorisé** pour une durée de 5 ans à partir du 22 mai 2024.

Ce réseau de compétence s'articule autour de deux volets : l'un consacré au diabète pédiatrique et l'autre à l'obésité pédiatrique.

VOLET « OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE »

MEMBRES :

Pour le volet « obésité pédiatrique », les **établissements hospitaliers** membres sont les suivants :
- CHL, porteur du projet
- HRS
- Rehazenter

La prise en charge interdisciplinaire des patients est réalisée par les **services hospitaliers** suivants :
- Rééducation fonctionnelle : Rehazenter
- Service national de pédiatrie spécialisée (plus particulièrement par l'équipe DECCP (*Diabetes Endocrinology Care Clinique Pediatrique* et de la Clinique de l'Obésité infantile)) :
  - CHL : site Belair
- Service national de psychiatrie juvénile (SNPJ) :
  - HRS : site Kirchberg

Les équipements hospitaliers du réseau, incluent :
- des lits de la Clinique pédiatrique du CHL, permettant, lorsque la prise en charge ambulatoire n'est pas possible, l'hospitalisation d'enfants souffrant d'obésité pour une évaluation psychomotrice, du comportement alimentaire ainsi qu'une évaluation psychologique
- des lits du service national de psychiatrie juvénile des HRS

Parmi les membres hospitaliers du réseau, on retrouve :

- les **spécialités médicales** suivantes :
  - Pédiatres endocrinologues
  - Pédopsychiatres
  - Cardiopédiatres
  - Gastropédiatres
  - Pneumopédiatres
  - Médecins en Médecine Physique et de Réadaptation

- les **professionnels de santé** suivants :
  - psychologues
  - kinésithérapeutes
  - psychothérapeutes
  - thérapeutes corporels
  - diététiciens

Les membres extrahospitaliers impliqués dans le volet consacré à l'obésité comprennent, en tant que prestataires individuels, des diététiciens, des pédiatres endocrinologues, des assistants sociaux et des psychologues. Toutefois, des données plus précises n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction de cette édition de Carte sanitaire.

- Prestataires institutionnels :
  - Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale
  - Caisse nationale de santé

- Établissements de recherche :
  - Luxembourg Institute of Health
  - Université de Luxembourg/ Luxembourg Centre for Systems Biomedicine

Un site internet dédié au réseau existe : https://obediakids.lu/

ORGANISATION INTERNE :

Pour ce volet est prévu la présence :

- d'un coordinateur médical
- d'un coordinateur administratif et financier
- de case managers (assumant également le rôle de coordinateur soignant)
- d'autres personnels : psychologues, diététiciens, secrétaires, éducateurs et thérapeutes en activité physique adaptée

La continuité des prises en charge au sein du réseau est assurée par :

- Des réunions de concertation pluridisciplinaire avec les 3 partenaires et ayant lieu tous les 2 à 3 mois
- Des réunions avec les 2 partenaires : DECCP et SNPJ toutes les 4 semaines.
- Des échanges par courriers/rapports

En 2025, le conseil scientifique propre au réseau est constitué et les parcours mis en place ont été confirmés. A cette date, il n'y a pas encore eu de recommandation de bonne pratique validée par le Conseil scientifique du domaine de la santé (CSDS).

Des formations destinées aux professionnels sont également disponibles avec certaines sociétés savantes comme l'ANDL (Association Nationale des Diététiciens du Luxembourg), la SLP (Société luxembourgeoise de pédiatrie) et Alformec (Association luxembourgeoise pour la formation médicale continue). La mise en place de formations certifiantes est en discussion.

POPULATION CIBLE ET PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE :

La population cible de ce volet comprend les enfants et adolescents âgés de 0 à 18 ans présentant une obésité, avec ou sans comorbidités.

Les pathologies prises en charge sont les suivantes (le code entre parenthèses correspond au code ICD-10-CM relatif au diagnostic principal) :

- Obésité due à un excès de calories (E66.0)
- Obésité, classe 1 (E66.811)
- Obésité, classe 2 (E66.812)
- Obésité, classe 3 (E66.813)
- Obésité induite par des médicaments (E66.1)
- Obésité morbide (sévère) avec hypoventilation alvéolaire (E66.2)
- Surpoids (E66.3)
- Obésité, sans précision (E66.9)
- Prédisposition génétique à l'obésité (variants monogéniques) (Z15.2)
- Autres maladies du foie (par exemple stéatose hépatique non alcoolique) (K76)
- Hyperlipidémie/dyslipidémie, sans précision (E78.5)
- Hypertension secondaire (I15)
- Prédiabète (R73.03)
- Diabète sucré de type 2 (E11)

Le recrutement des patients au sein du volet « obésité pédiatrique » repose sur des actions d'information et de sensibilisation auprès des professionnels de santé de soins primaires, notamment la médecine scolaire, les pédiatres et les médecins généralistes. Ces actions sont menées à travers des réunions ainsi que par la diffusion de supports d'information, un processus toujours en cours de déploiement.

Le parcours des patients au sein du volet « obésité pédiatrique » débute dès la réception d'une ordonnance de transfert adressée à la clinique de l'obésité pédiatrique. La demande est alors évaluée et des rendez-vous sont programmés avec le *case manager* et un pédiatre endocrinologue. À ce stade, un dossier clinique est constitué, intégrant les indicateurs pertinents ainsi que la classification EOSS-P (*Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics*). Un bilan sanguin est réalisé et, le cas échéant, un bilan moteur peut être prescrit.

Sur la base de ces premières évaluations, une orientation initiale du parcours de soins est définie. Le cas du patient est ensuite présenté lors du staff hebdomadaire de la clinique de l'obésité pédiatrique, au cours duquel les différentes options de prise en charge sont discutées. Celles-ci peuvent inclure un suivi ambulatoire en secteur libéral axé sur la modification du mode de vie, une prise en charge ambulatoire au Rehazenter ou, si nécessaire, un avis du service national de psychiatrie juvénile.

Des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont organisées régulièrement entre les 3 équipes impliquées afin de déterminer la trajectoire de soins des patients, d'en évaluer les résultats et d'adapter la prise en charge si nécessaire. Les parcours proposés reposent sur les critères cliniques et la classification EOSS-P, et sont discutés lors des RCP.

INDICATEURS ET DOCUMENTATION :

Les indicateurs définis pour le suivi et la qualité de ce volet incluent l'effectivité de la prise en charge, l'efficience des soins, la sécurité des soins ainsi que la centralisation des soins sur le patient.
Bien que des indicateurs aient été définis, le caractère récent de la mise en place du réseau de compétence implique qu'ils devront être réévalués et ajustés de manière régulière.

Pour ce qui est de la documentation des résultats des prestations, la documentation extrahospitalière repose actuellement sur des échanges par courrier. Des projets sont en cours de développement visant, d'une part, à élaborer une documentation spécifique au réseau et, d'autre part, à disposer d'un dossier de soins partagé dédié.

VOLET « DIABÈTE PÉDIATRIQUE »

MEMBRES :

Pour le volet « obésité pédiatrique », les **établissements hospitaliers** membres sont les suivants :
- CHL, porteur du projet
- HRS
- CHdN
- CHEM

La prise en charge interdisciplinaire des patients est réalisée par les **services hospitaliers** suivants :
- Service national de pédiatrie spécialisée (plus particulièrement par l'équipe DECCP (*Diabetes Endocrinology Care Clinique Pediatrique*)) :
  - CHL : site Belair
- Service national de psychiatrie juvénile (SNPJ) :
  - HRS : site Kirchberg
- Médecine interne générale
  - CHdN : sites Ettelbruck et Wiltz
  - CHEM : sites Esch et Niederkorn
  - HRS : sites Kirchberg et Zithaklinik
  - CHL : site Belair

Les équipements hospitaliers du réseau, incluent des services en ambulatoire sans nombre fixe de lits.

Parmi les membres hospitaliers du réseau, on retrouve :
- les **spécialités médicales** suivantes :
  - Pédiatres endocrinologues et diabétologues
  - Pédopsychiatres
  - Cardiopédiatres
  - Gastropédiatres
  - Néphropédiatres
  - Diabétologues

- les **professionnels de santé** suivants :
  - psychologues
  - assistants sociaux
  - diététiciens

Les membres extrahospitaliers impliqués dans le volet consacré au diabète pédiatrique comprennent, en tant que prestataires individuels, des infirmiers pédiatriques, des infirmiers spécialisés en diabétologie, des infirmiers scolaires et des assistants sociaux. Toutefois, des données plus précises n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction de cette édition de Carte sanitaire.

- Prestataires institutionnels :
  - Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale
  - Caisse nationale de santé

- Établissements de recherche :
  - Luxembourg Institute of Health
  - Université de Luxembourg/ Luxembourg Centre for Systems Biomedicine

Un site internet dédié au réseau existe : https://obediakids.lu/

ORGANISATION INTERNE :

Pour ce volet est prévu la présence :
- d'un coordinateur médical
- d'un coordinateur administratif et financier
- de case managers (assumant également le rôle de coordinateur transition vers les soins adultes)

- d'autres personnels : infirmiers pédiatriques avec spécialisation en diabétologie et éducation thérapeutique, diététiciens et psychologues

La continuité des prises en charge au sein du réseau est assurée par :
- une hotline téléphonique accessible 24h/24 et 7j/7 mise à disposition des personnes atteintes de diabète, de leurs proches, ainsi que des professionnels médico-soignants pour toute question relative à la prise en charge.
- des réunions de concertation pluridisciplinaire organisées de manière hebdomadaire afin de discuter des patients pédiatriques nécessitant une attention particulière, notamment les cas complexes ou les patients en situation de détresse. Ces réunions intègrent également des échanges interinstitutionnels, notamment avec l'ALAN et/ou le service de Génétique du LNS.

Enfin, la transition des patients de la prise en charge pédiatrique vers les soins pour adultes fait actuellement l'objet d'un projet en cours de développement.

En 2025, le conseil scientifique propre au réseau est constitué et les propositions formulées par l'équipe DECCP (Centre de référence SWEET) ont été validées et s'accompagnent de recommandations relatives à la prise en charge des enfants et adolescents présentant un diabète inaugural, une acidocétose diabétique, ainsi qu'à l'éducation thérapeutique et au suivi. Ces recommandations sont fondées sur les *ISPAD International Clinical Practice Guidelines 2022–2024*.

Des formations destinées aux professionnels sont également disponibles. Des formations organisées dans le cadre de l'IFEN, à destination des enseignants, des infirmières scolaires et du personnel des maisons relais, sont proposées depuis plusieurs années.
En complément, des formations spécifiques sont offertes aux personnes encadrant des jeunes présentant un diabète de novo.
Par ailleurs, pour le personnel institutionnel, la participation à des congrès spécialisés, tels que ceux de l'ISPAD (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*), de l'ATTD (*Advanced Technologies & Treatments for Diabetes*) ainsi que des congrès nationaux allemands, français et européens, est encouragée et soutenue.

POPULATION CIBLE ET PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE :

La population cible de ce volet comprend les personnes présentant un diabète diagnostiqué entre 0 et 18 ans et prises en charge jusqu'à leur transfert vers la médecine adulte, effectué entre 18 et 25 ans.

Les pathologies prises en charge sont les suivantes (le code entre parenthèses correspond au code ICD-10-CM relatif au diagnostic principal) :
- Hypertension secondaire (I15)
- Prédiabète (R73.03)
- Diabète sucré de type 2 (E11)
- Diabète sucré de type 2 avec complications rénales (E11.2)
- Diabète sucré de type 2 sans complications (E11.9)
- Diabète sucré de type 1 (E10)
- Diabète sucré de type 1, présymptomatique, stade 1 (E10.A1)
- Diabète sucré de type 1, présymptomatique, stade 2 (E10.A2)
- Diabète sucré de type 1 avec coma (E10.0)
- Diabète sucré de type 1 avec acidocétose (E10.1)
- Diabète sucré de type 1 avec complications rénales (E10.2)
- Diabète sucré de type 1 avec complications neurologiques (E10.4)
- Diabète sucré de type 1 avec complications circulatoires (E10.5)
- Diabète sucré de type 1 avec autres complications spécifiées (E10.6)
- Diabète sucré de type 1 avec complications multiples (E10.7)
- Diabète sucré de type 1 avec complications non précisées (E10.8)
- Diabète sucré de type 1 sans complications (E10.9)
- Autres formes spécifiées de diabète sucré (monogéniques) (E13)
- Insuffisance corticosurrénalienne primitive (maladie d'Addison) (E27.1)
- Thyroïdite auto-immune (E06.3)
- Maladie cœliaque (K90.0)

Le recrutement des patients au sein du volet « diabète pédiatrique » repose principalement sur l'orientation quasi systématique des enfants présentant un diabète inaugural vers la clinique pédiatrique, dans la mesure où une prise en charge multidisciplinaire est recommandée. La complexité de la maladie justifie une centralisation des soins ainsi qu'une prise en charge coordonnée. Le travail de structuration réalisé a permis d'aboutir à un adressage largement automatisé. L'équipe assure ensuite la prise en charge globale des patients, incluant la gestion du diabète et de ses comorbidités.

Le parcours des patients au sein du volet « diabète pédiatrique » varie en fonction du type de diabète. Chez les enfants présentant un diabète de type 1, dont l'évolution est rapidement sévère en l'absence de traitement par insuline, la prise en charge est initiée de manière immédiate et structurée. À l'inverse, le diabète de type 2 peut se manifester de manière moins aiguë, ce qui implique des modalités de prise en charge différenciées. Dans ce contexte, la mise en place du réseau de compétences dédié au diabète pédiatrique vise à favoriser une détection plus précoce de ces patients et à instaurer un parcours thérapeutique précoce et intensif. Les autres formes de diabète (monogénique ou syndromique) bénéficient d'un suivi individuel et adapté. Un projet de transition structurée vers les soins adultes est actuellement en cours de développement, le réseau de compétences « Diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte » étant appelé à constituer un partenaire clé dans ce processus.

INDICATEURS ET DOCUMENTATION :

Les indicateurs définis pour le suivi et la qualité de ce volet incluent l'accessibilité du réseau, les délais critiques de prise en charge, l'effectivité de la prise en charge, l'efficience des soins, la sécurité des soins ainsi que la centralisation des soins sur le patient.
L'ensemble de ces données relatives à ces indicateurs sera disponible via le registre international SWEET, qui permet d'évaluer la qualité de la prise en charge.

Pour ce qui est de la documentation des résultats des prestations, une documentation spécifique au volet est opérationnelle. Tandis qu'un projet est en cours de développement visant à disposer d'un dossier de soins partagé dédié.

3.3.5. Réseau de compétences « Diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte »

AUTORISATION :

Le RC « Diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte » a été **autorisé** pour une durée de 5 ans à partir du 1er novembre 2024.

MEMBRES DU RC « DIABÈTE ET OBÉSITÉ AVEC COMORBIDITÉ DE L'ADULTE » :

Les **établissements hospitaliers** membres sont les suivants :
- CHL
- CHEM
- CHdN
- HRS
- Rehazenter

La prise en charge interdisciplinaire des patients est réalisée par les **services hospitaliers** suivants :
- Rééducation fonctionnelle : Rehazenter
- Médecine interne générale :
  - CHL : site Belair
  - CHEM : sites Esch et Niederkorn
  - CHdN : sites Ettelbruck et Wiltz
  - HRS : site Kirchberg et Zithaklinik

REMARQUE SUR LE RÉSEAU :

Pour cette édition de la Carte sanitaire, il n'a pas été possible de donner plus d'informations, car au 30 septembre 2025, le réseau n'est pas encore opérationnel.

3.4. Équipements hospitaliers

L'annexe 3 a subi des modifications suite aux lois du 29 juillet 2023 et du 22 décembre 2023 :

- La loi du 29 juillet 2023 a enrichi l'annexe 3 en y ajoutant des équipements nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulière. Ces équipements sont soumis à autorisation mais n'ont pas de nombre maximal planifié.
- La loi du 22 décembre 2023 a modifié le nombre maximal planifié pour deux équipements soumis à planification nationale : le nombre maximal de Tomographes à émission de positons est passé de 1 à 2, et celui des ostéodensitomètres DXA de 1 à 3.

3.4.1. Équipements et appareils soumis à planification selon la loi hospitalière de 2018

Ces équipements sont financés à 80% par l'Etat et leur autorisation est soumise pour avis à la Commission Permanente pour le secteur Hospitalier (CPH). Ces équipements nécessitent une planification nationale c'est-à-dire qu'ils disposent d'un nombre maximum limitatif. Six de ces 10 équipements sont réservés à l'exploitation des services nationaux.
Les équipements présentés ci-dessous sont ceux qui étaient installés au 1er juillet 2025.
À cette date, les équipements et appareils soumis à planification nationale visés à l'annexe 3 de la loi hospitalière modifiée de 2018 sont tous installés, à l'exception d'un ostéodensitomètre[15].

Tableau 23 : Typologie, localisation et nombre d'équipements et appareils soumis à la planification nationale, 2025

(Sources : Loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018 annexe 3 et déclarations des établissements hospitaliers dans le cadre des renouvellements des autorisations d'exploitation, juillet 2025)

Types d'appareil ou équipement	Établissements et service d'implantation	Nombre maximum planifié au niveau national	Nombre d'équipement de même type installé au niveau national
Équipement de coronarographie par cathétérisme	INCCI : Service national de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque	2	2
Ensemble de dispositifs de radiothérapie	CFB : Service national de radiothérapie	1	1
Tomographe à émission de positrons (PET-Scan)	CHL-Centre : Service d'imagerie médicale	2	2
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	CHEM-Esch : Service de soins intensifs et anesthésie	1	1
Équipement de lithotritie extracorporelle	CHL-Centre : Service d'imagerie médicale	1	1
Prone-table	CHL-Maternité : Service d'imagerie médicale	1	1
Équipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire	CHL-Centre : Service national de neurochirurgie	1	1
Équipements servant à la fécondation in vitro	CHL-Maternité : Service national de procréation médicalement assistée	1	1
Équipement propre à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoiétiques	CHL-Centre : Service national d'hémato-oncologie	1	1
Équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA	HRS-Zithaklinik : Service d'imagerie médicale CHdN-Wiltz : Service d'imagerie médicale	3	2

Notes :
- En 2025, le CHL a procédé à l'installation d'un deuxième tomographe à émission de positrons (PET-Scan), au remplacement de la prone-table et de l'équipement destiné aux aphérèses de cellules souches hématopoïétiques.
- Le CHdN a acquis un ostéodensitomètre en 2025.
- Les HRS ont acquis un nouveau modèle d'ostéodensitomètre en 2025 en remplacement de l'équipement actuellement en service.
- L'ensemble des dispositifs de radiothérapie du CFB comprend trois accélérateurs isocentriques, un scanner de planimétrie, un appareil de traitement robotisé (CyberKnife®), un projecteur de source HDR (haut débit de dose) à l'iridium ainsi qu'un système de curiethérapie par implantation de grains d'iode.
- Les équipements de neurochirurgie dédiés à la stéréotaxie neurologique et à l'endoscopie intraventriculaire incluent notamment deux dispositifs d'imagerie médicale mobile peropératoire à rayons X : un arceau O-arm® et un arceau Loop-X®.

[15] En novembre 2025, un nouvel ostéodensitomètre a été mis en service sur le site de Niederkorn du CHEM.

3.4.2. Équipements nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières

Ces équipements figurent également à l'annexe 3 de la loi hospitalière modifiée de 2018, ce qui implique que leur utilisation à des fins médicales est réservée au secteur hospitalier et soumise à autorisation. Néanmoins, contrairement aux équipements faisant l'objet d'une planification nationale, ils ne sont pas soumis à un plafond quantitatif au niveau national.

- ***Équipements d'imagerie médicale : focus sur certains types d'équipements***

Au 1er juillet 2025, les centres hospitaliers du GDL disposent des types d'équipements d'imagerie médicale suivants :

- **13 scanners**[16], soit 19,0 scanners pour 1 million d'habitants, en diminution (-15,6%) par rapport à 2023 où le ratio par million d'habitants était de 22,5 :
  - dont 3 Scanners dits « Urgence » et qui sont dédiés au service d'urgence: 1 au CHL-Centre, 1 aux HRS-HK et 1 au CHEM-Esch.
    Le CFB dispose aussi d'un scanner mais il s'agit d'un scanner de simulation utilisé uniquement dans le cadre de la préparation des traitements de radiothérapie et ce scanner fait partie de l'équipement national « ensemble de dispositifs de radiothérapie ».

À titre de comparaison[17], en 2023, la moyenne de l'OCDE (OCDE37) était de 28,8 scanners par million d'habitants ; le Luxembourg en comptait 25,5, la Belgique 26,0, l'Allemagne 37,1 et la France 21,0.

- **13 IRM**, soit 19,0 IRM pour 1 million d'habitants soit une légère augmentation de ce ratio de 5,6% par rapport à 2023 :
  - dont un nouvel équipement IRM mis en service à partir du 6 mars 2024 sur le site Wiltz du CHdN.

À titre de comparaison[17], en 2023, la moyenne de l'OCDE (OCDE37) était de 19,7 IRM par million d'habitants, le Luxembourg en comptait 18,0, l'Allemagne 35,3, la Belgique 11,6 et la France 19,2.

- **8 gammas caméras**
- **8 mammographes**

[16] Deux scanners ont été retirés depuis l'édition 2023 de la Carte sanitaire. Il s'agit des scanners « COVID-19 » du CHL et des HRS, installés dans le cadre de l'état de crise sanitaire et autorisés à titre temporaire sur la base de la loi du 28 mai 2019 relative à la radioprotection. Ces équipements ont été retirés respectivement en juin 2024 et en février 2025.
[17] OCDE (2025), *Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/2f564c6c-fr.

Tableau 24 : Répartition de certains équipements d'imagerie médicale, par établissement, 2025

(Source : Direction de la santé, Division de la radioprotection, données équipements au 1er juillet 2025 ; population : données STATEC au 1er juillet 2025, traitement ObSanté)

Établissements	Sites	Scanner	IRM	Gamma Caméra	PET-Scan	Prone table	Mammo-graphe
CHdN	Ettelbruck	2	2	1	0	0	2
	Wiltz	1	1	0	0	0	0
CHL	Centre	2	3	2	2	0	0
	Maternité	0	0	0	0	1	2
	Kannerklinik	0	0	0	0	0	0
	Potaschberg	1	1	0	0	0	0
	Eich	1	0	0	0	0	0
HRS	CHK	2	2	0	0	0	1
	ZITHA	1	1	3	0	0	1
	CSM	0	0	0	0	0	0
CHEM	Esch	2	2	2	0	0	2
	Niederkorn	1	1	0	0	0	0
TOTAL		**13**	**13**	**8**	**2**	**1**	**8**
Nbre appareils/1 000 000 hbts *(Base : 685 075 habitants au 01.07.2025 - Source STATEC)*		**19,0**	**19,0**	**11,7**	**2,9**	**1,5**	**11,7**

Notes :
- Gamma caméra = nombre total incluant caméras à scintillation monotête, de SPECT, et de SPECT-CT
- Le périmètre d'inclusion des scanners comprend les scanners dédiés au radiodiagnostic et/ou à la radiologie interventionnelle hormis le scanner du Centre de radiothérapie François Baclesse qui n'est pas compté ici (scanner utilisé uniquement dans le cadre de la préparation des traitements de radiothérapie) ainsi que les scanners couplés à des équipements de médecine nucléaire (PET-Scan ou SPECT-CT).

Parmi les scanners dénombrés sont inclus des Scanners "COVID-19" et des Scanners "Urgences" :
- Existence de 3 Scanners "Urgence" : 1 au CHL-Centre, 1 aux HRS-CHK et 1 au CHEM-Esch
- En 2020, quatre scanners « COVID-19 », de modèle GE Revolution Evo®, ont été installés – un dans chacun des quatre hôpitaux – dans le cadre de l'état de crise sanitaire. Ces équipements ont été autorisés sur la base de la loi du 28 mai 2019 relative à la radioprotection, sous forme d'autorisations temporaires d'un an renouvelables, et non dans le cadre de la loi hospitalière. En date du mois de juillet 2025, tous les scanners "COVID-19" ont été retirés. Le CHEM a retiré son scanner « COVID-19 » en 2022, le CHL a procédé de même en juin 2024 et les HRS en février 2025.

Précisions concernant les modifications récentes :
- Ajout d'une 2ème Gamma caméra au CHEM-Esch en août 2022
- Ajout d'un IRM au CHdN-Wiltz en 2024
- Entre 2023 et 2024, tous les mammographes 2D des centres hospitaliers ont été remplacés par des mammographes 3D
- Ajout d'un 2ème mammographe au CHdN-Ettelbruck en 2024
- Ajout d'un second PET-Scan au CHL en 2025
- Remplacement au CHL de la Prone table par un nouveau modèle en 2025
- Depuis le 20 août 2025, le CHL dispose d'une antenne supplémentaire de son service d'imagerie médicale sur le site CHL-Grevenmacher, pour laquelle une autorisation a été obtenue pour l'exploitation d'un mammographe supplémentaire.
- Depuis le 20 août 2025, les HRS disposent d'une antenne supplémentaire de leur service d'imagerie médicale sur le site HRS-Cloche d'Or, pour laquelle des autorisations ont été obtenues en vue de l'exploitation d'un IRM, d'un mammographe et d'un scanner supplémentaires.
- Suite à la finalisation des travaux du nouveau bâtiment urgence du CHdN en octobre 2025, un scanner "Urgence" a été installé et est venu remplacer le scanner "COVID-19".

▪ *Autres équipements*

L'annexe 3 de la loi hospitalière modifiée de 2018 reprend également d'autres équipements nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières.

Il s'agit des catégories suivantes :

- Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire
- Équipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires
- Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques
- Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse
- Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle
- Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie
- Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale
- Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur
- Équipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons

En l'absence de définitions opérationnelles précises pour ces catégories, et dans la mesure où ces intitulés peuvent recouvrir une diversité d'équipements, un périmètre d'inclusion a été défini afin de garantir une identification homogène et comparable des équipements retenus dans la présente analyse.

Dans ce cadre, les choix méthodologiques suivants ont été opérés :

- **Équipement d'imagerie médicale fonctionnant sur le principe de la tomodensitométrie à rayons X ou sur le principe de la tomosynthèse à rayons X, à l'exception d'un équipement de type tomographe volumique à faisceau conique (CBCT) à emplacement fixe utilisé à des fins de radiodiagnostic dans le domaine de la radiologie dentaire :** seuls les équipements CBCT à usage non dentaire sont retenus dans le tableau 25 ; les scanners et les équipements de mammographie 3D ont été repris dans le tableau 24.
- **Équipement de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires :** sont inclus les équipements d'imagerie par rayons X utilisés pour l'exploration vasculaire à visée diagnostique ou thérapeutique (par exemple : salles d'angiographie, salles de radiologie interventionnelle vasculaire, salles hybrides vasculaires, arceaux mobiles). Sont exclus les équipements de coronarographie par cathétérisme, relevant d'une planification nationale spécifique et disponibles uniquement à l'INCCI (Tableau 23), ainsi que les équipements de tomodensitométrie (dont les angioscanners).
- **Laser à utilisation endovasculaire et les lasers urologiques :** seules ces indications ont été retenues.
- **Appareils ou équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse :** sont inclus les dialyseurs ainsi que l'ensemble des équipements associés.
- **Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle :** sont inclus les appareils d'ECMO (oxygénation par membrane extracorporelle), les pompes à ballonnet intra-aortique (IABP) ainsi que les dispositifs de circulation extracorporelle (CEC).
- **Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie :** un équipement est inclus, s'il est utilisé dans un contexte ambulatoire et s'il permet la transmission télémétrique (sans fil ou via réseau) et la réception d'un signal EEG, EMG ou d'un paramètre respiratoire/spirométrique utilisé pour la polysomnographie.
- **Appareil ou équipement nécessaire à l'anesthésie générale :** sont considérées les unités d'anesthésie (ventilateurs).
- **Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale de chirurgie assistée par ordinateur :** sont retenus les systèmes robotisés et assistés par ordinateur, distingués en deux sous-types :

systèmes polyvalents utilisés pour différentes chirurgies endoscopiques et systèmes dédiés à la chirurgie orthopédique.

- **Équipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels : caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positrons :** sont inclus les gamma-caméras mono-tête, double tête ou multi-têtes, y compris celles équipées de systèmes SPECT ou SPECT-CT, ainsi que les dispositifs de type *gamma finder*.

Tableau 25 : Répartition des autres équipements nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières, par établissement, 2025

(Sources : : Loi hospitalière modifiée du 08.03.2018 (annexe 3), Direction de la Santé/déclarations des établissements hospitaliers, données équipements au 1er juillet 2025, traitement et adaptations ObSanté)

Périmètre d'inclusion : Équipements et appareils nécessitant du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières, conformément à la typologie définie à l'annexe 3 de la loi hospitalière modifiée de 2018 et installés au 01.07.2025.

Établissements		CHdN		CHL					HRS			CHEM			INCCI	TOTAL
Sites		Ettelbruck	Wiltz	Centre	Maternité	Kannerklinik	Potaschberg	Eich	CHK	ZITHA	CSM	Esch	Dudelange	Niederkorn	INCCI	
Équipement nécessaire à l'anesthésie générale		19	0	51	3	20	0	6	21	10	0	24	0	3	7	**164**
Équipements d'épuration extra-rénale par hémodialyse		32	0	33	0	0	0	0	28	19	0	30	0	0	0	**142**
Équipement nécessaire à la robotique chirurgicale assistée par ordinateur	*Chirurgie endoscopique*	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	**5**
	Chirurgie orthopédique	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	**4**
Laser	*Usage endovasculaire*	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1**
	Usage urologique	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	**4**
Équipement permettant la réalisation de circulation sanguine extracorporelle	*Appareil d'ECMO*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	**4**
	Pompe à ballonet intra-aortique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	**4**
	Appareil de CEC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	**3**

Établissements		CHdN		CHL					HRS			CHEM			INCCI	TOTAL
Sites		Ettelbruck	Wiltz	Centre	Maternité	Kannerklinik	Potaschberg	Eich	CHK	ZITHA	CSM	Esch	Dudelange	Niederkorn	INCCI	
Équipements de tomodensitométrie et de tomosynthèse à rayons X (hors CBCT dentaire)	*CBCT (pour imagerie traumatologique/ musculosquelettique/urgence : orthopédie et extrémités)*	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	**2**
	CBCT (neuroradiologie)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**2**
Équipement de radiologie (angiographie / cathétérisme)	*Système d'angiographie (hors coronarographie)*	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	0	1	2	**9**
	Arceau mobile	4	1	6	0	0	0	3	3	3	0	0	0	0	1	**21**
Équipement de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels	*Gamma finder*	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1**
	Gamma-caméra	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	**7**
Tout équipement supplémentaire à l'appareil d'EEG et qui est nécessaire pour le monitoring ambulatoire EEG respectivement pour la polysomnographie	*Polysomnographe*	0	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	9	0	**19**
	Appareil EEG	3	0	0	0	0	0	0	5	1	0	26	5	19	0	**59**
	Appareil EMG	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	**4**
	Type d'équipement non précisé	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**10**

Remarque : Les fiches établissement fourniront des détails sur la répartition des équipements en spécifiant leur localisation par site et par service hospitalier.

Notes :
- Pour les lasers, certains établissements ont déclaré des équipements à usage dermatologique, cancérologique, ophtalmologique ou relevant d'autres indications hors urologiques ou endovasculaires. Ces utilisations, non reprises à l'annexe 3 de la loi hospitalière modifiée de 2018, n'ont pas été prises en compte ici.
- Pour les équipements CBCT utilisés en neuroradiologie et installés au CHL au sein du service national de neurochirurgie, il s'agit des arceaux mobiles LoopX et Oarm, qui font partie de l'équipement soumis à planification nationale : "Equipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire".
- Pour les équipements de radiologie de l'INCCI permettant l'exploration des structures vasculaires par cathétérisme à visée diagnostique ou thérapeutique, il s'agit des équipements de radiologie des salles opératoire, hybride et électrophysiologie.
- Un gamma finder est un équipement distinct d'une gamma camera car il ne permet pas de former des images. Il s'agit d'un appareil de mesure pour localiser les tumeurs par exemple.

3.4.3. Équipements dont la valeur unitaire à neuf dépasse 250 000 euros HTVA

L'article 14, paragraphe 2, de la loi hospitalière modifiée de 2018, prévoit que tout établissement hospitalier ayant l'intention d'acquérir ou d'utiliser un équipement ou appareil médical dont la valeur unitaire à neuf dépasse 250 000 euros doit soumettre son projet à l'autorisation du ministre, lequel sollicite l'avis de la CPH. Ces équipements ne bénéficient pas de subventions et ne sont pas soumis à une limitation quantitative au niveau national.

Dans le cadre du présent recensement, une attention particulière est d'abord portée à certains équipements d'imagerie médicale, plus précisément les tables de radiologie, dont la valeur unitaire dépasse ce seuil. Le recensement des autres équipements répondant à ce critère est ensuite présenté dans un second temps.

- ***Tables de radiologies***

Par table de radiologie est compris un ensemble de dispositifs constituant un système de radioscopie diagnostique fixe à usage général, utilisant des techniques analogiques en temps réel ou des techniques de conversion analogique-numérique pour la capture, l'affichage et la manipulation des images, dans un large éventail d'applications nécessitant une imagerie radioscopique en temps réel.
Le système comprend des fonctionnalités de réalisation d'images ponctuelles (spot-film) en plus des capacités radioscopiques, et est conçu pour optimiser la capacité des utilisateurs à évaluer visuellement et quantitativement l'anatomie et la fonction physiologique de différentes zones corporelles ciblées en temps réel. Les images peuvent être visualisées en temps réel ou en mode différé.

Tableau 26 : Répartition des tables de radiologie, par établissement, 2025

(Sources : Loi hospitalière modifiée du 08.03.2018 (article 14), Direction de la Santé/déclarations des établissements hospitaliers, données équipements au 1er juillet 2025, traitement et adaptations ObSanté)

Périmètre d'inclusion : sont incluses l'ensemble des tables de radiologie télécommandées (analogiques ou numériques), quel que soit leur domaine d'utilisation (polyvalent, urologique, gastro-entérologie, pédiatrie, etc.), dont la valeur unitaire à neuf dépasse 250 000 euros HTVA et qui sont installées au 1er juillet 2025.

Sont exclus de ce périmètre les systèmes d'angiographie, dans la mesure où ceux-ci sont déjà couverts par l'annexe 3 de la loi hospitalière modifiée de 2018, au titre des équipements de radiologie permettant de pratiquer des artériographies et/ou des angiographies digitalisées et/ou des cathétérismes vasculaires.

Établissements	Sites	Table de radiologie télécommandée analogique	Table de radiologie télécommandée numérique				TOTAL
		à usage polyvalent	*à usage polyvalent*	*à usage pédiatrique*	*à usage gastro-entérologique*	*à usage urologique*	
CHdN	Ettelbruck	0	2	0	0	1	**3**
	Wiltz	0	1	0	0	0	**1**
CHL	Centre	0	2	0	1	0	**3**
	Maternité	0	0	0	0	0	**0**
	Kannerklinik	0	2	1	0	0	**3**
	Potaschberg	0	0	0	0	0	**0**
	Eich	0	2	0	0	0	**2**
HRS	CHK	0	4	0	0	1	**5**
	ZITHA	0	2	0	0	0	**2**
	CSM	0	0	0	0	0	**0**
CHEM	Esch	0	2	0	0	1	**3**
	Niederkorn	0	2	0	0	0	**2**
	Dudelange	1	0	0	0	0	**1**
TOTAL		**1**	**19**	**1**	**1**	**3**	**25**

Remarque : Les fiches établissement fourniront des détails sur la répartition des tables de radiologie, en spécifiant leur localisation par site et par service hospitalier.

Notes :
- Le site Cloche d'Or des HRS et le site de Grevenmacher du CHL ne sont pas pris en compte, ces sites n'étant pas autorisés à la date du 01.07.2025.
- Les HRS ont procédé au transfert d'une table de radiologie du site Clinique Sainte-Marie vers le site Kirchberg, afin de remplacer, courant juillet 2025, une table existante sur ce dernier site. En conséquence, à la date de référence du 01.07.2025, les deux tables sont comptabilisées dans le présent tableau.
- Le système d'imagerie de stéréo radiologie EOS® du CHL est comptabilisé ici en tant que table de radiologie à usage pédiatrique.

- ***Autres équipements dont la valeur unitaire à neuf dépasse 250 000 euros HTVA***

La liste de ces équipements installés au 1er juillet 2025 est reprise dans le tableau ci-dessous.

Ont été inclus :
- tout équipement dont la valeur unitaire à neuf dépasse 250 000 euros HTVA
- tout ensemble indissociable d'appareils, fonctionnant conjointement pour réaliser une fonction, dont la valeur à neuf de l'ensemble dépasse 250 000 euros HTVA

Ont été exclus :
- les appareils et équipements soumis à planification nationale, du personnel hautement qualifié ou des conditions d'emploi particulières (annexe 3 de la loi hospitalière modifiée de 2018)
- les scanners, les appareils IRM, les mammographes, les PET-Scans et les gamma caméras, car ils ont été recensés à part (voir Tableau 24)
- tout ensemble d'équipements identiques ou semblables réalisant la même fonction, dont la valeur individuelle à neuf est inférieure à 250 000 euros HTVA mais dont la valeur cumulée dépasse ce seuil
- tout équipement dont l'utilisation et la fonction est transversale à une série d'appareils divers ayant chacun une fonction spécifique

- les plateaux techniques (par exemple : les plateaux techniques électrocardiogramme, électroencéphalogramme, d'exploration fonctionnelle respiratoire, cardiotocographe, les plateaux techniques de stérilisation, les plateaux techniques de monitoring, les plateaux techniques échographiques, les plateaux techniques urologiques, les plateaux techniques d'endoscopie…)

Tableau 27 : Typologie et répartition par établissement des équipements et appareils dont la valeur unitaire à neuf est supérieure à 250 000 euros HTVA, 2025

(Source : Déclarations des établissements hospitaliers, juillet 2025)

Types d'appareil ou d'équipement	Nombre d'appareils ou équipements de même type par établissement						TOTAL
	CHL	CHdN	CHEM	HRS	LNS	RHZ	
Appareil de radiologie mobile	19	0	0	0	0	0	**19**
Chaîne laboratoire biochimie	1	2	0	0	0	0	**3**
Chaîne laboratoire biologie moléculaire	1	0	0	0	0	0	**1**
Chaîne laboratoire hématologie	1	0	0	0	0	0	**1**
Chaîne laboratoire immunologie	1	0	0	0	0	0	**1**
Chaîne laboratoire microbiologie	1	0	0	0	0	0	**1**
Couveuses	7	0	0	0	0	0	**7**
Équipement pour thérapie locomotrice robotisée de type exosquelette électromécanisée de membres inférieurs	0	0	0	0	0	1	**1**
Microscope électronique	0	0	0	0	1	0	**1**
Microscope opératoire	0	0	0	1	0	0	**1**
Orthopantomographe	1	0	0	0	0	0	**1**
Séquenceur	0	0	0	0	3	0	**3**
Système de découpe et de préparation automatique de lames	0	0	0	0	1	0	**1**
TOTAL	**32**	**2**	**0**	**1**	**5**	**1**	**41**

Remarque : Les fiches établissement fourniront des détails sur la répartition des équipements dont la valeur excède 250 000 euros HTVA, en spécifiant leur localisation par site et par service hospitalier.

3.5. Ressources humaines

Conformément à l'article 3, paragraphe 2, alinéa 4 de la loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018, la Carte sanitaire intègre des informations relatives aux ressources humaines des établissements hospitaliers. Celles-ci comprennent notamment le recensement des médecins agréés et de leurs spécialités, ainsi que des professionnels de santé, du personnel administratif et du personnel technique exerçant au sein de ces établissements.

Tableau 28 : Évolution du nombre des médecins hospitaliers, au GDL, 2014-2025

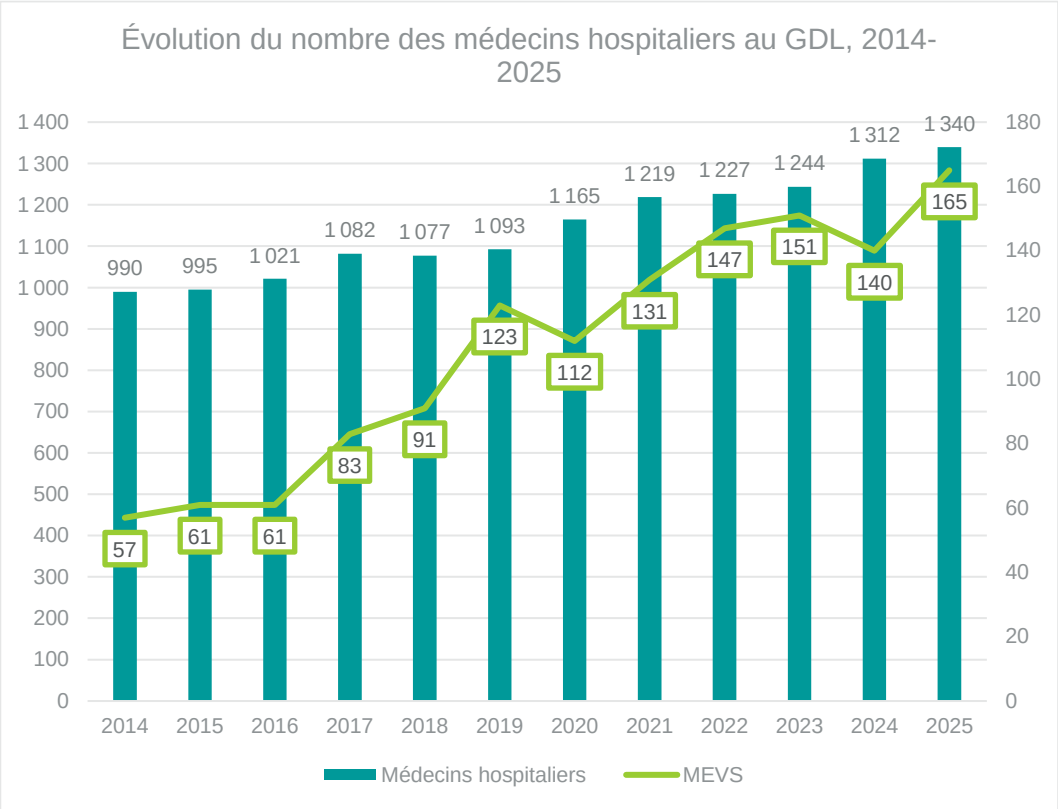
(Source : IGSS - Rapport général sur la sécurité sociale, adaptation ObSanté)

Effectifs	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	2024	2025	Évol. 2014-25	Croissance ann. moy. 2014 - 25
Médecins hospitaliers	1 033	1 093	1 165	1 219	1 227	1 244	1 190	1 312	1 340	35,4%	+2,8%
MEVS	71	123	112	131	147	151	133	140	165	189,5%	+10,1%
Total	**1 104**	**1 216**	**1 277**	**1 350**	**1 374**	**1 395**	**1 322**	**1 452**	**1 505**	**43,7%**	**+3,4%**

Notes :
--MEVS = Médecin en voie de spécialisation
- À compter du 01.01.2012, Haus Omega et HIS sont pris en compte dans le recensement.
- À compter du 01.01.2019, le CRCC (Colpach) est pris en compte dans le recensement.
- À compter du 01.01.2020, le LNS est pris en compte dans le recensement.

Figure 2 : Évolution du nombre des médecins hospitaliers, au GDL, 2014-2025

(Source : IGSS - Rapport général sur la sécurité sociale, adaptation ObSanté)



Entre 2014 et 2025, les effectifs en médecins hospitaliers augmentent de 43,7%, passant de 1 047 à 1 505 (soit +3,4% en moyenne par an). Cette évolution concerne à la fois les médecins hospitaliers (+35,4%) et les médecins en voie de spécialisation (+189,5%), ces derniers restant toutefois beaucoup moins nombreux en effectif absolu.

Tableau 29 : Évolution du nombre des salariés du secteur hospitalier par pays de résidence, au GDL, 2014-2025

(Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS, adaptation ObSanté)

Périmètre d'inclusion :

Les statistiques reprennent les salariés du secteur hospitalier et sont établies à partir des fichiers recensant l'emploi salarié. Néanmoins elles ne proposent qu'une vue tronquée des ressources humaines du secteur hospitalier car :

- La plupart des médecins hospitaliers n'ont pas de statut de salarié, mais exercent en mode libéral.

- Le personnel intérimaire travaillant pour les hôpitaux n'est pas inclus.

- Les établissements hospitaliers ont recours, dans des proportions variables, à des travaux de sous-traitance dans différents domaines : buanderie, restauration, certains travaux d'entretien, maintenance de systèmes informatiques, stérilisation, etc. Le personnel travaillant en sous-traitance est embauché par un autre employeur et ne peut donc pas être attribué à un domaine relevant de l'activité centrale de l'hôpital.

Pays de résidence	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	2024	2025	Évol. 2014-25	Croissance ann. moy. 2014 - 25
Luxembourg	4 999	5 114	5 143	5 095	5 211	5 192	5 151	5 267	5 273	4,3%	+0,4%
France	1 787	2 082	2 281	2 425	2 602	2 685	2 415	2 807	2 968	77,0%	+5,3%
Belgique	919	1 037	1 097	1 133	1 203	1 250	1 144	1 288	1 296	47,8%	+3,6%
Allemagne	743	761	815	839	860	867	828	875	876	20,5%	+1,7%
Total	**8 448**	**8 994**	**9 336**	**9 492**	**9 876**	**9 994**	**9 538**	**10 237**	**10 413**	**24,9%**	**+2,0%**

Notes :

- Les statistiques sont établies au 31 mars de l'année correspondante.

- Le personnel employé par le LNS n'est pas inclus dans cette statistique.

Entre 2014 et 2025, le nombre de salariés du secteur hospitalier augmente de 24,9%, passant de 8 338 à 10 413 (soit +2,0% en moyenne annuelle). Cette évolution concerne l'ensemble des pays de résidence, avec une hausse importante pour les salariés résidant en France (+77,0%) et en Belgique (+47,8%), tandis que les effectifs résidant au Luxembourg (+4,3%) progressent plus modérément.

Tableau 30 : Évolution du nombre des salariés du secteur hospitalier par sexe, au GDL, 2014-2025

(Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS, adaptation ObSanté)

Périmètre d'inclusion :

Les statistiques reprennent les salariés du secteur hospitalier et sont établies à partir des fichiers recensant l'emploi salarié. Néanmoins elles ne proposent qu'une vue tronquée des ressources humaines du secteur hospitalier car :

- La plupart des médecins hospitaliers n'ont pas de statut de salarié, mais exercent en mode libéral.

- Le personnel intérimaire travaillant pour les hôpitaux n'est pas inclus.

- Les établissements hospitaliers ont recours, dans des proportions variables, à des travaux de sous-traitance dans différents domaines : buanderie, restauration, certains travaux d'entretien, maintenance de systèmes informatiques, stérilisation, etc. Le personnel travaillant en sous-traitance est embauché par un autre employeur et ne peut donc pas être attribué à un domaine relevant de l'activité centrale de l'hôpital.

Sexe	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	2024	2025	Évol. 2014-25	Croissance ann. moy. 2014 - 25
Masculin	2 064	2 210	2 353	2 424	2 521	2 543	2 410	2 598	2 666	32,9%	+2,6%
Féminin	6 383	6 784	6 983	7 068	7 355	7 451	7 128	7 639	7 747	22,3%	+1,9%
Total	**8 448**	**8 994**	**9 336**	**9 492**	**9 876**	**9 994**	**9 538**	**10 237**	**10 413**	**24,9%**	**+2,0%**

Notes :

- Les statistiques sont établies au 31 mars de l'année correspondante.

- Le personnel employé par le LNS n'est pas inclus dans cette statistique.

Cette évolution du nombre de salariés du secteur hospitalier concerne à la fois les femmes (+22,3%) et les hommes (+32,9%), avec une progression plus marquée des effectifs masculins. Les femmes restent néanmoins majoritaires parmi les salariés du secteur hospitalier sur l'ensemble de la période.

4. Activité d'hospitalisation

La loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018 prévoit que la Carte sanitaire renseigne les motifs d'hospitalisation stationnaire et ambulatoire des patients admis dans un établissement hospitalier.

Dans le cadre de cette édition, l'analyse des motifs d'hospitalisation stationnaire est présentée pour l'année de référence 2023 uniquement ; les motifs d'hospitalisation ambulatoire ne sont pas présentés *(cf note méthodologique p.20 et s.)*.

La présentation qui suit porte sur l'activité des centres hospitaliers (hors activité de rééducation) : CHdN, CHL, CHEM, HRS[18], basée sur des données administratives de facturation concernant des personnes résidentes ou non, relevant, directement ou par assimilation, de la protection de la sécurité sociale et qui ont été hospitalisées pour des activités opposables à la CNS selon ses statuts. Les activités non-opposables représentant seulement une faible proportion de l'activité globale (3,5% en 2023), les résultats présentés constituent une approximation acceptable des valeurs réelles, bien que légèrement sous-estimée.

Les années 2020 et 2021 correspondent à la période pandémique ; en conséquence, les évolutions entre 2019 et 2022 sont à interpréter avec précaution, compte tenu notamment d'hospitalisations de patients pour COVID-19 d'une part et du report de certaines activités, lorsqu'un tel report n'avait pas un impact direct sur la santé des patients, d'autre part.

[18] Pour les années 2014 à 2016, les données d'activité du CHK, de la ZITHA et de la CSM ont été présentées séparément. Pour les années 2017 à 2024, les données du groupe HRS sont présentées.

4.1. Centres hospitaliers

4.1.1. Synthèse des indicateurs clés (2019-2024)

Tableau 31 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2019

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA) / Pour occupation des lits, PSA non incluses)

2019 - Indicateurs		CHdN	CHL	CHEM	HRS	TOTAL
Séjours	*Nbre*	19 752	35 944	34 267	52 583	**142 546**
	% du total	13,9%	25,2%	24,0%	36,9%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	102 958	174 384	168 230	199 926	**645 498**
	% du total	16,0%	27,0%	26,1%	31,0%	**100,0%**
Hospitalisations de jour *(ESMJ+PSA)*	*% du total des séjours*	39,9%	39,3%	40,7%	53,1%	**44,8%**
DMS jours *(présence à minuit)*		8,0	7,3	7,6	7,0	**7,4**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	264,1	456,4	443,5	478,6	**1642,6**
	Taux d'occupation (%)	80,8%	78,5%	82,6%	72,8%	**78,1%**
Journées personnes âgées ≥ 75 ans	*% du total des journées*	35,5%	27,6%	39,6%	31,3%	**33,1%**

Tableau 32 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2020

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA) / Pour occupation des lits, PSA non incluses)

2020 - Indicateurs		CHdN	CHL	CHEM	HRS	TOTAL
Séjours	*Nbre*	16 456	32 341	27 919	45 375	**122 091**
	% du total	13,5%	26,5%	22,9%	37,2%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	92 507	160 806	136 822	171 494	**561 629**
	% du total	16,5%	28,6%	24,4%	30,5%	**100,0%**
Hospitalisations de jour *(ESMJ+PSA)*	*% du total des séjours*	38,4%	38,8%	41,4%	53,9%	**44,4%**
DMS jours *(présence à minuit)*		8,5	7,5	7,7	7,0	**7,5**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	236,3	413,9	359,7	406,4	**1416,4**
	Taux d'occupation (%)	72,3%	71,2%	67,0%	63,5%	**67,9%**
Journées personnes âgées ≥ 75 ans	*% du total des journées*	38,6%	27,0%	40,4%	29,4%	**32,9%**

Tableau 33 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2021

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA) / Pour occupation des lits, PSA non incluses)

2021 - Indicateurs		CHdN	CHL	CHEM	HRS	TOTAL
Séjours	*Nbre*	19 408	36 283	32 383	51 305	**139 379**
	% du total	13,9%	26,0%	23,2%	36,8%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	98 793	170 863	144 858	179 048	**593 562**
	% du total	16,6%	28,8%	24,4%	30,2%	**100,0%**
Hospitalisations de jour *(ESMJ+PSA)*	*% du total des séjours*	42,9%	40,8%	47,3%	55,6%	**48,1%**
DMS jours *(présence à minuit)*		8,2	7,3	7,6	6,6	**7,3**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	253,6	440,0	356,9	418,2	**1468,7**
	Taux d'occupation (%)	77,5%	75,7%	69,4%	65,3%	**71,2%**
Journées personnes âgées ≥ 75 ans	*% du total des journées*	36,1%	26,8%	38,2%	28,2%	**31,6%**

Tableau 34 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2022

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA) / Pour occupation des lits, PSA non incluses)

2022 - Indicateurs		CHdN	CHL	CHEM	HRS	TOTAL
Séjours	*Nbre*	19 633	37 657	34 431	52 402	**144 123**
	% du total	13,6%	26,1%	23,9%	36,4%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	106 433	174 555	145 726	189 298	**616 012**
	% du total	17,3%	28,3%	23,7%	30,7%	**100,0%**
Hospitalisations de jour *(ESMJ+PSA)*	*% du total des séjours*	43,3%	42,0%	47,7%	54,8%	**48,2%**
DMS jours *(présence à minuit)*		8,8	7,3	7,2	6,8	**7,3**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	270,9	450,8	365,7	448,2	**1535,6**
	Taux d'occupation (%)	82,8%	76,5%	80,5%	70,0%	**76,4%**
Journées personnes âgées ≥ 75 ans	*% du total des journées*	38,5%	26,2%	36,7%	30,3%	**32,1%**

Tableau 35 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2023

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA) / Pour occupation des lits, PSA non incluses)

2023 - Indicateurs		CHdN	CHL	CHEM	HRS	TOTAL
Séjours	*Nbre*	21 381	38 969	36 878	54 389	**151 617**
	% du total	14,1%	25,7%	24,3%	35,9%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	108 349	176 146	151 294	197 823	**633 612**
	% du total	17,1%	27,8%	23,9%	31,2%	**100,0%**
Hospitalisations de jour *(ESMJ+PSA)*	*% du total des séjours*	46,3%	42,9%	47,3%	54,0%	**48,4%**
DMS jours *(présence à minuit)*		8,6	7,2	6,9	6,7	**7,2**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	271,1	447,6	377,4	456,1	**1552,1**
	Taux d'occupation (%)	82,9%	76,0%	79,1%	71,3%	**76,3%**
Journées personnes âgées ≥ 75 ans	*% du total des journées*	37,0%	26,6%	38,0%	28,7%	**31,8%**

Tableau 36 : Synthèse des indicateurs-clés, par établissement, 2024

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA) / Pour occupation des lits, PSA non incluses)

2024 - Indicateurs		CHdN	CHL	CHEM	HRS	TOTAL
Séjours	*Nbre*	23 139	38 834	39 107	55 843	**156 923**
	% du total	14,7%	24,7%	24,9%	35,6%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	111 714	182 488	151 124	200 223	**645 549**
	% du total	17,3%	28,3%	23,4%	31,0%	**100,0%**
Hospitalisations de jour *(ESMJ+PSA)*	*% du total des séjours*	46,4%	39,7%	49,3%	53,4%	**48,0%**
DMS jours *(présence à minuit)*		8,1	7,1	6,7	6,5	**7,0**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	268,6	448,6	371,6	464,4	**1553,2**
	Taux d'occupation (%)	82,4%	76,2%	76,9%	71,0%	**75,7%**
Journées personnes âgées ≥ 75 ans	*% du total des journées*	39,1%	25,7%	36,3%	28,6%	**31,4%**

CONSTATS :

Après la diminution du nombre total de séjours en 2020, en lien avec la pandémie de COVID-19, l'activité dépasse le niveau pré-pandémique dès 2022. Cette tendance se confirme sur les années suivantes, avec une augmentation continue du nombre total de séjours et du nombre de journées, atteignant leurs niveaux les plus élevés en 2024.

Parallèlement, la part des hospitalisations de jour dans le total des séjours semble s'être stabilisée autour de 48% depuis 2021, suggérant un ralentissement de la progression du virage ambulatoire.

4.1.2. Séjours et journées d'hospitalisation

Le nombre de **séjours hospitaliers** a augmenté de 1,7% par an en moyenne entre 2014 et 2023, avec des évolutions différentes selon les établissements. Cette progression est principalement portée par l'augmentation des hospitalisations de jour (+4,3% par an), tandis que le nombre de séjours en hospitalisation stationnaire a très légèrement diminué (-0,2% par an).
Entre les périodes 2014-2018 et 2019-2023, le nombre total de séjours a augmenté dans des proportions comparables (respectivement +6,7% et +6,4%). Toutefois, la dynamique sous-jacente diffère : la progression des hospitalisations de jour, bien que toujours soutenue, est moins prononcée (+21,6%) qu'au cours de la période précédente, tandis que le recul des séjours stationnaires apparaît moins marqué (-0,6% contre -2,6% précédemment).

Le nombre de **journées d'hospitalisation** (y compris l'hospitalisation de jour) est globalement resté stable sur la période 2014-2023. Cette stabilité apparente masque toutefois des évolutions contrastées : le nombre de journées a augmenté entre 2014 et 2018 (+2,2%), avant de diminuer sur la période 2019–2023 (-1,8%).

Tableau 37 : Évolution des hospitalisations, par établissement, 2014-2024

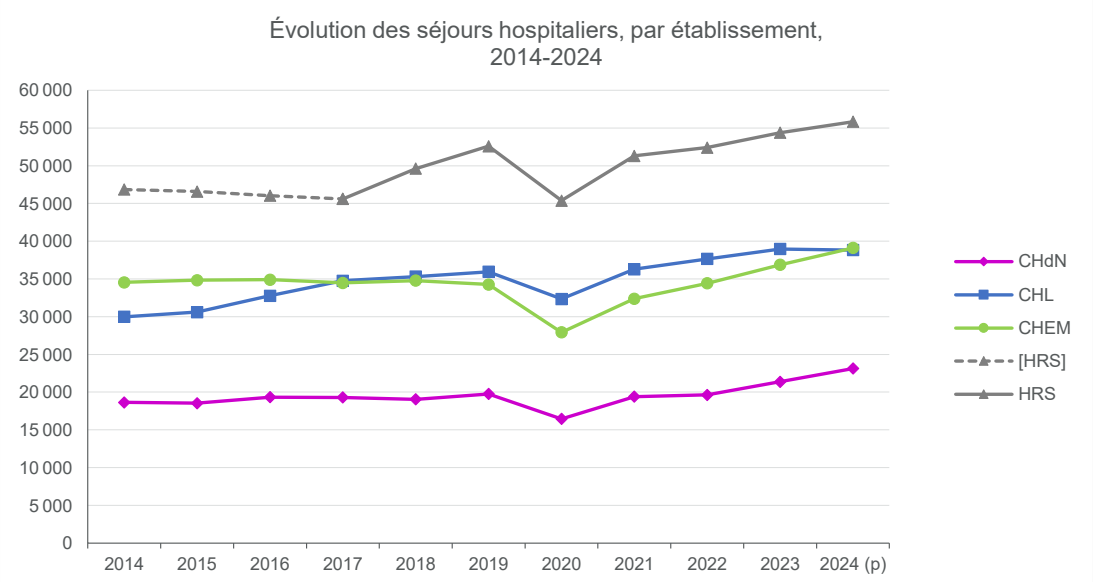
(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

Établis-sements	Indicateurs	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	Croissance ann. moy. 2014 - 23	Évol. 2014-18	Évol. 2019-23	2024 (p)
CHdN	Nbre séjours	18 971,2	19 752	16 456	19 408	19 633	21 381	19 326,0	*+1,5%*	+2,2%	+8,2%	23 139
	dont présence à minuit	*12 033,2*	*11 862*	*10 143*	*11 085*	*11 129*	*11 491*	*11 142,0*	*-0,5%*	*-3,1%*	*-3,1%*	*12 395*
	dont ESMJ + PSA	*6 938,0*	*7 890*	*6 313*	*8 323*	*8 504*	*9 890*	*8 184,0*	*+4,6%*	*+11,7%*	*+25,3%*	*10 744*
	Nbre journées	100 499,4	102 958	92 507	98 793	106 433	108 349	101 808,0	+1,0%	+0,6%	+5,2%	111 714
CHL	Nbre séjours	32 687,0	35 944	32 341	36 283	37 657	38 969	36 238,8	*+3,0%*	+17,8%	+8,4%	38 834
	dont présence à minuit	*20 333,0*	*21 817*	*19 789*	*21 474*	*21 834*	*22 266*	*21 436,0*	*+1,5%*	*+9,1%*	*+2,1%*	*23 410*
	dont ESMJ + PSA	*12 354,0*	*14 127*	*12 552*	*14 809*	*15 823*	*16 703*	*14 802,8*	*+5,4%*	*+33,9%*	*+18,2%*	*15 424*
	Nbre journées	166 019,2	174 384	160 806	170 863	174 555	176 146	171 350,8	+1,2%	+8,1%	+1,0%	182 488
CHEM	Nbre séjours	34 704,6	34 267	27 919	32 383	34 431	36 878	33 175,6	*+0,7%*	+0,7%	+7,6%	39 107
	dont présence à minuit	*21 078,4*	*20 336*	*16 360*	*17 066*	*18 020*	*19 429*	*18 242,2*	*-1,2%*	*-5,1%*	*-4,5%*	*19 808*
	dont ESMJ + PSA	*13 626,2*	*13 931*	*11 559*	*15 317*	*16 411*	*17 449*	*14 933,4*	*+3,4%*	*+10,2%*	*+25,3%*	*19 299*
	Nbre journées	169 619,0	168 230	136 822	144 858	145 726	151 294	149 386,0	-1,0%	+2,6%	-10,1%	151 124
HRS	Nbre séjours	[46 939,8]	52 583	45 375	51 305	52 402	54 389	51 210,8	+1,7%*	+5,9%*	+3,4%	55 843
	dont présence à minuit	*[25 444,0]*	*24 663*	*20 929*	*22 779*	*23 693*	*25 005*	*23 413,8*	-0,7%	-9,1%*	*+1,4%*	*26 016*
	dont ESMJ + PSA	*[21 495,8]*	*27 920*	*24 446*	*28 526*	*28 709*	*29 384*	*27 797,0*	4,3%	+25,7%*	*+5,2%*	*29 827*
	Nbre journées	[203 065,4]	199 926	171 494	179 048	189 298	197 823	187 517,8	-0,6%	-2,0%	-1,1%	200 223
TOTAL	**Nbre séjours**	**133 302,6**	**142 546**	**122 091**	**139 379**	**144 123**	**151 617**	**139 951,2**	**+1,7%**	**+6,7%**	**+6,4%**	**156 923**
	dont présence à minuit	*78 888,6*	*78 678*	*67 221*	*72 404*	*74 676*	*78 191*	*74 234,0*	*-0,2%*	*-2,6%*	*-0,6%*	*81 629*
	dont ESMJ + PSA	*54 414,0*	*63 868*	*54 870*	*66 975*	*69 447*	*73 426*	*65 717,2*	*+4,3%*	*+21,6%*	*+15,0%*	*75 294*
	Nbre journées	**639 203,0**	**645 498**	**561 629**	**593 562**	**616 012**	**633 612**	**610 062,6**	**+0,0%**	**+2,2%**	**-1,8%**	**645 549**

Note : Les données entre [ ] correspondent à des sommes fictives car la fusion des HRS n'avaient pas encore eu lieu.

Figure 3 : Évolution des séjours hospitaliers, par établissement, 2014-2024

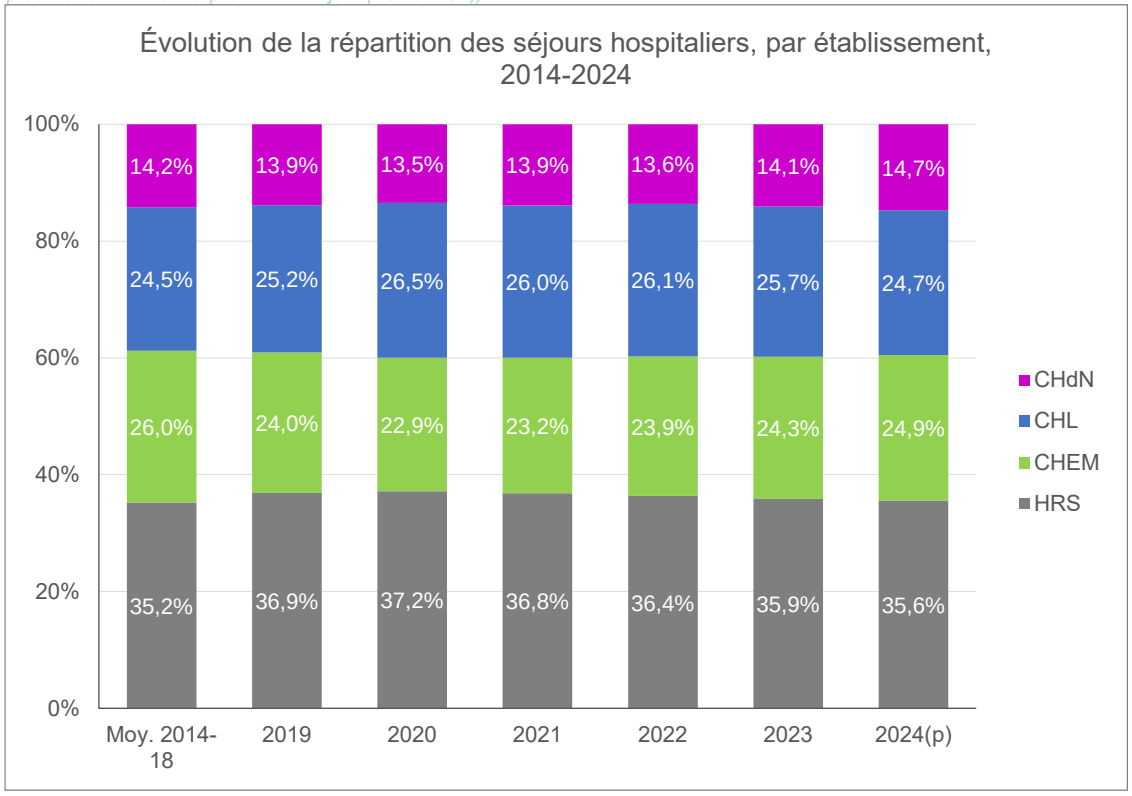
(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))



Après une diminution du nombre de séjours hospitaliers dans l'ensemble des centres hospitaliers en 2020, en lien avec la pandémie de COVID-19, une reprise de l'activité est observée à partir de 2021. Dès 2022, le nombre de séjours retrouve des niveaux comparables à ceux de 2019, avant de continuer à croître en 2023 et 2024.

Figure 4 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers, par établissement, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))



Sur la période 2019-2024, la répartition des séjours hospitaliers entre les centres hospitaliers reste globalement stable, avec des variations minimes d'une année à l'autre.

4.1.3. Hospitalisations de jour

→ cf note méthodologique : définitions p.16

Par rapport au total des **hospitalisations,** l'hospitalisation de jour[19] a considérablement augmenté, et représente 48,4% du total des admissions en 2023 contre 38,6% en 2014, avec des variations importantes entre établissements hospitaliers (de 42,9% à 54,0% du total des séjours par établissement en 2023).

Tableau 38 : Évolution des hospitalisations de jour, par établissement, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

Établis-sements	Indicateurs	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	Croissance ann. moy. 2014 - 23	Évol. 2014-18	Évol. 2019-23	2024 (p)
CHdN	Nbre d'ESMJ + PSA	6 938,0	7 890	6 313	8 323	8 504	9 890	8 184,0	*+4,6%*	+11,7%	+25,3%	10 744
	% du total des séjours	*36,6%*	*39,9%*	*38,4%*	*42,9%*	*43,3%*	*46,3%*	*42,3%*				*46,4%*
CHL	Nbre d'ESMJ + PSA	12 354,0	14 127	12 552	14 809	15 823	16 703	14 802,8	*+5,4%*	+33,9%	+18,2%	15 424
	% du total des séjours	*37,8%*	*39,3%*	*38,8%*	*40,8%*	*42,0%*	*42,9%*	*40,8%*				*39,7%*
CHEM	Nbre d'ESMJ + PSA	13 626,2	13 931	11 559	15 317	16 411	17 449	14 933,4	*+3,4%*	+10,2%	+25,3%	19 299
	% du total des séjours	*39,3%*	*40,7%*	*41,4%*	*47,3%*	*47,7%*	*47,3%*	*45,0%*				*49,3%*
HRS	Nbre d'ESMJ + PSA	[21 495,8]	27 920	24 446	28 526	28 709	29 384	27 797,0	+4,3%*	NA	+5,2%	29 827
	% du total des séjours	*[45,8%]*	*53,1%*	*53,9%*	*55,6%*	*54,8%*	*54,0%*	*54,3%*				*53,4%*
TOTAL	**Nbre d'ESMJ + PSA**	**54 414,0**	**63 868**	**54 870**	**66 975**	**69 447**	**73 426**	**65 717,2**	**+4,3%**	**+21,6%**	**+15,0%**	**75 294**
	% du total des séjours	***40,8%***	***44,8%***	***44,9%***	***48,1%***	***48,2%***	***48,4%***	***47,0%***				***48,0%***

Note : Les données entre [ ] correspondent à des sommes fictives car la fusion des HRS n'avaient pas encore eu lieu.

Entre 2014 et 2023, les hospitalisations de jour ont crû en moyenne de 4,3% par an. La croissance apparaît toutefois un peu moins forte sur la période récente, avec une hausse de +15,0% entre 2019 et 2023 contre +21,6% entre 2014 et 2018.
En volume, le nombre d'HDJ est passé de 63 868 en 2019 à 73 426 en 2023, après une baisse observée en 2020 (54 870) dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les niveaux d'activité ont dépassé leur niveau prépandémique dès 2021.

Pour l'année 2023, on note que les HRS et le CHEM enregistrent le plus grand nombre d'hospitalisations de jour, avec respectivement 29 384 pour les HRS et 17 449 pour le CHEM. En outre, ces deux hôpitaux ont les pourcentages les plus élevés d'hospitalisations de jour par rapport au total de leurs séjours hospitaliers, avec 54,0% pour les HRS et 47,3% pour le CHEM.

[19] Les hospitalisations de jour regroupent les admissions à l'hôpital et sorties le même jour, sans présence à minuit ainsi que l'activité réalisée dans les places de surveillance ambulatoire.

Figure 5 : Évolution des hospitalisations de jour, par établissement, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

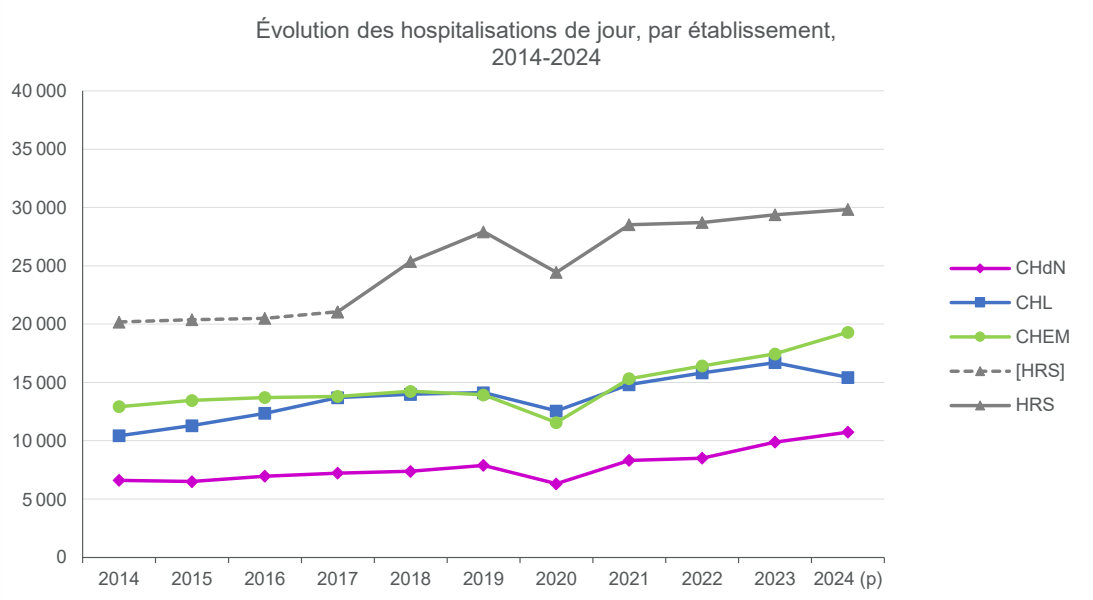


Tableau 39 : Évolution des hospitalisations de jour selon le type de prise en charge, par établissement, 2019-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

Années	Indicateurs	CHdN	CHL	CHEM	HRS	TOTAL
2019	Nbre d'hospitalisations de jour	7 890	14 127	13 931	27 920	63 868
	dont ESMJ	*1 006*	*6 237*	*7 973*	*1 965*	*17 181*
	dont PSA	*6 884*	*7 890*	*5 958*	*25 955*	*46 687*
2020	Nbre d'hospitalisations de jour	6 313	12 552	11 559	24 446	54 870
	dont ESMJ	*713*	*4 682*	*6 209*	*1 671*	*13 275*
	dont PSA	*5 600*	*7 870*	*5 350*	*22 775*	*41 595*
2021	Nbre d'hospitalisations de jour	8 323	14 809	15 317	28 526	66 975
	dont ESMJ	*930*	*4 604*	*2 262*	*2 135*	*9 931*
	dont PSA	*7 393*	*10 205*	*13 055*	*26 391*	*57 044*
2022	Nbre d'hospitalisations de jour	8 504	15 823	16 411	28 709	69 447
	dont ESMJ	*1 052*	*4 414*	*4 258*	*2 319*	*12 043*
	dont PSA	*7 452*	*11 409*	*12 153*	*26 390*	*57 404*
2023	Nbre d'hospitalisations de jour	9 890	16 703	17 449	29 384	73 426
	dont ESMJ	*1 247*	*4 672*	*4 750*	*2 631*	*13 300*
	dont PSA	*8 643*	*12 031*	*12 699*	*26 753*	*60 126*
2024 (p)	Nbre d'hospitalisations de jour	10 744	15 424	19 299	29 827	75 294
	dont ESMJ	*1 925*	*2 503*	*5 125*	*2 777*	*12 330*
	dont PSA	*8 819*	*12 921*	*14 174*	*27 050*	*62 964*

Une augmentation du total des hospitalisations de jour est observée entre 2019 et 2024, avec un accroissement de 63 868 à 75 294 hospitalisations de jour.

4.1.4. Durée moyenne de séjour

→ cf note méthodologique : définitions et modes de calcul p.19 et s.

La **durée moyenne de séjour** des hospitalisations avec nuitées est restée globalement stable entre 2014 et 2024. Elle est de 7,2 jours en 2023. Il convient toutefois de noter que les hospitalisations qui donnaient lieu à des séjours courts (≈ 2 jours) sont de plus en plus réalisées en hospitalisation de jour et, de ce fait, sont exclues du calcul de la durée moyenne de séjour. Cette exclusion induit une stagnation de la durée moyenne des séjours stationnaires avec nuitées.
A titre de comparaison, la durée moyenne de séjour en soins aigus en 2023 était de 5,5 jours en France, 6,0 jours en Belgique et 7,5 jours en Allemagne[20].

Tableau 40 : Évolution de la durée moyenne de séjour, par établissement, 2014-2024
(en nombre de jours)
(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit, hors hospitalisation de jour)

Établissements	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
CHdN	7,7	7,7	7,8	7,7	7,9	8,0	8,5	8,2	8,8	8,6	8,1
CHL	7,6	7,8	7,7	7,5	7,4	7,3	7,5	7,3	7,3	7,2	7,1
CHEM	7,1	7,3	7,4	7,5	7,6	7,6	7,7	7,6	7,2	6,9	6,7
HRS	[7,1]	[7,1]	[7,0]	7,1	7,4	7,0	7,0	6,6	6,8	6,7	6,5
GDL	**7,3**	**7,4**	**7,4**	**7,4**	**7,5**	**7,4**	**7,5**	**7,3**	**7,3**	**7,2**	**7,0**

Note : Les données entre [ ] correspondent à des moyennes fictives car la fusion des HRS n'avaient pas encore eu lieu.

Tableau 41 : Évolution de la durée moyenne de séjour selon l'âge, au GDL, 2019-2024
(en nombre de jours)
(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit, hors hospitalisation de jour)

Classes d'âge	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
0-28 jours	11,0	12,1	12,1	11,9	11,6	11,6
29 jours-<2 ans	3,3	3,8	3,7	3,7	3,4	3,8
2-4 ans	2,4	2,5	2,7	2,7	2,6	3,1
5-14 ans	5,1	5,1	5,6	5,4	4,4	4,3
15-24 ans	5,3	5,9	5,6	5,9	6,4	6,3
25-34 ans	4,7	4,6	4,5	4,8	4,6	4,7
35-44 ans	5,0	5,2	5,1	5,3	5,3	5,1
45-54 ans	5,9	5,9	5,8	5,6	5,5	5,4
55-64 ans	6,8	6,9	7,1	7,0	6,7	6,4
65-74 ans	8,7	8,8	8,3	8,3	8,3	8,0
75-84 ans	10,9	11,1	10,6	10,3	10,0	9,5
85 ans et +	12,5	12,3	12,1	12,0	11,6	11,6
TOTAL	**7,4**	**7,5**	**7,3**	**7,3**	**7,2**	**7,0**

La durée moyenne de séjour présente une variation marquée selon l'âge des patients. Elle est la plus faible chez les enfants âgés de 2 à 4 ans (entre 2,4 et 3,1 jours selon les années), puis augmente progressivement avec l'âge à partir de l'âge adulte pour atteindre des valeurs élevées chez les personnes âgées. En 2023, la durée moyenne de séjour s'élève ainsi à 6,7 jours chez les 55-64 ans, 8,3 jours chez les 65-74 ans, 10,0 jours chez les 75-84 ans et 11,6 jours chez les personnes âgées de 85 ans et plus. Les nouveau-nés (0-28 jours) présentent également une durée moyenne de séjour élevée, de l'ordre de 11,6 jours en 2023.
Sur la période 2019-2024, la durée moyenne de séjour totale diminue légèrement, passant de 7,4 jours en 2019 à 7,0 jours en 2024. Cette évolution à la baisse est observée dans la majorité des classes d'âge, bien que son ampleur varie selon les groupes. Elle est particulièrement visible chez les personnes âgées de 75 ans et plus, pour lesquelles la durée moyenne de séjour diminue respectivement de 10,9 à 9,5 jours chez les 75-84 ans et de 12,5 à 11,6 jours chez les 85 ans et plus.

[20] Eurostat.Database, Hospital discharges and length of stay for inpatient curative care [hlth_co_inpagg__custom_21072491] (Accessed on 20 April 2026)

À l'inverse de la tendance générale à la diminution de la durée moyenne de séjour, une augmentation est observée chez les patients âgés de 15 à 24 ans, pour lesquels la durée moyenne de séjour passe de 5,3 jours en 2019 à 6,3 jours en 2024.

4.1.5. Occupation des lits

→ cf note méthodologique : définitions et modes de calcul p.20

- ***Occupation annuelle des lits déclarés***

Entre 2019 et 2023, le taux annuel d'occupation des lits aigus a varié, selon les années, entre 67,9% et 78,1%. Les taux d'occupation en 2020 et 2021 sont donnés à titre indicatif mais doivent être considérés avec prudence, en raison des perturbations causées par la pandémie de COVID-19.
À partir de 2022, le taux d'occupation retrouve des niveaux comparables à ceux observés avant la pandémie, notamment en 2018 et 2019, où les taux étaient respectivement de 74,4% et 78,1%.

Tableau 42 : Occupation des lits aigus, au GDL, 2019-2024

Sources : 1.données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers unités de soins normaux (et palliatifs) et intensifs (hors activité de rééducation), présence à minuit et hospitalisation de jour en ESMJ (PSA non incluses). 2.lits aigus déclarés par les établissements + 41 lits de soins palliatifs pour 2019, 2020 et 2021, +32 lits de soins palliatifs pour 2022-2024

Années	Lits aigus déclarés + lits de soins palliatifs 2019-2024	Lits occupés en moyenne par jour	Nombre minimal de lits occupés par jour	Nombre maximal de lits occupés par jour	Taux d'occupation *(en % des lits occupés sur l'année)*
2019	2 102	1 642,6	1 132	1 899	78,1%
2020	2 085	1 416,4	952	1 902	67,9%
2021	2 062	1 468,7	1 068	1 721	71,2%
2022	2 010	1 535,6	1 210	1 793	76,4%
2023	2 033	1 552,1	1 120	1 782	76,3%
2024 (p)	2 052	1 553,2	1 077	1 789	75,7%

Note : les données de facturation servant aux calculs des taux d'occupation ne permettent pas d'exclure les journées de soins palliatifs de l'activité aiguë. C'est pourquoi, les lits de soins palliatifs, qui deviennent lits de moyen séjour à partir de 2019, ont toutefois été intégrés aux lits aigus pour assurer la consistance de ce calcul. De plus, les données d'activité à notre disposition incluent l'activité des 23 nouveaux lits de rééducation à Niederkorn en 2019 et 2020 dans l'activité aiguë et l'activité des 40 lits supplémentaires de rééducation aux HRS de janvier à mai 2019 ; la facturation ayant différé du réel de l'activité. Ces lits ont donc été intégrés pour les besoins du calcul de taux d'occupation.

Tableau 43 : Occupation des lits aigus, par établissement, 2023

Sources :
- Données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, unités de soins normaux (et palliatifs) et intensifs (hors activité de rééducation), présence à minuit et hospitalisation de jour en ESMJ (PSA non incluses)
- *Lits aigus déclarés par les établissements + 32 lits de soins palliatifs*

Établissements	Lits aigus déclarés + lits soins palliatifs	Lits occupés en moyenne par jour	Nombre minimal de lits occupés par jour	Nombre maximal de lits occupés par jour	Taux d'occupation *(en % des lits occupés sur l'année)*
CHdN	327	271,1	200	324	82,9%
CHL	589	447,6	342	530	76,0%
CHEM	477	377,4	280	449	79,1%
HRS	640	456,1	258	555	71,3%
GDL	**2 033**	**1 552,1**	**1 120**	**1 782**	**76,3%**

En 2023, le taux d'occupation des lits aigus varie entre 71,3% et 82,9% selon les établissements. Le nombre moyen, minimal et maximal de lits occupés par jour met en évidence des niveaux d'activité et des variations entre établissements.

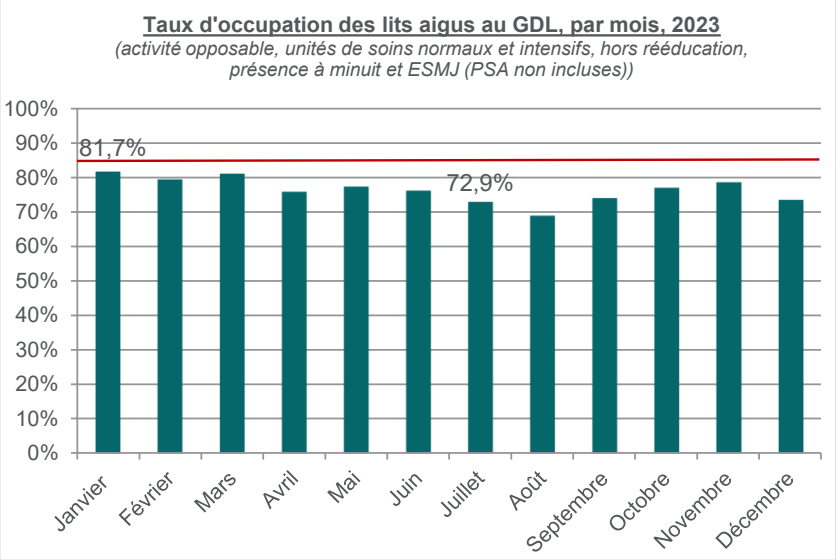
- ***Variations saisonnières de l'occupation des lits***

Tableau 44 : Occupation moyenne des lits aigus au GDL, par mois, 2023

Occupation moyenne des lits aigus au GDL, par mois, 2023
(activité opposable, unités de soins normaux et intensifs, hors rééducation, présence à minuit et ESMJ (PSA non incluses))

MOIS	MOYENNE	MIN	MAX	TO
Janvier	1 660,3	1 479	1 782	81,7%
Février	1 615,2	1 412	1 773	79,4%
Mars	1 648,5	1 454	1 755	81,1%
Avril	1 541,5	1 262	1 738	75,8%
Mai	1 571,5	1 346	1 739	77,3%
Juin	1 548,1	1 333	1 702	76,1%
Juillet	1 482,6	1 265	1 644	72,9%
Août	1 400,4	1 235	1 498	68,9%
Septembre	1 504,6	1 272	1 698	74,0%
Octobre	1 566,1	1 373	1 713	77,0%
Novembre	1 598,4	1 380	1 748	78,6%
Décembre	1 493,8	1 120	1 720	73,5%
Année 2023	**1 552,1**	**1 120**	**1 782**	**76,3%**

Figure 6 : Taux d'occupation des lits aigus au GDL, par mois, 2023



Sources :
- Données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, unités de soins normaux (et palliatifs) et intensifs (hors activité de rééducation), présence à minuit et hospitalisation de jour en ESMJ (PSA non incluses)
- *Lits aigus déclarés par les établissements + 32 lits de soins palliatifs*

Notes :
- *Le taux d'occupation de 85% fixé par une étude du NICE et mentionné dans le Panorama de la Santé de l'OCDE 2025 (p118) est matérialisé par une barre horizontale rouge.*
- *Les données de facturation servant aux calculs des taux d'occupation ne permettent pas d'exclure les journées de soins palliatifs de l'activité aiguë. C'est pourquoi, les lits de soins palliatifs sont intégrés aux lits aigus pour assurer la consistance de ce calcul.*

En 2023, l'occupation des lits aigus des centres hospitaliers au GDL se situe, en moyenne calculée sur le mois, entre 1 400,4 lits occupés par jour pour le mois d'août et 1 660,3 pour le mois de janvier, pour l'activité opposable des assurés résidents et des assurés non-résidents.

En 2023, pour 2 033 lits hospitaliers aigus *(hors INCCI et CFB mais incluant les lits de soins palliatifs pour les besoins du calcul du taux d'occupation en raison du périmètre d'inclusion des données de facturation mises à notre disposition)*, **1 552** lits ont été occupés en moyenne par jour, avec une occupation journalière minimale de 1 120 lits et une occupation maximale de 1 782 lits, ce qui correspond à un taux d'occupation moyen de 76,3% des lits pour l'activité opposable des assurés résidents et des assurés non-résidents, avec des variations :

- saisonnières : de 68,9% au mois d'août à 81,7% au mois de janvier
- selon les établissements : de 71,3% à 82,9%

À titre de comparaison, en 2023, le taux d'occupation des lits aigus dans les pays de l'OCDE (OCDE30)[21] était en moyenne de 71,4% ; en Allemagne, il était de 72,0% ; en Belgique de 62,5%, et en France de 74,3%.

4.1.6. Hospitalisations selon l'âge et le genre

Tableau 45 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers, par âge, au GDL, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

Classes d'âge	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Croissance ann. moy. 2014-23	2024 (p)
0-28 jours	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,1%	0,7%
29 jours-<2 ans	1,3%	1,3%	1,2%	1,3%	1,5%	1,3%	0,0%	1,3%
2-4 ans	1,2%	1,1%	0,8%	1,0%	1,1%	1,2%	-0,6%	1,2%
5-14 ans	3,2%	2,9%	2,6%	2,5%	2,9%	3,1%	-1,3%	3,3%
15-24 ans	5,3%	5,0%	4,9%	4,9%	4,6%	4,4%	-2,7%	4,2%
25-34 ans	11,1%	11,2%	11,5%	11,4%	10,9%	10,3%	-1,0%	10,1%
35-44 ans	12,5%	12,7%	12,8%	13,1%	12,4%	12,4%	-0,4%	12,6%
45-54 ans	15,1%	15,2%	14,8%	14,9%	14,4%	14,4%	-0,8%	14,2%
55-64 ans	15,2%	16,4%	16,7%	17,4%	17,4%	17,9%	+2,3%	18,0%
65-74 ans	14,3%	15,0%	15,3%	15,1%	15,7%	15,9%	+1,5%	16,0%
75-84 ans	13,6%	12,6%	12,4%	12,0%	12,5%	12,6%	-0,9%	12,3%
85 ans et +	6,4%	6,0%	6,2%	5,7%	6,1%	5,9%	-0,1%	5,9%
TOTAL	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**		**100,0%**

La proportion la plus élevée de séjours pour les années 2019 à 2024 est observée au sein de la population âgée de 55 à 64 ans ; c'est aussi dans cette tranche d'âge que la croissance annuelle moyenne est la plus importante entre 2014 et 2023.
La tranche d'âge des 65 à 74 ans présente également une augmentation de sa part dans les séjours hospitaliers sur la période, avec une croissance annuelle moyenne positive du nombre de séjours.
À l'inverse, chez les 15 à 24 ans et les 25 à 34 ans, ainsi que, dans une moindre mesure, chez les 45 à 54 ans, la part des séjours que représente ces tranches d'âge a diminué.
Chez les enfants et les adolescents (moins de 15 ans), la part que représente leurs séjours est faible et évolue peu.

[21] OCDE (2025), *Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/2f564c6c-fr.

Tableau 46 : Évolution de la répartition des journées d'hospitalisation, par âge, au GDL, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

Classes d'âge	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Croissance ann. moy. 2014-23	2024 (p)
0-28 jours	1,7%	1,6%	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%	0,6%	1,8%
29 jours-<2 ans	0,8%	0,7%	0,8%	0,9%	1,1%	0,9%	1,4%	1,0%
2-4 ans	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	+1,2%	0,6%
5-14 ans	1,8%	1,8%	1,6%	1,7%	1,9%	1,8%	+0,0%	2,0%
15-24 ans	3,8%	3,7%	3,8%	3,8%	3,7%	4,1%	-0,1%	4,0%
25-34 ans	7,9%	7,9%	8,0%	8,2%	8,4%	7,9%	-0,3%	7,9%
35-44 ans	8,8%	8,7%	9,0%	9,3%	9,2%	9,3%	+0,1%	9,4%
45-54 ans	11,3%	11,3%	10,6%	10,8%	10,0%	10,1%	-1,5%	10,1%
55-64 ans	13,6%	14,1%	14,0%	15,2%	14,8%	15,0%	+1,3%	14,7%
65-74 ans	16,2%	16,6%	17,2%	16,3%	16,6%	17,0%	+0,8%	17,1%
75-84 ans	20,6%	19,6%	19,3%	18,5%	18,5%	18,5%	-1,4%	18,0%
85 ans et +	13,2%	13,5%	13,6%	13,1%	13,6%	13,2%	+1,0%	13,5%
TOTAL	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**		**100,0%**

La répartition des journées d'hospitalisation en fonction de l'âge montre que les individus âgés de plus de 65 ans représentent près de la moitié des journées d'hospitalisation, de manière constante au cours des années considérées. C'est le groupe d'âge de 75-84 ans qui constitue la part la plus importante des soins hospitaliers, comprise entre 18,5 et 19,6% au cours de la période 2019-2023.

Figure 7 : Répartition des journées d'hospitalisation selon l'âge, au GDL, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

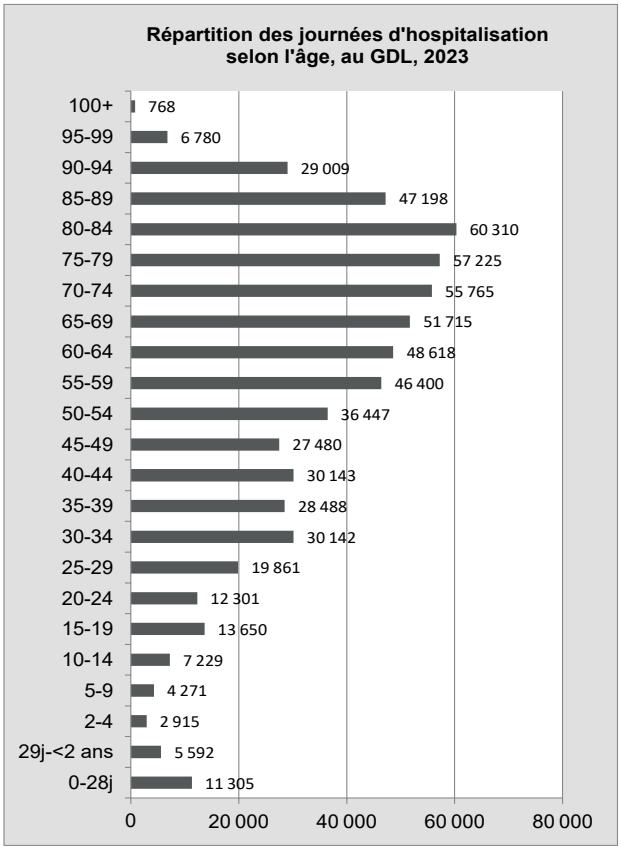


Figure 8 : Répartition des séjours hospitaliers selon l'âge, au GDL, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

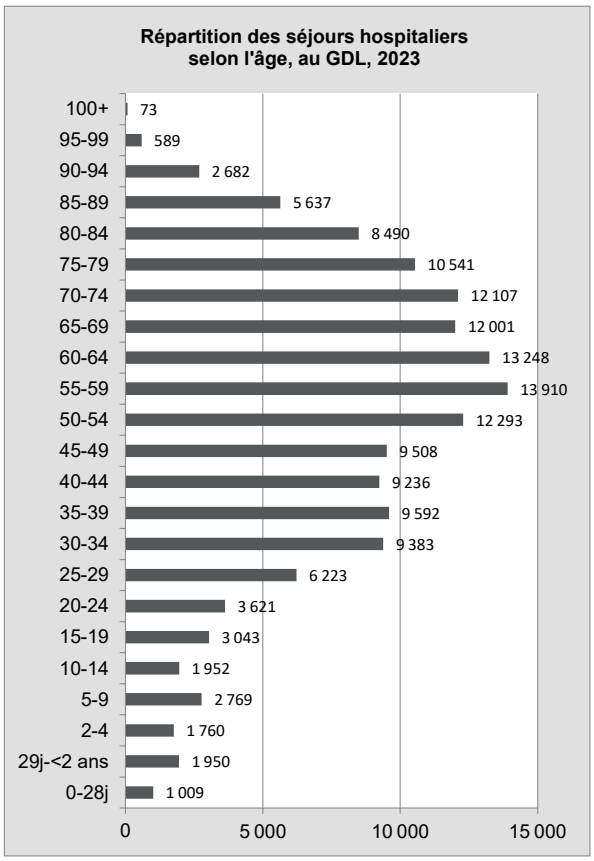


Figure 9 : Distribution des séjours hospitaliers selon l'âge et le genre, au GDL, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

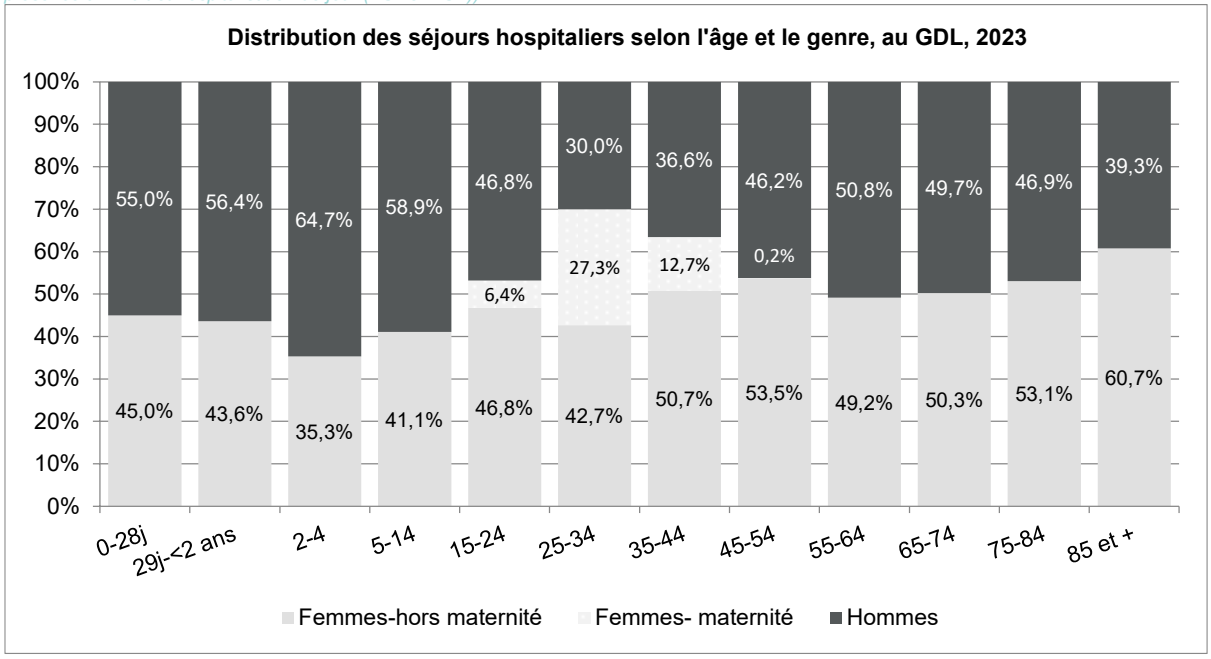
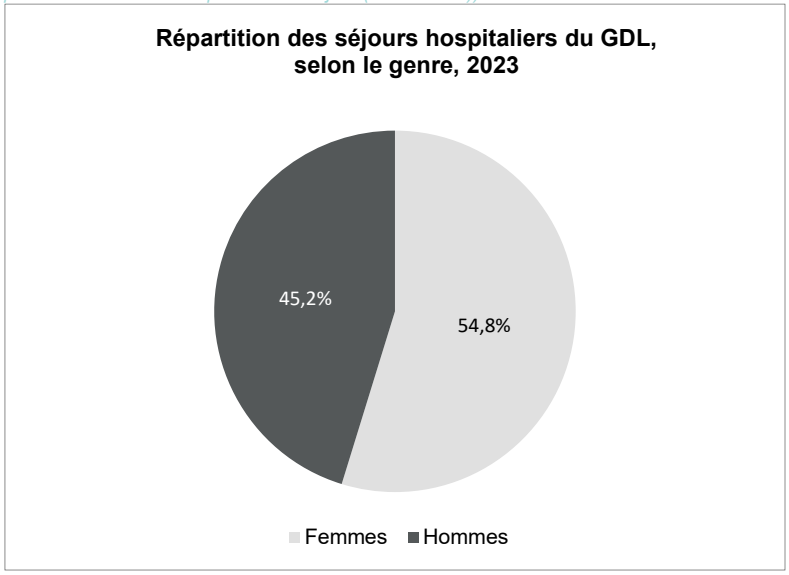


Figure 10 : Répartition des séjours hospitaliers selon le genre, au GDL, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))



4.1.7. Motifs d'hospitalisation stationnaire

Les motifs de recours aux soins hospitaliers présentés dans cette section portent sur l'année 2023 et concernent les séjours stationnaires. Ces derniers sont définis comme des séjours faisant l'objet d'une prise en charge formelle identifiée dans les données de facturation de la CNS et comprenant au moins une présence à minuit *(cf note méthodologique, p.14-15 et p.20-21)*.
Dans le cadre de cette première exploitation des variables issues de la DCSH, l'analyse se limite à l'année 2023, les données de facturation de l'année 2024 étant provisoires.

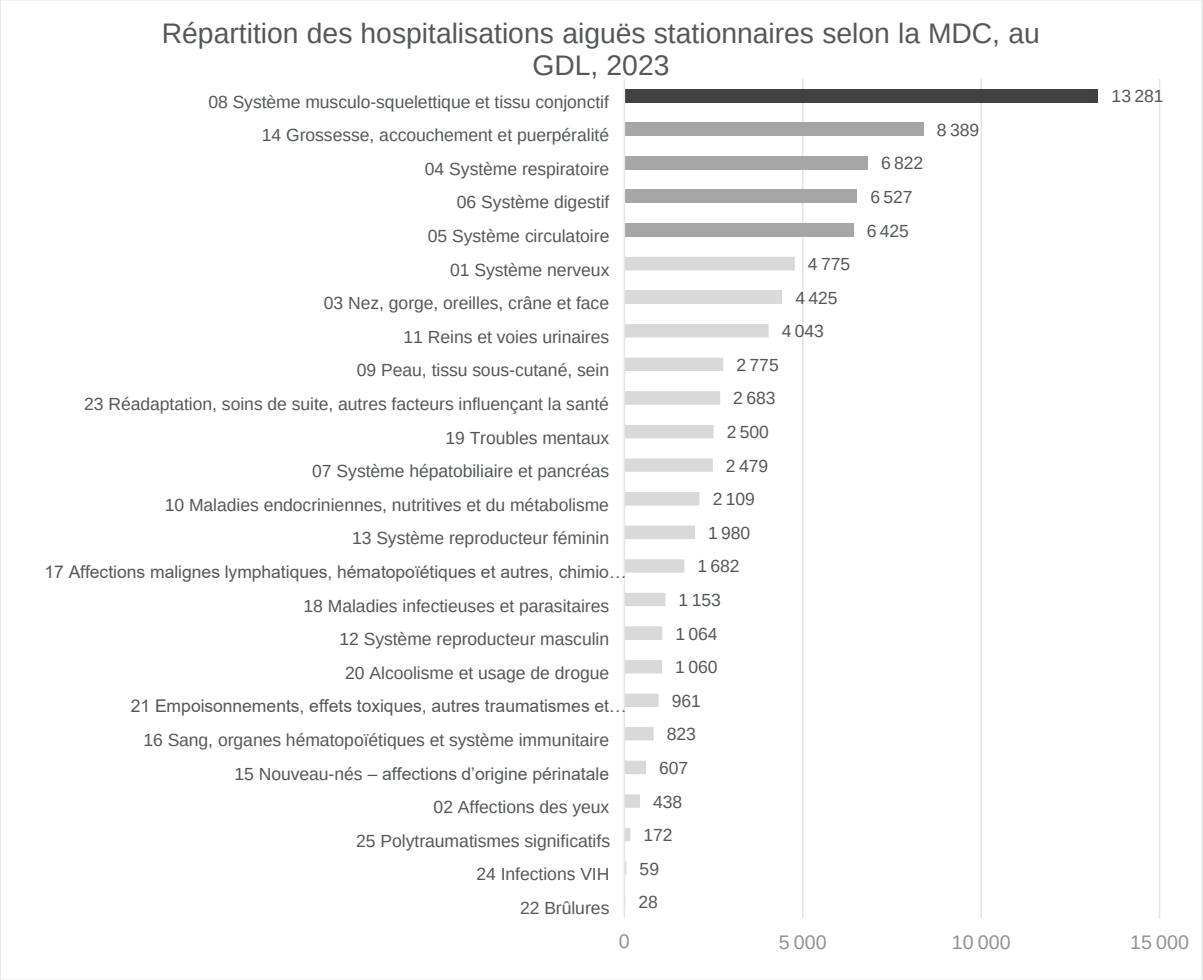
Tableau 47 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires selon la MDC, au GDL, 2023
(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit, hors hospitalisation de jour)

MDC et libellé	Nbre séjours	% de séjours
01 Système nerveux	4 775	6,2%
02 Affections des yeux	438	0,6%
03 Nez, gorge, oreilles, crâne et face	4 425	5,7%
04 Système respiratoire	6 822	8,8%
05 Système circulatoire	6 425	8,3%
06 Système digestif	6 527	8,4%
07 Système hépatobiliaire et pancréas	2 479	3,2%
08 Système musculo-squelettique et tissu conjonctif	13 281	17,2%
09 Peau, tissu sous-cutané, sein	2 775	3,6%
10 Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	2 109	2,7%
11 Reins et voies urinaires	4 043	5,2%
12 Système reproducteur masculin	1 064	1,4%
13 Système reproducteur féminin	1 980	2,6%
14 Grossesse, accouchement et puerpéralité	8 389	10,9%
15 Nouveau-nés – affections d'origine périnatale	607	0,8%
16 Sang, organes hématopoïétiques et système immunitaire	823	1,1%
17 Affections malignes lymphatiques, hématopoïétiques et autres, chimio et radiothérapie	1 682	2,2%
18 Maladies infectieuses et parasitaires	1 153	1,5%
19 Troubles mentaux	2 500	3,2%
20 Alcoolisme et usage de drogue	1 060	1,4%
21 Empoisonnements, effets toxiques, autres traumatismes et complications du traitement	961	1,2%
22 Brûlures	28	0,0%
23 Réadaptation, soins de suite, autres facteurs influençant la santé	2 683	3,5%
24 Infections VIH	59	0,1%
25 Polytraumatismes significatifs	172	0,2%
TOTAL	**77 260**	**100,0%**

Note : Les séjours sans MDC attribuée (n = 418), ainsi que ceux classés dans les APR-DRG 950, 951, 952, 955 et 956 (n respectifs : 116, 187, 98, 6 et 106), ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

Figure 11 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires selon la MDC, au GDL, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit, hors hospitalisation de jour)



Note : Les séjours sans MDC attribuée (n = 418), ainsi que ceux classés dans les APR-DRG 950, 951, 952, 955 et 956 (n respectifs : 116, 187, 98, 6 et 106), ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

En 2023, la répartition des séjours stationnaires pour hospitalisations aiguës selon les 25 MDC met en évidence, au Luxembourg, une prédominance des affections du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif, qui représentent 17,2% des séjours.

Viennent ensuite les séjours liés à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (10,9%), puis aux maladies du système respiratoire (8,8%), du système digestif (8,4%) et du système circulatoire (8,3%). Ensemble, ces 5 MDC comptabilisent 53,6% du total des séjours stationnaires.

Les 20 autres MDC représentent chacune des proportions plus faibles de séjours, généralement inférieures à 6%.

Tableau 48 : Distribution des hospitalisations aiguës stationnaires par établissement et par MDC, 2023

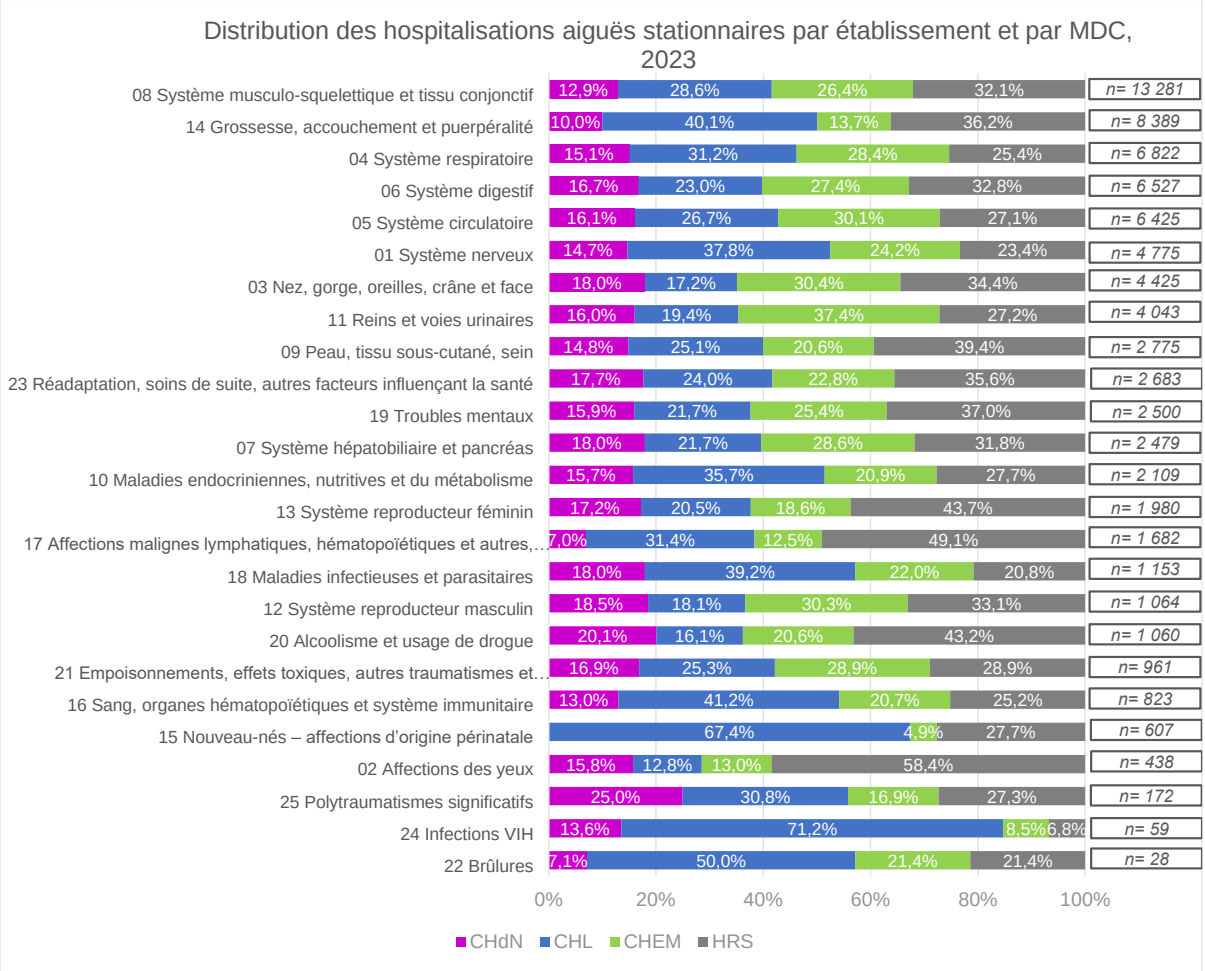
(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit, hors hospitalisation de jour)

MDC et libellé	CHdN	CHL	CHEM	HRS	TOTAL
01 Système nerveux	700	1 806	1 154	1 115	4 775
02 Affections des yeux	69	56	57	256	438
03 Nez, gorge, oreilles, crâne et face	795	760	1 346	1 524	4 425
04 Système respiratoire	1 027	2 127	1 938	1 730	6 822
05 Système circulatoire	1 033	1 716	1 933	1 743	6 425
06 Système digestif	1 091	1 504	1 789	2 143	6 527
07 Système hépatobiliaire et pancréas	445	537	709	788	2 479
08 Système musculo-squelettique et tissu conjonctif	1 717	3 804	3 500	4 260	13 281
09 Peau, tissu sous-cutané, sein	412	697	572	1 094	2 775
10 Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	332	753	440	584	2 109
11 Reins et voies urinaires	648	783	1 514	1 098	4 043
12 Système reproducteur masculin	197	193	322	352	1 064
13 Système reproducteur féminin	341	405	368	866	1 980
14 Grossesse, accouchement et puerpéralité	839	3 360	1 149	3 041	8 389
15 Nouveau-nés – affections d'origine périnatale	<5	409	30	168	607
16 Sang, organes hématopoïétiques et système immunitaire	107	339	170	207	823
17 Affections malignes lymphatiques, hématopoïétiques et autres, chimio et radiothérapie	117	528	211	826	1 682
18 Maladies infectieuses et parasitaires	207	452	254	240	1 153
19 Troubles mentaux	398	543	635	924	2 500
20 Alcoolisme et usage de drogue	213	171	218	458	1 060
21 Empoisonnements, effets toxiques, autres traumatismes et complications du traitement	162	243	278	278	961
22 Brûlures	<5	14	6	6	28
23 Réadaptation, soins de suite, autres facteurs influençant la santé	474	644	611	954	2 683
24 Infections VIH	8	42	5	<5	59
25 Polytraumatismes significatifs	43	53	29	47	172
TOTAL	**11 377**	**21 939**	**19 238**	**24 706**	**77 260**

Note : Les séjours sans MDC attribuée (n = 418), ainsi que ceux classés dans les APR-DRG 950, 951, 952, 955 et 956 (n respectifs : 116, 187, 98, 6 et 106), ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

Figure 12 : Distribution des hospitalisations aiguës stationnaires par établissement et par MDC, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit, hors hospitalisation de jour)



Note : Les séjours sans MDC attribuée (n = 418), ainsi que ceux classés dans les APR-DRG 950, 951, 952, 955 et 956 (n respectifs : 116, 187, 98, 6 et 106), ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

La répartition des séjours stationnaires par MDC met en évidence des différences entre établissements, reflétant en partie leur organisation.

Le CHL concentre une proportion importante, voire majoritaire, de séjours pour les affections périnatales (67,4%), les infections VIH (71,2%), les maladies du système nerveux (37,8%) et les maladies infectieuses et parasitaires (39,2%). Cette prédominance peut s'expliquer par l'exploitation de plusieurs services nationaux par le CHL, notamment en pédiatrie, en néonatologie, en maladies infectieuses, et en neurochirurgie.

Les HRS présentent également des parts élevées de séjours pour certaines MDC, comme pour les affections des yeux (58,4%), les affections malignes hématologiques et apparentées (49,1%), l'alcoolisme et l'usage de drogue (43,2%) et les maladies de la peau (39,4%). Pour les affections ophtalmologiques, cette observation est cohérente avec la présence du service national d'ophtalmologie spécialisée. Et pour la MDC20, les HRS disposent d'une unité de 28 lits d'addictologie faisant partie du service de psychiatrie aiguë.

Pour les séjours liés à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, le CHL et les HRS comptabilisent plus de trois quarts des séjours stationnaires (76,3%). Cette répartition s'explique notamment par le fait que ces établissements disposent des maternités les plus importantes du pays en capacités, le CHL abritant par ailleurs la seule maternité de niveau 2.

Le CHEM enregistre une proportion importante de séjours pour certaines MDC telles que les maladies des reins et voies urinaires (37,4%), les affections ORL et maxillo-faciales (30,4%) ou encore les affections du système reproducteur masculin (30,3%).

Après avoir présenté de manière exhaustive la répartition des séjours stationnaires selon les MDC, il est possible d'affiner l'analyse en examinant les APR-DRG les plus fréquents en termes de volume de séjours.

Le tableau ci-dessus présente les 25 principaux APR-DRG sur base d'un classement décroissant du nombre de séjours stationnaires en 2023. Ces 25 groupes totalisent 31 454 séjours, soit 40,7% du total des séjours stationnaires aigus enregistrés dans les centres hospitaliers. Cela met en évidence une concentration importante de l'activité hospitalière sur un nombre relativement limité de groupes APR-DRG (25 groupes sur 310).

Tableau 49 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires : classement des 25 APR-DRG les plus fréquents, GDL, 2023

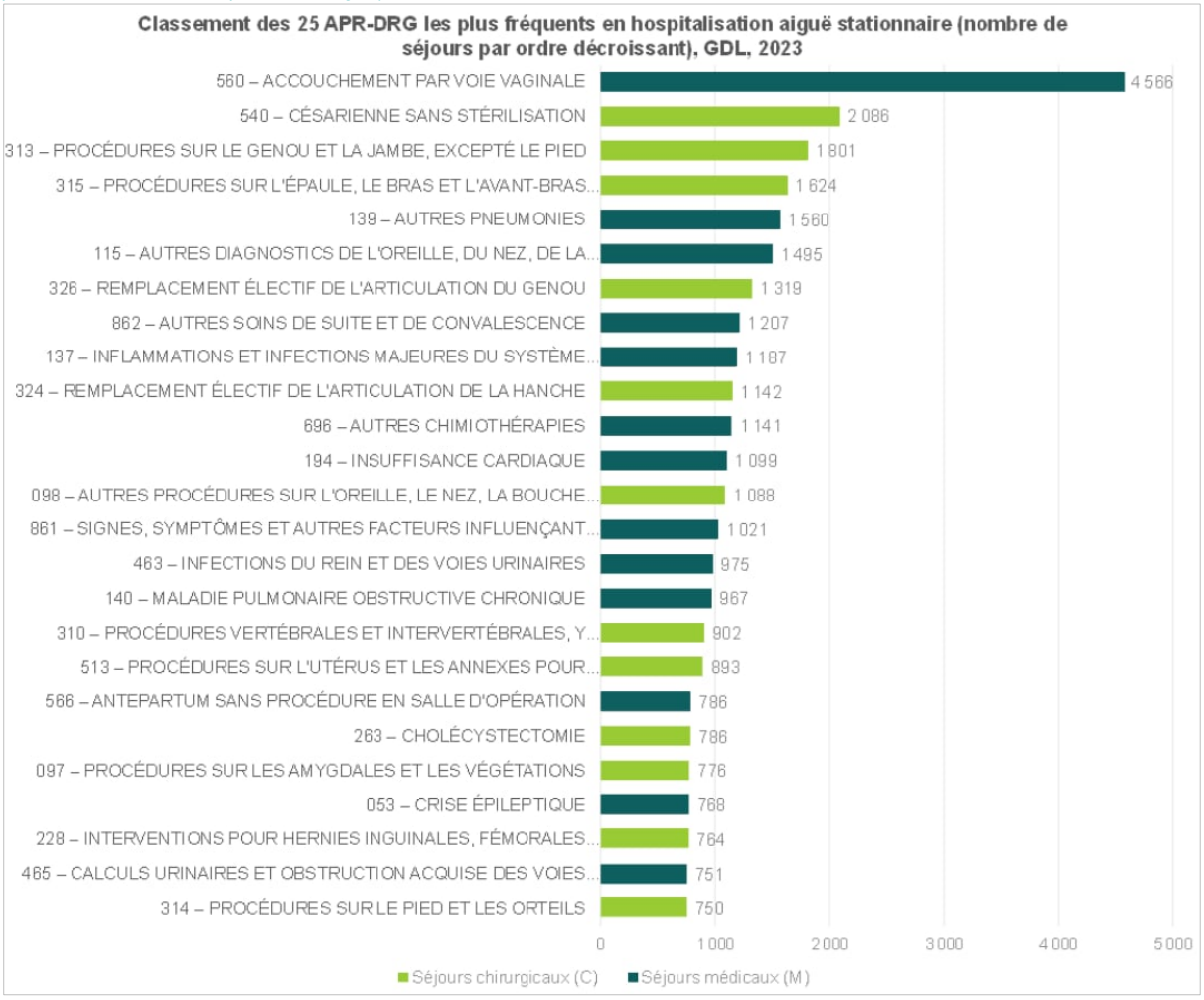
(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit, hors hospitalisation de jour)

APR-DRG et libellé	Nbre séjours	% du total des séjours APR-DRG
560 – ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE	4 566	5,9%
540 – CÉSARIENNE SANS STÉRILISATION	2 086	2,7%
313 – PROCÉDURES SUR LE GENOU ET LA JAMBE, EXCEPTÉ LE PIED	1 801	2,3%
315 – PROCÉDURES SUR L'ÉPAULE, LE BRAS ET L'AVANT-BRAS EXCEPTÉ LE REMPLACEMENT DE L'ARTICULATION	1 624	2,1%
139 – AUTRES PNEUMONIES	1 560	2,0%
115 – AUTRES DIAGNOSTICS DE L'OREILLE, DU NEZ, DE LA BOUCHE, DE LA GORGE ET CRÂNIO-FACIAUX	1 495	1,9%
326 – REMPLACEMENT ÉLECTIF DE L'ARTICULATION DU GENOU	1 319	1,7%
862 – AUTRES SOINS DE SUITE ET DE CONVALESCENCE	1 207	1,6%
137 – INFLAMMATIONS ET INFECTIONS MAJEURES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE	1 187	1,5%
324 – REMPLACEMENT ÉLECTIF DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE	1 142	1,5%
696 – AUTRES CHIMIOTHÉRAPIES	1 141	1,5%
194 – INSUFFISANCE CARDIAQUE	1 099	1,4%
098 – AUTRES PROCÉDURES SUR L'OREILLE, LE NEZ, LA BOUCHE ET LA GORGE	1 088	1,4%
861 – SIGNES, SYMPTÔMES ET AUTRES FACTEURS INFLUENÇANT L'ÉTAT DE SANTÉ	1 021	1,3%
463 – INFECTIONS DU REIN ET DES VOIES URINAIRES	975	1,3%
140 – MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE	967	1,3%
310 – PROCÉDURES VERTÉBRALES ET INTERVERTÉBRALES, Y COMPRIS LES PROCÉDURES RELATIVES AUX DISQUES	902	1,2%
513 – PROCÉDURES SUR L'UTÉRUS ET LES ANNEXES POUR AFFECTIONS NON MALIGNES, EXCEPTÉ LE LÉIOMYOME	893	1,2%
263 – CHOLÉCYSTECTOMIE	786	1,0%
566 – ANTEPARTUM SANS PROCÉDURE EN SALLE D'OPÉRATION	786	1,0%
097 – PROCÉDURES SUR LES AMYGDALES ET LES VÉGÉTATIONS	776	1,0%
053 – CRISE ÉPILEPTIQUE	768	1,0%
228 – INTERVENTIONS POUR HERNIES INGUINALES, FÉMORALES ET OMBILICALES	764	1,0%
465 – CALCULS URINAIRES ET OBSTRUCTION ACQUISE DES VOIES URINAIRES SUPÉRIEURES	751	1,0%
314 – PROCÉDURES SUR LE PIED ET LES ORTEILS	750	1,0%
Sous-total des 25 APR-DRG les plus fréquents	31 454	40,7%
TOTAL DES SÉJOURS APR-DRG	**77 260**	**100,0%**

Note : Les séjours sans MDC attribuée (n = 418), ainsi que ceux classés dans les APR-DRG 950, 951, 952, 955 et 956 (n respectifs : 116, 187, 98, 6 et 106), ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

Figure 13 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires : classement des 25 APR-DRG les plus fréquents, GDL, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit, hors hospitalisation de jour)



Note : Les séjours sans MDC attribuée (n = 418), ainsi que ceux classés dans les APR-DRG 950, 951, 952, 955 et 956 (n respectifs : 116, 187, 98, 6 et 106), ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

L'accouchement par voie vaginale constitue l'APR-DRG le plus fréquent avec 4 566 séjours (5,9% du total), suivi de la césarienne sans stérilisation (2 086 séjours ; 2,7%).

Plusieurs activités chirurgicales liées au système musculo-squelettique figurent également parmi les plus représentées, notamment les procédures sur le genou et la jambe (1 801 séjours ; 2,3%), les procédures sur l'épaule, le bras et l'avant-bras (1 624 séjours ; 2,1%), ainsi que les remplacements électifs de la hanche (1 142 séjours ; 1,5%) et du genou (1 319 séjours ; 1,7%).

Pour les séjours médicaux, plusieurs APR-DRG occupent le top 5 des hospitalisations aigues stationnaires : les pneumonies représentent 1 560 séjours (2,0%), les autres diagnostics ORL 1 495 séjours (1,9%), et les inflammations et infections majeures du système respiratoire 1 187 séjours (1,5%). Des volumes importants sont également observés pour les chimiothérapies (1 141 séjours ; 1,5%), l'insuffisance cardiaque (1 099 séjours ; 1,4%), les signes, symptômes et autres facteurs influençant l'état de santé (1 021 séjours ; 1,3%), ainsi que les infections du rein et des voies urinaires (975 séjours ; 1,3%) et la maladie pulmonaire obstructive chronique (967 séjours ; 1,3%).

Parmi les 77 260 séjours, la répartition des APR-DRG selon leur catégorie met en évidence :
- 188 APR-DRG médicaux, totalisant **46 772 séjours**, soit **60,5% du total**
- 123 APR-DRG chirurgicaux, totalisant **30 488 séjours**, soit **39,5% du total**

4.1.8. Focus sur l'hospitalisation aiguë des patients âgés de 75 ans et plus

- En 2023, le pays compte 44 502 habitants âgés de 75 ans et plus, soit 6,7% de la population, une proportion identique à celle en 2014 (6,7%).

- Les admissions à l'hôpital des personnes âgées de 75 ans et plus ont augmenté de 1,0% par an en moyenne entre 2014 et 2023 avec des disparités selon les établissements. Cette évolution est inférieure à celle des admissions pour l'ensemble des tranches d'âge, qui ont connu une augmentation moyenne annuelle de 1,7%. Il convient de souligner que les années marquées par la pandémie de COVID-19 ont été associées à une baisse du volume d'activité et qu'à partir de 2022, l'activité a retrouvé son niveau pré-pandémique, voire l'a dépassé.

- En **2023**, les **admissions** à l'hôpital des personnes âgées de 75 ans et plus représentent 18,5% du total des admissions aiguës (28 012 séjours) et 31,8% du total des journées d'hospitalisation (201 290 journées d'hospitalisation), soit 528,6 lits occupés en moyenne par jour.

- La **durée moyenne de séjour** est plus longue pour les hospitalisations qui concernent les patients âgés, qui peuvent être des patients plus fragiles et polypathologiques : 10,0 jours pour les 75-84 ans et 11,6 jours pour les 85 ans et plus.

- En 2023, **les motifs des hospitalisations** aiguës stationnaires des patients âgés de 75 ans et plus au Luxembourg principalement enregistrés sont les affections du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif (17,1%), les affections respiratoires (15,9%) et circulatoires (15,6%). Les pathologies cardiovasculaires et respiratoires occupent une part plus importante chez les patients âgés de 75 ans et plus que dans l'ensemble des patients, représentant à elles seules près d'un tiers des séjours. Les APR-DRG les plus fréquents concernent l'insuffisance cardiaque (n = 874 ; 4,9%), les autres pneumonies (n = 788 ; 4,4%), les inflammations et infections majeures du système respiratoire (n = 733 ; 4,1%) ainsi que la maladie pulmonaire obstructive chronique (n = 468 ; 2,6%). Les hospitalisations liées aux fractures de la hanche et du fémur (n = 310 ; 1,7%) ainsi qu'aux remplacements articulaires du genou (n = 323 ; 1,8%) et de la hanche (n = 282 ; 1,6%) montrent également l'importance des affections musculo-squelettiques dans cette tranche d'âge.

Tableau 50 : Évolution des séjours hospitaliers des patients âgés de 75 ans et plus et part dans le total des séjours, par établissement, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

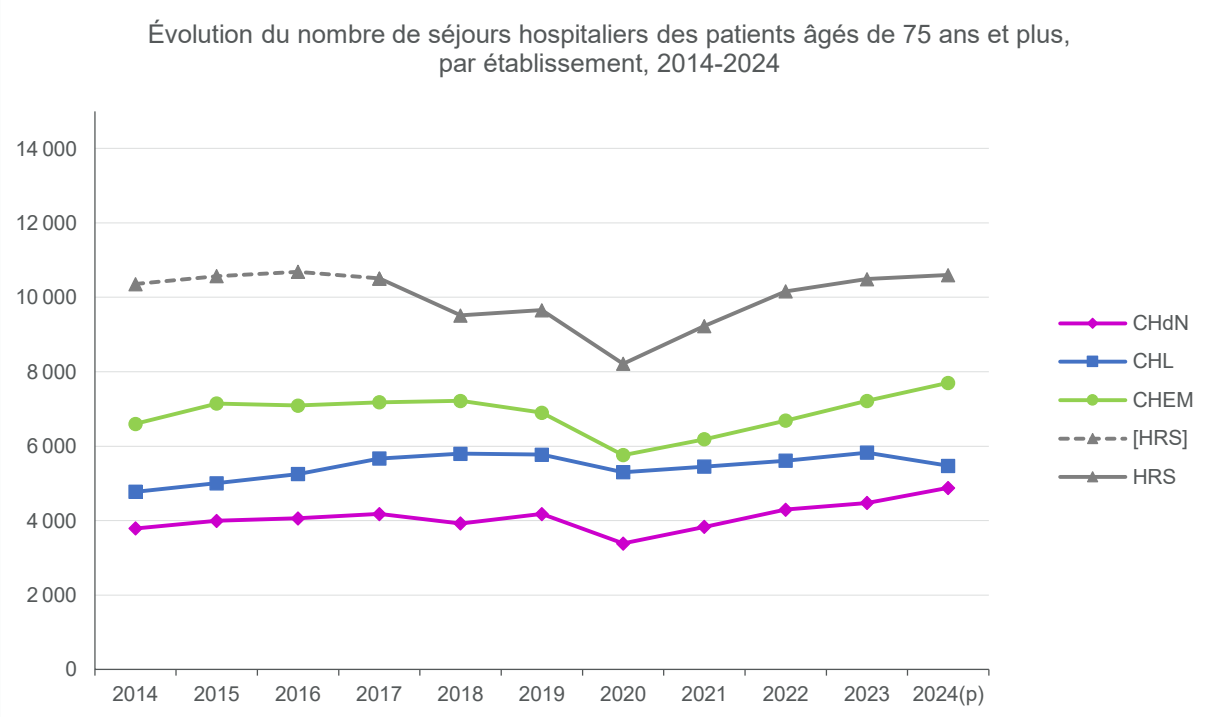
Établis-sements	Indicateurs	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	Croissance ann. moy. 2014 - 23	Évol. 2014-18	Évol. 2019-23	2024 (p)
CHdN	Nbre de séjours personnes âgées ≥ 75 ans	3 989,8	4 178	3 385	3 831	4 297	4 476	4 033,4	*+1,9%*	+3,5%	+7,1%	4 878
	% séjours des ≥ 75 ans dans le total des séjours	*21,0%*	*21,2%*	*20,6%*	*19,7%*	*21,9%*	*20,9%*	*20,9%*				*21,1%*
CHL	Nbre de séjours personnes âgées ≥ 75 ans	5 299,6	5 771	5 301	5 450	5 611	5 827	5 592,0	*+2,2%*	+21,4%	+1,0%	5 471
	% séjours des ≥ 75 ans dans le total des séjours	*16,2%*	*16,1%*	*16,4%*	*15,0%*	*14,9%*	*15,0%*	*15,4%*				*14,1%*
CHEM	Nbre de séjours personnes âgées ≥ 75 ans	7 047,0	6 901	5 761	6 188	6 686	7 217	6 550,6	*+1,0%*	+9,4%	+4,6%	7 703
	% séjours des ≥ 75 ans dans le total des séjours	*20,3%*	*20,1%*	*20,6%*	*19,1%*	*19,4%*	*19,6%*	*19,7%*				*19,7%*
HRS	Nbre de séjours personnes âgées ≥ 75 ans	[10 327,8]	9 654	8 214	9 228	10 160	10 492	9 549,6	+0,1%*	-8,1%*	+8,7%	10 601
	% séjours des ≥ 75 ans dans le total des séjours	*[22,0%]*	*18,4%*	*18,1%*	*18,0%*	*19,4%*	*19,3%*	*18,6%*				*19,0%*
TOTAL	**Nbre de séjours personnes âgées ≥ 75 ans**	**26 664,2**	**26 504**	**22 661**	**24 697**	**26 754**	**28 012**	**25 725,6**	**+1,0%**	**+3,7%**	**+5,7%**	**28 653**
	% séjours des ≥ 75 ans dans le total des séjours	***20,0%***	***18,6%***	***18,6%***	***17,7%***	***18,6%***	***18,5%***	***18,4%***				***18,3%***

Note : Les données entre [ ] correspondent à des sommes fictives car la fusion des HRS n'avaient pas encore eu lieu.

On constate qu'au CHdN, au CHEM et aux HRS, en 2023, la part des séjours des personnes de 75 ans et plus dans le total des séjours représente environ 20%.

Figure 14 : Évolution des séjours hospitaliers des patients âgés de 75 ans et plus, par établissement, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))



Sur la période 2014-2024, les HRS ont enregistré le nombre le plus élevé de séjours hospitaliers de patients âgés de 75 ans et plus, suivis par le CHEM.

La baisse observée en 2020 et en 2021 peut être attribuée à l'impact de la pandémie de COVID-19, durant laquelle de nombreuses admissions programmées et non urgentes ont été reportées, y compris pour minimiser les risques de contamination chez les personnes âgées.

À partir de 2022, le nombre de séjours retrouve, voire dépasse, les niveaux observés avant 2020 dans plusieurs établissements. Cette tendance à la hausse se poursuit jusqu'en 2024 pour la majorité d'entre eux.

Figure 15 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers des patients âgés de 75 ans et plus, par établissement, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

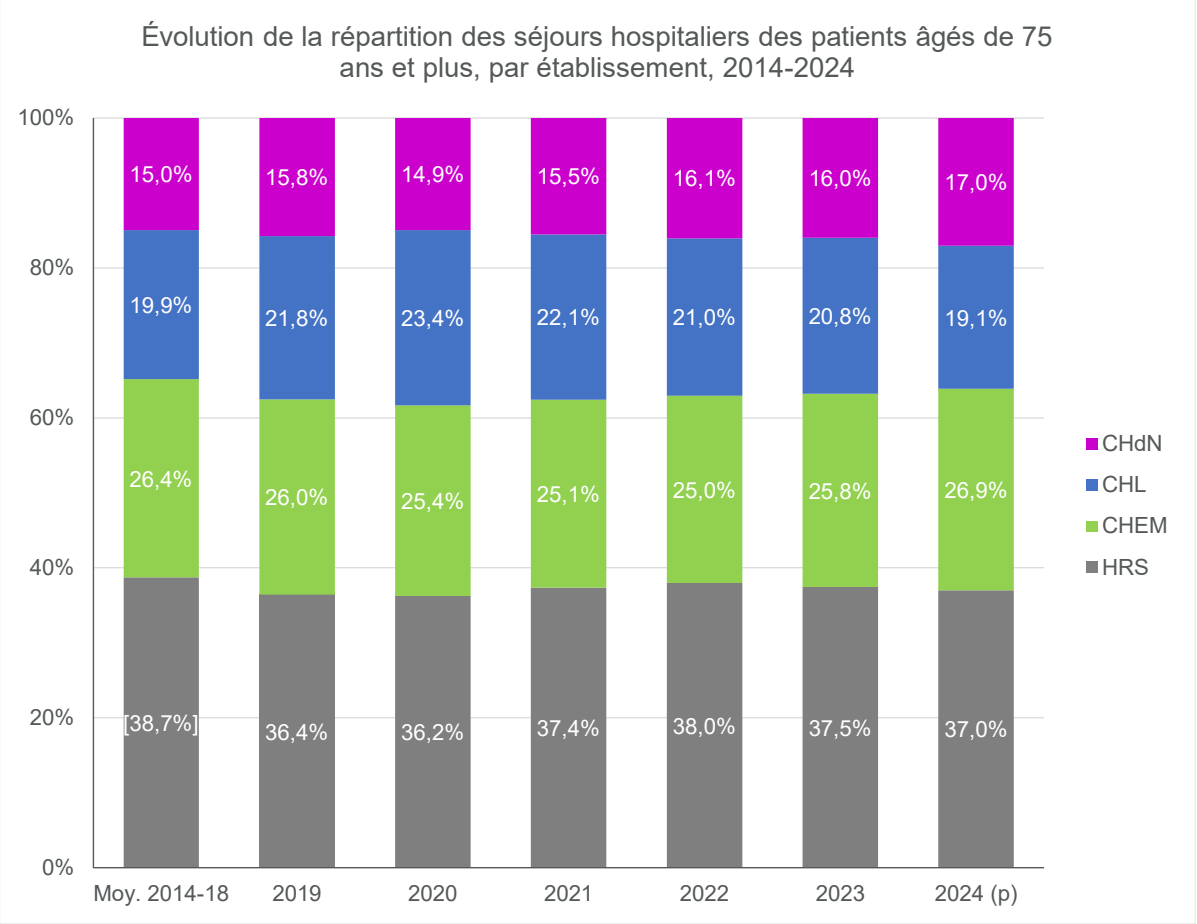


Tableau 51 : Évolution des journées d'hospitalisation des patients âgés de 75 ans et plus et part dans le total des journées, par établissement, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

Établis-sements	Indicateurs	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	Croissance ann. moy. 2014- 23	Évol. 2014-18	Évol. 2019-23	2024 (p)
CHdN	Nbre de journées personnes âgées ≥ 75 ans	36 038,8	36 545	35 685	35 712	40 972	40 099	37 802,6	*+1,3%*	-2,3%	+9,7%	43 644
	% journées des ≥ 75 ans dans le total des journées	*35,9%*	*35,5%*	*38,6%*	*36,1%*	*38,5%*	*37,0%*	*37,1%*				*39,1%*
CHL	Nbre de journées personnes âgées ≥ 75 ans	45 034,8	48 210	43 473	45 856	45 804	46 922	46 053,0	*+1,6%*	+13,0%	-2,7%	46 875
	% journées des ≥ 75 ans dans le total des journées	*27,1%*	*27,6%*	*27,0%*	*26,8%*	*26,2%*	*26,6%*	*26,9%*				*25,7%*
CHEM	Nbre de journées personnes âgées ≥ 75 ans	65 472,0	66 603	55 295	55 300	53 546	57 517	57 652,2	*-0,6%*	+11,1%	-13,6%	54 862
	% journées des ≥ 75 ans dans le total des journées	*38,6%*	*39,6%*	*40,4%*	*38,2%*	*36,7%*	*38,0%*	*38,6%*				*36,3%*
HRS	Nbre de journées personnes âgées ≥ 75 ans	[69 707,]	62 613	50 472	50 414	57 430	56 752	55 536,2	-2,7%*	-4,6%*	-9,4%	57 349
	% journées des ≥ 75 ans dans le total des journées	*[34,3%]*	*31,3%*	*29,4%*	*28,2%*	*30,3%*	*28,7%*	*29,6%*				*28,6%*
TOTAL	**Nbre de journées personnes âgées ≥ 75 ans**	**216 252,6**	**213 971**	**184 925**	**187 282**	**197 752**	**201 290**	**197 044,0**	**-0,5%**	**+3,8%**	**-5,9%**	**202 730**
	% journées des ≥ 75 ans dans le total des journées	***33,8%***	***33,1%***	***32,9%***	***31,6%***	***32,1%***	***31,8%***	***32,3%***				***31,4%***

Note : Les données entre [ ] correspondent à des sommes fictives car la fusion des HRS n'avaient pas encore eu lieu.

Figure 16 : Évolution de la répartition des journées d'hospitalisation des patients âgés de 75 ans et plus, par établissement, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

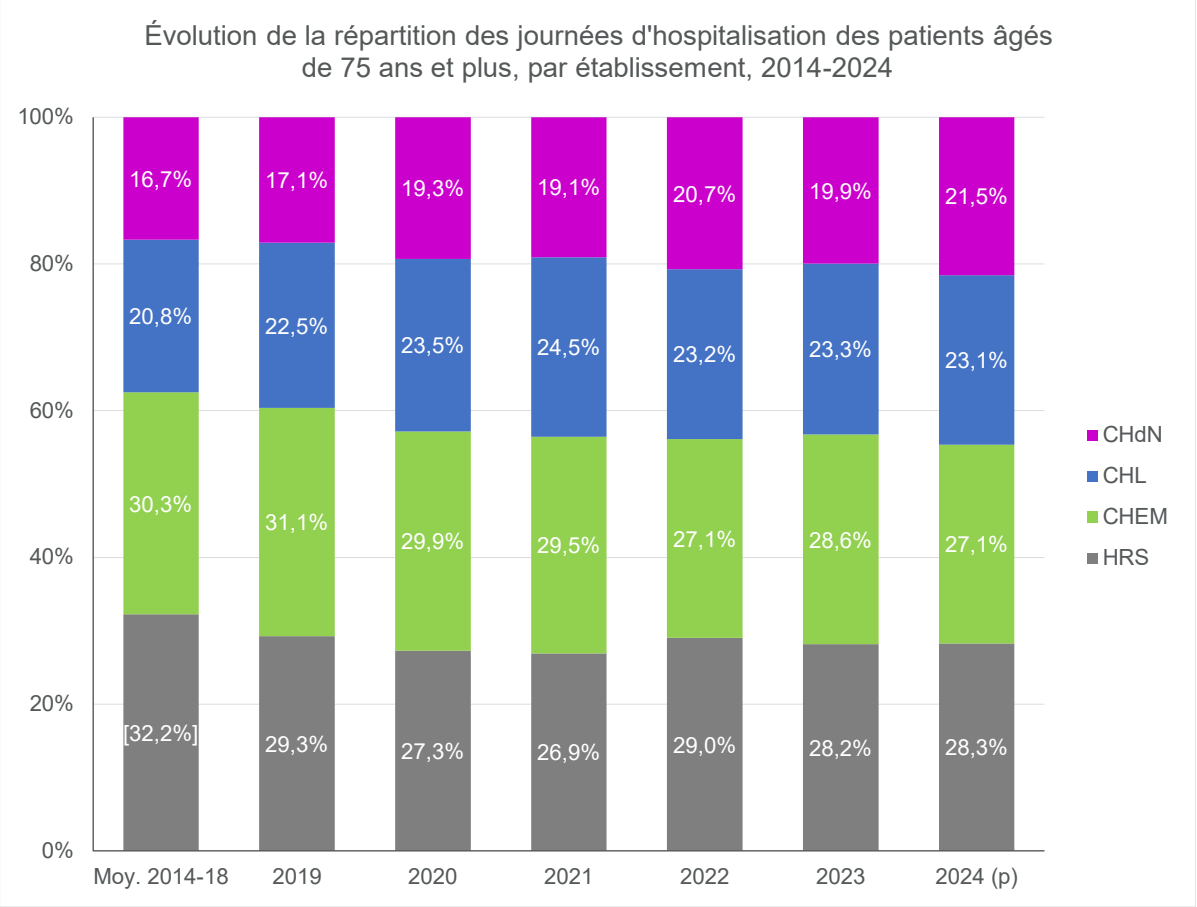


Tableau 52 : Évolution des hospitalisations de jour des patients âgés de 75 ans et plus et part dans le total des séjours des patients âgés de 75 ans et plus, par établissement, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

Établis-sements	Indicateurs	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	Croissance ann. moy. 2014 - 23	Évol. 2014-18	Évol. 2019-23	2024 (p)
CHdN	Nbre d'ESMJ + PSA personnes âgées ≥ 75 ans	811,6	989	781	1 059	1 253	1 393	1 095,0	+9,9%	+48,2%	+40,8%	1 527
	% du total des séjours personnes âgées ≥ 75 ans	*20,3%*	*23,7%*	*23,1%*	*27,6%*	*29,2%*	*31,1%*	*27,1%*				*31,3%*
CHL	Nbre d'ESMJ + PSA personnes âgées ≥ 75 ans	1 408,2	1 631	1 503	1 584	1 639	1 698	1 611,0	+4,5%	+53,9%	+4,1%	1 303
	% du total des séjours personnes âgées ≥ 75 ans	*26,6%*	*28,3%*	*28,4%*	*29,1%*	*29,2%*	*29,1%*	*28,8%*				*23,8%*
CHEM	Nbre d'ESMJ + PSA personnes âgées ≥ 75 ans	1 617,6	1 656	1 298	1 579	1 830	1 920	1 656,6	+3,4%	+25,7%	+15,9%	2 320
	% du total des séjours personnes âgées ≥ 75 ans	*23,0%*	*24,0%*	*22,5%*	*25,5%*	*27,4%*	*26,6%*	*25,3%*				*30,1%*
HRS	Nbre d'ESMJ + PSA personnes âgées ≥ 75 ans	[4 411,8]	4 392	3 782	4 467	4 920	4 946	4 501,4	+2,3%*	+4,8%*	+12,6%	4 844
	% du total des séjours personnes âgées ≥ 75 ans	*[42,7%]*	*45,5%*	*46,0%*	*48,4%*	*48,4%*	*47,1%*	*47,1%*				*45,7%*
TOTAL	**Nbre d'ESMJ + PSA personnes âgées ≥ 75 ans**	**8 249,2**	**8 668**	**7 364**	**8 689**	**9 642**	**9 957**	**8 864,0**	**+3,7%**	**+20,4%**	**+14,9%**	**9 994**
	% du total des séjours personnes âgées ≥ 75 ans	***30,9%***	***32,7%***	***32,5%***	***35,2%***	***36,0%***	***35,5%***	***34,5%***				***34,9%***

Note : Les données entre [ ] correspondent à des sommes fictives car la fusion des HRS n'avaient pas encore eu lieu.

Pour la catégorie des patients de 75 ans et plus, entre 2019 et 2023, le nombre des séjours stationnaires est resté stable, respectivement 17 836 et 18 055 ; cette tendance semble se confirmer en 2024 (18 659 séjours stationnaires, données provisoires). Les HDJ sont passées de 8 668 en 2019 à 9 957 en 2023, soit une augmentation de 14,9 %.

La baisse observée en 2020 et en 2021 peut être attribuée à l'impact de la pandémie de COVID-19, durant laquelle de nombreuses admissions programmées et non urgentes ont été reportées, y compris pour minimiser les risques de contamination chez les personnes âgées.

La part des HDJ pour les patients de 75 ans et plus par rapport au total des séjours de cette tranche d'âge a augmenté entre 2019 et 2023, passant de 32,7% à 35,5%.

Tableau 53 : Évolution de la durée moyenne des séjours des patients âgés de 75 ans et plus, par établissement, 2014-2024

(en nombre de jours)

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit, hors hospitalisation de jour)

Établissements	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
CHdN	11,0	10,8	11,4	10,9	11,2	11,1	13,4	12,5	13,0	12,6	12,6
CHL	10,9	11,4	11,4	11,4	11,0	11,3	11,1	11,5	11,1	11,0	10,9
CHEM	11,4	11,6	11,7	11,9	12,1	12,4	12,1	11,7	10,6	10,5	9,8
HRS	[10,8]	[11,0]	[10,5]	10,9	12,2	11,1	10,5	9,7	10,0	9,3	9,1
GDL	**11,0**	**11,2**	**11,2**	**11,3**	**11,7**	**11,5**	**11,6**	**11,2**	**11,0**	**10,6**	**10,3**

Note : Les données entre [ ] correspondent à des sommes fictives car la fusion des HRS n'avaient pas encore eu lieu.

Tableau 54 : Occupation des lits par des patients âgés de 75 ans et plus, et part dans le total des lits occupés, par établissement, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et ESMJ, hors PSA)

Établissements	Indicateurs	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
CHdN	Nombre de lits occupés par personnes âgées ≥ 75 ans	96,7	97,7	95,7	95,1	109,1	106,3	115,8
	% dans le total des lits occupés	37,4%	37,1%	40,2%	38,0%	40,3%	39,0%	41,1%
CHL	Nombre de lits occupés par personnes âgées ≥ 75 ans	122,4	130,8	117,2	123,7	123,2	126,3	125,9
	% dans le total des lits occupés	27,9%	28,7%	28,0%	28,1%	27,6%	28,1%	27,1%
CHEM	Nombre de lits occupés par personnes âgées ≥ 75 ans	176,9	180,2	149,5	147,4	142,4	153,1	144,9
	% dans le total des lits occupés	39,4%	40,6%	41,5%	40,9%	38,9%	40,4%	38,6%
HRS	Nombre de lits occupés par personnes âgées ≥ 75 ans	[180,4]	159,9	128,3	126,5	144,5	142,8	144,8
	% dans le total des lits occupés	[35,7%]	33,6%	31,5%	30,3%	32,4%	30,5%	30,5%
GDL	**Nombre de lits occupés par personnes âgées ≥ 75 ans**	**576,4**	**568,6**	**490,8**	**492,8**	**519,2**	**528,6**	**531,3**
	% dans le total des lits occupés	**34,9%**	**34,7%**	**34,5%**	**33,5%**	**34,0%**	**33,7%**	**33,3%**

Note : Les données entre [ ] correspondent à des sommes fictives car la fusion des HRS n'avaient pas encore eu lieu.

Tableau 55 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires des patients âgés de 75 ans et plus selon la MDC, au GDL, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit, hors hospitalisation de jour)

MDC et libellé	Nbre séjours	% de séjours
01 Système nerveux	1 580	8,8%
02 Affections des yeux	163	0,9%
03 Nez, gorge, oreilles, crâne et face	330	1,8%
04 Système respiratoire	2 838	15,9%
05 Système circulatoire	2 783	15,6%
06 Système digestif	1 513	8,5%
07 Système hépatobiliaire et pancréas	572	3,2%
08 Système musculo-squelettique et tissu conjonctif	3 059	17,1%
09 Peau, tissu sous-cutané, sein	628	3,5%
10 Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	536	3,0%
11 Reins et voies urinaires	1 206	6,7%
12 Système reproducteur masculin	268	1,5%
13 Système reproducteur féminin	153	0,9%
14 Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	0,0%
15 Nouveau-nés – affections d'origine périnatale	0	0,0%
16 Sang, organes hématopoïétiques et système immunitaire	347	1,9%
17 Affections malignes lymphatiques, hématopoïétiques et autres, chimio et radiothérapie	443	2,5%
18 Maladies infectieuses et parasitaires	400	2,2%
19 Troubles mentaux	155	0,9%
20 Alcoolisme et usage de drogue	20	0,1%
21 Empoisonnements, effets toxiques, autres traumatismes et complications du traitement	130	0,7%
22 Brûlures	6	0,0%
23 Réadaptation, soins de suite, autres facteurs influençant la santé	678	3,8%
24 Infections VIH	7	0,0%
25 Polytraumatismes significatifs	56	0,3%
TOTAL	**17 871**	**100,0%**

Note : Les séjours sans MDC attribuée (n = 39), ainsi que ceux classés dans les APR-DRG 950, 951, 952, 955 et 956 (nrespectifs : 37, 61, 34, 0 et 13), ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

En 2023, la répartition des séjours stationnaires pour hospitalisations aiguës des patients âgés de 75 ans et plus selon les MDC met en évidence, au Luxembourg, une prédominance des affections du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif, qui représentent 17,1% des séjours.

Viennent ensuite les séjours liés aux maladies du système respiratoire (15,9%), du système circulatoire (15,6%), du système nerveux (8,8%) et du système digestif (8,5%). Ensemble, ces cinq MDC comptabilisent 65,9% du total des séjours stationnaires chez les patients âgés de 75 ans et plus.

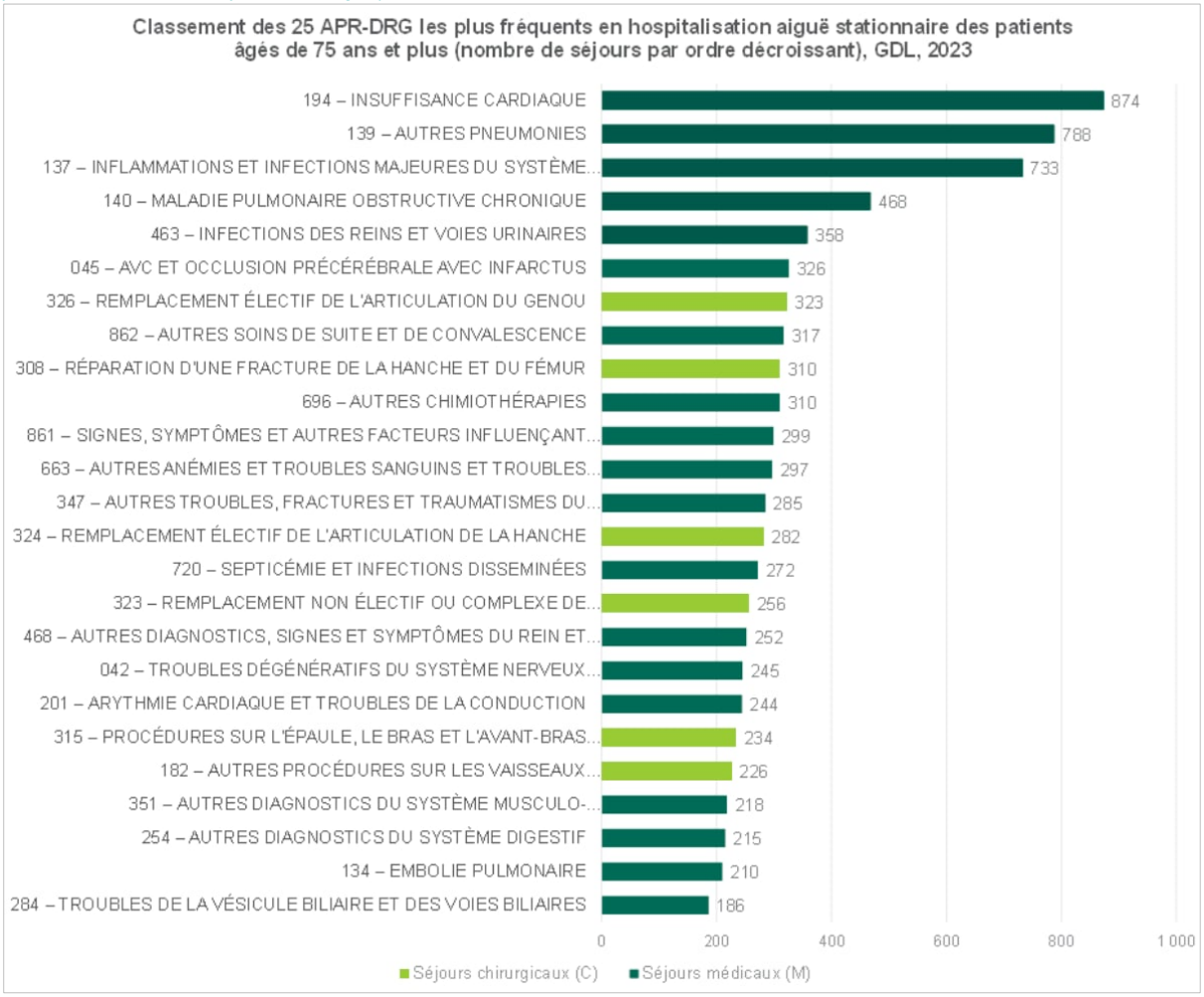
Les autres MDC représentent chacune des proportions plus faibles de séjours, généralement inférieures à 7%, notamment les maladies des reins et voies urinaires (6,7%) et les affections hépatobiliaires et pancréatiques (3,2%).

La répartition des hospitalisations aiguës stationnaires par MDC diffère entre l'ensemble des patients hospitalisés (Tableau 47) et les patients âgés de 75 ans et plus. Chez ces derniers, les affections respiratoires et circulatoires occupent une place nettement plus importante. En effet, les hospitalisations relevant du système respiratoire représentent 15,9% des séjours chez les ≥75 ans contre 8,8% tous âges confondus, tandis que les affections du système circulatoire passent de 8,3% à 15,6%. Ces deux MDC constituent ainsi près d'un tiers des hospitalisations des patients âgés, traduisant le poids important des maladies chroniques cardiovasculaires et respiratoires dans cette population.

Les affections du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif restent quant à elles la première MDC dans les deux groupes, avec une proportion relativement stable (17,2% tous âges versus 17,1% chez les ≥75 ans).
Les MDC liées à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, qui représentent 10,9% des séjours dans la population générale, sont logiquement absentes chez les patients de 75 ans et plus. De même, les affections néonatales disparaissent dans cette tranche d'âge. L'absence de ces MDC contribue mécaniquement à augmenter la part relative des autres catégories

Figure 17 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires des patients âgés de 75 ans et plus : classement des 25 APR-DRG les plus fréquents, GDL, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit, hors hospitalisation de jour)



Note : Les séjours sans MDC attribuée (n = 39), ainsi que ceux classés dans les APR-DRG 950, 951, 952, 955 et 956 (n respectifs : 37, 61, 34, 0 et 13), ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

Chez les patients âgés de 75 ans et plus, l'insuffisance cardiaque constitue l'APR-DRG le plus fréquent avec 874 séjours (4,9% du total des séjours APR-DRG), suivie des autres pneumonies avec 788 séjours (4,4%) et des inflammations et infections majeures du système respiratoire avec 733 séjours (4,1%). La maladie pulmonaire obstructive chronique figure également parmi les APR-DRG les plus fréquents avec 468 séjours (2,6%). Les infections représentent également un motif fréquent d'hospitalisation, notamment les infections des reins et voies urinaires (358 séjours ; 2,0%) ainsi que les septicémies et infections disséminées (272 séjours ; 1,5%). Les AVC et occlusions précérébrales avec infarctus comptabilisent par ailleurs 326 séjours (1,8%), tandis que les arythmies cardiaques et troubles de la conduction représentent 244 séjours (1,4%).
Ces résultats soulignent le poids important des pathologies cardiovasculaires et respiratoires, notamment des infections, dans les hospitalisations des patients âgés.

Les activités liées au système musculo-squelettique occupent également une place importante parmi les principaux APR-DRG. Les remplacements électifs de l'articulation du genou totalisent 323 séjours (1,8%) et ceux de la hanche 282 séjours (1,6%), tandis que les remplacements non électifs ou complexes de la hanche représentent 256 séjours (1,4%). Les réparations de fracture de la hanche et du fémur comptent également 310 séjours (1,7%).

Au total, les 25 APR-DRG les plus fréquents représentent 47,7% de l'ensemble des séjours APR-DRG chez les patients de 75 ans et plus.
Parmi les 17 871 séjours, la répartition des APR-DRG selon leur catégorie met en évidence :

- 155 APR-DRG médicaux, totalisant **12 850 séjours**, soit **71,9% du total**
- 106 APR-DRG chirurgicaux, totalisant **5 021 séjours**, soit **28,1% du total**

4.1.9. Focus sur l'hospitalisation des non-résidents

L'**attrait des non-résidents** pour les soins hospitaliers au Luxembourg est en constante augmentation : de 6,2% en 2014 à **10,4%** des séjours en **2023**.
Entre 2019 et 2023, le nombre de personnes protégées résidentes (en moyenne annuelle) est passé de 568 059 à 611 929, soit une augmentation de 7,7% au cours de cette période, tandis que le nombre de personnes protégées non-résidentes est passé de 311 873 à 341 925, soit une augmentation de 9,6% au cours de cette même période[22]. Il convient de préciser que le terme « population protégée » englobe divers statuts, y compris les actifs assurés, les pensionnés, et les coassurés.

En 2023, la population protégée non-résidente, compte 341 925 individus (moyenne annuelle), répartis en 173 434 résidents français, 82 231 résidents belges, 82 640 résidents allemands, et 3 621 résidents dans d'autres pays.

L'augmentation de la part des séjours des non-résidents est associée à la croissance de la population protégée non-résidente, plus importante que celle de la population protégée résidente, ainsi que par la hausse du taux d'hospitalisation chez les non-résidents protégés.
Celui-ci est passé de 3 660 séjours par 100 000 personnes protégées non-résidentes en 2019 à **4 608** en 2023, soit une augmentation de **25,9%.** À l'inverse, au sein de la population résidente, ce taux a légèrement diminué sur la même période, passant de 23 084 à 22 202 séjours par 100 000 personnes, soit une baisse de 3,8%.

La part des hospitalisations des non-résidents dans le total des hospitalisations est toutefois variable selon les établissements, allant de **4,8%** au CHdN à **13,7%** au CHEM en 2023.

L'observation de la structure d'âge montre une prévalence élevée au sein de la population en âge de travailler : les **25-64 ans représentent 74,5%** des séjours des non-résidents en 2023, contre 52,8% chez les résidents. Cependant, la part des séjours des non-résidents de 55 à 74 ans augmente et représente 26,6% des séjours en 2023.
En 2023, les non-résidents hospitalisés venaient principalement de France (**50,7%**), suivis de la Belgique (29,0%) et de l'Allemagne (17,3%).

Les **catégories majeures de diagnostic** (MDC) les plus associées aux **hospitalisations aiguës stationnaires des non-résidents** combinent soit un volume élevé de séjours, soit une proportion particulièrement importante de non-résidents au sein des séjours, soit les deux. Les principales MDC identifiées en 2023 sont :

- la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (1 483 séjours stationnaires, soit 17,7% du total des séjours stationnaires de cette MDC)
- le système musculo-squelettique et tissu conjonctif (1 625 séjours, soit 12,2%)
- les affections ORL (nez, gorge, oreilles, crâne et face) (552 séjours, soit 12,5%)
- le système digestif (630 séjours, soit 9,7%)
- le système nerveux (453 séjours, soit 9,5%)
- le système reproducteur féminin (244 séjours, soit 12,3%)
- les reins et voies urinaires (383 séjours, soit 9,5%)
- les affections d'origine périnatale (105 séjours, soit 17,3%)
- la peau, tissu sous-cutané et sein (253 séjours, soit 9,1%)
- les polytraumatismes significatifs (31 séjours, soit 18,0%)

Parmi ces principales MDC identifiées, les résidents français représentent entre **41,4% et 60,7%** des séjours stationnaires de non-résidents. Les résidents belges représentent entre **6,5% et 38,8%** des séjours, tandis que les résidents allemands représentent entre **13,2% et 22,6%**.

L'analyse plus granulaire des APR-DRG met en évidence un attrait des non-résidents pour certaines prises en charge hospitalières stationnaires, en particulier pour les accouchements, avec l'accouchement par voie vaginale (n = 791) et la césarienne sans stérilisation (n = 379).

[22] IGSS, Rapport général sur la sécurité sociale 2024, p.29

L'attrait des non-résidents pour les soins du système musculo-squelettique concerne une distribution diversifiée des types de prises en charge.
Les séjours concernent toutefois principalement des prises en charge chirurgicales, à savoir des actes chirurgicaux orthopédiques et rachidiens, plutôt que des prises en charge médicales.
Les volumes les plus élevés sont observés pour les procédures sur le genou et la jambe (n = 263), les interventions sur l'épaule, le bras et l'avant-bras (n = 211), ainsi que les remplacements électifs de l'articulation du genou (n = 153) et de la hanche (n = 131). Les prises en charge rachidiennes sont également représentées, notamment les procédures vertébrales et intervertébrales (n = 118) et les arthrodèses dorso-lombaires (n = 84). D'autres interventions concernent notamment le pied et les orteils (n = 78), les procédures sur la main et le poignet (n = 77) ou encore les fusions vertébrales (n = 78).
Certaines catégories présentent par ailleurs des parts particulièrement élevées de non-résidents dans le total des séjours de l'APR-DRG concerné, notamment les troubles du tissu conjonctif (26,7%), les arthrodèses dorso-lombaires (20,1%) et les procédures sur la main et le poignet (18,9%).

Tableau 56 : Évolution des hospitalisations des non-résidents, par établissement, et part dans le total des hospitalisations, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

Années	Indicateurs		CHdN	CHL	CHEM	HRS	TOTAL
Moy. 2014-18	Séjours	*Nbre*	509	2 534	3 098	[3 002]	**9 143**
		% du total	2,7%	7,8%	8,9%	[6,4%]	**6,9%**
	Journées	*Nbre*	2 101	10 984	10 717	[9 717]	**33 519**
		% du total	2,1%	6,6%	6,3%	[4,8%]	**5,2%**
2019	Séjours	*Nbre*	633	3 244	3 592	3 946	**11 415**
		% du total	3,2%	9,0%	10,5%	7,5%	**8,0%**
	Journées	*Nbre*	2 580	13 534	11 710	11 795	**39 619**
		% du total	2,5%	7,8%	7,0%	5,9%	**6,1%**
2020	Séjours	*Nbre*	637	3 101	3 029	3 447	**10 214**
		% du total	3,9%	9,6%	10,8%	7,6%	**8,4%**
	Journées	*Nbre*	2 528	14 655	9 028	10 988	**37 199**
		% du total	2,7%	9,1%	6,6%	6,4%	**6,6%**
2021	Séjours	*Nbre*	778	3 740	3 739	4 038	**12 295**
		% du total	4,0%	10,3%	11,5%	7,9%	**8,8%**
	Journées	*Nbre*	2 923	14 841	11 629	12 368	**41 761**
		% du total	3,0%	8,7%	8,0%	6,9%	**7,0%**
2022	Séjours	*Nbre*	891	4 323	4 118	4 331	**13 663**
		% du total	4,5%	11,5%	12,0%	8,3%	**9,5%**
	Journées	*Nbre*	3 433	16 081	11 834	12 343	**43 691**
		% du total	3,2%	9,2%	8,1%	6,5%	**7,1%**
2023	Séjours	*Nbre*	1 033	4 946	5 068	4 710	**15 757**
		% du total	4,8%	12,7%	13,7%	8,7%	**10,4%**
	Journées	*Nbre*	3 593	17 890	14 376	15 184	**51 043**
		% du total	3,3%	10,2%	9,5%	7,7%	**8,1%**
2024 (p)	Séjours	*Nbre*	1 140	5 139	5 791	5 248	**17 318**
		% du total	4,9%	13,2%	14,8%	9,4%	**11,0%**
	Journées	*Nbre*	4 114	19 537	15 981	17 208	**56 840**
		% du total	3,7%	10,7%	10,6%	8,6%	**8,8%**

Note : Les données entre [ ] correspondent à des sommes fictives car la fusion des HRS n'avaient pas encore eu lieu.

Figure 18 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers entre résidents et non-résidents, au GDL, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

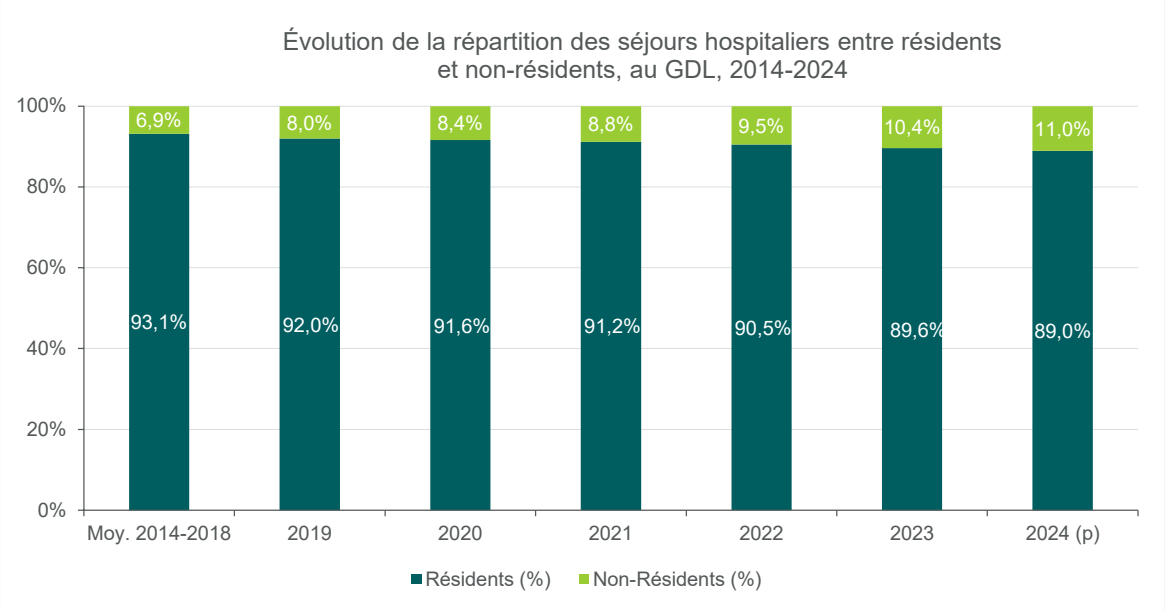


Tableau 57 : Évolution du taux d'hospitalisation chez les résidents et les non-résidents, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

	Indicateurs	Moy. 2014-2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
Personnes protégées résidentes	Nombre de pers.	536 985	568 059	578 426	587 053	599 521	611 929	621 938
	Nombre de séjours	*124 160*	*131 131*	*111 877*	*127 084*	*130 460*	*135 860*	*139 605*
	Taux de séjours par 100 000 pers. résidentes	*23 122*	*23 084*	*19 342*	*21 648*	*21 761*	*22 202*	*22 447*
Personnes protégées non résidentes	Nombre de pers.	277 532	311 873	318 122	327 589	336 733	341 925	351 078
	Nombre de séjours	*9 143*	*11 415*	*10 214*	*12 295*	*13 663*	*15 757*	*17 318*
	Taux de séjours par 100 000 pers. non-résidentes	*3 294*	*3 660*	*3 211*	*3 753*	*4 058*	*4 608*	*4 933*

Tableau 58 : Évolution de la part des séjours hospitaliers des non-résidents par groupe d'âge, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

Classes d'âge	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Croissance ann. moy. 2014-23	2024 (p)
0-28 jours	1,4%	1,3%	1,5%	1,3%	1,1%	1,1%	-1,0%	1,0%
29 jours-<2 ans	2,1%	1,9%	1,8%	2,4%	2,3%	2,2%	+0,9%	2,2%
2-4 ans	1,9%	1,9%	1,2%	1,1%	1,3%	1,4%	-4,3%	1,5%
5-14 ans	4,1%	3,7%	3,2%	2,6%	3,4%	3,3%	-3,3%	3,7%
15-24 ans	5,1%	5,2%	4,8%	5,2%	5,2%	4,6%	-1,9%	4,4%
25-34 ans	19,2%	17,8%	18,8%	17,7%	17,2%	16,5%	-2,4%	16,2%
35-44 ans	21,6%	21,2%	20,0%	19,9%	19,1%	18,6%	-1,9%	19,3%
45-54 ans	20,3%	21,1%	21,6%	21,8%	21,3%	21,5%	+1,3%	20,8%
55-64 ans	13,1%	14,2%	16,3%	16,1%	16,5%	17,9%	+4,8%	17,9%
65-74 ans	6,4%	7,7%	7,7%	7,7%	8,4%	8,7%	+4,1%	8,4%
75-84 ans	3,7%	3,2%	2,4%	3,3%	3,3%	3,4%	-1,8%	3,6%
85 ans et +	1,1%	0,8%	0,7%	0,9%	0,9%	0,9%	-1,2%	0,9%
TOTAL	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**		**100,0%**

Figure 19 : Répartition des séjours selon l'âge et le critère de résidence, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

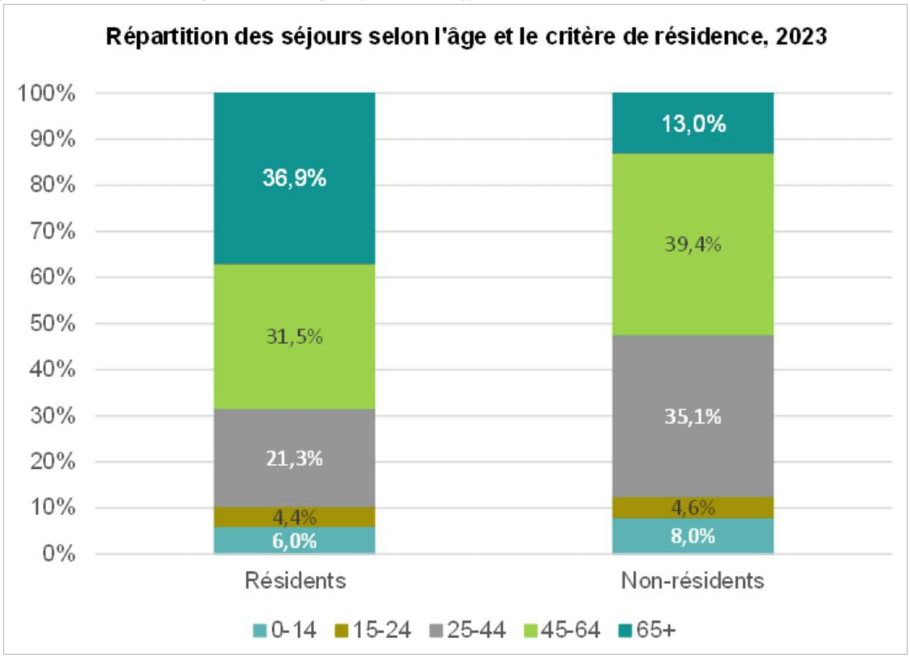
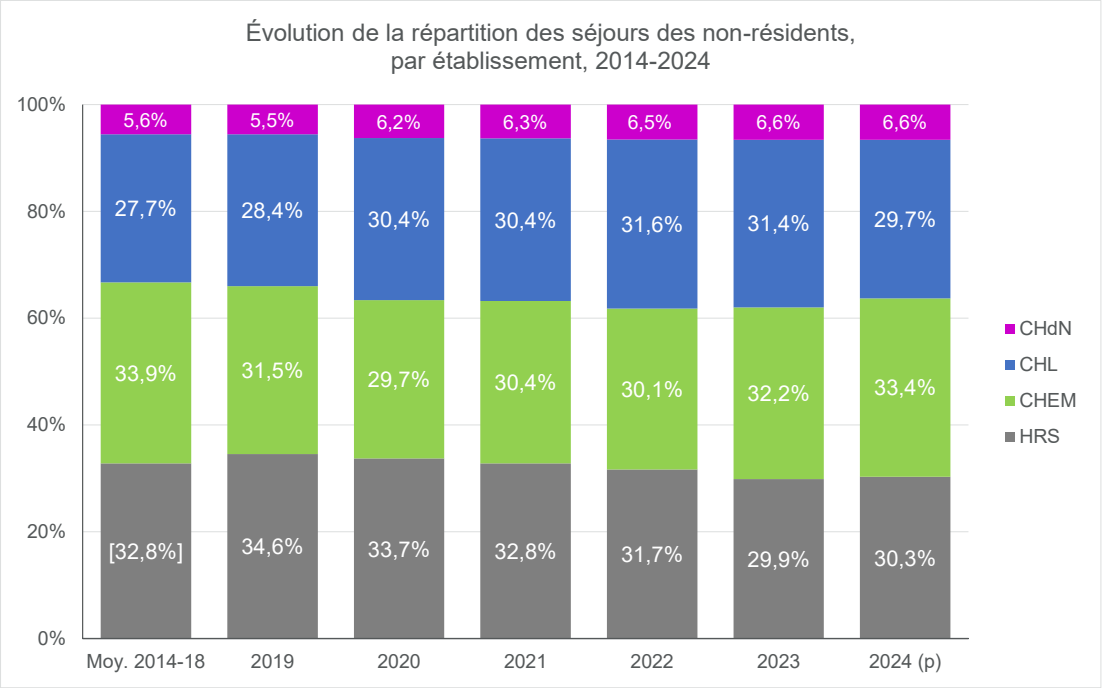


Figure 20 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers des non-résidents, par établissement, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))



En 2023, le CHL, les HRS et le CHEM rassemblent 93,5% des séjours hospitaliers des assurés non-résidents. La répartition entre ces trois établissements demeure relativement équilibrée, malgré des variations d'une année à l'autre.

Figure 21 : Évolution des séjours hospitaliers des non-résidents, selon le pays de résidence, au GDL, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

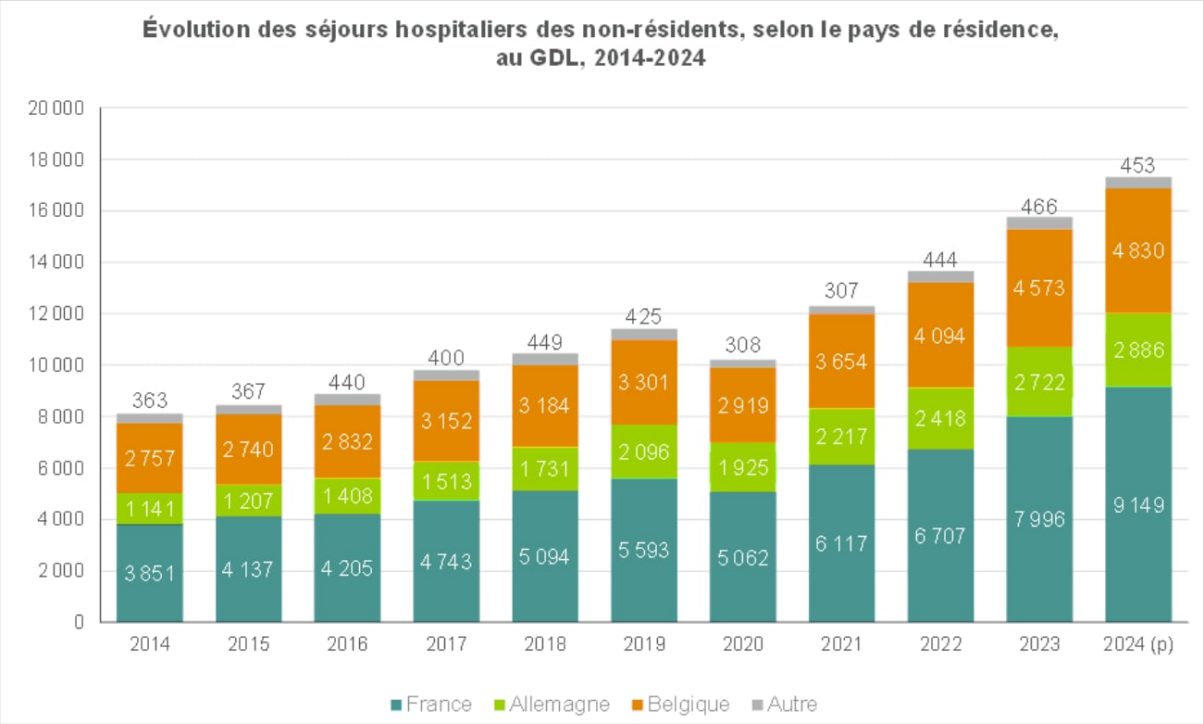


Figure 22 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers des non-résidents, selon le pays de résidence, au GDL, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

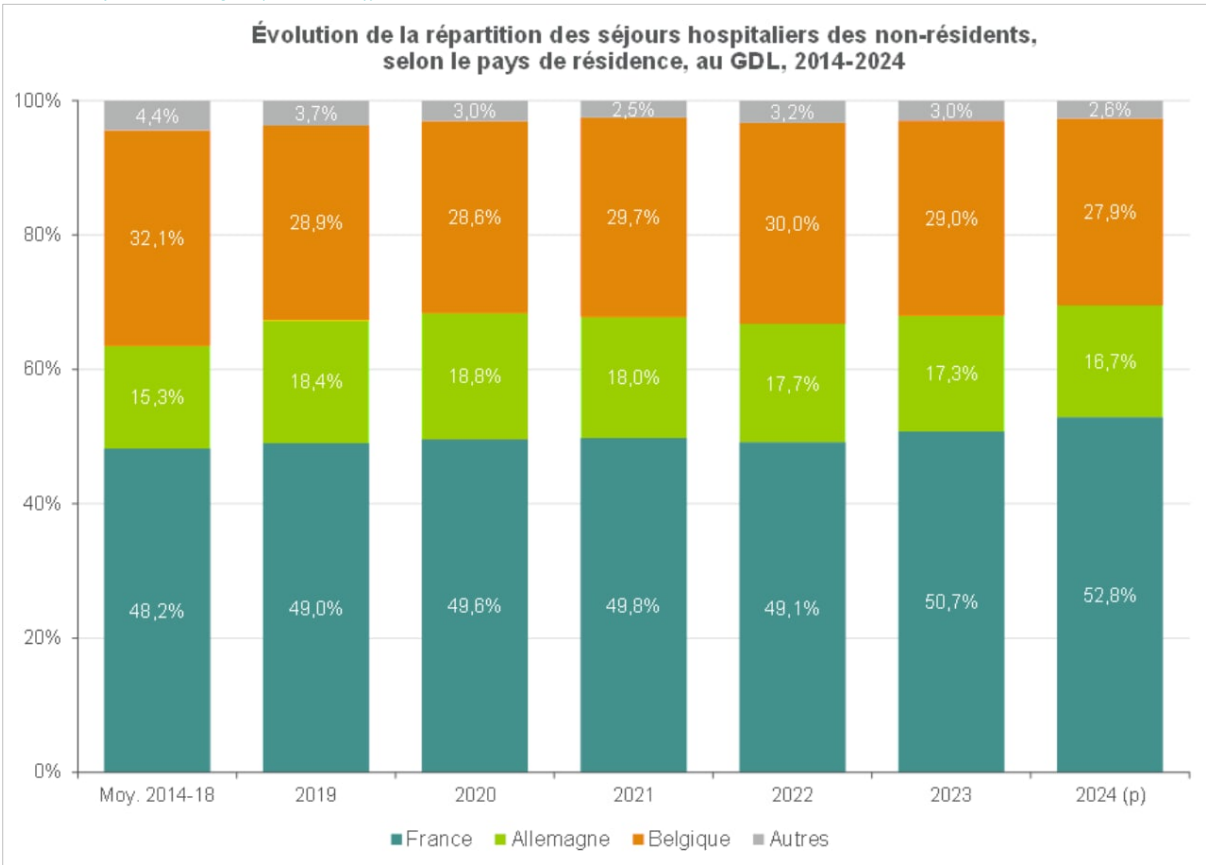
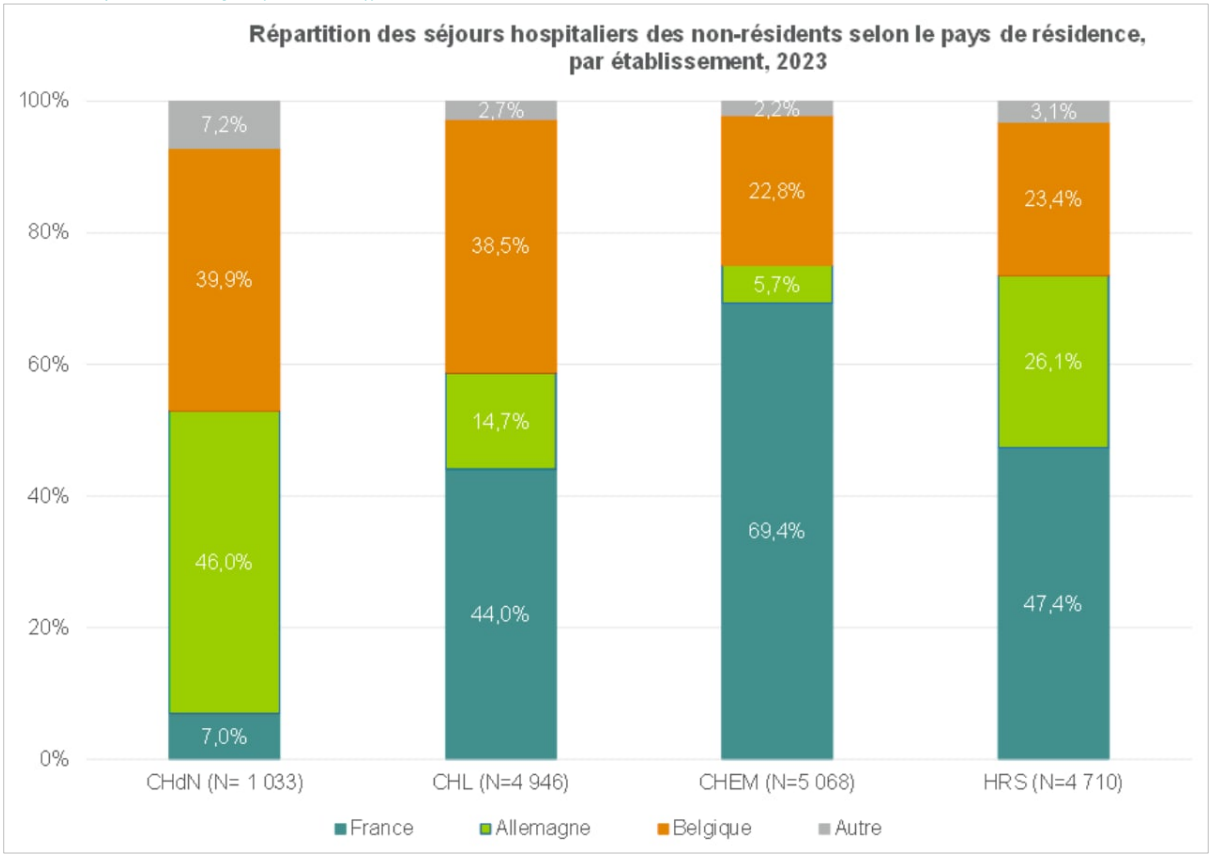


Figure 23 : Répartition des séjours hospitaliers des non-résidents selon le pays de résidence, par établissement, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))



Les séjours hospitaliers des non-résidents concernent majoritairement des patients résidant en France, qui représentent environ la moitié des séjours sur l'ensemble de la période. Leur nombre a fortement augmenté, passant de 3 851 séjours en 2014 à 9 149 en 2024, soit une augmentation de 137,6%. Les résidents belges constituent le deuxième groupe. Le nombre de leurs séjours est passé de 2 757 en 2014 à 4 830 en 2024, soit une augmentation de 75,2%.
Les résidents allemands représentent une part plus limitée, avec une évolution de 1 141 séjours en 2014 à 2 886 en 2024, soit une augmentation de 153,0%. Enfin, les séjours provenant d'autres pays demeurent marginaux sur l'ensemble de la période.

La répartition des séjours des non-résidents par pays de résidence demeure globalement stable entre 2014 et 2024. La France conserve une part prédominante, de 48% à 53% des séjours selon les années, tandis que la Belgique représente entre 28% à 32% et l'Allemagne entre 15% et 19%.
On observe toutefois une légère augmentation de la part des séjours pour les patients résidant en France, traduisant une progression du recours aux soins hospitaliers au Luxembourg parmi les résidents français.

En 2023, la répartition des séjours hospitaliers des non-résidents selon le pays de résidence varie sensiblement selon les établissements et reflète les réalités géographiques :

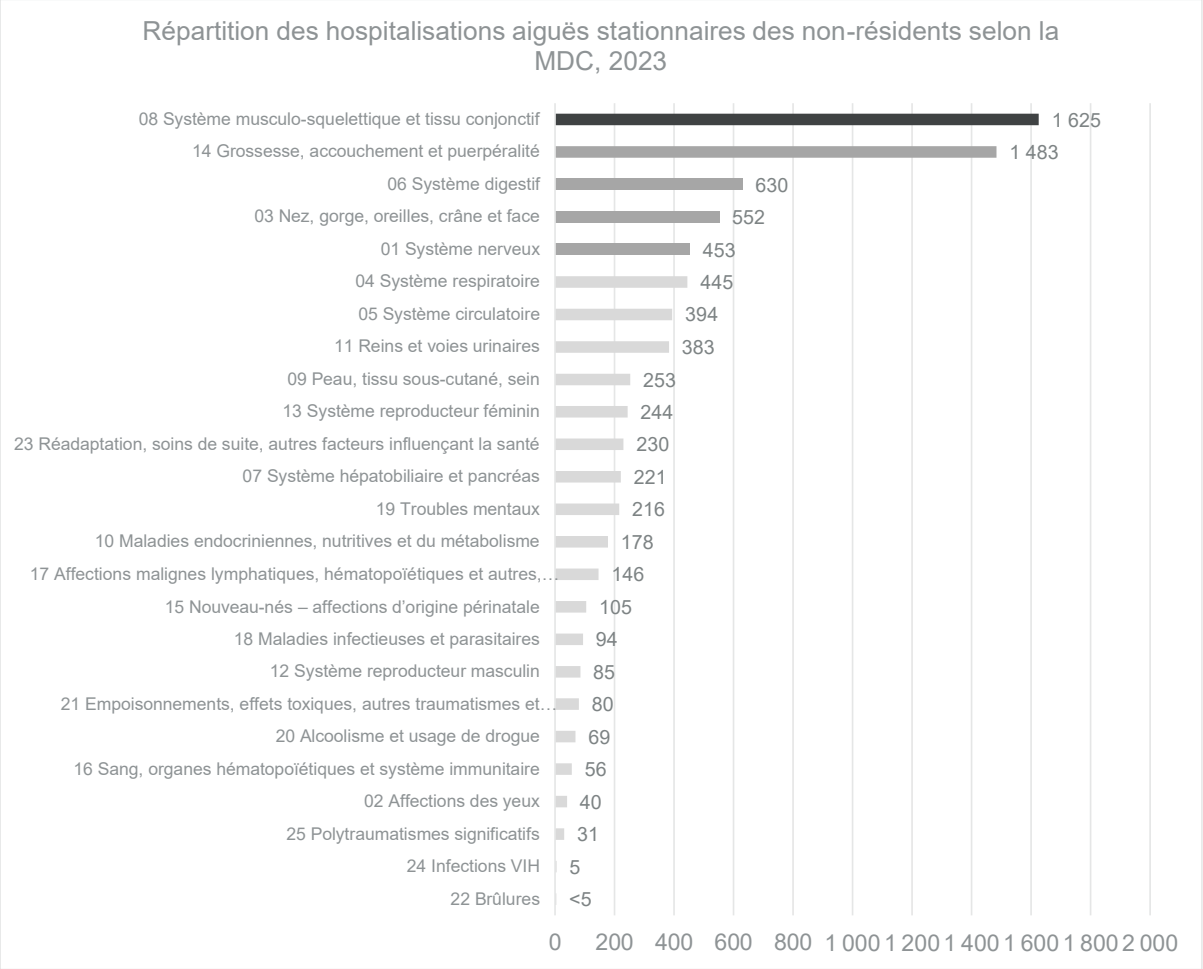
- Au CHEM, les séjours des patients résidant en France sont largement majoritaires, représentant 69,4% des séjours
- Au CHL et aux HRS, les séjours des patients résidents français restent le principal groupe (respectivement 44,0% et 47,4%), ceux des résidents belges représentent entre un quart et un tiers des séjours (38,5% au CHL et 23,4% aux HRS), tandis que ceux des résidents allemands représentent 14,7% au CHL et 26,1% aux HRS.
- Au CHdN, la répartition est marquée par une forte proportion de séjours de patients résidents allemands (46,0%) et belges (39,9%).

MOTIFS D'HOSPITALISATION STATIONNAIRE CHEZ LES NON-RESIDENTS

La présente section porte sur les motifs d'hospitalisation des non-résidents, d'abord par catégorie de diagnostics (MDC), ensuite de manière plus granulaire, par APR-DRG. L'analyse est restreinte aux séjours stationnaires enregistrés en 2023.

Figure 24 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires des non-résidents selon la MDC, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit)



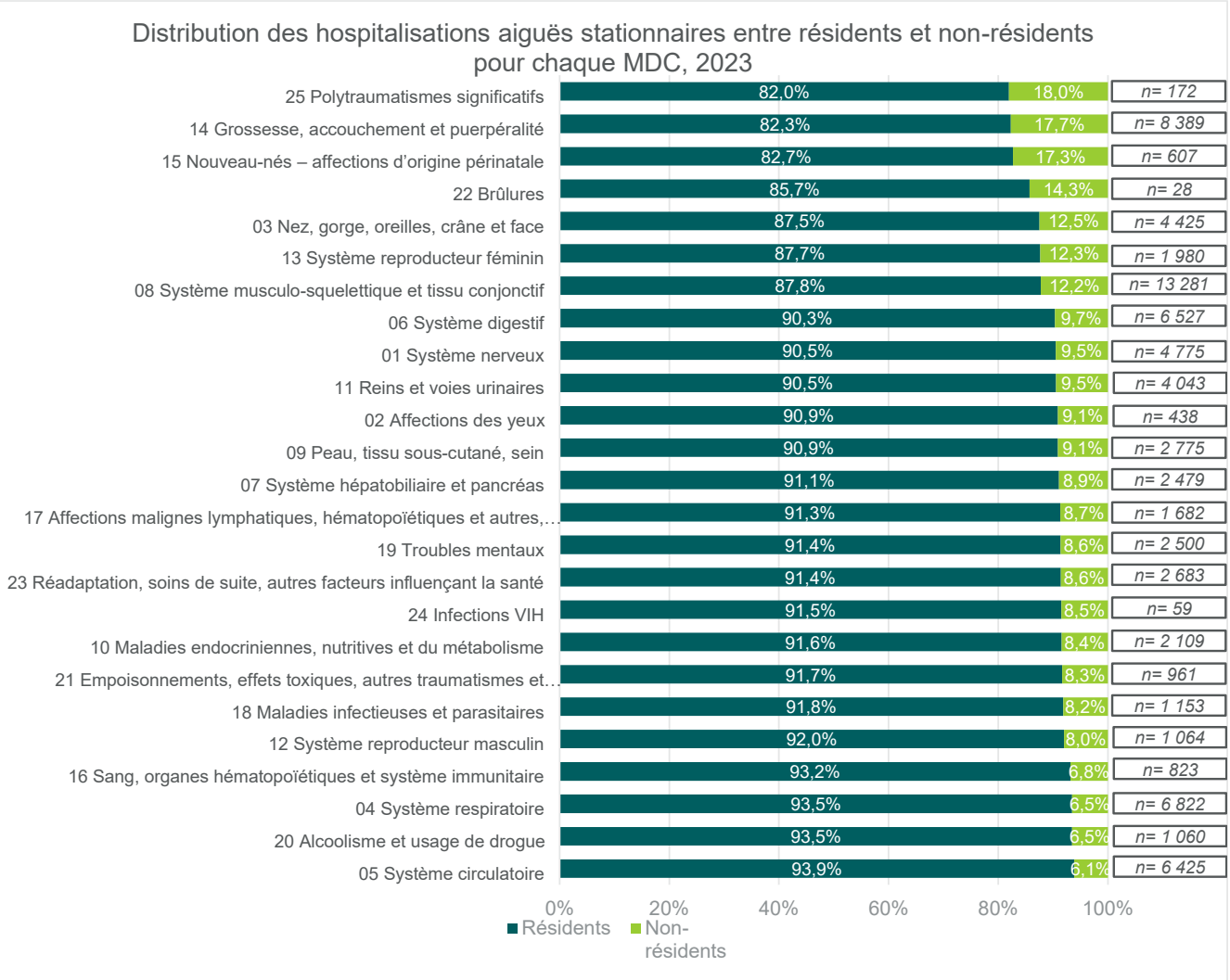
Note : Les séjours sans MDC attribuée (n = 196), ainsi que ceux classés dans les APR-DRG 950, 951, 952, 955 et 956 (n respectifs : <5, 14, 11, <5 et 7), ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

Sur un total de 8 022 séjours hospitaliers aigus stationnaires de non-résidents, les cinq MDC représentant le plus grand nombre de séjours de non-résidents sont :

- Système musculo-squelettique et tissu conjonctif : 1 625 séjours (20,3% du total des séjours hospitaliers aigus stationnaires des non-résidents)
- Grossesse, accouchement et puerpéralité : 1 483 séjours (18,5% du total)
- Système digestif : 630 séjours (7,9% du total)
- Nez, gorge, oreilles, crâne et face : 552 séjours (6,9% du total)
- Système nerveux : 453 séjours (5,6% du total)

Figure 25 : Distribution des hospitalisations aiguës stationnaires entre résidents et non-résidents pour chaque MDC, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit)



Note : Les séjours sans MDC attribuée (n = 418), ainsi que ceux classés dans les APR-DRG 950, 951, 952, 955 et 956 (n respectifs : 116, 187, 98, 6 et 106), ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

Pour toutes les MDC, la part des séjours réalisés par des non-résidents est comprise entre 6,1% et 18,0%.

Les 5 MDC des non-résidents représentant la plus grande proportion de séjours sont :

- Polytraumatismes significatifs : 18,0%
- Grossesse, accouchement et puerpéralité : 17,7%
- Nouveau-nés – affections d'origine périnatale : 17,3%
- Brûlures : 14,3%
- Nez, gorge, oreilles, crâne et face : 12,5%

Les MDC les plus associées aux séjours de non-résidents ont été identifiées à partir d'un score combinant le rang du nombre de séjours de non-résidents et le rang de leur part relative au sein de chaque MDC.
Les scores les plus faibles reflètent les MDC cumulant à la fois un volume élevé et une forte proportion de séjours de non-résidents. Le top 10 reflète ainsi les recours aux soins hospitaliers stationnaires où les non-résidents sont particulièrement représentés en valeur absolue et/ou relative.

Tableau 59 : Principales MDC associées aux hospitalisations aiguës stationnaires des non-résidents, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit)

MDC et libellé	Non-résidents	Non-résidents (% du total de séjours par MDC)	Rang NR	Rang %	Score
14 Grossesse, accouchement et puerpéralité	1 483	17,7%	2	2	4
08 Système musculo-squelettique et tissu conjonctif	1 625	12,2%	1	7	8
03 Nez, gorge, oreilles, crâne et face	552	12,5%	4	5	9
06 Système digestif	630	9,7%	3	8	11
01 Système nerveux	453	9,5%	5	9	14
13 Système reproducteur féminin	244	12,3%	10	6	16
11 Reins et voies urinaires	383	9,5%	8	10	18
15 Nouveau-nés – affections d'origine périnatale	105	17,3%	16	3	19
09 Peau, tissu sous-cutané, sein	253	9,1%	9	12	21
25 Polytraumatismes significatifs	31	18,0%	23	1	24
07 Système hépatobiliaire et pancréas	221	8,9%	12	13	25
23 Réadaptation, soins de suite, autres facteurs influençant la santé	230	8,6%	11	16	27
19 Troubles mentaux	216	8,6%	13	15	28
04 Système respiratoire	445	6,5%	6	23	29
17 Affections malignes lymphatiques, hématopoïétiques et autres, chimio et radiothérapie	146	8,7%	15	14	29
22 Brûlures	<5	14,3%	25	4	29
05 Système circulatoire	394	6,1%	7	25	32
10 Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	178	8,4%	14	18	32
02 Affections des yeux	40	9,1%	22	11	33
18 Maladies infectieuses et parasitaires	94	8,2%	17	20	37
21 Empoisonnements, effets toxiques, autres traumatismes et complications du traitement	80	8,3%	19	19	38
12 Système reproducteur masculin	85	8,0%	18	21	39
24 Infections VIH	5	8,5%	24	17	41
16 Sang, organes hématopoïétiques et système immunitaire	56	6,8%	21	22	43
20 Alcoolisme et usage de drogue	69	6,5%	20	24	44
TOTAL de séjours par établissement	**8 022**	/	/	/	/

Note : Le rang NR correspond au classement des MDC selon le nombre absolu de séjours de non-résidents (rang 1 = nombre le plus élevé). Le rang % correspond au classement des MDC selon la proportion de non-résidents parmi l'ensemble des séjours de la MDC concernée (rang 1 = proportion la plus élevée). Le score correspond à la somme de ces deux rangs ; les MDC présentant les scores les plus faibles sont celles qui combinent à la fois un nombre élevé de séjours de non-résidents et/ou une forte proportion de non-résidents.

D'après cette méthode, il apparaît que les MDC qui combinent soit le nombre le plus élevé de séjours de non-résidents, soit la part la plus élevée de non-résidents, soit les deux sont :

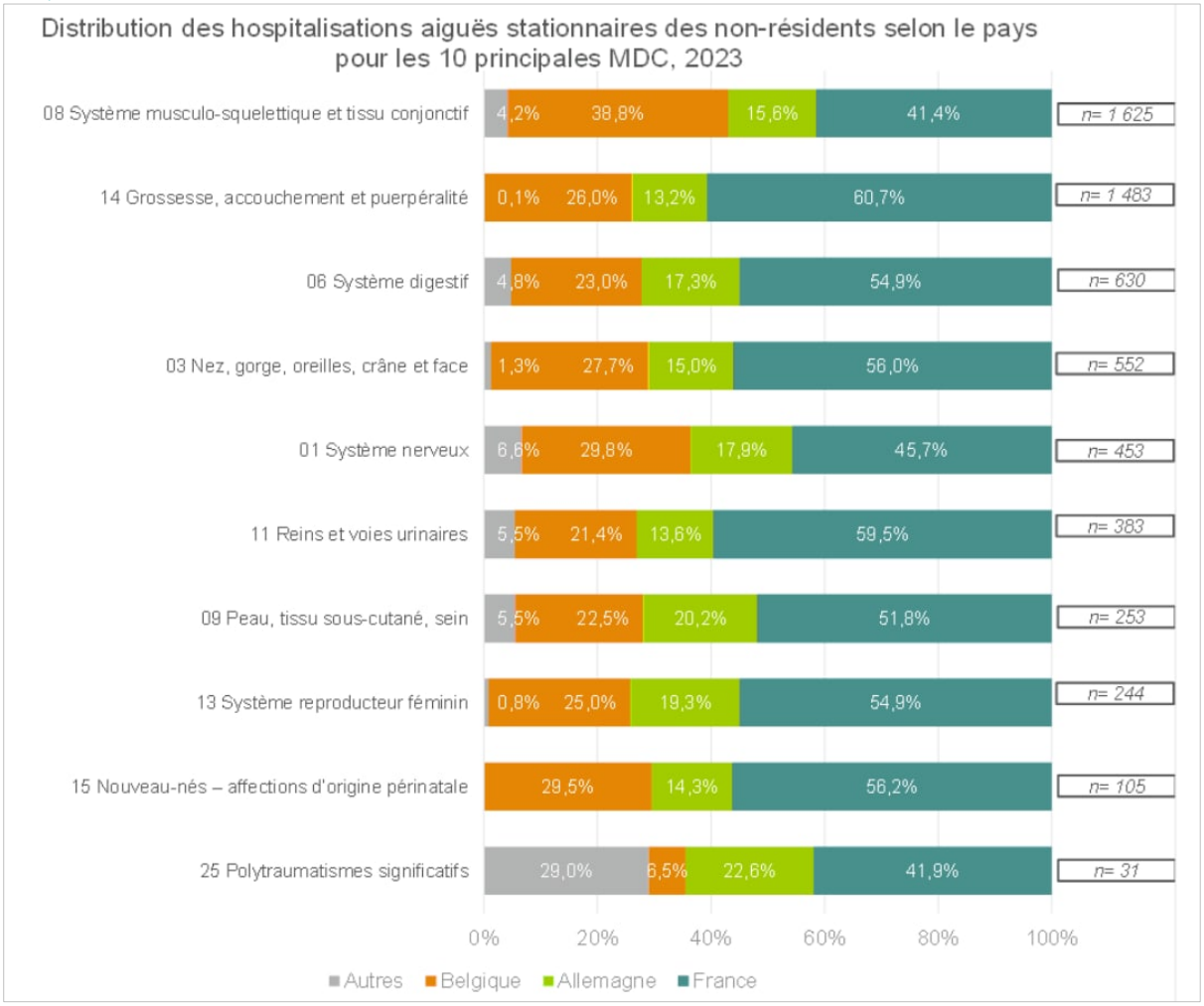
- Grossesse, accouchement et puerpéralité, qui présente à la fois un volume élevé (1 483 séjours) et une part élevée de non-résidents (17,7%),
- Système musculo-squelettique, caractérisé par le plus grand nombre absolu de séjours de non-résidents (1 625 séjours) et une part importante de non-résidents (12,2%),

Viennent ensuite les MDC suivantes :

- Nez, gorge, oreilles, crâne et face
- Système digestif
- Système nerveux
- Système reproducteur féminin
- Reins et voies urinaires
- Nouveau-nés - affections d'origine périnatale
- Peau, tissu sous-cutané, sein
- Polytraumatismes significatifs

Figure 26 : Distribution des hospitalisations aiguës stationnaires des non-résidents selon le pays pour les 10 principales MDC, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit)



La figure présente la répartition des séjours stationnaires de non-résidents selon le pays de résidence pour les dix MDC identifiées précédemment.

Elle met en évidence une prédominance des patients résidant en France pour l'ensemble des MDC considérées. Selon les MDC, la part des résidents français varie entre 41,4% et 60,7% des séjours des non-résidents, constituant systématiquement le groupe le plus représenté.

Les patients résidant en Belgique représentent, selon les MDC, entre 6,5% et 38,8% des séjours des non-résidents.

Les patients résidant en Allemagne représentent, selon les MDC, entre 13,2% et 22,6% des séjours des non-résidents.

La part des non-résidents non frontaliers représente 29,0% des séjours pour polytraumatismes significatifs.

Tableau 60 : Principaux APR-DRG des MDC les plus associées aux hospitalisations aiguës stationnaires des non-résidents, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit)

APR-DRG et libellé	Nombre de séjours de non-résidents (NR)	Part des séjours de non-résidents dans l'APR-DRG
MDC 14 - GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET PUERPÉRALITÉ *(part cumulée des 5 APR-DRG = 92,4% des séjours NR de la MDC)*		
560 - ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE	791	17,3%
540 - CÉSARIENNE SANS STÉRILISATION	379	18,2%
566 - ANTEPARTUM SANS PROCÉDURE EN SALLE OPÉRATOIRE	141	17,9%
541 - ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE AVEC STÉRILISATION ET/OU DILATATION ET CURETAGE	31	19,3%
547 - ANTEPARTUM AVEC PROCÉDURE EN SALLE OPÉRATOIRE	29	19,3%
MDC 08 - SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCTIF *(part cumulée des 5 APR-DRG = 53,9% des séjours NR de la MDC)*		
313 - PROCÉDURES SUR LE GENOU ET LA JAMBE, EXCEPTÉ LE PIED	263	14,6%
315 - PROCÉDURES SUR L'ÉPAULE, LE BRAS ET L'AVANT-BRAS EXCEPTÉ LE REMPLACEMENT DE L'ARTICULATION	211	13,0%
326 - REMPLACEMENT ÉLECTIF DE L'ARTICULATION DU GENOU	153	11,6%
324 - REMPLACEMENT ÉLECTIF DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE	131	11,5%
310 - PROCÉDURES VERTÉBRALES ET INTERVERTÉBRALES, Y COMPRIS LES PROCÉDURES RELATIVES AUX DISQUES	118	13,1%
MDC 03 - NEZ, GORGE, OREILLES, CRÂNE ET FACE *(part cumulée des 5 APR-DRG = 96,6% des séjours NR de la MDC)*		
115 - AUTRES DIAGNOSTICS DE L'OREILLE, DU NEZ, DE LA BOUCHE, DE LA GORGE, DU CRÂNE/FACE	185	12,4%
098 - AUTRES PROCÉDURES SUR L'OREILLE, LE NEZ, LA BOUCHE ET LA GORGE	161	14,8%
097 - PROCÉDURES SUR LES AMYGDALES ET LES VÉGÉTATIONS	93	12,0%
113 - INFECTIONS DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES	68	12,3%
111 - VERTIGES ET AUTRES TROUBLES LABYRINTHIQUES	26	9,2%
MDC 06 - SYSTÈME DIGESTIF *(part cumulée des 5 APR-DRG = 49,4% des séjours NR de la MDC)*		
249 - AUTRE GASTRO-ENTÉRITE, NAUSÉE ET VOMISSEMENT	92	12,4%
234 - APPENDECTOMIE SANS DIAGNOSTIC PRINCIPAL COMPLEXE	71	13,8%
228 - PROCÉDURES POUR HERNIE INGUINALE, FÉMORALE ET OMBILICALE	68	8,9%
254 - AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTÈME DIGESTIF	48	7,6%
231 - PROCÉDURES MAJEURES SUR LE GROS INTESTIN	32	7,4%
MDC 01 - SYSTÈME NERVEUX *(part cumulée des 5 APR-DRG = 57,0% des séjours NR de la MDC)*		
053 - CRISE ÉPILEPTIQUE	83	10,8%
058 - AUTRES TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX	72	10,0%
045 - AVC ET OCCLUSION PRÉCÉRÉBRALE AVEC INFARCTUS	57	8,5%
047 - ISCHÉMIE CÉRÉBRALE TRANSITOIRE	24	10,9%
054 - MIGRAINE ET AUTRES CÉPHALÉES	22	9,6%

APR-DRG et libellé	Nombre de séjours de non-résidents (NR)	Part des séjours de non-résidents dans l'APR-DRG
MDC 13 - SYSTÈME REPRODUCTEUR FÉMININ *(part cumulée des 5 APR-DRG = 92,6% des séjours NR de la MDC)*		
513 - PROCÉDURES SUR UTÉRUS/ANNEXES POUR AFFECTION NON MALIGNE EXCEPTÉ LÉIOMYOME	122	13,7%
519 - PROCÉDURES SUR UTÉRUS/ANNEXES POUR LÉIOMYOME	55	13,6%
517 - DILATATION ET CURETAGE POUR DES DIAGNOSTICS NON OBSTÉTRICAUX	24	14,7%
532 - TROUBLES MENSTRUELS ET AUTRES TROUBLES DU SYSTÈME REPRODUCTEUR FÉMININ	19	11,6%
512 - PROCÉDURES SUR UTÉRUS ET ANNEXES POUR AFFECTIONS MALIGNE EXCEPTÉ DES OVAIRES ET SES ANNEXES	6	11,5%
MDC 11 - REINS ET VOIES URINAIRES *(part cumulée des 5 APR-DRG = 84,6% des séjours NR de la MDC)*		
465 - LITHIASES URINAIRES ET OBSTRUCTION ACQUISE DU TRACTUS URINAIRE SUPÉRIEUR	124	16,5%
463 - INFECTIONS DES REINS ET VOIES URINAIRES	77	7,9%
446 - PROCÉDURES URÉTRALES ET TRANSURÉTRALES	54	9,5%
443 - PROCÉDURES SUR LES REINS ET LES VOIES URINAIRES POUR AFFECTION NON MALIGNE	40	10,3%
468 - AUTRES DIAGNOSTICS, SIGNES ET SYMPTÔMES DU REIN ET DES VOIES URINAIRES	29	5,5%
MDC 15 - NOUVEAU-NÉS – AFFECTIONS D'ORIGINE PÉRINATALE *(part cumulée des 5 APR-DRG = 75,2% des séjours NR de la MDC)*		
640 - NOUVEAU-NÉ, POIDS DE NAISSANCE > 2499G, NOUVEAU-NÉ NORMAL OU NOUVEAU-NÉ AVEC AUTRES PROBLÈMES	29	14,4%
626 - NOUVEAU-NÉ, POIDS DE NAISSANCE 2000-2499G, NOUVEAU-NÉ NORMAL OU NOUVEAU-NÉ AVEC AUTRE PROBLÈME	21	18,9%
614 - NOUVEAU-NÉ, POIDS DE NAISSANCE 1500-1999G AVEC OU SANS AUTRE AFFECTION SIGNIFICATIVE	12	20,7%
639 - NOUVEAU-NÉ, POIDS DE NAISSANCE > 2499G AVEC AUTRE AFFECTION SIGNIFICATIVE	9	23,1%
634 - NOUVEAU-NÉ, POIDS DE NAISSANCE > 2499G AVEC SYNDROME DE DÉTRESSE RESP./AUTRE AFFEC. RESP. MAJEURE	8	17,8%
MDC 09 - PEAU, TISSU SOUS-CUTANÉ, SEIN *(part cumulée des 5 APR-DRG = 80,2% des séjours NR de la MDC)*		
383 - CELLULITE ET AUTRES INFECTIONS DE LA PEAU	50	8,5%
363 - PROCÉDURES MAMMAIRES, EXCEPTÉ MASTECTOMIE	49	7,7%
385 - AUTRES TROUBLES DE LA PEAU, DU TISSU SOUS-CUTANÉ ET DU SEIN	36	10,9%
362 - PROCÉDURES DE MASTECTOMIE	35	10,7%
364 - AUTRES PROCÉDURES SUR LA PEAU, LES TISSUS SOUS-CUTANÉS ET PROCÉDURES ASSOCIÉES	33	12,3%
MDC 25 - POLYTRAUMATISMES SIGNIFICATIFS *(part cumulée des 4 APR-DRG = 100,0% des séjours NR de la MDC)*		
912 - PROCÉDURES MUSCULO-SQUELETTIQUES ET AUTRES POUR POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF	20	21,1%
930 - POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF SANS PROCÉDURE EN SALLE D'OPÉRATION	8	14,0%
910 - CRANIOTOMIE POUR POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF	<5	16,7%
911 - PROCÉDURES ABDOMINALES/THORACIQUES EXTENSIVES POUR POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF	<5	12,5%

L'analyse des APR-DRG permet de décrire de manière plus granulaire les motifs de recours principaux des non-résidents aux soins hospitaliers stationnaires au Luxembourg pour l'année 2023.
Le Tableau 60 présente, pour les MDC les plus associées aux séjours stationnaires de non-résidents, les cinq APR-DRG les plus fréquents parmi ces séjours. Pour chaque APR-DRG, le nombre de séjours de non-résidents ainsi que leur part dans le total des séjours de l'APR-DRG sont renseignés.

Pour l'ensemble des MDC considérées, un nombre limité d'APR-DRG concentre une part importante des séjours de non-résidents. La part cumulée des cinq APR-DRG varie selon ces MDC, allant de 49,4% pour le système digestif (MDC 06) à 100,0% pour les polytraumatismes significatifs (MDC 25).
Certaines MDC présentent une forte concentration des séjours de non-résidents au sein d'un nombre restreint d'APR-DRG, notamment la MDC 03 (nez, gorge, oreilles, crâne et face), la MDC 14 (grossesse, accouchement et puerpéralité) et la MDC 13 (système reproducteur féminin), pour lesquelles la part cumulée dépasse 90%.
À l'inverse, d'autres MDC présentent une distribution plus dispersée, comme la MDC 06 (système digestif), la MDC 08 (système musculo-squelettique et tissu conjonctif) et la MDC 01 (système nerveux), pour lesquelles la part cumulée des cinq principaux APR-DRG est inférieure à 60%.

La part des séjours de non-résidents dans le total des séjours de chaque APR-DRG varie, avec des valeurs comprises entre 5,5% et 23,1%.
Les deux APR-DRG les plus représentés concernent les accouchements, avec l'accouchement par voie vaginale (n = 791) et la césarienne sans stérilisation (n = 379), qui occupent les premières positions en volume.
Plusieurs APR-DRG relevant du système musculo-squelettique figurent également parmi les plus fréquents, notamment les procédures sur le genou et la jambe (n = 263), les procédures sur l'épaule, le bras et l'avant-bras (n = 211), ainsi que les remplacements électifs de l'articulation du genou (n = 153) et de la hanche (n = 131).

D'autres APR-DRG apparaissent parmi les plus fréquents, notamment les soins antepartum sans procédure en salle opératoire (n = 141) et les lithiases urinaires avec obstruction acquise du tractus urinaire supérieur (n = 124).
Quant aux prises en charge relevant de la sphère ORL, également fréquentes, les APR-DRG les plus représentés n'indiquent pas de précision quant aux « autres » diagnostics (n = 185) et « autres », procédures (n = 161) ayant motivé ces séjours.

Au total, ces dix APR-DRG regroupent 2 539 séjours stationnaires de non-résidents, soit 31,7% de l'ensemble des séjours stationnaires des non-résidents (n = 8 022). La part des séjours de non-résidents dans ces APR-DRG varie entre 11,6% et 18,2%.

FOCUS SUR LES SEJOURS STATIONNAIRES POUR MOTIF MUSCULO-SQUELETTIQUE DES NON-RESIDENTS

Au regard des résultats présentés précédemment, la MDC 08 (système musculo-squelettique et tissu conjonctif) occupe une place importante dans les séjours stationnaires des non-résidents, tant en volume qu'en part relative.

Toutefois, les cinq APR-DRG initialement sélectionnés ne couvrent qu'un peu plus de la moitié des séjours de non-résidents de cette MDC (53,9%), traduisant une distribution relativement dispersée des séjours entre plusieurs catégories d'APR-DRG.

Afin de mieux rendre compte de cette diversité et d'augmenter la part de séjours couverte, une analyse complémentaire a été réalisée en élargissant la sélection aux quinze APR-DRG les plus fréquents. L'identification des quinze APR-DRG les plus fréquents permet d'atteindre une couverture de 92,7% des séjours de non-résidents de cette MDC.

Tableau 61 : Principaux APR-DRG de la MDC 08 (système musculo-squelettique et tissu conjonctif) parmi les hospitalisations aiguës stationnaires de non-résidents, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, centres hospitaliers, hors activité de rééducation, présence à minuit)

APR-DRG et libellé	Nombre de séjours de non-résidents (NR)	Part des séjours de non-résidents dans l'APR-DRG
MDC 08 - SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCTIF *(part cumulée des 15 APR-DRG = 92,7% des séjours NR de la MDC)*		
313 - PROCÉDURES SUR LE GENOU ET LA JAMBE, EXCEPTÉ LE PIED	263	14,6%
315 - PROCÉDURES SUR L'ÉPAULE, LE BRAS ET L'AVANT-BRAS EXCEPTÉ LE REMPLACEMENT DE L'ARTICULATION	211	13,0%
326 - REMPLACEMENT ÉLECTIF DE L'ARTICULATION DU GENOU	153	11,6%
324 - REMPLACEMENT ÉLECTIF DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE	131	11,5%
310 - PROCÉDURES VERTÉBRALES ET INTERVERTÉBRALES, Y COMPRIS LES PROCÉDURES RELATIVES AUX DISQUES	118	13,1%
304 - ARTHRODÈSE DORSO-LOMBAIRE EXCEPTÉ DÉVIATION DU DOS	84	20,1%
314 - PROCÉDURES SUR LE PIED ET LES ORTEILS	78	10,4%
321 - FUSION VERTÉBRALE ET AUTRES PROCÉDURES DU DOS ET DU COU, À L'EXCEPTION DES PROCÉDURES RELATIVES AUX DISQUES	78	17,5%
347 - AUTRES TROUBLES, FRACTURES ET TRAUMATISMES DU DOS ET DU COU	77	10,5%
316 - PROCÉDURES SUR LA MAIN ET LE POIGNET	77	18,9%
320 - AUTRES PROCÉDURES SUR LE SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET LE TISSU CONJONCTIF	72	12,0%
317 - PROCÉDURES SUR LE TENDON, LE MUSCLE ET AUTRES TISSUS MOUS	64	16,1%
346 - TROUBLES DU TISSU CONJONCTIF	39	26,7%
351 - AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET DU TISSU CONJONCTIF	34	7,2%
309 - AUTRE CHIRURGIE SIGNIFICATIVE DE LA HANCHE ET DU FÉMUR	28	15,7%

Les volumes les plus élevés concernent les procédures sur le genou et la jambe (n = 263) et les procédures sur l'épaule, le bras et l'avant-bras (n = 211), suivies des remplacements électifs de l'articulation du genou (n = 153) et de la hanche (n = 131), ainsi que des procédures vertébrales et intervertébrales (n = 118).

Au-delà de ces catégories principales, d'autres APR-DRG présentent des volumes plus modérés mais contribuent également de manière notable, notamment les arthrodèses dorso-lombaires (n = 84), les fusions vertébrales (n = 78), les procédures sur le pied (n = 78), ou encore les procédures sur la main et le poignet (n = 77).

La part des séjours de non-résidents dans le total des séjours de chaque APR-DRG varie entre 7,2% et 26,7 %, avec plusieurs catégories présentant des niveaux supérieurs à 15%, notamment les troubles du tissu conjonctif (26,7%), les arthrodèses dorso-lombaires (20,1%) et les procédures sur la main et le poignet (18,9%).

4.2. Établissements aigus spécialisés

4.2.1. Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle

Cf aussi section « activités médico-techniques » : cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque
Cf Fascicule 1 – Fiche INCCI

Conformément à la loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018, l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI) constitue un établissement hospitalier spécialisé exploitant les services nationaux de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle.
Les séjours hospitaliers ont augmenté globalement de 0,7% par an en moyenne entre 2014 et 2023, avec des variations selon les années.

En 2023, on dénombre :
- **597 séjours** d'une **durée moyenne** de **7,9 jours,** dont 5,7% concernent des non-résidents.
- soit **4 613 journées d'hospitalisation**.

Parmi les **19 lits** installés en 2023, 12,5 lits ont été occupés en moyenne par jour, ce qui correspond à un taux d'occupation de 66,6% des lits pour l'activité opposable des résidents et non-résidents.

Tableau 62 : Évolution des hospitalisations, à l'INCCI, 2014-2024
(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))

Indicateurs	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	Croissance ann. moy. 2014-23	Évol. 2014-18	Évol. 2019-23	2024 (p)
Nombre de séjours	550,2	605	507	517	531	597	551,4	+0,7%	-8,0%	-1,3%	663
dont ESMJ + PSA (nbre)	*25,2*	*74*	*64*	*12*	*18*	*19*	*37,4*				*29*
dont ESMJ + PSA (% total des séjours de l'INCCI)	*4,6%*	*12,2%*	*12,6%*	*2,3%*	*3,4%*	*3,2%*	*6,8%*				*4,4%*
Nombre de journées	4 391,0	4 513	4 181	4 198	4 486	4 613	4 398,2	+0,6%	+2,9%	+2,2%	4 581

Tableau 63 : Évolution de la durée moyenne de séjour à l'INCCI, 2014-2024
(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, présence à minuit)

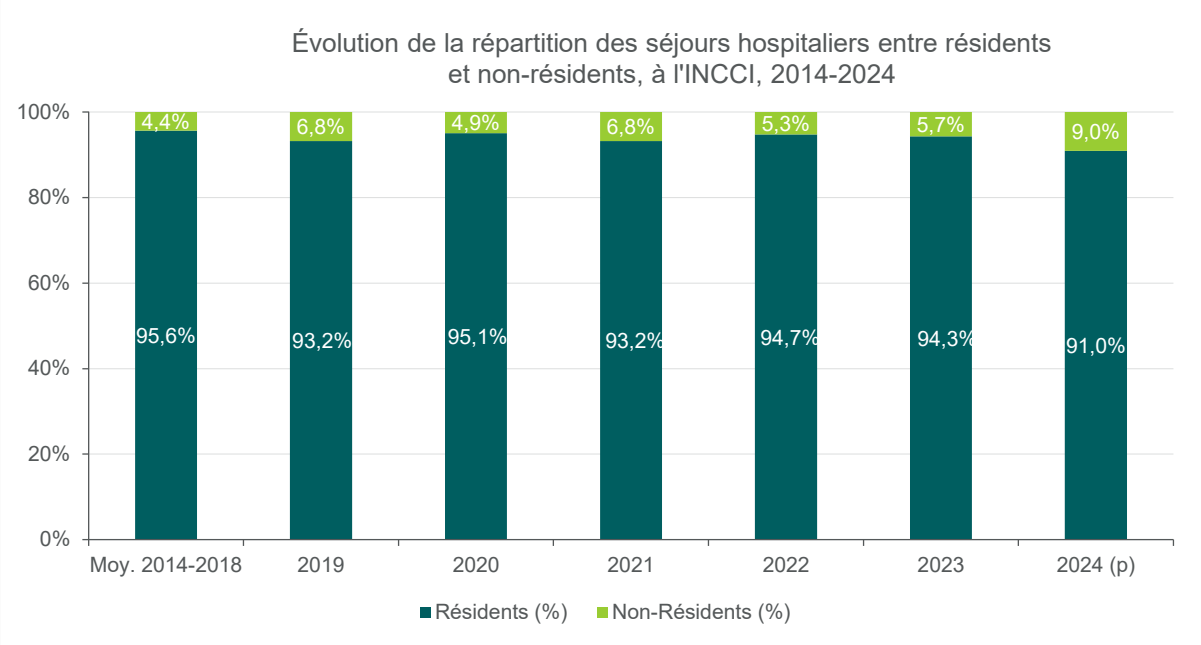
Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
DMS *(nombre de jours)*	8,0	8,8	7,7	8,1	9,2	8,4	9,3	8,3	8,7	7,9	7,2

Tableau 64 : Évolution de l'occupation des lits à l'INCCI, 2019-2024
Sources - données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, unités de soins normaux et intensifs, présence à minuit et hospitalisation de jour en ESMJ (PSA non incluses)
- lits déclarés par l'INCCI

Années	Lits aigus déclarés	Lits occupés en moyenne par jour	Nombre minimal de lits occupés par jour	Nombre maximal de lits occupés par jour	Taux d'occupation *(en % des lits occupés sur l'année)*
2019	19	12,0	3	18	63,1%
2020	19	11,2	3	18	58,8%
2021	19	11,8	5	19	61,9%
2022	19	12,1	4	17	63,6%
2023	19	12,5	4	18	66,0%
2024 (p)	19	12,5	3	18	65,6%

Figure 27 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers entre résidents et non-résidents, à l'INCCI, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, présence à minuit et hospitalisation de jour (ESMJ+PSA))



La part des séjours hospitaliers des assurés non-résidents à l'INCCI est restée globalement stable entre 2019 et 2023. En 2024, les données provisoires suggèrent une augmentation de cette part. Cette évolution devra toutefois être confirmée dans le futur.

Concernant les motifs d'admission des hospitalisations aiguës stationnaires à l'INCCI en 2023, sur un total de 568 séjours, 545 relevaient de la MDC 05 « Système circulatoire », soit 96,0% de l'ensemble des séjours. Cette observation est cohérente avec la spécialisation de l'établissement dans les domaines de la chirurgie cardiaque et de la cardiologie interventionnelle.

Tableau 65 : Répartition des hospitalisations aiguës stationnaires : classement des 25 APR-DRG les plus fréquents, INCCI, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, présence à minuit)

APR-DRG et libellé	Nbre séjours	% du total des séjours APR-DRG
183 - PROCÉDURES PERCUTANÉES DES STRUCTURES CARDIAQUES	117	20,6%
163 - PROCÉDURES SUR LES VALVES CARDIAQUES SANS INFARCTUS DU MYOCARDE AIGU OU DP COMPLEXE	108	19,0%
166 - PONTAGE CORONARIEN SANS INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE OU DP COMPLEXE	103	18,1%
165 - PONTAGE CORONARIEN AVEC INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE OU DP COMPLEXE	40	7,0%
175 - PROCÉDURES CARDIAQUES PERCUTANÉES SANS INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE	32	5,6%
167 - AUTRES PROCÉDURES CARDIOTHORACIQUES ET THORACOVASCULAIRES	19	3,3%
176 - INSERTION, RÉVISION ET REMPLACEMENT DU PACEMAKER ET D'AUTRES DISPOSITIFS CARDIAQUES	16	2,8%
162 - PROCÉDURES SUR LES VALVES CARDIAQUES AVEC INFARCTUS DU MYOCARDE AIGU OU DP COMPLEXE	15	2,6%
180 - AUTRES PROCÉDURES SUR LE SYSTÈME CIRCULATOIRE	14	2,5%
171 - IMPLANTATION DU PACEMAKER PERMANENT SANS INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE, DÉCOMPENSATION CARDIAQUE OU C	13	2,3%
207 - AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTÈME CIRCULATOIRE	12	2,1%
174 - PROCÉDURES CARDIAQUES PERCUTANÉES AVEC INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE	8	1,4%
197 - TROUBLES VASCULAIRES, PÉRIPHÉRIQUES ET AUTRES	8	1,4%
169 - PROCÉDURES VASCULAIRES ABDOMINALES MAJEURES	7	1,2%
862 - AUTRES SOINS DE SUITE ET CONVALESCENCE	6	1,1%
192 - CATHÉTÉRISME CARDIAQUE POUR AUTRES AFFECTIONS NON CORONARIENNES	5	0,9%
177 - RÉVISION DU PACEMAKER ET DU DÉFIBRILLATEUR CARDIAQUE, EXCEPTÉ LE REMPLACEMENT DE L'APPAREIL	<5	0,7%
206 - DYSFONCTIONNEMENT, RÉACTION ET COMPLICATIONS DU MATÉRIEL OU DE LA PROCÉDURE CARDIAQUE/VASCULAIRE	<5	0,7%
320 - AUTRES PROCÉDURES SUR LE SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET LE TISSU CONJONCTIF	<5	0,7%
179 - IMPLANTS DE DÉFIBRILLATEUR	<5	0,7%
198 - ANGINE DE POITRINE ET ATHÉROSCLÉROSE CORONAIRE	<5	0,5%
004 - ECMO OU TRACHÉOSTOMIE AVEC VENTILATION MÉCANIQUE DE LONGUE DURÉE ET PROCÉDURE EXTENSIVE	<5	0,5%
200 - MALADIES CARDIAQUES STRUCTURELLES ET VALVULAIRES	<5	0,5%
190 - INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE	<5	0,4%
794 - PROCÉDURES NON EXTENSIVES EN SALLE D'OPÉRATION POUR AUTRES COMPLICATIONS DU TRAITEMENT	<5	0,4%
Sous-total des 25 APR-DRG les plus fréquents	552	97,2%
TOTAL DES SÉJOURS APR-DRG	**568**	**100,0%**

Note : Les séjours sans MDC attribuée (n = 9), ainsi que ceux classés dans les APR-DRG 950, 951, 952, 955 et 956 (n respectifs : 0, <5, 0, 0 et 0), ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

Les APR-DRG les plus fréquents (par ordre décroissant de séjour) concernent principalement les procédures percutanées des structures cardiaques (20,6%), les procédures sur les valves cardiaques sans infarctus aigu du myocarde ou diagnostic principal complexe (19,0%), ainsi que les pontages coronariens sans infarctus aigu du myocarde ou diagnostic principal complexe (18,1%). Les pontages coronariens avec infarctus aigu du myocarde ou diagnostic principal complexe (7,0%) et les procédures cardiaques percutanées sans infarctus aigu du myocarde (5,6%) figurent également parmi les groupes les plus représentés.

La sélection des 25 APR-DRG les plus fréquents couvre 552 des 568 séjours observés, soit 97,2% de l'ensemble des hospitalisations aiguës stationnaires. Cette couverture très élevée permet de décrire de manière largement exhaustive l'activité de l'INCCI.

Par ailleurs, parmi les 568 hospitalisations aiguës stationnaires enregistrées en 2023, **517 relevaient d'APR-DRG chirurgicaux** et **51 d'APR-DRG médicaux**, soit respectivement **91,0%** et **9,0%** des séjours. Cette prédominance des APR-DRG chirurgicaux est cohérente avec la mission de l'INCCI en tant qu'institut national spécialisé dans la chirurgie cardiaque et la cardiologie interventionnelle.

4.2.2. Centre National de Radiothérapie François Baclesse

Cf aussi Fascicule 1 – Fiche CFB

Conformément à la loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018, le Centre de Radiothérapie François Baclesse constitue un établissement hospitalier spécialisé exploitant le service national de radiothérapie.

Sur la période 2021-2024, on observe les évolutions suivantes :

- Nombre de nouveaux cas pris en charge : +3,2%/an en moyenne (1 382 en 2024)
- Nombre de traitements réalisés : +2,7%/an en moyenne (1 675 en 2024)
- Nombre de consultations externes de suivi post-thérapeutique : +25,5%/an en moyenne (2 693 en 2024).
- Aucune activité d'hospitalisation stationnaire n'a été enregistrée pour l'année 2024

Figure 28 : Évolution du nombre de nouveaux cas et du nombre de traitements, au CFB, 2021-2024

(Source : données CFB)

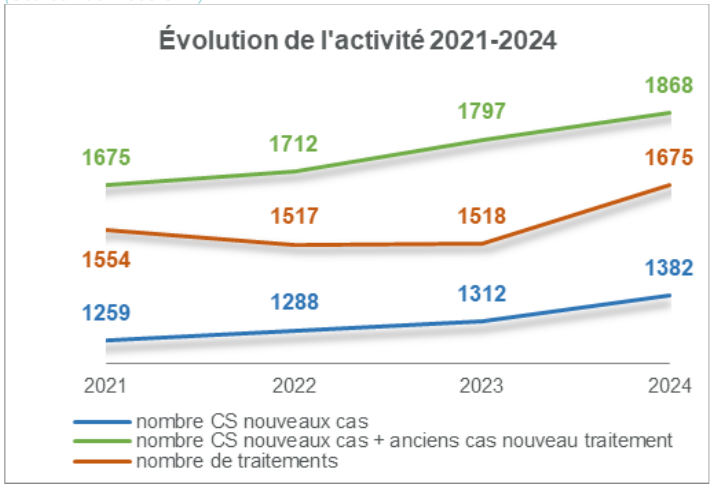


Figure 29 : Évolution du nombre de consultations externes, par type de consultations, au CFB, 2021-2024

(Source : données CFB)

Sigles utilisés : NC : nouveaux cas ; AC NT : anciens cas revenant pour un nouveau traitement

4.3. Établissements hospitaliers de moyen séjour

4.3.1. Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique

Cf aussi Fascicule 1 – Fiche CHNP

Conformément à l'article 5, alinéa 2 de la loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018, le CHNP est un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation psychiatrique et exploite le service national de réhabilitation psychiatrique ainsi que le service d'hospitalisation de longue durée psychiatrique, pouvant compter respectivement un maximum de 180 lits de moyen séjour et de 67 lits d'hospitalisation de longue durée[23]. À partir de 2019 (autorisation du 28 février 2019), l'activité du CHNP est scindée en deux catégories : réhabilitation psychiatrique et hospitalisation de longue durée psychiatrique.

Les séjours hospitaliers ont augmenté de 1,4% par an en moyenne entre 2014 et 2023 (variations selon les années).
En 2023, on dénombre :

- **673 séjours** d'une **durée moyenne**[24] de **133,4 jours,** dont 2,8% concernent des non-résidents
  42,5% des séjours ont une durée supérieure à 6 mois
- **89 750 journées d'hospitalisation**

Parmi les **247 lits** installés, 216,2 lits ont été occupés en moyenne par jour, ce qui correspond à un taux d'occupation de 87,5% des lits pour l'activité opposable des résidents et non-résidents.

L'analyse des motifs d'hospitalisation pour le CHNP n'a pas pu être réalisée de manière détaillée pour l'ensemble de l'année 2023 car, sur les 673 séjours enregistrés, le motif d'hospitalisation n'était renseigné que pour 283 séjours (42,1%).

Parmi les 283 séjours pour lesquels un motif d'hospitalisation était renseigné, la répartition selon les sous-chapitres de la CIM-10 était la suivante :

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19) : 51,6%
- Schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants et autres troubles psychotiques non thymiques (F20-F29) : 17,7%
- Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39) : 9,9%
- Troubles anxieux, troubles liés au stress, troubles dissociatifs, somatoformes et autres troubles non psychotiques (F40-F48) : 6,4%
- Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98) : 6,4%
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69) : 4,6%
- Troubles mentaux dus à des affections physiologiques connues (F01-F09) : 2,5%
- Déficience intellectuelle (F70-F79) et troubles spécifiques du développement psychologique (F80-F89) : moins de 1% chacun.

Tableau 66 : Évolution des hospitalisations au CHNP, 2014-2024

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, présence à minuit et ESMJ)

Indicateurs	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	Croissance ann. moy. 2014-23	Évol. 2014-18	Évol. 2019-23	2024 (p)
Nombre de séjours	634,8	701	627	656	645	673	660,4	+1,4%	-0,5%	-4,0%	666
Nombre de journées	78 582,0	90 037	89 169	76 882	79 314	89 750	85 030,4	+2,2%	+11,1%	-0,3%	88 118

[23] À partir du 01.01.2026, la loi du 19 décembre 2025 modifie la loi hospitalière de 2018 et planifie respectivement un maximum de 240 lits de moyen séjour et de 140 lits d'hospitalisation de longue durée.
[24] L'indicateur de DMS seul est toutefois insuffisant. Les durées médianes et durées maximum de séjour, utiles pour apprécier les séjours prolongés faute de solutions de placement en aval (ex : CIPA, maisons de soins), n'ont pas pu être calculées pour des raisons méthodologiques.

Tableau 67 : Évolution de la durée moyenne de séjour au CHNP, 2014-2024

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, présence à minuit)

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
DMS *(nombre de jours)*	124,4	112,6	126,5	119,2	138,9	128,4	142,2	117,2	123,0	133,4	132,3

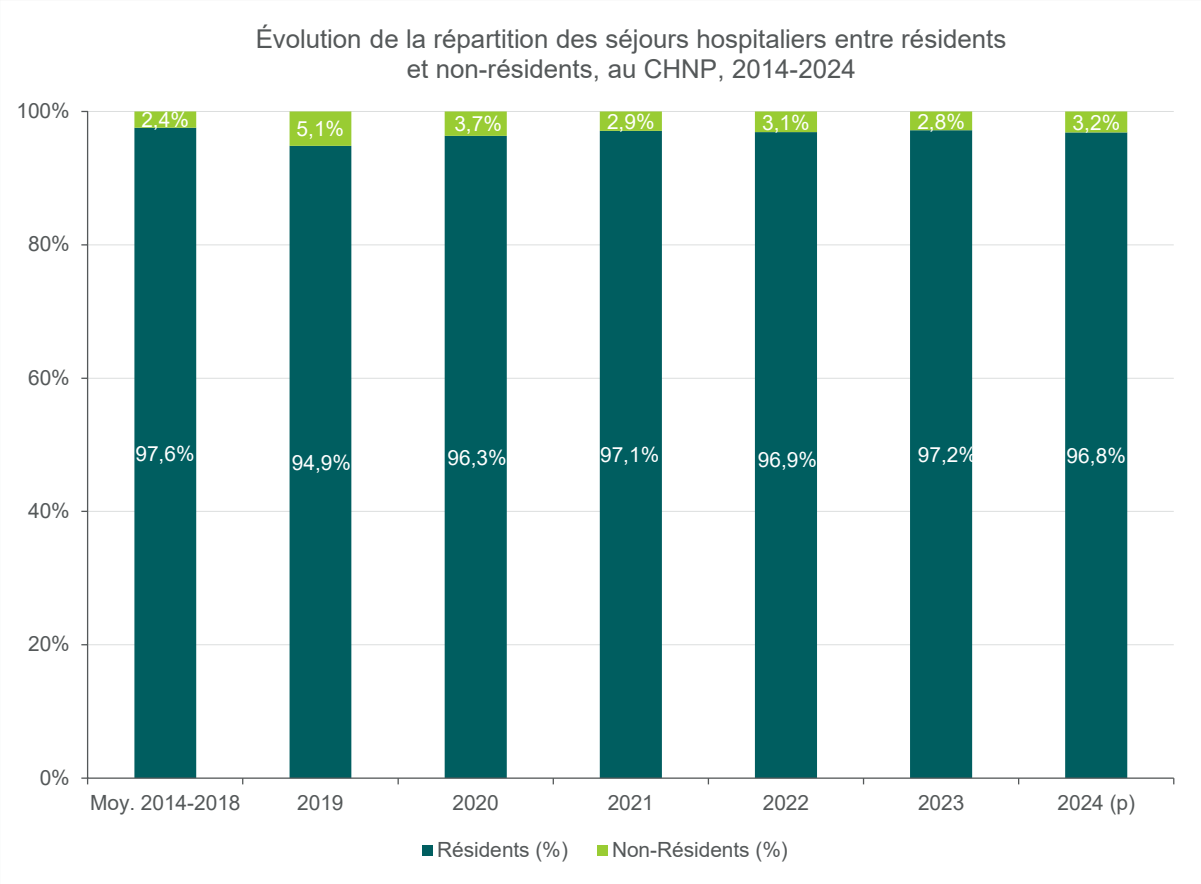
Tableau 68 : Évolution de l'occupation des lits au CHNP, 2019-2024

(Sources : 1. données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, unités de soins normaux, présence à minuit et ESMJ, 2.lits déclarés par l'établissement)

Années	Lits déclarés	Lits occupés en moyenne par jour	Nombre minimal de lits occupés par jour	Nombre maximal de lits occupés par jour	Taux d'occupation *(en % des lits occupés sur l'année)*
2019	239	203,5	143	229	85,1%
2020	239	203,0	154	225	84,9%
2021	247	205,0	146	225	83,0%
2022	247	217,0	145	243	87,9%
2023	247	216,2	135	251	87,5%
2024 (p)	247	216,0	151	243	87,5%

Figure 30 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers entre résidents et non-résidents, au CHNP, 2014-2024

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, présence à minuit et ESMJ)



La part des séjours hospitaliers des assurés non-résidents au CHNP est faible et est restée assez constante entre 2019 et 2024.

Tableau 69 : Évolution des séjours d'une durée supérieure à 6 mois, au CHNP, 2019-2024

(Source : données CHNP, activité opposable et non opposable, résidents et non-résidents, séjours d'une durée supérieure à 6 mois)

Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de séjours > 6 mois clôturés dans l'année	98	114	117	120	143	118
Nombre de patients en séjour depuis > 6mois le 31 décembre	138	117	122	145	143	142
Total nombre de séjours > 6mois	**236**	**231**	**239**	**265**	**286**	**260**

4.3.2. Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation - Rehazenter

Cf aussi Fascicule 1 – Fiche Rehazenter

Conformément à l'article 5 alinéa 3 de la loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018, le Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation – Rehazenter constitue un établissement hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle et exploite le service national de rééducation fonctionnelle. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 100 lits de moyen séjour[25].

Les séjours hospitaliers ont diminué de 1,7% par an en moyenne entre 2014 et 2023.
En 2023, on dénombre :

- **435 séjours** d'une **durée moyenne** de **60,9 jours,** et dont 15,2% concernent des non-résidents.
- **26 513 journées d'hospitalisation**.

Parmi les **73 lits** installés, 66,9 lits ont été occupés en moyenne par jour, ce qui correspond à un taux d'occupation de 91,7% des lits pour l'activité opposable des résidents et non-résidents.

La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus parmi les séjours au Rehazenter a diminué entre 2014 et 2023, passant de 19,1% (97 séjours) à 5,7% (25 séjours). Sur la même période, leur part dans le total des journées a également reculé, passant de 10,7% (2 628 journées) à 3,3% (875 journées).

Tableau 70 : Évolution des hospitalisations au Rehazenter, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, activité de rééducation, présence à minuit)

Indicateurs	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	Croissance ann. moy. 2014-23	Évol. 2014-18	Évol. 2019-23	2024 (p)
Nombre de séjours	508,4	487	412	418	392	435	428,8	-1,7%	-8,3%	-10,7%	453
Nombre de journées	24 489,2	24 554	22 997	24 757	25 008	26 513	24 765,8	+0,8%	-4,7%	+8,0%	24 014

Tableau 71 : Évolution de la durée moyenne de séjour au Rehazenter, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, activité de rééducation, présence à minuit)

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
DMS *(nombre de jours)*	48,4	48,2	46,7	47,6	50,3	50,5	55,8	59,2	63,8	60,9	53,0

Tableau 72 : Évolution de l'occupation des lits au Rehazenter, 2019-2024

(Sources : 1. données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, activité de rééducation, présence à minuit, 2. lits déclarés par l'établissement)

Années	Lits déclarés	Lits occupés en moyenne par jour	Nombre minimal de lits occupés par jour	Nombre maximal de lits occupés par jour	Taux d'occupation *(en % des lits occupés sur l'année)*
2019	73	66,3	56	71	90,8%
2020	73	59,1	31	72	80,9%
2021	73	65,9	55	72	90,3%
2022	73	67,5	59	74	92,4%
2023	73	66,9	57	72	91,7%
2024 (p)	73	67,5	62	73	92,5%

[25] À partir du 01.01.2026, la loi du 19 décembre 2025 modifie la loi hospitalière de 2018 et planifie un maximum de 150 lits.

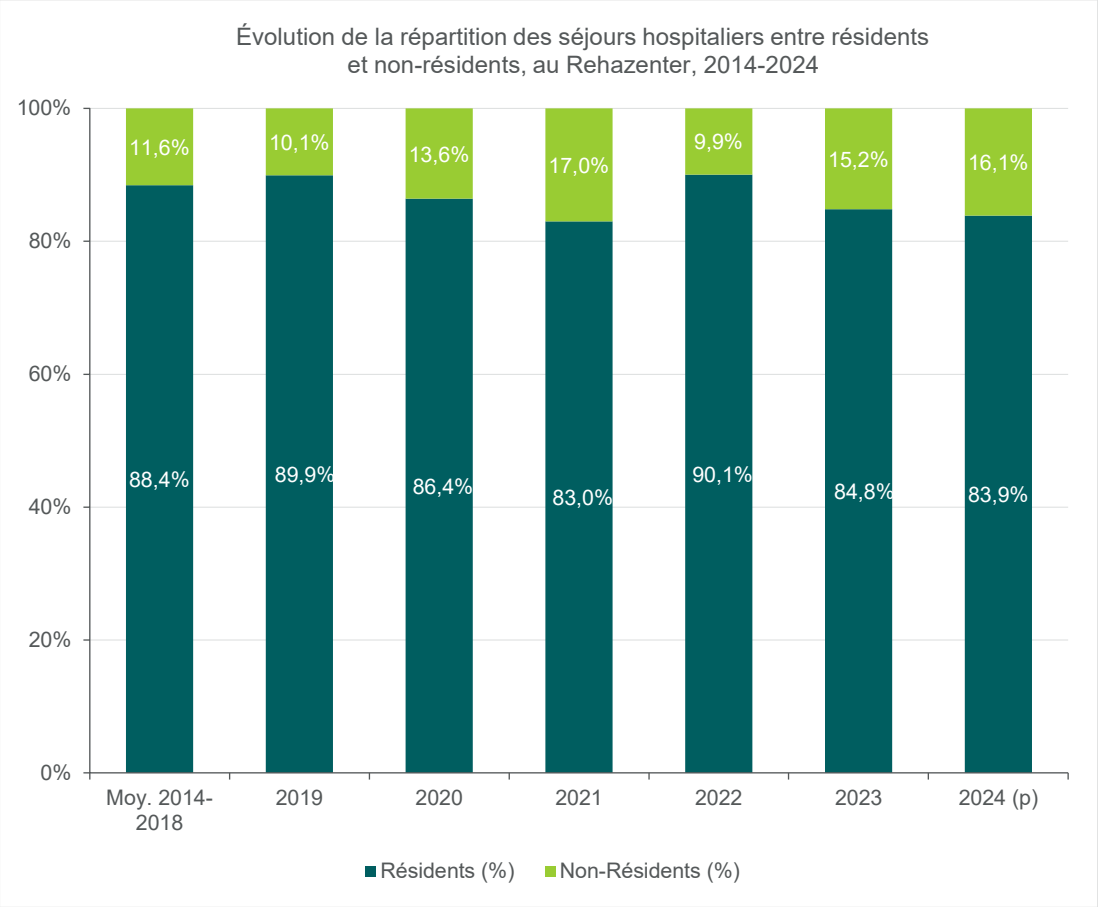
Tableau 73 : Hospitalisations des patients âgés de 75 ans et plus et part dans le total des hospitalisations du Rehazenter, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, activité de rééducation)

Indicateurs		Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	2024 (p)
Séjours	*Nbre de séjours personnes âgées ≥ 75 ans*	84,8	45	30	27	33	25	32	29
	% dans le total des séjours	16,7%	9,2%	7,3%	6,5%	8,4%	5,7%	7,5%	6,4%
Journées	*Nbre de journées personnes âgées ≥ 75 ans*	2 288,8	1 410	1 068	1 354	1 255	875	1 192	1 154
	% dans le total des journées	9,3%	5,7%	4,6%	5,5%	5,0%	3,3%	4,8%	4,8%
DMS jours **(présence à minuit)**	*DMS personnes âgées ≥ 75 ans*	27,1	31,3	35,6	50,1	38,0	35,0	38,0	39,8
	DMS tous âges confondus	48,0	50,5	55,8	59,2	63,8	60,9	58,1	53,0
Occupation des lits	*LOM personnes âgées ≥ 75 ans*	6,3	3,9	2,9	3,7	3,4	2,4	3,3	3,2
	% dans le total des LOM	9,3%	5,7%	4,6%	5,5%	5,0%	3,3%	4,8%	4,8%

Figure 31 : Évolution de la répartition des séjours hospitaliers entre résidents et non-résidents, au Rehazenter, 2014-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, activité de rééducation)



Au cours des dix dernières années, les assurés non-résidents ont représenté une part fluctuante non négligeable de séjours hospitaliers au Rehazenter (de 9,9% à 17,0% selon les années).

Tableau 74 : Répartition des hospitalisations de rééducation selon les chapitres ICD-10, Rehazenter, 2023

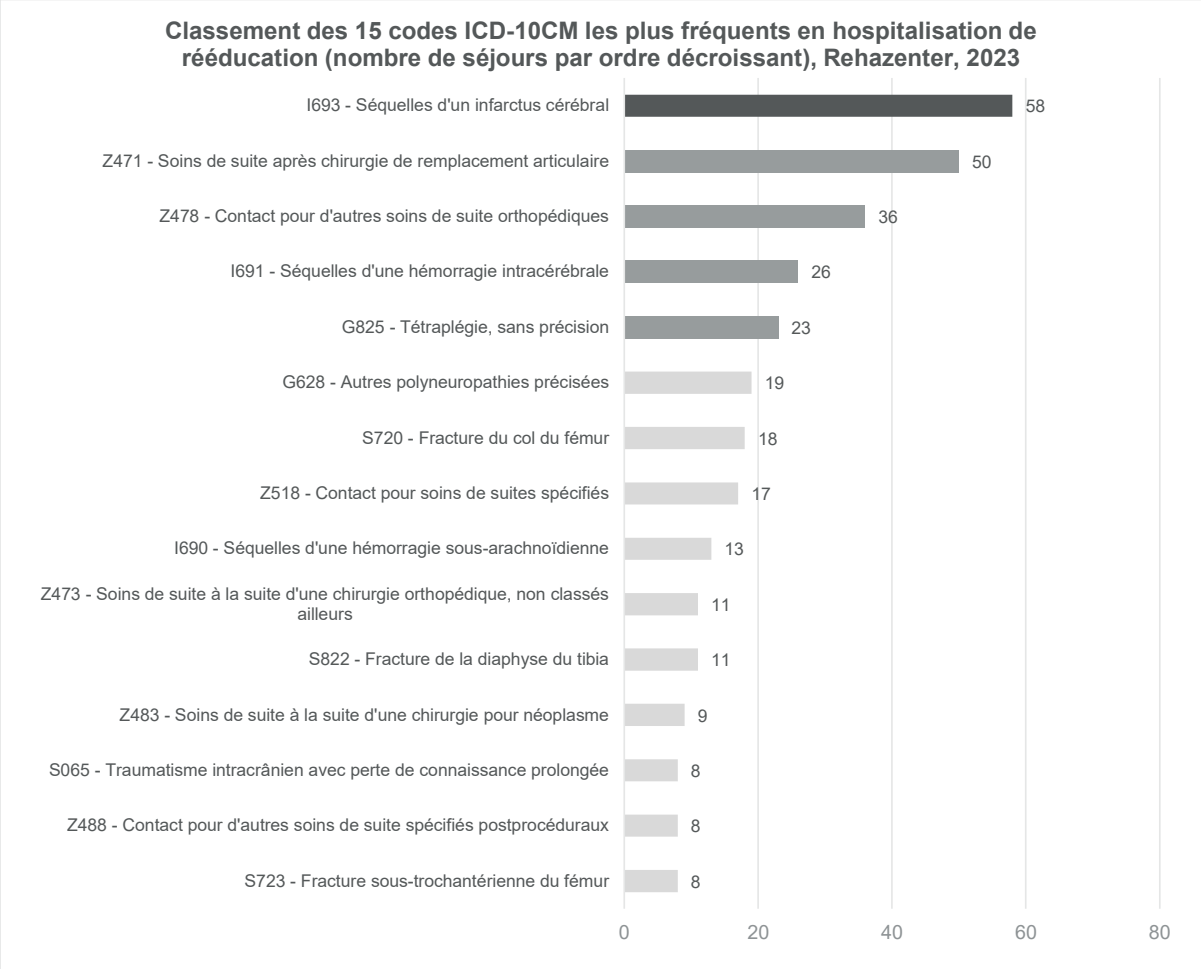
(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, activité de rééducation)

Chapitre ICD-10 et libellé	Nbre séjours	% de séjours
I Certaines maladies infectieuses et parasitaires	<5	0,2%
IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	<5	0,2%
VI Maladies du système nerveux	59	13,9%
IX Maladies de l'appareil circulatoire	104	24,5%
X Maladies de l'appareil respiratoire	<5	0,2%
XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	<5	0,9%
XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire	<5	0,2%
XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	121	28,5%
XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	132	31,1%
TOTAL	**424**	**100,0%**

Note : Les séjours sans code ICD 10 attribué (n = 11) ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

Figure 32 : Répartition des hospitalisations de rééducation : classement des 15 codes ICD-10CM les plus fréquents, Rehazenter, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, activité de rééducation)



Note : Les séjours sans code ICD 10 attribué (n = 11) ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

L'analyse des 424 séjours réalisés au Rehazenter en 2023 met en évidence une activité principalement répartie entre quatre grands chapitres de l'ICD-10 : les « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (31,1%), les « lésions traumatiques » (28,5%), les « maladies de l'appareil circulatoire » (24,5%) qui affectent le système nerveux central et les « maladies du système nerveux » (13,9%).
L'analyse plus détaillée des 15 codes ICD-10 les plus fréquents, représentant à eux seuls 315 séjours (74,3% du total), permet de préciser les principaux motifs d'hospitalisation : la rééducation après AVC

ou hémorragie cérébrale (I693, I691, I690), la prise en charge de déficits neurologiques, notamment les tétraplégies et polyneuropathies (G825, G628) et la rééducation après fractures ou chirurgie orthopédique (S720, S723, S822, Z471, Z478, Z473), notamment à la suite d'une chirurgie de remplacement articulaire.

Dans l'ensemble, les motifs d'hospitalisation observés sont pleinement cohérents avec la définition légale du service national de rééducation fonctionnelle, centrée sur la récupération des performances fonctionnelles, de l'autonomie et de la qualité de vie de patients présentant des déficits neurologiques, cardiaques ou musculo-squelettiques.

4.3.3. Hôpital intercommunal de Steinfort et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers

Cf aussi Fascicule 1 – Fiches HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers

La rééducation gériatrique est réalisée :

- à l'Hôpital Intercommunal de Steinfort (40 lits depuis le 25.10.2021)
- au CHdN, en service de rééducation gériatrique (site de Wiltz : 33 lits depuis 2024)
- aux HRS, en service de rééducation gériatrique (70 lits à la CSM partir de 2019, transférés à la Zithaklinik en 2025)
- au CHEM, en service de rééducation gériatrique (59 lits depuis le 1er juin 2019, dont 57 à Dudelange et 2 à Esch depuis 2024).

La présentation porte sur l'activité de rééducation gériatrique qui concerne l'HIS et les services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers du CHdN, du CHEM et des HRS.
Entre 2014 et 2023, alors que le nombre de lits de rééducation gériatrique a augmenté de 105 à 191 lits (+6,9% en moyenne par an), le nombre de séjours hospitaliers a augmenté en moyenne de 6,8% par an et le nombre de journées a progressé de 6,7% par an.

Pour les services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers, la croissance annuelle moyenne des séjours varie selon les établissements entre +7,4% et +13,1%, alors qu'à l'HIS le nombre de séjours est resté plus ou moins stable sur la même période (+0,9%).
Les **taux d'occupation** de ces services sont élevés entre 2019 et 2023, variant entre 77,9% et 91,6% selon les années pour l'ensemble des services.

En 2023 :

- Les services de rééducation gériatrique ont réalisé **1 812 séjours et 63 700 journées**.
- Les établissements ayant réalisé le plus grand nombre de séjours de rééducation gériatrique (et de journées) sont le CHEM (587 séjours) et les HRS (535 séjours).
  La durée moyenne de séjour était de **35,2 jours**[26].
- Sur 191 lits installés, 175,0 étaient occupés en moyenne par jour, soit un **taux d'occupation de 91,6%** pour l'activité opposable des résidents et non-résidents, avec des variations selon les services (de 86,4% à 93,8%).
- La part des **non-résidents** dans l'hospitalisation en rééducation gériatrique est faible : 2,1% des séjours.

[26] L'indicateur de DMS seul est toutefois insuffisant. Les durées médianes et durées maximum de séjour, utiles pour apprécier les séjours prolongés faute de solutions de placement en aval (ex : CIPA, maisons de soins), n'ont pas pu être calculées pour des raisons méthodologiques.

Tableau 75 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2019

(Sources : données IGSS (sauf HIS : établissement) et éditions de la Carte sanitaire, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers, lits installés au 01.07.2019)

2019	Indicateurs	CHdN-RED	HRS-RED	CHEM-RED	HIS	TOTAL
Lits installés	*Nbre*	30	70	59	30	**189**
Séjours	*Nbre*	304	510	350	372	**1 536**
	% du total	19,8%	33,2%	22,8%	24,2%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	9 948	15 884	11 863	10 022	**47 717**
	% du total	20,8%	33,3%	24,9%	21,0%	**100,0%**
DMS jours *(présence à minuit)*		32,7	31,3	33,9	26,9	**31,1**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	27,0	46,0	32,4	27,5	**132,9**
	Taux d'occupation (%)	90,1%	86,7%	90,0%	91,5%	**89,2%**

Notes :- avant juin 2019, seule l'activité de 30 lits exploités à la Zithaklinik a été mise à disposition.
- seule l'activité des 36 lits exploités à Dudelange a été mise à disposition pour 2019.

Tableau 76 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2020

(Sources : données IGSS (sauf HIS : établissement) et éditions de la Carte sanitaire, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers, lits installés au 01.07.2020)

2020	Indicateurs	CHdN-RED	HRS-RED	CHEM-RED	HIS	TOTAL
Lits installés	*Nbre*	30	70	59	30	**189**
Séjours	*Nbre*	305	588	362	329	**1 584**
	% du total	19,3%	37,1%	22,9%	20,8%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	9 981	20 124	11 842	9 073	**51 020**
	% du total	19,6%	39,4%	23,2%	17,8%	**100,0%**
DMS jours *(présence à minuit)*		33,0	34,4	32,7	27,6	**32,2**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	26,4	53,3	32,0	24,8	**136,5**
	Taux d'occupation (%)	88,0%	76,2%	89,0%	82,6%	**82,3%**

Note : seule l'activité des 36 lits exploités à Dudelange a été mise à disposition pour 2020.

Tableau 77 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2021

(Sources : données IGSS (sauf HIS : établissement) et éditions de la Carte sanitaire, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers, lits installés au 01.07.2021)

2021	Indicateurs	CHdN-RED	HRS-RED	CHEM-RED	HIS	TOTAL
Lits installés	*Nbre*	30	70	59	30	**189**
Séjours	*Nbre*	318	513	474	325	**1 630**
	% du total	19,5%	31,5%	29,1%	19,9%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	9 889	18 711	15 305	9 444	**53 349**
	% du total	18,5%	35,1%	28,7%	17,7%	**100,0%**
DMS jours *(présence à minuit)*		31,1	36,5	32,4	29,1	**32,7**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	27,4	52,6	42,8	25,9	**148,7**
	Taux d'occupation (%)	91,3%	75,2%	72,6%	81,7%	**77,9%**

Tableau 78 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2022

(Sources : données IGSS et éditions de la Carte sanitaire, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers, lits installés au 01.07.2022)

2022	Indicateurs	CHdN-RED	HRS-RED	CHEM-RED	HIS	TOTAL
Lits installés	*Nbre*	30	70	58	40	**198**
Séjours	*Nbre*	345	508	567	331	**1 751**
	% du total	19,7%	29,0%	32,4%	18,9%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	9 886	19 829	16 605	11 672	**57 992**
	% du total	17,0%	34,2%	28,6%	20,1%	**100,0%**
DMS jours *(présence à minuit)*		28,7	39,1	29,4	35,3	**33,2**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	27,3	54,0	44,7	32,1	**158,2**
	Taux d'occupation (%)	91,1%	77,2%	77,1%	80,4%	**79,9%**

Tableau 79 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2023

(Sources : données IGSS et éditions de la Carte sanitaire, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers, lits installés au 01.07.2023)

2023	Indicateurs	CHdN-RED	HRS-RED	CHEM-RED	HIS	TOTAL
Lits installés	*Nbre*	30	64	57	40	**191**
Séjours	*Nbre*	339	535	587	351	**1 812**
	% du total	18,7%	29,5%	32,4%	19,4%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	10 198	21 775	19 147	12 580	**63 700**
	% du total	16,0%	34,2%	30,1%	19,7%	**100,0%**
DMS jours *(présence à minuit)*		30,1	40,7	32,7	35,9	**35,2**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	28,1	59,5	52,8	34,5	**175,0**
	Taux d'occupation (%)	93,8%	93,0%	92,7%	86,4%	**91,6%**

Note : Aux HRS-RED, suite à des travaux d'aménagement, il y avait provisoirement 6 lits de rééducation gériatrique installés en moins au 01.07.2023.

Tableau 80 : Synthèse des indicateurs-clés de rééducation gériatrique, par établissement, 2024

(Sources : données IGSS et éditions de la Carte sanitaire, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers, lits installés au 01.07.2024)

2024	Indicateurs	CHdN-RED	HRS-RED	CHEM-RED	HIS	TOTAL
Lits installés	*Nbre*	33	67	58	40	**198**
Séjours	*Nbre*	378	504	628	325	**1 835**
	% du total	20,6%	27,5%	34,2%	17,7%	**100,0%**
Journées	*Nbre*	11 172	21 007	19 634	12 560	**64 373**
	% du total	17,4%	32,6%	30,5%	19,5%	**100,0%**
DMS jours *(présence à minuit)*		29,6	41,7	31,3	38,6	**35,1**
Occupation des lits	*Lits occupés en moyenne par jour*	30,2	57,6	53,3	33,7	**174,8**
	Taux d'occupation (%)	91,4%	86,0%	92,0%	84,1%	**88,5%**

Tableau 81 : Évolution des hospitalisations de rééducation gériatrique, par établissement, 2014-2024

(Sources : données IGSS (sauf HIS 2018-2021 : établissement), traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers)

Établis-sements	Indicateurs	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Croissance moy. ann 2014-23	Évol. 2014-18	Évol. 2019-23	2024 (p)
CHdN-RED	Nbre séjours	209,6	304	305	318	345	339	+13,1%	+133,0%	+11,5%	378
	% du total	18,3%	19,8%	19,3%	19,5%	19,7%	18,7%				20,6%
	Nbre journées	7 783,2	9 948	9 981	9 889	9 886	10 198	+7,7%	+86,1%	+2,5%	11 172
	% du total	20,1%	20,8%	19,6%	18,5%	17,0%	16,0%				17,4%
CHEM-RED	Nbre séjours	320,0	350	362	474	567	587	+7,4%	+11,0%	+67,7%	628
	% du total	27,9%	22,8%	22,9%	29,1%	32,4%	32,4%				34,2%
	Nbre journées	10 688,8	11 863	11 842	15 305	16 605	19 147	+6,7%	+6,2%	+61,4%	19 634
	% du total	27,7%	24,9%	23,2%	28,7%	28,6%	30,1%				30,5%
HRS-RED	Nbre séjours	[274,4]	510	588	513	508	535	+8,6%	+17,6%	+4,9%	504
	% du total	24,0%	33,2%	37,1%	31,5%	29,0%	29,5%				27,5%
	Nbre journées	[9 968,8]	15 884	20 124	18 711	19 829	21 775	+9,2%	+5,5%	+37,1%	21 007
	% du total	25,8%	33,3%	39,4%	35,1%	34,2%	34,2%				32,6%
ZITHA-RED	Nbre séjours	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	% du total										
	Nbre journées	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	% du total										
HIS	Nbre séjours	341,4	372	329	325	331	351	+0,9%	+6,2%	-5,6%	325
	% du total	29,8%	24,2%	20,8%	19,9%	18,9%	19,4%				17,7%
	Nbre journées	10 201,0	10 022	9 073	9 444	11 672	12 580	+2,7%	+1,0%	+25,5%	12 560
	% du total	26,4%	21,0%	17,8%	17,7%	20,1%	19,7%				19,5%
TOTAL	**Nbre séjours**	**1 145,4**	**1 536**	**1 584**	**1 630**	**1 751**	**1 812**	**+6,8%**	**+24,8%**	**+18,0%**	**1 835**
	% du total	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**				**100%**
	Nbre journées	**38 641,8**	**47 717**	**51 020**	**53 349**	**57 992**	**63 700**	**+6,7%**	**+16,3%**	**+33,5%**	**64 373**
	% du total	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**				**100%**

Au cours de la période 2019-2023, le nombre de séjours de rééducation gériatrique a augmenté de 18,0% au niveau national. Cette croissance se répartit de manière inégale entre les établissements disposant d'un service hospitalier de rééducation gériatrique.

En détail, le CHEM a enregistré une hausse de 67,7% du nombre de séjours entre 2019 et 2023, tandis que le CHdN et les HRS ont connu des augmentations respectives de 11,5% et 4,9%. À l'inverse, l'HIS a enregistré une diminution de 5,6% sur la période. Ces évolutions doivent être mises en perspective avec les capacités d'accueil des établissements. Entre 2019 et 2023, le nombre de lits est demeuré relativement stable au CHEM (de 59 à 57 lits) et au CHdN (30 lits), tandis qu'il a légèrement diminué aux HRS (de 70 à 64 lits). À l'inverse, l'HIS a vu sa capacité augmenter de 30 à 40 lits. Ainsi, les différences observées dans l'évolution de l'activité pour chaque établissement ne semblent pas s'expliquer uniquement par les variations du nombre de lits disponibles.

Concernant le volume des journées d'hospitalisation, une augmentation de 33,5% est observée au niveau national entre 2019 et 2023. Cette évolution reste contrastée selon les établissements : le CHEM (+61,4%), les HRS (+37,1%) et l'HIS (+25,5%) enregistrent des hausses marquées, tandis que le CHdN présente une hausse plus limitée (+2,5%).

Figure 33 : Évolution des séjours de rééducation gériatrique, par établissement, 2014-2024

(Sources : données IGSS (sauf HIS 2018-2021 : établissement), traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers)

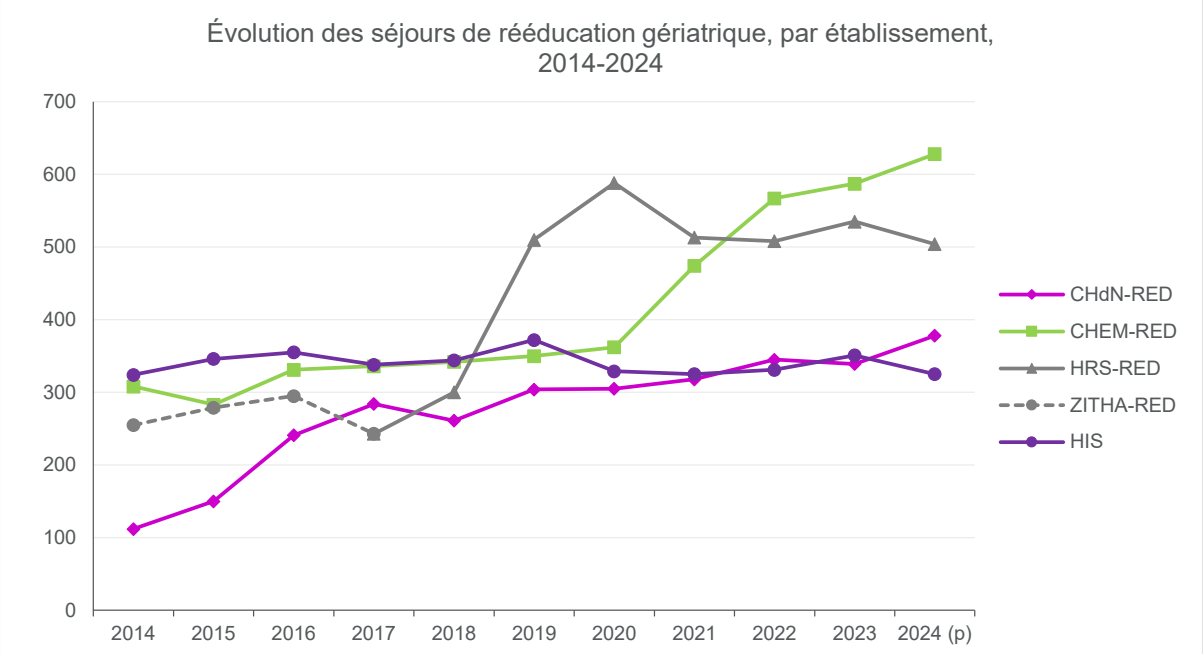


Tableau 82 : Évolution de la durée moyenne de séjour en rééducation gériatrique, par établissement, 2014-2024

(en nombre de jours)

(Sources : données IGSS (sauf HIS 2018-2021 : établissement), traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers)

Établissements	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
CHdN-RED	46,7	34,6	36,9	34,9	37,3	32,7	33,0	31,1	28,7	30,1	29,6
CHEM-RED	34,6	36,2	32,0	31,7	33,1	33,9	32,7	32,4	29,4	32,7	31,3
HRS-RED	[38,5]	[36,7]	[35,0]	[37,4]	[34,6]	31,3	34,4	36,5	39,1	40,7	41,7
ZITHA-RED	38,5	36,7	35,0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
HIS	30,8	30,4	29,5	29,7	29,2	26,9	27,6	29,1	35,3	35,9	38,6
TOTAL	**35,7**	**34,2**	**33,0**	**33,0**	**33,2**	**31,1**	**32,3**	**32,7**	**33,2**	**35,2**	**35,1**

Tableau 83 : Évolution de l'occupation des lits de rééducation gériatrique, au GDL, 2019-2024

(Sources : 1.Données IGSS (sauf HIS 2018-2021 : établissement), traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers. 2.Lits déclarés par les établissements / Les données d'activité à notre disposition n'incluent pour le CHEM, que les 36 lits de Dudelange (et pas les 23 lits de Niederkorn) en 2019 et 2020 et pour les HRS, sur la période de janvier à mai, seule l'activité de 30 lits sur 70 lits est incluse (raison : facturation a différé du réel de l'activité). A l'HIS, en 2021, 30 lits sont installés sur la période de janvier à octobre. À partir du mois de novembre, 40 lits sont installés.)

Années	Lits déclarés	Lits occupés en moyenne par jour	Taux d'occupation *(en % des lits occupés sur l'année)*
2019	149	132,9	89,2%
2020	166	136,5	82,3%
2021	191	148,7	77,9%
2022	198	158,2	79,9%
2023	191	175,0	91,6%
2024 (p)	198	174,8	88,5%

Tableau 84 : Occupation des lits de rééducation gériatrique, par établissement, 2023

(Sources : 1.Données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers. 2. lits déclarés par les établissements (Carte sanitaire 2023))

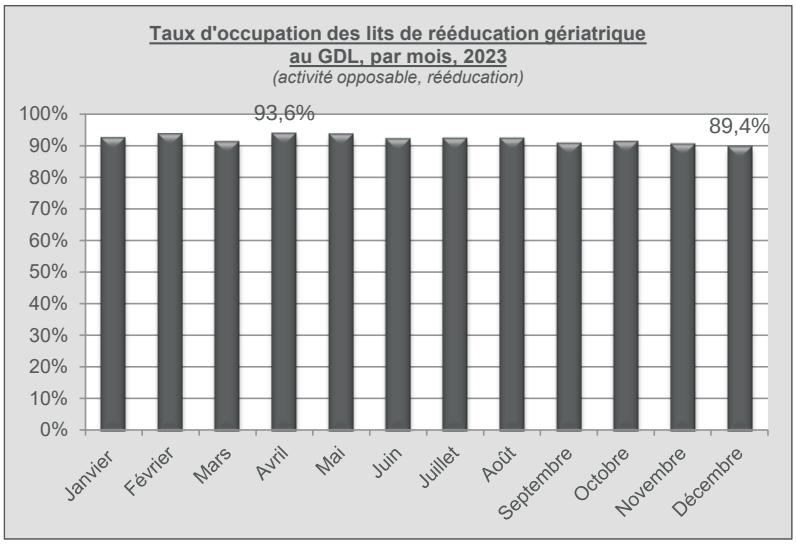
Établissements	Lits déclarés	Lits occupés en moyenne par jour	Taux d'occupation *(en % des lits occupés sur l'année)*
CHdN-RED	30	28,1	93,8%
CHEM-RED	57	52,8	92,7%
HRS-RED	64	59,5	93,0%
HIS	40	34,5	86,4%
GDL	**191**	**175,0**	**91,6%**

Note : En 2023, le service de rééducation gériatrique des HRS a connu une baisse temporaire de 6 lits.

Tableau 85 : Occupation moyenne des lits de rééducation gériatrique au GDL, par mois, 2023

Occupation moyenne des lits de rééducation gériatrique au GDL, par mois, 2023 *(activité opposable, rééducation)*				
MOIS	**MOYENNE**	**MIN**	**MAX**	**TO**
Janvier	175,9	166,0	181,0	92,1%
Février	178,3	175,0	182,0	93,4%
Mars	173,6	168,0	181,0	90,9%
Avril	178,7	171,0	187,0	93,6%
Mai	178,2	163,0	185,0	93,3%
Juin	175,3	171,0	179,0	91,8%
Juillet	175,6	171,0	182,0	92,0%
Août	175,6	172,0	180,0	91,9%
Septembre	172,7	167,0	181,0	90,4%
Octobre	173,8	167,0	178,0	91,0%
Novembre	172,2	166,0	177,0	90,2%
Décembre	170,8	162,0	180,0	89,4%
Année 2023	**175,0**	**162,0**	**187,0**	**91,6%**

Figure 34 : Taux d'occupation des lits de rééducation gériatrique au GDL, par mois, 2023



Sources : 1.Données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers. 2.Lits déclarés par les établissements (Carte sanitaire 2023)

En 2023, le taux d'occupation des lits de rééducation gériatrique au niveau national reste élevé tout au long de l'année, oscillant entre 89,4% et 93,6% selon les mois. Aucune saisonnalité marquée ne se dégage, les niveaux d'occupation demeurant relativement stables d'un mois à l'autre.

Figure 35 : Répartition des journées d'hospitalisation en rééducation gériatrique selon l'âge, au GDL, 2023

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers)

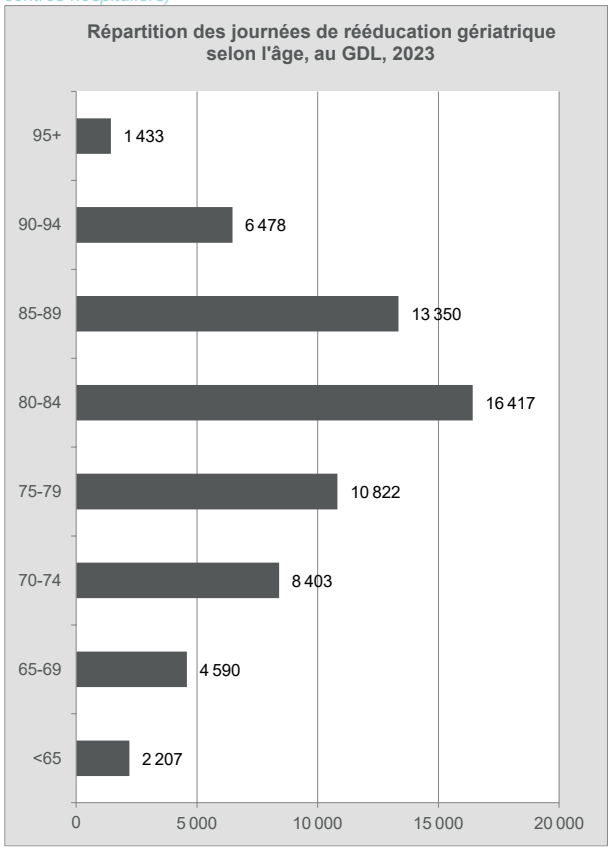


Figure 36 : Répartition des séjours de rééducation gériatrique selon le genre, au GDL, 2023

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers)

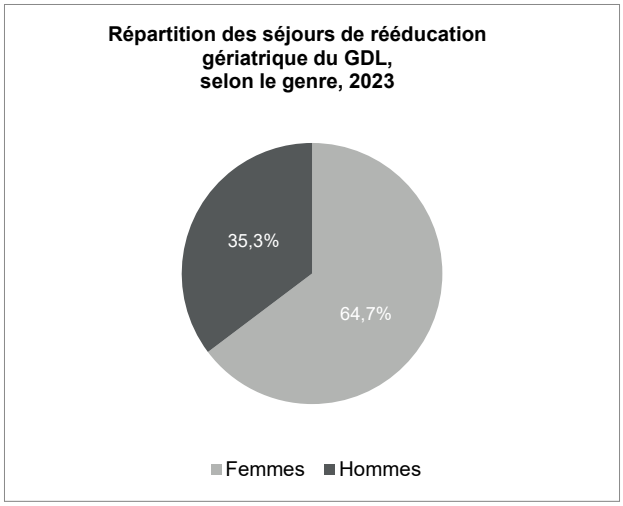


Tableau 86 : Évolution de la répartition des journées de rééducation gériatrique, par âge, au GDL, 2014-2024

(Sources : données IGSS (sauf HIS 2018-2021 : établissement), traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers)

Classes d'âge	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy. 2019-23	Croissance ann. moy. 2014-23	2024 (p)
<65 ans	5,1%	5,1%	4,7%	5,9%	4,5%	3,5%	4,7%	-2,7%	4,0%
65-69 ans	7,3%	5,5%	7,6%	6,5%	6,7%	7,2%	6,8%	+1,8%	7,1%
70-74 ans	12,6%	12,1%	12,7%	12,6%	12,3%	13,2%	12,6%	-0,2%	13,0%
75-79 ans	19,8%	19,8%	19,5%	18,9%	19,3%	17,0%	18,8%	-2,2%	19,5%
80-84 ans	26,4%	25,5%	23,5%	24,9%	24,3%	25,8%	24,8%	-0,8%	20,6%
85-89 ans	20,4%	22,5%	19,3%	18,5%	19,9%	21,0%	20,2%	+0,4%	22,4%
90 ans et +	8,4%	9,5%	12,6%	12,6%	13,0%	12,4%	12,1%	+6,4%	13,4%
TOTAL	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**		**100,0%**

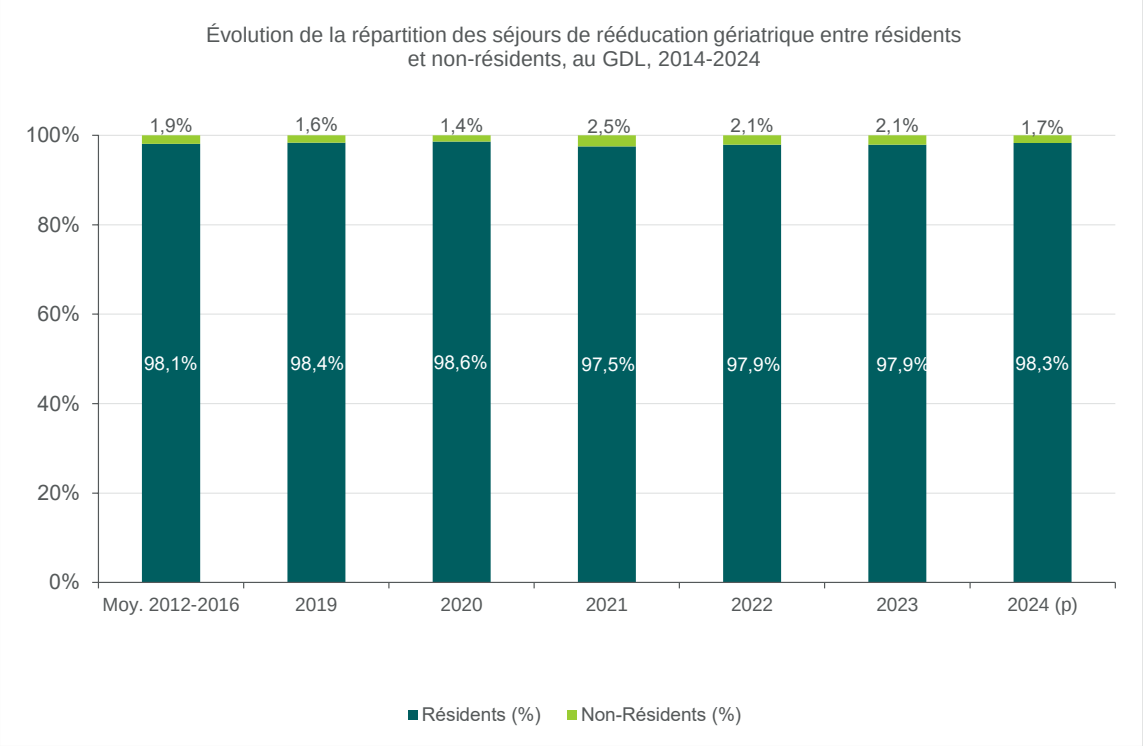
La répartition des journées de rééducation gériatrique par groupes d'âge met en évidence une prédominance des personnes âgées de 80 à 84 ans, qui représentent en moyenne 24,8% du total des journées sur la période 2019-2023.

Les classes d'âge comprises entre 75 et 89 ans concentrent la majorité des journées, avec des parts respectives de 18,8% pour les 75-79 ans et 20,2% pour les 85-89 ans. Les personnes âgées de 90 ans et plus représentent également une part non négligeable, en progression (+6,4% par an en moyenne), atteignant en moyenne 12,1% des journées sur la période 2019-2023.

À l'inverse, les personnes de moins de 70 ans restent minoritaires dans l'activité de rééducation gériatrique.

Figure 37 : Évolution de la répartition des séjours de rééducation gériatrique entre résidents et non-résidents, au GDL, 2014-2024

(Sources : données IGSS (sauf HIS 2018-2021 : établissement), traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers)



On note que pour la période allant de 2014 à 2024, la proportion des séjours de rééducation gériatrique chez les non-résidents a légèrement fluctué, mais est restée très faible en comparaison avec celle des résidents. Ces données montrent que la rééducation gériatrique ne constitue pas un attrait particulier pour la population protégée non-résidente.

Les motifs d'hospitalisation présentés ci-dessous correspondent à ceux observés en 2023 dans les trois centres hospitaliers disposant d'un service de rééducation gériatrique (CHdN, CHEM et HRS), à l'exclusion de l'HIS, pour lequel le groupage par MDC et APR-DRG n'était pas obligatoire pour l'année considérée.

Tableau 87 : Répartition des hospitalisations de rééducation gériatriques selon la MDC, au GDL, 2023

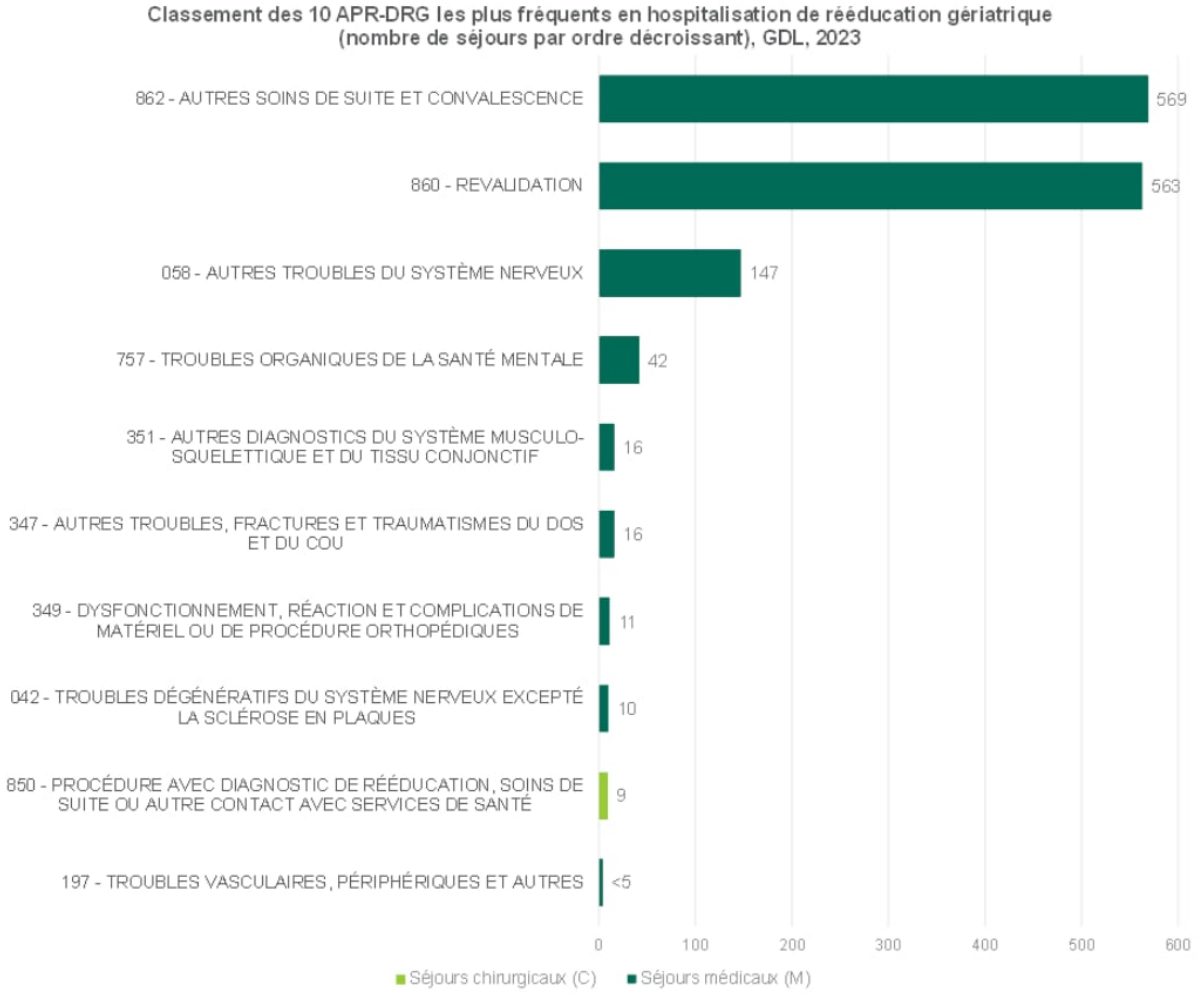
(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers)

MDC et libellé	Nbre séjours	% de séjours
01 Système nerveux	167	11,6%
02 Affections des yeux	0	0,0%
03 Nez, gorge, oreilles, crâne et face	0	0,0%
04 Système respiratoire	8	0,6%
05 Système circulatoire	10	0,7%
06 Système digestif	<5	0,1%
07 Système hépatobiliaire et pancréas	<5	0,1%
08 Système musculo-squelettique et tissu conjonctif	52	3,6%
09 Peau, tissu sous-cutané, sein	<5	0,1%
10 Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	<5	0,3%
11 Reins et voies urinaires	<5	0,2%
12 Système reproducteur masculin	<5	0,1%
13 Système reproducteur féminin	0	0,0%
14 Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	0,0%
15 Nouveau-nés – affections d'origine périnatale	0	0,0%
16 Sang, organes hématopoïétiques et système immunitaire	<5	0,1%
17 Affections malignes lymphatiques, hématopoïétiques et autres, chimio et radiothérapie	0	0,0%
18 Maladies infectieuses et parasitaires	<5	0,1%
19 Troubles mentaux	43	3,0%
20 Alcoolisme et usage de drogue	<5	0,3%
21 Empoisonnements, effets toxiques, autres traumatismes et complications du traitement	0	0,0%
22 Brûlures	0	0,0%
23 Réadaptation, soins de suite, autres facteurs influençant la santé	1143	79,2%
24 Infections VIH	0	0,0%
25 Polytraumatismes significatifs	0	0,0%
TOTAL	**1 443**	**100,0%**

En 2023, la majorité des séjours de rééducation gériatrique relevaient de la MDC 23 « Réadaptation, soins de suite et autres facteurs influençant la santé », avec 1 143 séjours, soit 79,2% de l'ensemble des séjours. Les séjours liés au système nerveux (MDC 01) représentaient 167 séjours (11,6%), tandis que ceux associés au système musculo-squelettique et au tissu conjonctif (MDC 08) comptaient 52 séjours (3,6%). Les troubles mentaux (MDC 19) représentaient 43 séjours (3,0%). Les autres catégories de MDC représentaient chacune moins de 1% des séjours.

Figure 38 : Répartition des hospitalisations de rééducation gériatrique : classement des 10 APR-DRG les plus fréquents, GDL, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers)



Les 10 APR-DRG les plus fréquents couvraient 1 387 séjours, soit 96,1% de l'ensemble des 1 443 séjours de rééducation gériatrique observés en 2023. Les séjours relevaient principalement de catégories médicales, avec seulement un APR-DRG chirurgical identifié parmi les 10 principaux groupes (« Procédure avec diagnostic de rééducation, soins de suite ou autre contact avec services de santé »), représentant 9 séjours (0,6%).

Les deux APR-DRG les plus fréquents étaient « Autres soins de suite et convalescence » (APR-DRG 862) avec 569 séjours (39,4%) et « Revalidation » (APR-DRG 860) avec 563 séjours (39,0%). À eux seuls, ces deux groupes représentaient 78,4% de l'ensemble des séjours APR-DRG de rééducation gériatrique.

Les autres APR-DRG les plus représentés concernaient principalement des affections neurologiques et musculo-squelettiques. L'APR-DRG « Autres troubles du système nerveux » (058) représentait 147 séjours (10,2%), tandis que les « Troubles organiques de la santé mentale » (757) comptaient 42 séjours (2,9%). Les APR-DRG liés aux troubles du dos et du cou (347), aux diagnostics musculo-squelettiques (351) et aux complications orthopédiques (349) représentaient chacun entre 0,8% et 1,1% des séjours.

Contrairement à l'analyse réalisée à partir des APR-DRG des séjours de rééducation gériatrique du CHEM, CHdN et HRS, l'analyse selon les chapitres et codes ICD-10 a pu inclure les séjours de l'HIS, celui-ci renseignant le diagnostic principal codé en ICD-10 en 2023. Au total, 1 772 séjours de rééducation gériatrique ont été analysés.

Tableau 88 : Répartition des hospitalisations de rééducation gériatrique selon les chapitres ICD-10, GDL, 2023

(Sources : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, résidents et non-résidents, HIS et services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers)

Chapitre ICD-10 et libellé	Nbre séjours	% de séjours
I Certaines maladies infectieuses et parasitaires	<5	0,1%
II Tumeurs	5	0,3%
III Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immu	<5	0,1%
IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	7	0,4%
V Troubles mentaux et du comportement	8	0,5%
VI Maladies du système nerveux	19	1,1%
IX Maladies de l'appareil circulatoire	192	10,8%
X Maladies de l'appareil respiratoire	7	0,4%
XI Maladies de l'appareil digestif	<5	0,2%
XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	<5	0,1%
XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	67	3,8%
XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire	<5	0,1%
XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	77	4,3%
XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	646	36,5%
XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	733	41,4%
TOTAL	**1 772**	**100,0%**

Note : Les séjours sans code ICD 10 attribué (n = 40) ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

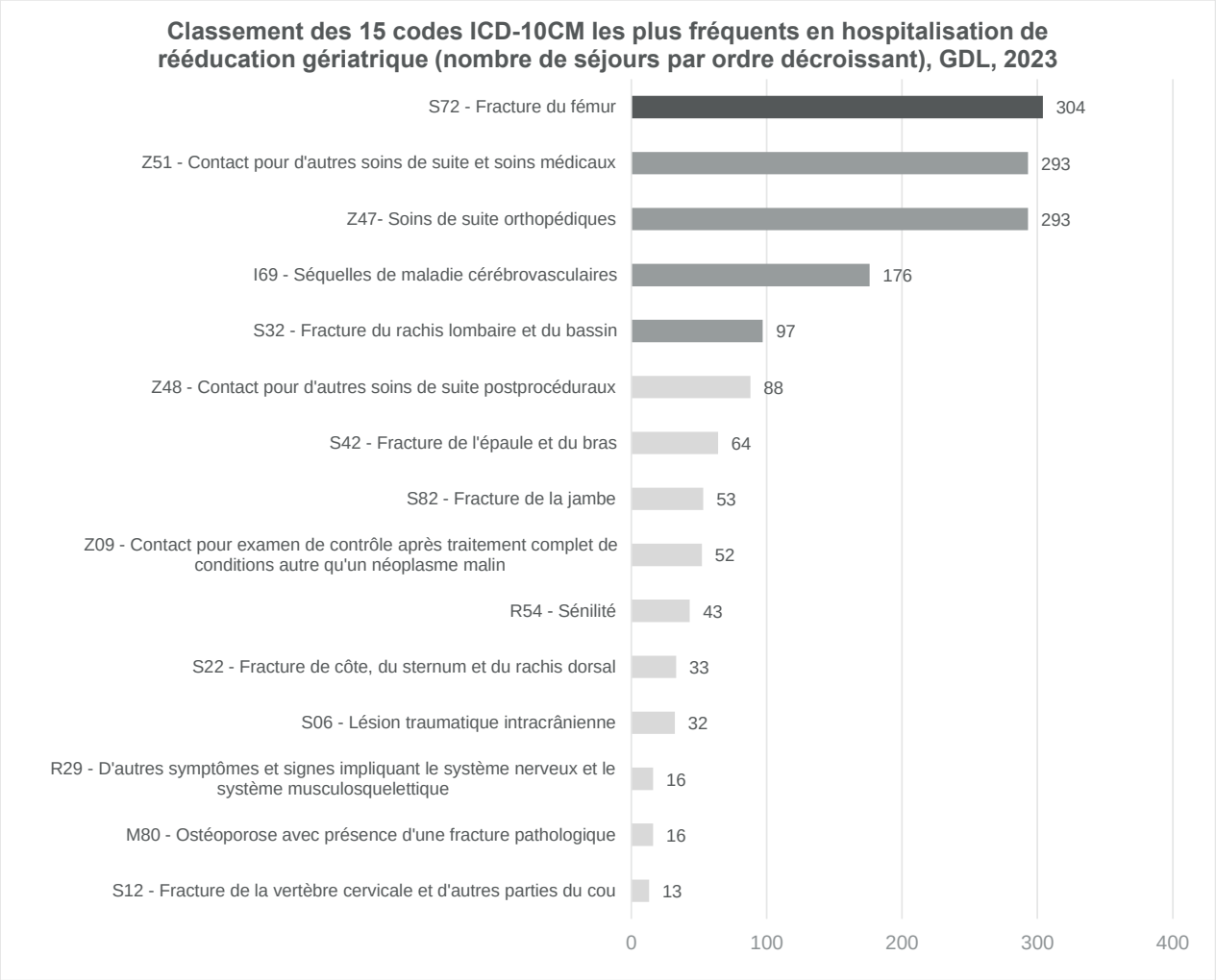
Les séjours relevaient principalement du chapitre XXI « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé », avec 733 séjours (41,4%), suivi du chapitre XIX « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes », avec 646 séjours (36,5%). Les maladies de l'appareil circulatoire représentaient 192 séjours (10,8%), tandis que les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif comptaient 67 séjours (3,8%). Les autres chapitres représentaient chacun moins de 5% des séjours.

L'analyse des 15 codes ICD-10 les plus fréquents (1 573 séjours soit 88,8% du total de la répartition des séjours de rééducation gériatrique par code ICD-10) montre une prédominance des prises en charge liées aux fractures, aux soins de suite et aux séquelles neurologiques. Le code le plus fréquent était S72 « Fracture du fémur », avec 304 séjours, suivi des codes Z51 « Contact pour d'autres soins de suite et soins médicaux » et Z47 « Soins de suite orthopédiques », avec respectivement 293 séjours chacun. Le code I69 « Séquelles de maladies cérébrovasculaires » représentait 176 séjours, tandis que S32 « Fracture du rachis lombaire et du bassin » comptait 97 séjours et Z48 « Contact pour d'autres soins de suite postprocéduraux » 88 séjours.

Parmi les autres codes fréquemment observés figuraient S42 « Fracture de l'épaule et du bras » (64 séjours), S82 « Fracture de la jambe » (53 séjours), Z09 « Contact pour examen de contrôle après traitement complet de conditions autre qu'un néoplasme malin » (52 séjours) et R54 « Sénilité » (43 séjours).

Figure 39 : Répartition des hospitalisations de rééducation gériatrique : classement des 15 codes ICD-10 les plus fréquents, GDL, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, non-résidents, services de rééducation gériatrique des centres hospitaliers)



4.3.4. Centre de réhabilitation du Château de Colpach

Cf aussi Fascicule 1 – Fiche CRCC

Conformément à la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, le Château de Colpach a changé d'activité à partir du 1er avril 2018, passant d'une activité de convalescence à une activité de réhabilitation physique et post-oncologique.

Les données produites ci-dessous concernent l'activité de Colpach :
- sur la période du 1er janvier 2013 au 31 mars 2018 en tant que centre de convalescence
- puis, à partir du 1er avril 2018 en tant qu'établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique.

En 2023, le Centre de réhabilitation du Château de Colpach a réalisé **748 séjours**, soit **17 617 journées d'hospitalisation**. Les séjours avaient une durée moyenne de séjour de **23,6 jours.**
Le taux d'occupation était de **80,2%.**

ACTIVITE DE COLPACH EN TANT QUE CENTRE DE CONVALESCENCE JUSQU'AU 31 MARS 2018 :

Rappel : une autorisation émise par le Contrôle médical de la sécurité sociale était nécessaire pour la prise en charge des cures de convalescence. La prise en charge financière par la CNS d'un séjour de convalescence ne pouvait dépasser 21 jours par cas ; au-delà, les patients devaient prendre en charge financièrement leur séjour. Pour les patients bénéficiaires de l'Assurance dépendance, la prise en charge par l'Assurance dépendance restait effective durant le séjour.

Les motifs d'admission en cure de convalescence étaient les suivants :
- après une intervention chirurgicale,
- après une hospitalisation de longue durée,
- après une maladie grave.

Tableau 89 : Synthèse des indicateurs-clés du centre de convalescence de Colpach, 2013-31.03.2018
(Source : données de l'établissement, tous types de séjours confondus, activité opposable et non opposable, résidents et non-résidents)

Indicateurs		Convalescence					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018 *(3 mois)*
Séjours	*nombre*	727	826	826	718	717	166
Journées	*nombre*	27 375	31 596	30 021	31 945	31 063	7 420
Taux d'occupation des lits	*en %*	75%	87%	83%	87%	85%	82%
Age moyen des patients	*en années*	78,5	79,2	79,6	79,5	*données non disponibles*	

ACTIVITE DE COLPACH EN TANT QU'ETABLISSEMENT HOSPITALIER DE REHABILITATION A PARTIR DU 1ER AVRIL 2018 :

En vertu de l'article 5 alinéa 5 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, le Château de Colpach devient un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique qui exploite les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique.

Tableau 90 : Synthèse des indicateurs-clés du Centre de réhabilitation de Colpach (CRCC), 2018-2024

(Sources : 2018 : données de l'établissement (début activité de réhabilitation) / 2019-2024 : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, tous types de séjours confondus (réhabilitation physique et post-oncologique) à l'exception des séjours de l'hôpital de jour (PSA), résidents et non-résidents, 2018 : activité opposable et non opposable, 2019-2024 : activité opposable)

Indicateurs		2018 *(9 mois)*	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
Séjours	*nombre*	418	696	460	654	755	748	764
Journées	*nombre*	9 447	15 838	10 035	14 682	16 908	17 617	17 525
Durée moyenne de séjour	*en jours*	22,3	22,8	21,8	22,5	22,4	23,6	23,0
Lits occupés en moyenne par jour	*en nombre de lits*	34,4	43,8	41,5	40,4	46,3	48,1	47,8
Taux d'occupation (%)	*en nombre de lits*	57,3%	73,1%	69,1%	67,3%	77,2%	80,2%	79,7%

Note : Du 16.3.2020 au 19.07.2020 : pandémie 60 lits fermés, donc cette période a été exclue lors du calcul du LOM et du TO

Tableau 91 : Évolution des hospitalisations de jour au Centre de réhabilitation de Colpach (CRCC), 2022-2024

Indicateurs		2022	2023	2024 (p)
Séjours	*nombre*	104	1 260	2 111

Note : Depuis fin 2022, le CRCC développe des activités d'hôpital de jour en réhabilitation post-oncologique et en réhabilitation physique. Cela correspond aux prises en charge réalisées en place de surveillance (PSA) et pour lesquelles une unité d'œuvre de kinésithérapie est facturée.

En juin 2021, 15 lits HDJ de réhabilitation physique et 5 lits HDJ de réhabilitation post-oncologique ont été autorisés. L'activité d'hôpital de jour pour ces 2 services a débuté le 01.09.2022 et depuis cette date tous les lits HDJ autorisés sont installés. En 2023, on dénombre 1 260 séjours d'hospitalisation de jour.

Tableau 92 : Répartition des hospitalisations de rééducation selon les chapitres ICD-10, Colpach, 2023

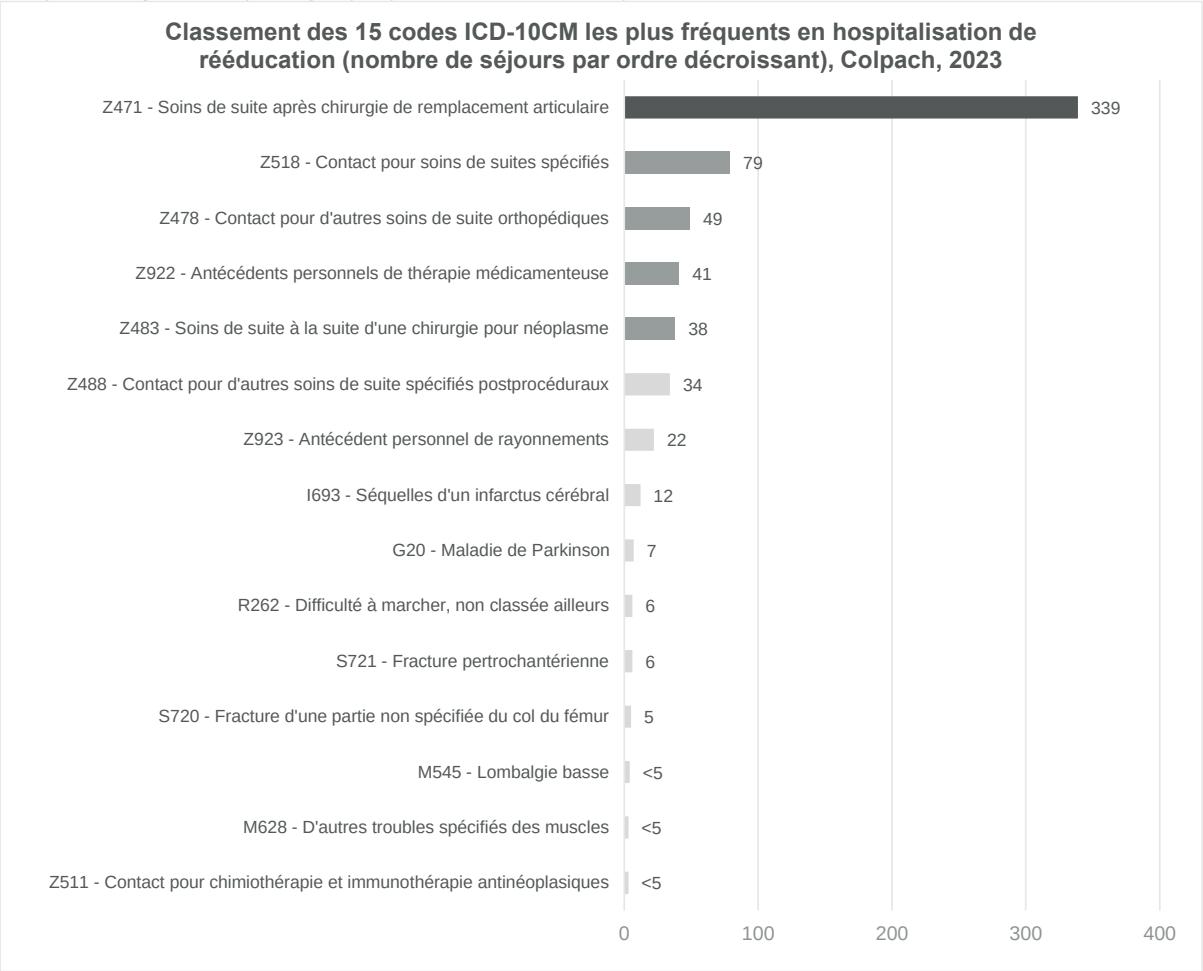
(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, tous types de séjours confondus (réhabilitation physique et post-oncologique) à l'exception des séjours de l'hôpital de jour (PSA), résidents et non-résidents)

Chapitre ICD-10 et libellé	Nbre séjours	% de séjours
III Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	<5	0,1%
IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	<5	0,1%
V Troubles mentaux et du comportement	<5	0,1%
VI Maladies du système nerveux	12	1,7%
IX Maladies de l'appareil circulatoire	22	3,1%
X Maladies de l'appareil respiratoire	<5	0,6%
XI Maladies de l'appareil digestif	<5	0,6%
XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	<5	0,1%
XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	19	2,7%
XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	9	1,3%
XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	30	4,2%
XX Causes externes de morbidité et de mortalité	<5	0,1%
XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	611	85,3%
TOTAL	**716**	**100,0%**

Note : Les séjours sans code ICD 10 attribué (n = 32) ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

Figure 40 : Répartition des hospitalisations de rééducation : classement des 15 codes ICD-10CM les plus fréquents, Colpach, 2023

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, activité opposable, tous types de séjours confondus (réhabilitation physique et post-oncologique) à l'exception des séjours de l'hôpital de jour (PSA), résidents et non-résidents)



Note : Les séjours sans code ICD 10 attribué (n = 32) ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas rattachables à un diagnostic principal de séjour.

L'analyse des 716 séjours de rééducation réalisés à Colpach en 2023 montre une très forte prédominance des motifs relevant du chapitre XXI de l'ICD-10 (« Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé »), qui représentent 611 séjours, soit 85,3% de l'activité. Les autres chapitres sont nettement moins représentés : les lésions traumatiques (chapitre XIX) totalisent 4,2% des séjours, les maladies de l'appareil circulatoire 3,1%, les maladies ostéo-articulaires 2,7% et les maladies du système nerveux 1,7%.

L'analyse des 15 codes ICD-10 à 4 digits les plus fréquents, représentant 648 séjours (90,5% du total), précise davantage le profil d'activité de Colpach. Le code dominant est le Z471 (« Soins de suite après chirurgie de remplacement articulaire »), qui représente à lui seul 339 séjours (47,3%). D'autres codes de soins de suite sont également fréquents, notamment Z518 (11,0%), Z478 (6,8%), Z483 (5,3%) et Z488 (4,7%)
Par ailleurs, plusieurs codes témoignent d'une activité de réhabilitation post-oncologique, notamment Z483 (« soins de suite après chirurgie pour néoplasme »), Z922 (« antécédents personnels de thérapie médicamenteuse ») et Z923 (« antécédent personnel de rayonnements »).

Ce résultat reflète la spécialisation de l'établissement dans les soins de suite, la réhabilitation physique et la réhabilitation post-oncologique tels que définis par la loi hospitalière modifiée de 2018.

Des données plus détaillées pour l'année 2023 sont présentées dans le Fascicule 1 – Fiche de l'établissement du Centre de réhabilitation du Château de Colpach.

4.3.5. Établissement d'accueil pour personnes en fin de vie Haus OMEGA

Cf aussi Fascicule 1 – Fiche Haus OMEGA

En 2023, **130 patients** sont hospitalisés en soins palliatifs au sein de l'établissement Haus OMEGA, soit **4 062 journées d'hospitalisation** d'une **durée moyenne de 33,6 jours**.
Le **taux d'occupation** est de **74,2%.**

En 2023, parmi les **132 séjours enregistrés**, **127 disposaient d'un code ICD-10** renseigné pour le diagnostic principal. Pour l'ensemble de ces séjours, le seul code enregistré était le **code Z515**, correspondant au libellé « **Contact pour soins palliatifs** ».

Tableau 93 : Nombre et âge moyen des patients hospitalisés en soins palliatifs, Haus OMEGA, 2019-2024
(Source : Haus OMEGA)

Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de patients hospitalisés en soins palliatifs	127	125	117	102	133	130	130	135
dont hommes	*63*	*62*	*49*	*45*	*62*	*63*	*62*	*69*
dont femmes	*64*	*63*	*68*	*57*	*71*	*67*	*68*	*66*
Age moyen des patients (en années)	75,2	73,0	75,3	72,4	74,4	74,6	71,1	72,6

Tableau 94 : Nombre de journées et durée moyenne de séjour, Haus OMEGA, 2017-2024
(Source : Haus OMEGA)

Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de journées	4 592	4 788	4 701	4 651	4 462	4 111	4 062	3 843
Durée moyenne de séjour *(en jours)*	40,7	31,6	46,9	45,3	32,3	32,3	33,6	31,2

Tableau 95 : Taux d'occupation des lits d'Haus OMEGA, 2017-2024
(Source : Haus OMEGA)

Indicateur	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Taux d'occupation (15 lits)	83,9%	87,5%	85,9%	84,7%	81,5%	75,1%	74,2%	70,0%

5. Activités médico-techniques

5.1. Récapitulatif des prestations médico-techniques

Tableau 96 : Prestations médico-techniques, au GDL, 2019-2024

(en unités d'œuvre)

(Source : données IGSS (comptabilité des établissements hospitaliers (cascade des frais réels)), traitement ObSanté, activité opposable et non opposable déclarée par les hôpitaux, résidents et non-résidents)

Ces données concernent tous les patients (hospitalisés ou non) qui ont bénéficié d'une prestation hospitalière.

Les établissements concernés sont tous les établissements de santé qui produisent ces unités d'œuvre, qu'ils soient établissements hospitaliers aigus ou de moyen séjour.

Cf note méthodologique p.22 et s.

Activités médico-techniques	2019	2020	2021	2022	2023	Croissance ann. moy. 2019-23	Évol. 2019-23	2024 (p)
Laboratoires	1 224 865	1 237 812	1 400 381	1 425 461	1 363 413	+2,7%	+11,3%	1 323 365
Policlinique	937 582	760 810	834 235	851 773	883 374	-1,5%	-5,8%	895 847
Urgences	273 897	211 993	244 548	291 994	298 745	+2,2%	+9,1%	325 748
Imagerie médicale	597 620	489 870	562 624	575 662	614 361	+0,7%	+2,8%	645 446
IRM	58 961	64 266	81 354	82 447	88 512	+10,7%	+50,1%	103 486
Salles opératoires	77 346	65 901	77 342	79 906	83 675	+2,0%	+8,2%	86 278
Salles d'accouchement	6 359	6 687	6 802	6 685	6 471	+0,4%	+1,8%	6 633
Endoscopie	48 720	41 162	49 558	49 780	54 764	+3,0%	+12,4%	57 836
Chimiothérapie	29 785	30 440	29 546	32 774	34 452	+3,7%	+15,7%	36 505
Médecine nucléaire	17 206	14 460	16 592	16 543	17 264	+0,1%	+0,3%	18 031
Ergothérapie	282 514	255 370	275 023	264 749	279 111	-0,3%	-1,2%	308 063
Kinésithérapie	634 805	504 505	594 393	614 593	655 855	+0,8%	+3,3%	665 281
Hémodialyse	61 774	66 837	65 352	65 589	67 594	+2,3%	+9,4%	66 943
Services, équipements nationaux / spécifiques	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Croissance ann. moy. 2019-23**	**Évol. 2019-23**	**2024 (p)**
Cardiologie interventionnelle *(INCCI)*	2 930	2 576	2 931	3 158	3 908	+7,5%	+33,4%	4 427
Chirurgie cardiaque *(INCCI)*	903	838	889	920	1 005	+2,7%	+11,3%	1 166
Lithotritie extracorporelle *(CHL)*	509	346	317	282	280	-13,9%	-45,0%	232
Fécondation in vitro *(CHL)*	507	337	474	517	532	+1,2%	+4,9%	645
PET Scan *(CHL)*	4 337	4 627	5 554	6 455	7 273	+13,8%	+67,7%	7 759
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare *(CHEM)*	1 186	606	750	1 078	1 179	-0,1%	-0,6%	1 537
Curiethérapie *(CFB)*	7	9	17	18	24	+36,1%	+242,9%	27
Radiothérapie *(CFB)*	28 940	27 463	27 659	28 232	25 852	-2,8%	-10,7%	28 067
Gymnase *(RHZ)*	29 968	19 907	31 724	29 441	34 283	+3,4%	+14,4%	36 268
Appartements thérapeutiques *(RHZ)*	927	696	682	798	975	+1,3%	+5,2%	1 050
Hydrothérapie *(RHZ)*	19 893	7 878	9 511	13 397	13 092	-9,9%	-34,2%	16 275
Génétique *(LNS)*	10 845	20 135	23 447	24 209	27 349	+26,0%	+152,2%	30 874
Anatomopathologie *(LNS)*	456 498	459 700	510 974	529 926	561 313	+5,3%	+23,0%	551 068

L'analyse de l'évolution des unités d'œuvre (UO) prestées pour différentes activités médico-techniques entre 2019 et 2023 révèle des tendances variées :

- Une forte augmentation (≥30%) pour les activités médico-techniques suivantes :
  - Curiethérapie : +242,9%
  - Génétique : +152,2%
  - PET-Scan : +67,7%
  - IRM : +50,1%
  - Cardiologie interventionnelle : +33,4%
- Une augmentation modérée (+5% à +30%) pour les activités médicotechniques suivantes :
  - Anatomopathologie : +23,0%
  - Chimiothérapie : +15,7%
  - Gymnase : +14,4%
  - Endoscopie : +12,4%
  - Chirurgie cardiaque : +11,3%

    - Laboratoires : +11,3%
    - Hémodialyse : +9,4%
    - Urgences : +9,1%
    - Salles opératoires : +8,2%
    - Appartements thérapeutiques : +5,2%
- Une augmentation faible (entre 0% et +5%) pour les activités médicotechniques suivantes :
    - Fécondation in vitro (CHL) : +4,9%
    - Kinésithérapie : +3,3%
    - Imagerie médicale : +2,8%
    - Salles d'accouchement : +1,8%
    - Médecine nucléaire : +0,3%
- Une baisse pour les activités médicotechniques suivantes :
    - Caisson hyperbare : -0,6%
    - Ergothérapie : -1,2%
    - Policlinique : -5,8%
    - Radiothérapie : -10,7%
    - Hydrothérapie : -34,2%
    - Lithotritie extracorporelle : -45,0%

5.1.1. Prestations médico-techniques générales

De manière globale, les activités médico-techniques hospitalières ont progressé au cours de la dernière décennie, parallèlement à l'évolution démographique de la population résidente (+2,1% par an entre 2014 et 2023[27]). La croissance de ces activités est aussi liée à une consommation plus importante des non-résidents.

Plus spécifiquement, entre 2014 et 2023, les activités médico-techniques ont évolué, en moyenne, comme suit :

- **Policlinique** : Cette activité a fait l'objet d'une adaptation des modalités budgétaires avec une séparation de l'activité de policlinique et urgences en 2019. En 2023, on compte 883 374 passages en policlinique (dont 11,0% des UO opposables par des non-résidents) et 298 745 passages aux urgences et en policlinique non programmée (dont 12,8% par des non-résidents)
- **Laboratoires d'analyses médicales** : +1,8%/an (2023 : 1 363 413 prélèvements dont 8,9% des UO opposables pour des non-résidents)
- **Imagerie médicale** (hors IRM) : +1,3%/an (2023 : 614 361 passages dont 10,5% des UO opposables par des non-résidents)
  → À titre de comparaison internationale[28], en 2023, on dénombre 283 examens par scanner pour 1 000 habitants au Luxembourg contre 180 pour la moyenne OCDE31, au-dessus de la Belgique (231), la France (228) et l'Allemagne (169)
- **IRM** : +6,9%/an (2023 : 88 512 passages dont 12,4% des UO opposables par des non-résidents)
  → À titre de comparaison internationale[27], en 2023, on dénombre 143 examens d'IRM pour 1 000 habitants au Luxembourg contre 92 pour la moyenne OCDE31, derrière l'Allemagne (162), la France (151) mais devant la Belgique (115)
- **Hémodialyse** : +1,9%/an (2023 : 67 594 séances dont 8,9% des UO opposables par des non-résidents)
- **Chimiothérapie** : +5,0%/an (2023 : 34 452 séances dont 7,8% des UO opposables par des non-résidents)
- **Activités opératoires** : +2,5%/an (2023 : 83 675 passages en salles opératoires et salles de réveil dont 10,6% des UO opposables par des non-résidents)
- **Salles d'accouchement** : +0,7%/an (2023 : 6 471 passages en salles d'accouchement dont 17,8% des UO opposables par des non-résidents)
- **Ergothérapie** : +3,9%/an (2023 : 279 111 séances dont 8,4% des UO opposables par des non-résidents)
- **Kinésithérapie** : +2,6%/an (2023 : 655 855 séances dont 8,3% des UO opposables par des non-résidents)

[27] Données Statec
[28] OCDE (2025), *Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/2f564c6c-fr.

Tableau 97 : Récapitulatif des prestations médico-techniques générales, au GDL, 2014-2024

Sources : 1.Activité opposable et non opposable : données IGSS (comptabilité des établissements hospitaliers (cascade des frais réels)), traitement ObSanté, données de facturation déclarées par les hôpitaux, résidents et non-résidents). 2.Activité opposable : données IGSS (données de facturation de la CNS (patients résidents et non-résidents)), traitement ObSanté)

Prestations médico-techniques générales			Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy 2019-23	Croissance ann. moy. 2014-23	2024 (p)
Laboratoires	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		1 182 591,6	1 224 865	1 237 812	1 400 381	1 425 461	1 363 413	1 330 386,4	+1,8%	1 323 365
	Activité opp.	Nbre UO opp.	1 136 555,2	1 176 432	1 183 855	1 345 061	1 367 904	1 311 787	1 277 007,8	+1,8%	1 273 033
		dont résidents (% du total opp.)	94,1%	92,9%	92,8%	92,5%	92,1%	91,1%	92,2%		90,5%
		dont non-résidents (% du total opp.)	5,9%	7,1%	7,2%	7,5%	7,9%	8,9%	7,8%		9,5%
Policlinique-Urgences	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		1 188 878,2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Activité opp.	Nbre UO opp.	1 147 016,6	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		dont résidents (% du total opp.)	92,2%	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA
		dont non-résidents (% du total opp.)	7,8%	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA
Policlinique *à partir de 2019*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		NA	937 582	760 810	834 235	851 773	883 374	853 554,8	NA	895 847
	Activité opp.	Nbre UO opp.	NA	906 403	737 522	808 109	824 422	855 402	826 371,6	NA	868 721
		dont résidents (% du total opp.)	NA	91,1%	90,6%	90,2%	89,8%	89,0%	90,2%		88,4%
		dont non-résidents (% du total opp.)	NA	8,9%	9,4%	9,8%	10,2%	11,0%	9,8%		11,6%
Urgences / policlinique non programmée triée *à partir de 2019*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		NA	273 897	211 993	244 548	291 994	298 745	264 235,4	NA	325 748
	Activité opp.	Nbre UO opp.	NA	263 356	203 327	234 257	279 227	285 414	253 116,2	NA	312 040
		dont résidents (% du total opp.)	NA	90,0%	89,9%	89,3%	88,4%	87,2%	88,9%		86,8%
		dont non-résidents (% du total opp.)	NA	10,0%	10,1%	10,7%	11,6%	12,8%	11,1%		13,2%
Imagerie médicale	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		559 670,0	597 620	489 870	562 624	575 662	614 361	568 027,4	+1,3%	645 446
	Activité opp.	Nbre UO opp.	540 300,2	576 063	472 794	542 983	554 842	591 851	547 706,6	+1,3%	622 343
		dont résidents (% du total opp.)	93,4%	92,0%	91,9%	91,2%	90,4%	89,5%	90,9%		88,6%
		dont non-résidents (% du total opp.)	6,6%	8,0%	8,1%	8,8%	9,6%	10,5%	9,1%		11,4%
IRM	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		50 408,8	58 961	64 266	81 354	82 447	88 512	75 108,0	+6,9%	103 486
	Activité opp.	Nbre UO opp.	48 979,0	57 281	62 426	79 154	80 229	85 958	73 009,6	+6,9%	100 793
		dont résidents (% du total opp.)	92,7%	91,8%	90,7%	90,2%	89,0%	87,6%	89,7%		87,1%
		dont non-résidents (% du total opp.)	7,3%	8,2%	9,3%	9,8%	11,0%	12,4%	10,3%		12,9%
Salles opératoires	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		69 666,4	77 346	65 901	77 342	79 906	83 675	76 834,0	+2,5%	86 278
	Activité opp.	Nbre UO opp.	67 132,8	74 439	63 454	74 528	76 928	80 687	74 007,2	+2,5%	83 569
		dont résidents (% du total opp.)	92,5%	91,4%	91,3%	90,5%	90,0%	89,4%	90,5%		89,0%
		dont non-résidents (% du total opp.)	7,5%	8,6%	8,7%	9,5%	10,0%	10,6%	9,5%		11,0%
Salles d'accouchement	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		6 138,6	6 359	6 687	6 802	6 685	6 471	6 600,8	+0,7%	6 633
	Activité opp.	Nbre UO opp.	5 828,8	6 075	6 434	6 534	6 441	6 244	6 345,6	+0,9%	6 433
		dont résidents (% du total opp.)	86,7%	85,3%	83,9%	84,1%	82,8%	82,2%	83,7%		82,1%
		dont non-résidents (% du total opp.)	13,3%	14,7%	16,1%	15,9%	17,2%	17,8%	16,3%		17,9%
Endoscopie	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		/	48 720	41 162	49 558	49 780	54 764	48 796,8	/	57 836
	Activité opp.	Nbre UO opp.	/	46 984	39 695	47 902	48 145	52 903	47 125,8	/	55 942
		dont résidents (% du total opp.)	/	93,8%	93,7%	93,4%	92,3%	91,1%	92,8%		89,6%
		dont non-résidents (% du total opp.)	/	6,2%	6,3%	6,6%	7,7%	8,9%	7,2%		10,4%
Chimiothérapie	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		24 090,8	29 785	30 440	29 546	32 774	34 452	31 399,4	+5,0%	36 505
	Activité opp.	Nbre UO opp.	23 230,6	28 748	29 369	28 595	31 782	33 229	30 344,6	+5,0%	35 369
		dont résidents (% du total opp.)	94,9%	93,3%	93,9%	93,9%	92,4%	92,2%	93,1%		91,6%
		dont non-résidents (% du total opp.)	5,1%	6,7%	6,1%	6,1%	7,6%	7,8%	6,9%		8,4%
Ergothérapie	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		223 180,4	282 514	255 370	275 023	264 749	279 111	271 353,4	+3,9%	308 063
	Activité opp.	Nbre UO opp.	219 697,8	274 479	249 900	270 296	259 951	274 296	265 784,4	+3,8%	303 635
		dont résidents (% du total opp.)	91,5%	89,1%	91,9%	91,8%	92,3%	91,6%	91,3%		91,1%
		dont non-résidents (% du total opp.)	7,7%	7,6%	8,1%	8,2%	7,7%	8,4%	8,0%		8,9%
Kinésithérapie	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		553 100,4	634 805	504 505	594 393	614 593	655 855	600 830,2	+2,6%	665 281
	Activité opp.	Nbre UO opp.	540 608,8	618 560	492 869	581 972	601 547	641 040	587 197,6	+2,6%	651 456
		dont résidents (% du total opp.)	91,9%	90,4%	92,6%	91,9%	92,3%	91,7%	91,7%		91,2%
		dont non-résidents (% du total opp.)	7,6%	7,4%	7,4%	8,1%	7,7%	8,3%	7,8%		8,8%
Hémodialyse	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		60 462,4	61 774	66 837	65 352	65 589	67 594	65 429,2	+1,9%	66 943
	Activité opp.	Nbre UO opp.	59 834,2	60 951	65 883	64 573	64 654	66 901	64 592,4	+1,9%	66 161
		dont résidents (% du total opp.)	90,3%	91,3%	91,1%	91,4%	91,4%	91,1%	91,2%		91,8%
		dont non-résidents (% du total opp.)	9,7%	8,7%	8,9%	8,6%	8,6%	8,9%	8,8%		8,2%
Médecine nucléaire	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		16 948,2	17 206	14 460	16 592	16 543	17 264	16 413,0	+0,1%	18 031
	Activité opp.	Nbre UO opp.	16 445,0	16 730	14 060	16 137	16 039	16 766	15 946,4	+0,1%	17 474
		dont résidents (% du total opp.)	95,2%	94,6%	94,0%	93,0%	93,5%	92,2%	93,5%		91,4%
		dont non-résidents (% du total opp.)	4,8%	5,4%	6,0%	7,0%	6,5%	7,8%	6,5%		8,6%

Notes :

- Pour certains établissements, années ou unités d'œuvre, la variable « UO totale (activité opp. et non opp.) » n'était pas disponible (« ND ») dans la base de données de l'IGSS. Afin d'éviter une sous-estimation des totaux nationaux, une valeur minimale d'UO totale a été imputée lorsque les UO opposables étaient disponibles (UO totale ≥ UO opposables). Ces valeurs imputées sont signalées par un astérisque et doivent être interprétées comme des bornes inférieures.

- En 2018 et 2019, pour l'Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS) et pour les unités d'œuvre de kinésithérapie et d'ergothérapie, les UO opposables ventilées par lieu de résidence (UO opp. résidents et UO opp. non-résidents) n'étaient pas disponibles dans la base de données de l'IGSS. En revanche, la valeur agrégée des UO opposables était disponible. Par conséquent, la somme « UO opp. résidents + UO opp. non-résidents » ne correspond pas au total des « UO opp. » pour ces années et ces UO.

5.1.2. Prestations médico-techniques liées à des services et équipements nationaux/spécifiques

Tableau 98 : Récapitulatif des prestations médico-techniques liées à des services et équipements nationaux/spécifiques, au GDL, 2014-2024

(Sources : 1.Activité opposable et non opposable : données IGSS (comptabilité des établissements hospitaliers (cascade des frais réels)), traitement ObSanté, données de facturation déclarées par les hôpitaux, résidents et non-résidents). 2.Activité opposable : données IGSS (données de facturation de la CNS (patients résidents et non-résidents)), traitement ObSanté)

Prestations médico-techniques liées à des services et équipements nationaux / spécifiques			Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy 2019-23	Croissance ann. moy. 2014-23	2024 (p)
Cardiologie interventionnelle *(INCCI)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		2 973,4	2 930	2 576	2 931	3 158	3 908	3 100,6	+2,6%	4 427
	Activité opp.	Nbre UO opp.	2 894,0	2 836	2 499	2 855	3 065	3 805	3 012,0	+2,6%	4 306
		dont résidents (% du total opp.)	94,2%	93,1%	93,1%	93,2%	92,9%	91,8%	92,8%		90,2%
		dont non-résidents (% du total opp.)	5,8%	6,9%	6,9%	6,8%	7,1%	8,2%	7,2%		9,8%
Chirurgie cardiaque *(INCCI)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		828,8	903	838	889	920	1 005	911,0	+2,1%	1 166
	Activité opp.	Nbre UO opp.	808,2	869	802	870	897	965	880,6	+2,0%	1 126
		dont résidents (% du total opp.)	95,8%	94,7%	94,5%	94,7%	93,5%	93,8%	94,2%		92,5%
		dont non-résidents (% du total opp.)	4,2%	5,3%	5,5%	5,3%	6,5%	6,2%	5,8%		7,5%
Lithotritie extracorporelle *(CHL)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		686,4	509	346	317	282	280	346,8	-11,4%	232
	Activité opp.	Nbre UO opp.	669,0	499	343	299	265	275	336,2	-11,3%	227
		dont résidents (% du total opp.)	90,2%	90,0%	90,7%	92,6%	82,6%	84,7%	88,6%		88,1%
		dont non-résidents (% du total opp.)	9,8%	10,0%	9,3%	7,4%	17,4%	15,3%	11,4%		11,9%
PET Scan *(CHL)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		3 109,8	4 337	4 627	5 554	6 455	7 273	5 649,2	+11,8%	7 759
	Activité opp.	Nbre UO opp.	2 994,6	4 156	4 417	5 340	6 216	6 973	5 420,4	+11,7%	7 480
		dont résidents (% du total opp.)	87,7%	87,6%	87,7%	86,5%	87,3%	86,0%	86,9%		87,2%
		dont non-résidents (% du total opp.)	12,3%	12,4%	12,3%	13,5%	12,7%	14,0%	13,1%		12,8%
Fécondation in vitro *(CHL)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		493,4	507	337	474	517	532	473,4	+0,4%	645
	Activité opp.	Nbre UO opp.	463,0	479	310	454	488	514	449,0	+0,7%	629
		dont résidents (% du total opp.)	82,2%	77,9%	84,2%	79,3%	83,6%	81,5%	81,1%		79,7%
		dont non-résidents (% du total opp.)	17,8%	22,1%	15,8%	20,7%	16,4%	18,5%	18,9%		20,3%
Caisson d'oxygéno-thérapie hyperbare *(CHEM)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		744,8	1 186	606	750	1 078	1 179	959,8	+3,5%	1 537
	Activité opp.	Nbre UO opp.	707,6	1 155	579	731	1 059	1 176	940,0	+5,1%	1 529
		dont résidents (% du total opp.)	83,4%	89,5%	83,9%	65,5%	72,9%	86,2%	80,5%		77,1%
		dont non-résidents (% du total opp.)	16,6%	10,5%	16,1%	34,5%	27,1%	13,8%	19,5%		22,9%
Curiethérapie *(CFB)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		10,4	7	9	17	18	24	15,0	+10,2%	27
	Activité opp.	Nbre UO opp.	10,2	7	8	16	18	24	14,6	+10,2%	27
		dont résidents (% du total opp.)	88,2%	100,0%	87,5%	93,8%	83,3%	79,2%	86,3%		96,3%
		dont non-résidents (% du total opp.)	11,8%	0,0%	12,5%	6,3%	16,7%	20,8%	13,7%		3,7%
Radiothérapie *(CFB)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		28 165,0	28 940	27 463	27 659	28 232	25 852	27 629,2	-0,6%	28 067
	Activité opp.	Nbre UO opp.	27 222,8	27 797	26 379	26 622	27 174	24 806	26 555,6	-0,7%	27 074
		dont résidents (% du total opp.)	86,4%	86,1%	87,4%	86,8%	88,8%	90,7%	87,9%		89,1%
		dont non-résidents (% du total opp.)	13,6%	13,9%	12,6%	13,2%	11,2%	9,3%	12,1%		10,9%
Gymnase *(RHZ)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		27 838,7	29 968	19 907	31 724	29 441	34 283	29 064,6	+5,2%	36 268
	Activité opp.	Nbre UO opp.	24 473,6	29 339	19 604	31 225	28 879	33 760	28 561,4	+5,1%	35 508
		dont résidents (% du total opp.)	85,3%	85,1%	86,9%	84,1%	85,6%	86,4%	85,5%		85,5%
		dont non-résidents (% du total opp.)	14,7%	14,9%	13,1%	15,9%	14,4%	13,6%	14,5%		14,5%
Appartements thérapeutiques *(RHZ)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		897,2	927	696	682	798	975	815,6	+1,2%	1 050
	Activité opp.	Nbre UO opp.	857,2	864	696	682	798	975	803,0	+1,2%	1 050
		dont résidents (% du total opp.)	76,2%	94,4%	75,6%	80,5%	92,5%	84,0%	85,9%		91,9%
		dont non-résidents (% du total opp.)	23,8%	5,6%	24,4%	19,5%	7,5%	16,0%	14,1%		8,1%
Hydrothérapie *(RHZ)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		20 762,4	19 893	7 878	9 511	13 397	13 092	12 754,2	-4,8%	16 275
	Activité opp.	Nbre UO opp.	20 196,6	19 240	7 688	9 232	12 858	12 730	12 349,6	-5,1%	15 906
		dont résidents (% du total opp.)	84,8%	84,9%	86,8%	82,3%	83,3%	85,8%	84,6%		85,8%
		dont non-résidents (% du total opp.)	15,2%	15,1%	13,2%	17,7%	16,7%	14,2%	15,4%		14,2%

Note : La variable « UO totale (activité opp. et non opp.) » n'est pas disponible (« ND ») en 2014 pour le RHZ dans la base de données de l'IGSS. Pour éviter une sous-estimation, une valeur minimale d'UO totale a été imputée sur la base des UO opposables lorsque celles-ci étaient disponibles (UO totale ≥ UO opp.). Cette valeur imputée est signalée par un astérisque et doit être interprétée comme une borne inférieure.

5.2. Focus

5.2.1. Imagerie médicale

Cf également Tableau 24: Répartition de certains équipements d'imagerie médicale, par établissement, 2025

Tableau 99 : Récapitulatif des prestations médico-techniques d'imagerie médicale, au GDL, 2014-2024

(Sources : 1.Activité opposable et non opposable : données IGSS (comptabilité des établissements hospitaliers (cascade des frais réels)), traitement ObSanté, données de facturation déclarées par les hôpitaux, résidents et non-résidents). 2.Activité opposable : données IGSS (données de facturation de la CNS (patients résidents et non-résidents)), traitement ObSanté)

Prestations médico-techniques d'imagerie médicale			Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy 2019-23	Croissance ann. moy. 2014-23	2024 (p)
Imagerie médicale	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		559 670,0	597 620	489 870	562 624	575 662	614 361	568 027,4	+1,3%	645 446
	Activité opp.	Nbre UO opp.	540 300,2	576 063	472 794	542 983	554 842	591 851	547 706,6	+1,3%	622 343
		dont résidents (% du total opp.)	93,4%	92,0%	91,9%	91,2%	90,4%	89,5%	90,9%		88,6%
		dont non-résidents (% du total opp.)	6,6%	8,0%	8,1%	8,8%	9,6%	10,5%	9,1%		11,4%
IRM	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		50 408,8	58 961	64 266	81 354	82 447	88 512	75 108,0	+6,9%	103 486
	Activité opp.	Nbre UO opp.	48 979,0	57 281	62 426	79 154	80 229	85 958	73 009,6	+6,9%	100 793
		dont résidents (% du total opp.)	92,7%	91,8%	90,7%	90,2%	89,0%	87,6%	89,7%		87,1%
		dont non-résidents (% du total opp.)	7,3%	8,2%	9,3%	9,8%	11,0%	12,4%	10,3%		12,9%
Médecine nucléaire	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		16 948,2	17 206	14 460	16 592	16 543	17 264	16 413,0	+0,1%	18 031
	Activité opp.	Nbre UO opp.	16 445,0	16 730	14 060	16 137	16 039	16 766	15 946,4	+0,1%	17 474
		dont résidents (% du total opp.)	95,2%	94,6%	94,0%	93,0%	93,5%	92,2%	93,5%		91,4%
		dont non-résidents (% du total opp.)	4,8%	5,4%	6,0%	7,0%	6,5%	7,8%	6,5%		8,6%
PET Scan *(CHL)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		3 109,8	4 337	4 627	5 554	6 455	7 273	5 649,2	+11,8%	7 759
	Activité opp.	Nbre UO opp.	2 994,6	4 156	4 417	5 340	6 216	6 973	5 420,4	+11,7%	7 480
		dont résidents (% du total opp.)	87,7%	87,6%	87,7%	86,5%	87,3%	86,0%	86,9%		87,2%
		dont non-résidents (% du total opp.)	12,3%	12,4%	12,3%	13,5%	12,7%	14,0%	13,1%		12,8%

*Note : *Pour l'UO Imagerie médicale, la variable « UO totale (activité opp. et non opp.) » n'est pas disponible (« ND ») en 2014 pour le RHZ dans la base de données de l'IGSS. Pour éviter une sous-estimation des totaux nationaux, une valeur minimale d'UO totale a été imputée sur la base des UO opposables lorsque celles-ci étaient disponibles (UO totale ≥ UO opp.). Cette valeur imputée est signalée par un astérisque et doit être interprétée comme une borne inférieure.*

Tableau 100 : Récapitulatif des prestations médico-techniques d'imagerie médicale, au GDL, 2021-2024

(Sources : 1.Activité opposable et non opposable : données IGSS (comptabilité des établissements hospitaliers (cascade des frais réels)), traitement ObSanté, données de facturation déclarées par les hôpitaux, résidents et non-résidents). 2.Activité opposable : données IGSS (données de facturation de la CNS (patients résidents et non-résidents)), traitement ObSanté)

Prestations médico-techniques d'imagerie médicale			2021	2022	2023	2024 (p)	Moy 2021-24	Évol. 2021-24	Croissance ann. moy. 2021-24
Imagerie médicale	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		562 624	575 662	614 361	645 446	599 523,3	+14,7%	+4,7%
	Activité opp.	Nbre UO opp.	542 983	554 842	591 851	622 343	578 004,8	+14,6%	+4,7%
		dont résidents (% du total opp.)	91,2%	90,4%	89,5%	88,6%	89,9%		
		dont non-résidents (% du total opp.)	8,8%	9,6%	10,5%	11,4%	10,1%		
IRM	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		81 354	82 447	88 512	103 486	88 949,8	+27,2%	+8,4%
	Activité opp.	Nbre UO opp.	79 154	80 229	85 958	100 793	86 533,5	+27,3%	+8,4%
		dont résidents (% du total opp.)	90,2%	89,0%	87,6%	87,1%	88,4%		
		dont non-résidents (% du total opp.)	9,8%	11,0%	12,4%	12,9%	11,6%		
Médecine nucléaire	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		16 592	16 543	17 264	18 031	17 107,5	+8,7%	+2,8%
	Activité opp.	Nbre UO opp.	16 137	16 039	16 766	17 474	16 604,0	+8,3%	+2,7%
		dont résidents (% du total opp.)	93,0%	93,5%	92,2%	91,4%	92,5%		
		dont non-résidents (% du total opp.)	7,0%	6,5%	7,8%	8,6%	7,5%		
PET Scan *(CHL)*	Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		5 554	6 455	7 273	7 759	6 760,3	+39,7%	+11,8%
	Activité opp.	Nbre UO opp.	5 340	6 216	6 973	7 480	6 502,3	+40,1%	+11,9%
		dont résidents (% du total opp.)	86,5%	87,3%	86,0%	87,2%	86,8%		
		dont non-résidents (% du total opp.)	13,5%	12,7%	14,0%	12,8%	13,2%		

Sur la période 2021-2024, le nombre d'UO opposables et non-opposables pour l'imagerie médicale conventionnelle et la médecine nucléaire a augmenté respectivement de 4,7% et de 2,8% par an en moyenne. Pour ces deux UO, après la baisse observée en 2020 pendant la période COVID-19, les niveaux prépandémiques ont été atteints en 2023, puis dépassés en 2024.

Sur la période 2021-2024, le nombre d'UO opposables et non-opposables ont augmenté fortement et de manière constante pour les équipements d'imagerie médicale suivants :

- IRM : taux de croissance annuel moyen de +8,4%

- Tomographe à émission de positons (PET-Scan) : taux de croissance annuel moyen de +11,8%

L'augmentation de l'activité en IRM au cours de cette période reflète une demande accrue, dont le taux de justification, selon le 2ème audit national de la pertinence des demandes d'examens CT et IRM, est de 80,0% en 2023, contre 78,0% en 2016[29]. L'augmentation du recours à l'IRM est plus marquée pour les non-résidents, dont la part n'a fait que croître pour représenter 12,9% de l'activité opposable en 2024.

L'augmentation de l'activité du PET-Scan ces dernières années s'explique en partie en raison de nouvelles indications médicales et de nouveaux traceurs nucléaires utilisés dans le diagnostic et également dans le traitement de différents types de cancer.
Pour le PET-Scan, la part des non-résidents dans le total des UO opposables facturées oscille entre 12,7 et 13,5% entre 2021 et 2024, ce qui fait du PET-Scan la prestation médico-technique d'imagerie médicale la plus utilisée par les non-résidents en pourcentage du total de l'activité opposable.

5.2.2. Activité opératoire dont chirurgie ambulatoire

Tableau 101 : Répartition des salles opératoires, par établissement et site hospitalier, 2025
(Source : déclarations des établissements hospitaliers, juillet 2025)

Établissements	Sites hospitaliers	Nombres de salles opératoires par site hospitalier	TOTAL
CHdN	Ettelbruck	6	9
	Wiltz	3	
CHL	Centre	8	15
	Maternité	2	
	Eich	5	
CHEM	Esch	12	15
	Niederkorn	3	
HRS	HK	12	21
	Bohler	3	
	ZITHA	6	
INCCI	INCCI	3	3
TOTAL		63	

[29] Rapport du 2ème audit national de la pertinence des demandes d'examens CT et IRM - Portail Santé - Luxembourg (public.lu)

Tableau 102 : Évolution des passages opératoires enregistrés au bloc opératoire, par établissement, 2019-2024

(Sources : données IGSS (comptabilité des établissements hospitaliers (cascade des frais réels), activité opposable et non opposable, résidents et non-résidents. Unités : Unités d'œuvre "Salles opératoires et salles de réveil" pour CHdN, CHL, CHEM, HRS, et unités d'œuvre "Chirurgie cardiaque" pour l'INCCI)

Établissements	Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
CHdN	Nombre	14 289	11 518	14 749	15 363	16 449	17 146
	% du total	18,3%	17,3%	18,9%	19,0%	19,4%	19,6%
CHL	Nombre	14 642	13 581	16 118	16 373	16 696	16 643
	% du total	18,7%	20,3%	20,6%	20,3%	19,7%	19,0%
CHEM	Nombre	17 403	13 943	15 805	16 082	17 127	17 817
	% du total	22,2%	20,9%	20,2%	19,9%	20,2%	20,4%
HRS	Nombre	31 012	26 859	30 670	32 088	33 403	34 672
	% du total	39,6%	40,2%	39,2%	39,7%	39,4%	39,7%
INCCI	Nombre	903	838	889	920	1 005	1 166
	% du total	1,2%	1,3%	1,1%	1,1%	1,2%	1,3%
GDL	**Nombre**	**78 249**	**66 739**	**78 231**	**80 826**	**84 680**	**87 444**
	% du total	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Entre 2019 et 2023, le nombre d'UO relatives à des passages opératoires a augmenté de 8,2%, passant de 78 249 à 84 680.

Le 14.12.2022, le Conseil scientifique du domaine de la Santé a procédé à l'actualisation des recommandations de 2014 concernant la chirurgie ambulatoire, faisant ainsi le point sur les évolutions de la chirurgie ambulatoire et la généralisation de cette pratique en 2022 [30].
Le Conseil scientifique a confirmé à cette occasion que ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais le patient. En effet, un acte n'est pas ambulatoire par nature mais peut le devenir chez un patient sélectionné, dans un contexte médical et psychosocial précis et dans une structure adaptée. Il est dès lors inapproprié d'établir une liste d'actes relevant spécifiquement et uniquement de la chirurgie ambulatoire.
Néanmoins, le Conseil scientifique du domaine de la Santé reconnaît l'utilité d'une liste indicative de gestes adaptées à la chirurgie ambulatoire, telle que celle établie en 2014, en tant qu'outil permettant de suivre l'évolution des pratiques dans ce domaine.

Pour l'activité **chirurgicale**, le taux de chirurgie ambulatoire pour les actes traceurs définis par le Conseil scientifique du domaine de la santé en 2014 est passé de 68,5% en 2019 à 75,8% en 2023. Parmi ces actes, les évolutions suivantes sont observées entre 2019 et 2023 :

- la chirurgie de la cataracte sénile est réalisée en quasi-totalité en ambulatoire : 97,0% en 2019 et 98,1% en 2023. En 2023, cette proportion dépasse la moyenne OCDE34 (94,9%), celle de la France (97,3%), de la Belgique (97,0%) et de l'Allemagne (87,9%)
- le taux de chirurgie ambulatoire pour le strabisme progresse fortement, passant de 63,0% en 2019 à 96,8% en 2023
- le taux de chirurgie ambulatoire pour certaines opérations de l'appareil génital masculin augmente également, de 82,6% en 2019 à 92,9% en 2023
- enfin, le taux de chirurgie ambulatoire pour les varices progresse également, de 70,9% en 2019 à 74,1% en 2023

Concernant les amygdalectomies chez l'enfant de moins de 12 ans, la part des interventions réalisées en ambulatoire reste faible, passant de 16,1% en 2019 à 28,3% en 2023. Selon le Panorama de la santé 2025 de l'OCDE, l'amygdalectomie est l'un des actes chirurgicaux les plus fréquemment pratiqués chez les enfants, et est désormais majoritairement réalisée en ambulatoire dans 14 pays (OCDE33) présentant des données comparables. En 2023, le Luxembourg se situe en dessous de la moyenne de l'OCDE33 (43,5%), ainsi que de la Belgique (77,4%) et de la France (53,1%), mais au-dessus de l'Allemagne (19,0%) et de la Suisse (10,2%).

[30] La chirurgie ambulatoire - Prise de position du Conseil scientifique du domaine de la santé — Conseil Scientifique - Luxembourg (public.lu)

Tableau 103 : Liste des gestes chirurgicaux éligibles à l'ambulatoire selon la Recommandation du Conseil scientifique dans le domaine de la Santé et correspondances avec les codes et les libellés de la nomenclature des actes médicaux

(Source : actes traceurs définis par Recommandation du Conseil scientifique dans le domaine de la Santé du 24.09.2014 et correspondances avec les codes et les libellés de la nomenclature des actes médicaux (selon versions en vigueur entre 2019 et 2024)

Liste d'actes traceurs selon recommandation Conseil scientifique dans le domaine de la Santé	Correspondances dans la Nomenclature des actes et services médicaux	
	Codes	Libellés
Chirurgie de la cataracte sénile	4G53	Capsulectomie pour cataracte
	4G61	Discision pour cataracte
	4G62	Extraction du cristallin
	4G63	Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel
	4G64	Implantation, explantation ou reposition d'un cristallin artificiel, acte isolé
Chirurgie du strabisme	4G81	Ténotomie ou allongement plastique d'un muscle de l'orbite
	4G82	Avancement, ectomie, récession d'un muscle de l'orbite
	4G83	Ténotomie et avancement combinés des muscles de l'orbite
Chirurgie ORL	3L41	Adénotomie, non cumulable avec l'amygdalectomie (3L 42/43)
	3L42	Amygdalectomie, uni- ou bilatérale chez l'enfant de moins de 12 ans
	3L43	Amygdalectomie, uni- ou bilatérale chez personne de plus de 12 ans
	3R24	Drainage transtympanique
Chirurgie du nez *à partir du 19.05.2023 : entrée en vigueur de la nomenclature de Chirugie vasculaire qui intègre certains actes sur le nez. Les codes 3N45-3N46-3N48 sont remplacés par les codes CTA11 à CTA15.*	3N41	Réduction sanglante d'une fracture du nez ou de sinus, contention comprise
	3N42	Traitement chirurgical du rhinophyma, une ou plusieurs séances
	3N43	Extraction de corps étrangers par rhinothomie externe
	3N44	Résection d'un éperon ou d'une crête de cloison
	3N45	Plastie narinaire sur traumatisme, avec greffe
	3N46	Plastie narinaire sur cicatrice, un ou plusieurs temps
	3N47	Septoplastie correctrice, un ou plusieurs temps
	3N48	Rhinoplastie reconstructrice de la pyramide nasale - APCM
	3N51	Résection sous-muqueuse d'une déviation de la cloison nasale
	3N52	Chirurgie de la rhinite atrophique
	3N53	Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, une ou plusieurs séances
	3N54	Résection endonasale d'une oblitération choanale osseuse
	3N55	Résection partielle ou totale d'un cornet (conchotomie, turbinectomie)
	CTA11	Plastie narinaire sans greffe
	CTA12	Plastie narinaire avec greffe chondro-cutanée prélevée sur l'oreille
	CTA13	Rhinoplastie ouverte ou fermée de la pyramide nasale par ostéotomie, ou greffe, ou prothèse pourdéformation post-traumatique - APCM
	CTA14	Rhinoplastie pour déformation après fente labiale ou labiopalatine
	CTA15	Rhinopoïèse (Reconstruction complète du nez) y compris la greffe cartilagineuse, la greffe muqueuse, lelambeau et la fermeture du site donneur, dans le cadre de la chirurgie carcinologique ou post traumatique
Chirurgie des varices *à partir du 01.09.2023 : entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature de Chirurgie vasculaire et les codes 2F61 à 2F64 sont remplacées par les codes HTA11 à HTA14 .*	2F61	Extirpation d'un paquet de varices
	2F62	Extirpation complète des varices de la jambe et du pied
	2F63	Extirpation complète des varices de la jambe et de la cuisse, y compris la crosse de saphène
	2F64	Résection de la crosse de saphène interne et de ses affluents
	HTA11	Néocrossectomie de la saphène et phlébectomies homolatérales, par abord direct
	HTA12	Extraction totale unilatérale de la grande veine saphène, de ses branches et de la crosse, avec ou sans phlébectomie, par abord direct
	HTA13	Extraction totale unilatérale de la petite veine saphène, de ses branches et de la crosse, avec ou sans phlébectomie, par abord direct
	HTA14	Extirpation complète des varices de la jambe et du pied, par abord direct

Liste d'actes traceurs selon recommandation Conseil scientifique dans le domaine de la Santé	Correspondances dans la Nomenclature des actes et services médicaux	
	Codes	**Libellés**
Hernies ombilicales, inguinales, crurales et éventration *à partir du 01.06.2021, les codes 2W04 à 2W14 sont remplacés par les codes suivants : LLA03-LLA04-LLA05-LLA10-LLA11-LLA12-LLA13-LLC04-LLC05-LLC10-LLC11-LLC13-LLR04-LLR05-LLR10-LLR11-LLR13*	2W04	Cure de hernie ombilicale, sans pose de prothèse, par laparotomie
	2W05	Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par coelioscopie
	2W06	Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par laparotomie
	2W07	Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par coelioscopie
	2W08	Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par laparotomie
	2W09	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)
	2W10	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie
	2W11	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)
	2W12	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)
	2W13	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie
	2W14	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)
	LLA03	Cure de hernie ombilicale, sans pose de prothèse, par laparotomie
	LLC04	Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par coelioscopie
	LLR04	Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique
	LLA04	Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par laparotomie
	LLC05	Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par coelioscopie
	LLR05	Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par coelioscopie, avec assistance robotique
	LLA05	Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par laparotomie
	LLA10	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)
	LLC10	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par coelioscopie
	LLR10	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique
	LLC11	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie
	LLR11	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique
	LLA11	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)
	LLA12	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)
	LLC13	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie
	LLR13	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique
	LLA13	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)

Liste d'actes traceurs selon recommandation Conseil scientifique dans le domaine de la Santé	Correspondances dans la Nomenclature des actes et services médicaux	
	Codes	Libellés
Chirurgie du système locomoteur	2K11	Ablation d'exostoses ou de chondrome
	2K35	Ablation de matériel d'ostéosynthèse par voies d'accès superficielles, désenclouage
	2K36	Ablation de matériel d'ostéosynthèse: hanche, fémur, épaule, humérus
	2E54	Traitement chirurgical d'un hallux valgus
	2G92	Extirpation de kystes synoviaux superficiels (poignet…)
	2G93	Extirpation de kystes synoviaux profonds (creux poplité…)
	1R71	Arthroscopie avec ou sans biopsie
	2K46	Arthrotomie pour corps étranger, lésions méniscales ou synoviectomie du genou, appareil de fixation compris
	2M01	Arthroscopie du genou avec lavage et/ou synovectomie partielle
	2M02	Arthroscopie du genou avec synovectomie subtotale par deux abords
	2M03	Arthroscopie du genou avec suture de l'aileron rotulien interne
	2M04	Arthroscopie du genou avec section de l'aileron rotulien externe
	2M05	Arthroscopie du genou avec plastie de l'aileron rotulien interne et greffe tendineuse
	2M06	Arthroscopie du genou avec chondroplastie
	2M07	Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale d'un ménisque et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire
	2M08	Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale des deux ménisques et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire
	2M09	Arthroscopie du genou avec suture d'un ménisque
	2M10	Arthroscopie du genou avec suture des deux ménisques
	2M11	Arthroscopie du genou avec microfracture ou forage de Pridie
	2M12	Arthroscopie du genou avec mosaïcplastie ou greffe de chondrocytes ou technique similaire
	2M13	Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire chondrale ou osseuse
	2M14	Arthroscopie du genou avec ligamentoplastie du croisé antérieur avec mise en place d'un implant (autogreffe avec prise de greffon comprise, allogreffe ou synthétique)
	2M15	Arthroscopie du genou avec ligamentoplastie du croisé postérieur avec mise en place d'un implant (autogreffe avec prise de greffon comprise, allogreffe ou synthétique)
	2M16	Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur ou du croisé postérieur et suture méniscale
	2M17	Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur et du croisé postérieur et suture méniscale
	2M18	Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture du plateau tibial
	2M19	Arthroscopie du genou avec transplantation par allogreffe méniscale
	2M20	Arthroscopie du genou avec mise en place d'un ménisque artificiel
	2M21	Arthroscopie du genou avec trochléoplastie arthroscopique par creusement pour dysplasie
Décompression/libération du canal carpien	2P21	Intervention pour syndrome du canal carpien avec neurolyse

Liste d'actes traceurs selon recommandation Conseil scientifique dans le domaine de la Santé	Correspondances dans la Nomenclature des actes et services médicaux	
	Codes	Libellés
Chirurgie pour Dupuytren	2E11	Aponévrotomie palmaire
	2E12	Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire
	2E14	Extirpation totale de l'aponévrose palmaire
Chirurgie de l'appareil génital masculin *à partir du 01.07.2022, les codes 5A41, 5A42, 5A71, 5A81,5A82 et 5A84 sont remplacés par les codes suivants : MRA14-MRA15-MRA16-MRA17-MRA18-MRC17-MRQ11-MRQ12-MRQ17-MRQ23-MSA13-MSQ12*	5A41	Opération pour phimosis (circoncision simple, sans indication médicale, non à charge)
	5A42	Réduction sanglante du paraphimosis
	5A71	Chirurgie isolée du canal déférent, sauf opération de stérilisation ou opération de recanalisation après ligature antérieure (non cumulable avec une intervention sur la vessie, l'urètre ou l'appareil génital masculin)
	5A81	Chirurgie de l'ectopie testiculaire (cure de hernie inguinale comprise)
	5A82	Opération sur le testicule ou le cordon spermatique (sauf varicocèle)
	5A84	Cure de varicocèle
	MSA13	Opération pour phimosis (circoncision simple, sans indication médicale, non à charge)
	MSQ12	Réduction de paraphimosis
	MRQ17	Intervention sur le canal déférent, sauf opération de stérilisation ou opération de recanalisation après ligature antérieure, par toute voie d'abord
	MRQ23	Intervention sur les canaux déférents pour contraception masculine, par toute voie d'abord
	MRA14	Cure de torsion de cordon spermatique, avec ou sans fixation du testicule controlatéral, par abord scrotal
	MRQ11	Cure de cryptorchidie unilatérale, par toute voie d'abord
	MRQ12	Cure de cryptorchidie bilatérale, par toute voie d'abord
	MRA15	Orchidopexie unilatérale, par voie scrotale
	MRA16	Orchidopexie bilatérale, par voie scrotale
	MRA17	Cure de varicocèle par ligature de la veine spermatique, avec ou sans phlébographie, par laparotomie
	MRC17	Cure de varicocèle par ligature de la veine spermatique, avec ou sans phlébographie, par coelioscopie
	MRA18	Cure de varicocèle par sclérothérapie, avec phlébographie, par voie scrotale
Chirurgie de l'appareil génital féminin	6A71	Evacuation d'un utérus gravide par curetage ou aspiration, avant 14 semaines de grossesse
	6G66	Conisation du col ou opération analogue
	6G31	Coelioscopie, culdoscopie
	6G32	Coelioscopie avec biopsie ou geste thérapeutique simple (sauf intervention sur les trompes pour stérilisation)
Intervention pour oreilles décollées *à partir du 19.05.2023 : entrée en vigueur de la nomenclature de Chirugie vasculaire qui intègre certains actes sur l'oreille. Le code 3R31 est remplacé par les codes CVA11 à CVA14.*	3R31	Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage, chirurgie de l'oreille décollée
	CVA11	Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage, chirurgie de l'oreille décollée, unilatérale
	CVA12	Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage, chirurgie de l'oreille décollée, bilatérale
	CVA13	Reconstitution partielle du pavillon de l'oreille avec greffe cartilagineuse, sculpture du cartilage, lambeaux cutanés et/ou lambeau de fascia temporal (premier temps)
	CVA14	Reconstitution partielle du pavillon de l'oreille, avec retouche des lambeaux cutanés / fasciocutanés et greffe de peau (2ème temps)

Tableau 104 : Évolution de la chirurgie ambulatoire pour les actes traceurs définis par la Recommandation du Conseil scientifique dans le Domaine de la Santé du 24.09.2014, 2019-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, actes remboursés de la facturation des médecins, activité opposable, résidents et non-résidents)

Liste d'actes traceurs selon Recommandation du Conseil scientifique *(codes de la Nomenclature des actes médicaux correspondants)*	Établissements	2019		2020		2021		2022		2023		2024 (p)	
		Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire
Chirurgie de la cataracte sénile *(4G53, 4G61, 4G62, 4G63, 4G64)*	CHdN	1 801	93,9%	1 378	96,6%	1 931	97,3%	2 120	97,8%	2 759	97,2%	2 555	97,1%
	CHL	810	94,7%	698	97,9%	781	99,4%	397	99,5%	146	98,6%	105	96,2%
	CHEM	804	98,5%	680	98,4%	817	97,8%	975	98,7%	1 007	97,3%	1 374	98,2%
	HRS	3 879	98,1%	3 592	98,7%	4 262	98,2%	5 061	98,4%	5 066	97,9%	5 076	97,0%
	Sans hôpital	547	100,0%	551	100,0%	1 103	100,0%	1 362	100,0%	2 333	100,0%	2 768	100,0%
	TOTAL	7 841	97,0%	6 899	98,3%	8 894	98,3%	9 915	98,5%	11 311	98,1%	11 878	97,9%
Chirurgie du strabisme *(4G81, 4G82, 4G83)*	CHdN	17	52,9%	13	76,9%	23	100,0%	32	96,9%	31	96,8%	25	100,0%
	CHL	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/
	CHEM	0	/	0	/	<5	100,0%	<5	100,0%	8	100,0%	0	/
	HRS	10	80,0%	6	100,0%	13	92,3%	8	87,5%	24	95,8%	19	89,5%
	Sans hôpital	0	/	0	/	<5	100,0%	0	/	0	/	<5	100,0%
	TOTAL	27	63,0%	19	84,2%	38	97,4%	42	95,2%	63	96,8%	46	95,7%
Chirurgie ORL *(3L41, 3L42, 3L43, 3R24)*	CHdN	519	57,6%	275	58,5%	324	59,0%	474	57,4%	728	64,4%	764	68,5%
	CHL	438	64,6%	202	62,9%	253	61,7%	307	73,9%	409	71,6%	409	74,1%
	CHEM	594	73,4%	344	71,2%	401	77,1%	534	79,0%	705	75,0%	803	74,7%
	HRS	742	60,2%	392	55,4%	353	47,6%	558	52,3%	674	51,8%	648	52,8%
	Sans hôpital	92	100,0%	76	100,0%	65	100,0%	67	100,0%	82	100,0%	80	100,0%
	TOTAL	2 385	65,3%	1 289	64,1%	1 396	63,7%	1 940	66,0%	2 598	66,3%	2 704	68,3%

Liste d'actes traceurs selon Recommandation du Conseil scientifique *(codes de la Nomenclature des actes médicaux correspondants)*	Établissements	2019		2020		2021		2022		2023		2024 (p)	
		Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire
Chirurgie du nez *(3N41, 3N42, 3N43, 3N44, 3N45, 3N46, 3N47, 3N48, 3N51, 3N52, 3N53, 3N54, 3N55 et à partir du 19.05.23 les codes 3N45, 3N46 et 3N48 sont remplacés par les codes CTA11 à CTA15)*	CHdN	357	35,0%	222	30,6%	295	25,8%	341	39,0%	332	34,0%	383	38,4%
	CHL	159	24,5%	116	30,2%	201	31,3%	199	34,7%	277	28,9%	215	23,7%
	CHEM	622	29,7%	415	38,8%	578	42,9%	554	32,1%	566	32,9%	522	38,3%
	HRS	1 344	14,1%	1 031	22,6%	1 224	25,1%	1 182	25,8%	1 282	28,5%	1 375	30,9%
	Sans hôpital	102	100,0%	90	100,0%	103	100,0%	126	100,0%	139	100,0%	153	100,0%
	TOTAL	**2 584**	**24,8%**	**1 874**	**31,3%**	**2 401**	**33,2%**	**2 402**	**33,8%**	**2 596**	**34,1%**	**2 648**	**36,9%**
Chirurgie des varices *(2F61, 2F62, 2F63, 2F64 et à partir du 01.09.2023 les codes 2F61 à 2F64 sont remplacées par les codes HTA11 à HTA14)*	CHdN	255	63,5%	139	82,7%	216	89,8%	272	89,3%	272	94,5%	256	94,5%
	CHL	431	95,6%	300	96,0%	359	98,1%	402	97,3%	505	97,0%	350	95,7%
	CHEM	471	77,1%	240	89,2%	248	88,7%	320	77,2%	490	66,7%	652	73,3%
	HRS	568	48,4%	429	53,4%	523	56,2%	563	51,2%	586	43,7%	576	57,1%
	INCCI	<5	0,0%	0	/	0	/	0	/	<5	100,0%	0	/
	Sans hôpital	42	100,0%	24	100,0%	63	100,0%	149	100,0%	166	100,0%	250	100,0%
	TOTAL	**1 768**	**70,9%**	**1 132**	**76,9%**	**1 409**	**79,7%**	**1 706**	**77,3%**	**2 020**	**74,1%**	**2 084**	**78,4%**
Hernies ombilicales, inguinales, crurales et éventration *(à partir du 01.06.2021, les codes 2W04 à 2W14 sont remplacés par les codes suivants : LLA03-LLA04-LLA05-LLA10-LLA11-LLA12-LLA13-LLC04-LLC05-LLC10-LLC11-LLC13-LLR04-LLR05-LLR10-LLR11-LLR13)*	CHdN	305	43,9%	267	46,4%	320	49,7%	346	50,3%	382	44,0%	458	37,8%
	CHL	482	67,8%	356	73,9%	389	69,7%	377	72,7%	444	73,2%	416	73,8%
	CHEM	462	63,6%	351	72,1%	426	68,5%	468	69,4%	560	75,5%	549	70,5%
	HRS	675	18,2%	556	26,3%	624	38,3%	640	36,7%	743	40,0%	772	38,1%
	INCCI	<5	0,0%	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/
	Sans hôpital	<5	100,0%	<5	100,0%	0	/	<5	100,0%	<5	100,0%	6	100,0%
	TOTAL	**1 928**	**45,7%**	**1 532**	**51,4%**	**1 759**	**54,6%**	**1 834**	**55,1%**	**2 131**	**57,0%**	**2 201**	**53,0%**
Chirurige du système locomoteur *(2K11, 2K35, 2K36, 2E54, 2G92, 2G93, 1R71, 2K46 et les codes 2M01 à 2M21)*	CHdN	910	55,9%	723	55,2%	829	62,2%	787	59,3%	874	53,5%	982	48,4%
	CHL	1 004	27,0%	823	26,6%	1 041	23,8%	1 118	26,8%	1 273	29,3%	1 303	28,0%
	CHEM	1 678	63,8%	1 329	74,3%	1 539	79,9%	1 464	79,2%	1 435	77,8%	1 422	76,0%
	HRS	1 730	60,5%	1 337	72,8%	1 536	75,1%	1 711	72,7%	1 946	73,0%	1 942	70,0%
	INCCI	<5	66,7%	<5	100,0%	<5	0,0%	5	20,0%	7	0,0%	<5	0,0%
	Sans hôpital	66	100,0%	72	100,0%	51	100,0%	37	100,0%	46	100,0%	49	100,0%
	TOTAL	**5 391**	**55,0%**	**4 285**	**61,9%**	**4 998**	**64,0%**	**5 122**	**62,6%**	**5 581**	**61,3%**	**5 699**	**58,4%**

Liste d'actes traceurs selon Recommandation du Conseil scientifique *(codes de la Nomenclature des actes médicaux correspondants)*	Établissements	2019		2020		2021		2022		2023		2024 (p)	
		Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire
Décompression / Libération du canal carpien *(2P21)*	CHdN	219	94,1%	157	93,0%	194	96,9%	131	96,9%	185	95,1%	260	98,1%
	CHL	66	81,8%	63	76,2%	63	79,4%	85	77,6%	76	72,4%	70	72,9%
	CHEM	244	91,4%	190	91,6%	211	95,7%	206	97,6%	231	94,8%	247	95,1%
	HRS	842	89,7%	839	94,4%	905	94,9%	895	95,1%	986	94,3%	1 023	96,7%
	Sans hôpital	12	100,0%	0	/	5	100,0%	<5	100,0%	<5	100,0%	9	100,0%
	TOTAL	1 383	90,4%	1 249	92,9%	1 378	94,6%	1 319	94,5%	1 482	93,4%	1 609	95,6%
Chirurgie pour Dupuytren *(2E11, 2E12, 2E14)*	CHdN	<5	100,0%	<5	75,0%	<5	100,0%	<5	100,0%	<5	100,0%	<5	100,0%
	CHL	<5	50,0%	<5	100,0%	<5	50,0%	<5	75,0%	<5	50,0%	6	100,0%
	CHEM	12	75,0%	10	80,0%	12	75,0%	5	100,0%	10	80,0%	7	85,7%
	HRS	59	94,9%	30	96,7%	16	81,3%	28	96,4%	36	100,0%	32	96,9%
	Sans hôpital	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/
	TOTAL	77	90,9%	45	91,1%	33	78,8%	38	94,7%	50	94,0%	48	95,8%
Chirurgie de l'appareil génital masculin *(5A41, 5A42, 5A71, 5A81, 5A82,5A84. A partir du 01.07.2022, les codes 5A41, 5A42, 5A71, 5A81,5A82 et 5A84 sont remplacés par les codes suivants : MRA14-MRA15-MRA16-MRA17-MRA18-MRC17-MRQ11-MRQ12-MRQ17-MRQ23-MSA13-MSQ12)*	CHdN	202	90,6%	187	87,2%	220	81,4%	207	86,5%	240	95,4%	349	93,4%
	CHL	331	88,2%	124	90,3%	174	82,8%	181	90,1%	287	93,0%	388	91,2%
	CHEM	364	77,5%	230	75,7%	306	80,7%	246	82,5%	269	87,4%	363	92,8%
	HRS	357	76,8%	311	83,6%	442	81,4%	487	88,3%	551	92,6%	889	93,6%
	Sans hôpital	29	100,0%	18	100,0%	28	100,0%	22	100,0%	141	100,0%	216	100,0%
	TOTAL	1 283	82,6%	870	83,6%	1 170	81,9%	1 143	87,2%	1 488	92,9%	2 205	93,7%

Liste d'actes traceurs selon Recommandation du Conseil scientifique *(codes de la Nomenclature des actes médicaux correspondants)*	Établissements	2019		2020		2021		2022		2023		2024 (p)	
		Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire
Chirurgie de l'appareil génital féminin *(6A71, 6G66, 6G31, 6G32)*	CHdN	157	30,6%	128	30,5%	147	28,6%	153	31,4%	206	22,8%	174	18,4%
	CHL	794	54,0%	648	55,7%	868	60,3%	791	62,8%	652	60,9%	744	62,9%
	CHEM	256	68,0%	200	66,0%	216	52,8%	205	52,7%	203	56,7%	221	60,6%
	HRS	704	39,1%	639	42,6%	766	41,6%	715	44,1%	724	39,8%	756	38,4%
	Sans hôpital	15	100,0%	20	100,0%	31	100,0%	24	100,0%	33	100,0%	32	100,0%
	TOTAL	**1 926**	**48,9%**	**1 635**	**50,4%**	**2 028**	**50,7%**	**1 888**	**52,5%**	**1 818**	**48,4%**	**1 927**	**49,6%**
Intervention pour oreilles décollées *(3R31 et à partir du 19.05.2023 le code 3R31 est remplacé par les codes CVA11 à CVA14)*	CHdN	20	65,0%	11	90,9%	11	90,9%	17	52,9%	26	73,1%	21	71,4%
	CHL	12	8,3%	9	11,1%	11	9,1%	12	91,7%	13	61,5%	12	66,7%
	CHEM	13	23,1%	12	0,0%	8	87,5%	11	27,3%	6	50,0%	9	22,2%
	HRS	27	59,3%	27	88,9%	28	82,1%	23	82,6%	25	76,0%	36	69,4%
	Sans hôpital	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/	<5	100,0%
	TOTAL	**72**	**45,8%**	**59**	**59,3%**	**58**	**70,7%**	**63**	**66,7%**	**70**	**70,0%**	**81**	**65,4%**
TOTAL des actes traceurs de la Recommandation ***(Chirurgie de la cataracte sénile; Chirurgie du strabisme; Chirurgie ORL; Chirurgie du nez; Chirurgie des varices; Hernies ombilicales, inguinales, crurales et éventration; Chirurgie du système locomoteur; Décompression, libération du canal carpien; Chirurgie pour Dupuytren; Chirurgie de l'appareil génital masculin; Chirurgie de l'appareil génital féminin; Intervention pour oreilles décollées / hors extractions dentaires)***		**26 665**	**68,5%**	**20 888**	**73,3%**	**25 562**	**74,7%**	**27 412**	**75,7%**	**31 208**	**75,8%**	**33 130**	**76,3%**

Tableau 105 : Focus sur la chirurgie ambulatoire pour adénoïdectomie et/ou amygdalectomie, 2019-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, actes remboursés de la facturation des médecins, activité opposable, résidents et non-résidents)

Liste d'actes traceurs selon Recommandation du Conseil scientifique *(codes de la Nomenclature des actes médicaux correspondants)*	Établissements	2019		2020		2021		2022		2023		2024 (p)	
		Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire	Nbre total d'interventions	Part des interventions réalisées en ambulatoire
Adénotomie, non cumulable avec l'amygdalectomie *(3L41)*	CHdN	135	97,0%	70	97,1%	92	95,7%	119	95,0%	199	97,5%	191	95,8%
	CHL	130	90,0%	55	92,7%	69	91,3%	96	90,6%	106	92,5%	78	98,7%
	CHEM	207	92,8%	123	95,9%	157	96,8%	174	98,9%	241	95,4%	258	97,7%
	HRS	182	97,8%	84	94,0%	56	96,4%	112	95,5%	125	94,4%	144	97,2%
	Sans hôpital	<5	100,0%	<5	100,0%	<5	100,0%	<5	100,0%	<5	100,0%	<5	100,0%
	TOTAL	655	94,5%	334	95,2%	378	95,5%	502	95,6%	673	95,4%	672	97,2%
Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez l'enfant <12 ans *(3L42)*	CHdN	92	0,0%	47	8,5%	56	1,8%	88	6,8%	126	10,3%	162	37,0%
	CHL	71	29,6%	47	31,9%	59	44,1%	50	72,0%	102	65,7%	110	72,7%
	CHEM	73	27,4%	41	19,5%	42	38,1%	64	45,3%	96	32,3%	122	34,4%
	HRS	131	13,7%	62	16,1%	65	7,7%	102	13,7%	148	14,9%	133	4,5%
	Sans hôpital	0	/	<5	100,0%	<5	100,0%	0	/	<5	100,0%	<5	100,0%
	TOTAL	367	16,1%	198	19,2%	223	22,0%	304	28,0%	473	28,3%	528	35,8%
Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez personne >12 ans *(3L43)*	CHdN	92	0,0%	55	0,0%	62	3,2%	80	3,8%	95	2,1%	100	15,0%
	CHL	64	14,1%	27	14,8%	46	10,9%	52	11,5%	62	12,9%	74	18,9%
	CHEM	73	2,7%	63	17,5%	61	6,6%	65	3,1%	81	2,5%	91	3,3%
	HRS	155	3,2%	109	7,3%	103	4,9%	139	5,8%	140	5,0%	119	0,0%
	Sans hôpital	0	/	0	/	<5	100,0%	0	/	<5	100,0%	<5	100,0%
	TOTAL	384	4,2%	254	9,1%	273	6,2%	336	5,7%	380	5,5%	386	8,8%
Total adénoidectomie et/ou amygdalectomie *(3L41, 3L42, 3L43)*	CHdN	319	41,1%	172	41,9%	210	43,3%	287	42,5%	420	49,8%	453	57,0%
	CHL	265	55,5%	129	54,3%	174	54,0%	198	65,2%	270	64,1%	262	65,3%
	CHEM	353	60,6%	227	60,4%	260	66,2%	303	67,0%	418	62,9%	471	63,1%
	HRS	468	42,9%	255	38,0%	224	28,6%	353	36,5%	413	35,6%	396	36,9%
	Sans hôpital	<5	100,0%	<5	100,0%	6	100,0%	<5	100,0%	5	100,0%	<5	100,0%
	TOTAL	1 406	49,4%	786	48,2%	874	48,9%	1 142	51,1%	1 526	52,2%	1 586	55,2%

5.2.3. Accouchements, procréation médicalement assistée et soins néonataux

- *Accouchements*

Tableau 106 : Évolution du nombre d'accouchements, au GDL, 2014-2024

(Source : Direction de la santé et LIH, système de surveillance de la santé périnatale, activité opposable et non opposable, résidentes et non-résidentes)

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy 2019-23	Croissance ann. moy. 2012-21	Évol. 2014-18	Évol. 2019-23	2024
Nombre d'accouchements	6 851	6 762	6 702	6 897	7 076	6 858	7 108	7 523	7 633	7 561	7 401	7 445	+0,9%	+3,3%	+4,1%	7 583

Note : Les données des accouchements programmés extrahospitaliers réalisés par les sage-femmes libérales sont manquantes en 2021, 2022, 2023 et 2024. Les totaux des accouchements pour ces années ne tiennent pas compte de ces accouchements extrahospitaliers programmés. Afin de donner un ordre de grandeur du nombre de ces accouchements manquants et non comptabilisés, à titre indicatif, le nombre total d'accouchements programmés réalisés par des sage-femmes est de 29 en 2022 et de 13 en 2023.

Tableau 107 : Évolution du nombre d'accouchements réalisés, par lieu d'accouchement, 2019-2024

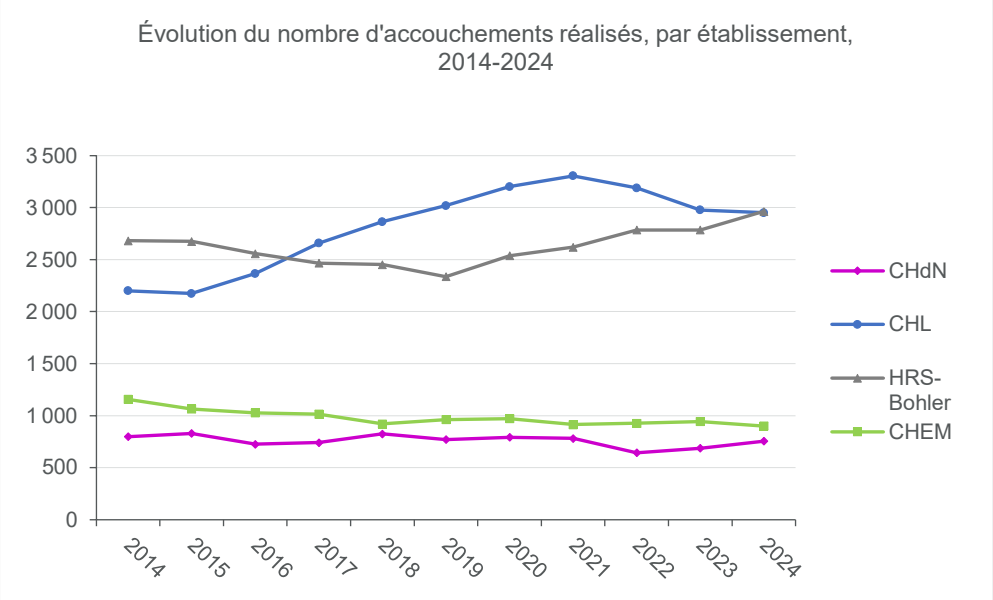
(Source : Direction de la santé et LIH, système de surveillance de la santé périnatale, activité opposable et non opposable, résidentes et non-résidentes)

Lieu	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
CHdN	770	*10,8%*	792	*10,5%*	781	*10,2%*	643	*8,5%*	687	*9,3%*	755	*10,0%*
CHL	3 019	*42,5%*	3 201	*42,5%*	3 306	*43,3%*	3 189	*42,2%*	2 977	*40,2%*	2 951	*38,9%*
HRS-Bohler	2 337	*32,9%*	2 538	*33,7%*	2 619	*34,3%*	2 785	*36,8%*	2 786	*37,6%*	2 963	*39,1%*
CHEM	962	*13,5%*	972	*12,9%*	914	*12,0%*	927	*12,3%*	944	*12,8%*	901	*11,9%*
Autre	<5	*0,04%*	<5	*0,01%*	<5	*0,05%*	5	*0,1%*	<5	*0,03%*	<5	*0,04%*
Domicile	17	*0,2%*	19	*0,3%*	9	*0,1%*	12	*0,2%*	5	*0,1%*	10	*0,1%*
TOTAL	**7 108**	***100%***	**7 523**	***100%***	**7 633**	***100%***	**7 561**	***100%***	**7 401**	***100%***	**7 583**	***100%***

Note : Les données des accouchements programmés extrahospitaliers réalisés par les sage-femmes libérales sont manquantes en 2021, 2022, 2023 et 2024. Les totaux des accouchements pour ces années ne tiennent pas compte de ces accouchements extrahospitaliers programmés. Afin de donner un ordre de grandeur du nombre de ces accouchements manquants et non comptabilisés, à titre indicatif, le nombre total d'accouchements programmés réalisés par des sage-femmes est de 29 en 2022 et de 13 en 2023.

Figure 41 : Évolution du nombre d'accouchements réalisés, par établissement, 2014-2024

(Source : Direction de la santé et LIH, système de surveillance de la santé périnatale, activité opposable et non opposable, résidentes et non-résidentes)

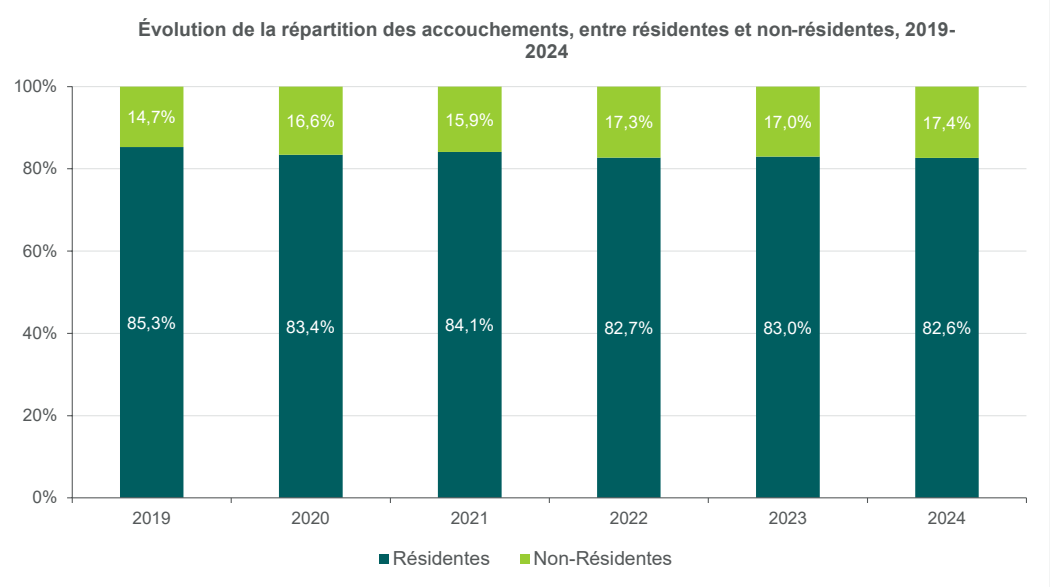


Note : Les données des accouchements programmés extrahospitaliers réalisés par les sage-femmes libérales sont manquantes en 2021, 2022, 2023 et 2024. Les totaux des accouchements pour ces années ne tiennent pas compte de ces accouchements extrahospitaliers programmés. Afin de donner un ordre de grandeur du nombre de ces accouchements manquants et non comptabilisés, à titre indicatif, le nombre total d'accouchements programmés réalisés par des sage-femmes est de 29 en 2022 et de 13 en 2023.

En 2023, le CHL et la Clinique Bohler des HRS réalisent le plus grand nombre d'accouchements, avec respectivement 2 977 et 2 786 accouchements. Entre 2014 et 2024, le CHL et les HRS présentent une tendance globale à la hausse (de 2 201 à 2 951 au CHL et de 2 681 à 2 963 aux HRS), tandis que le CHEM enregistre une diminution (de 1 157 à 901) et que le CHdN reste relativement stable, oscillant entre 643 et 829 accouchements sur la période.

Figure 42 : Évolution de la répartition des accouchements, entre résidentes et non-résidentes, au GDL, 2019-2024

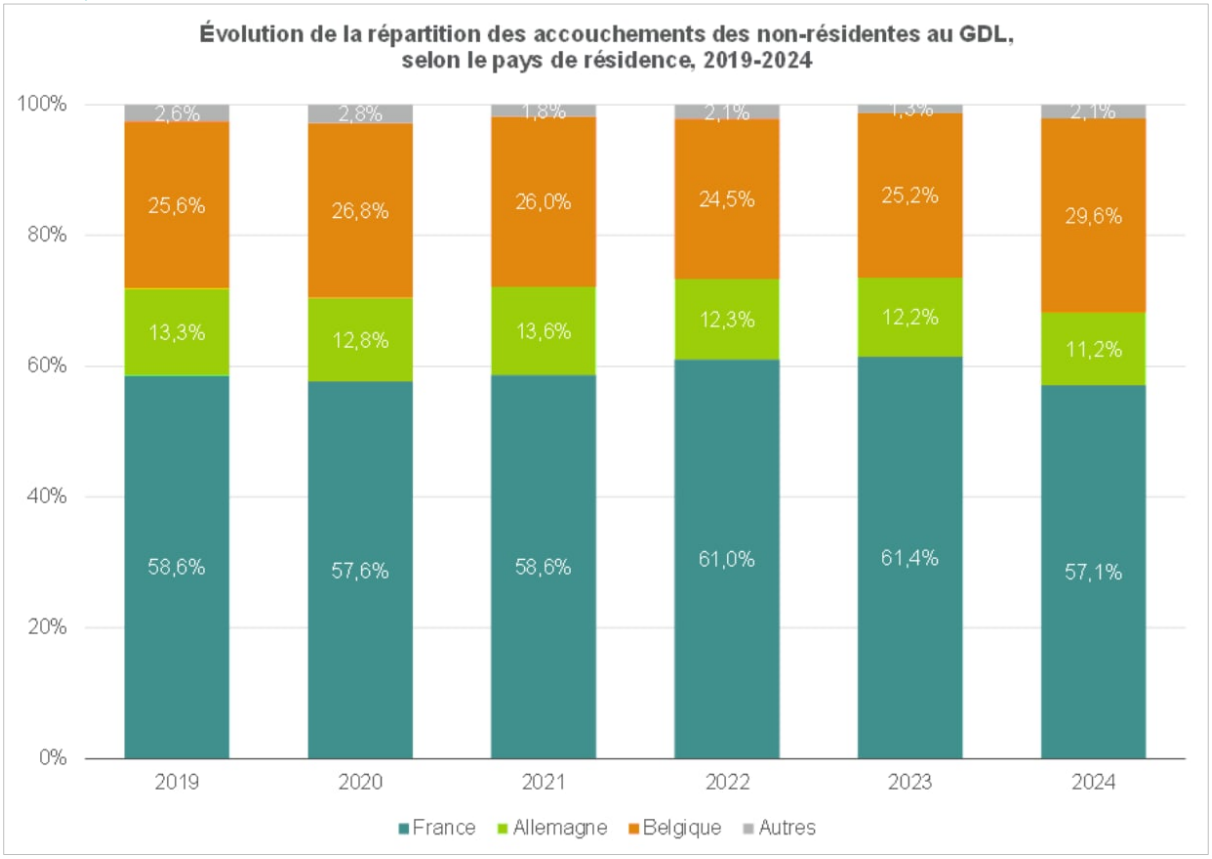
(Source : Direction de la santé et LIH, système de surveillance de la santé périnatale, activité opposable et non opposable, résidentes et non-résidentes)



Note : Les données des accouchements programmés extrahospitaliers réalisés par les sage-femmes libérales sont manquantes en 2021, 2022, 2023 et 2024. Les totaux des accouchements pour ces années ne tiennent pas compte de ces accouchements extrahospitaliers programmés. Afin de donner un ordre de grandeur du nombre de ces accouchements manquants et non comptabilisés, à titre indicatif, le nombre total d'accouchements programmés réalisés par des sage-femmes est de 29 en 2022 et de 13 en 2023.

Figure 43 : Évolution de la répartition des accouchements des non-résidentes au GDL, selon le pays de résidence, 2019-2024

(Source : Direction de la santé et LIH, système de surveillance de la santé périnatale, activité opposable et non opposable, résidentes et non-résidentes)



Note : Les données des accouchements programmés extrahospitaliers réalisés par les sage-femmes libérales sont manquantes en 2021, 2022, 2023 et 2024. Les totaux des accouchements pour ces années ne tiennent pas compte de ces accouchements extrahospitaliers programmés. Afin de donner un ordre de grandeur du nombre de ces accouchements manquants et non comptabilisés, à titre indicatif, le nombre total d'accouchements programmés réalisés par des sage-femmes est de 29 en 2022 et de 13 en 2023.

Entre 2019 et 2024, la proportion d'accouchements concernant des non-résidentes a augmenté, passant de 14,7% à 17,4%. En 2023, les non-résidentes ayant accouché au Luxembourg étaient majoritairement domiciliées en France (61,4%), suivies de la Belgique (25,2%) et de l'Allemagne (12,2%).

▪ *Procréation médicalement assistée*

Tableau 108 : Évolution des grossesses consécutives à un traitement de fertilité, 2019-2024

(Source : Direction de la santé et LIH, système de surveillance de la santé périnatale, activité opposable et non opposable, résidentes et non-résidentes)

	Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Grossesses consécutives à un traitement de fertilité	Nbre	480	450	463	505	481	498
	% du total des grossesses	*6,8%*	*6,0%*	*6,1%*	*6,7%*	*6,5%*	*6,6%*

Tableau 109 : Évolution de la proportion des accouchements multiples consécutifs à un traitement de fertilité, 2019-2024

(Source : Direction de la santé et LIH, système de surveillance de la santé périnatale, activité opposable et non opposable, résidentes et non-résidentes)

Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024
% accouchements multiples à la suite d'une PMA	11,7%	9,3%	10,2%	6,1%	5,8%	5,2%
% accouchements multiples sans PMA	1,3%	1,3%	1,1%	1,2%	1,5%	1,3%

▪ *Petit poids de naissance et prématurité*

Tableau 110 : Évolution de la part des bébés ayant un poids à la naissance < 2500g en cas de naissances multiples, 2019-2024

(Source : Direction de la santé et LIH, système de surveillance de la santé périnatale, activité opposable et non opposable, résidentes et non-résidentes)

Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024
% de bébés vivants ayant un poids à la naissance <2500 g parmi les naissances multiples	61,8%	56,0%	48,0%	52,5%	54,4%	50,2%
% de bébés (vivants et mort-nés) ayant un poids à la naissance <2500 g parmi les naissances multiples	62,6%	56,1%	48,4%	52,7%	54,6%	51,0%

- *Soins néonataux*

DEVENIR DES GRANDS OU TRES GRANDS PREMATURES DANS LES MATERNITES AVEC OU SANS SOINS INTENSIFS NEONATAUX

(Source : Direction de la santé et LIH, système de surveillance de la santé périnatale, activité opposable et non opposable, résidentes et non-résidentes)

Grande prématurité : 28 à 31 semaines inclus / Très grande prématurité : 22 à 27 semaines inclus
Note : Le « Transfert » mentionné dans les deux schémas fait référence au transfert après la naissance vers un service de néonatologie »

Figure 44 : Devenir des 36 bébés de grande ou très grande prématurité nés dans une maternité <u>sans</u> soins intensifs néonataux, 2023-2024

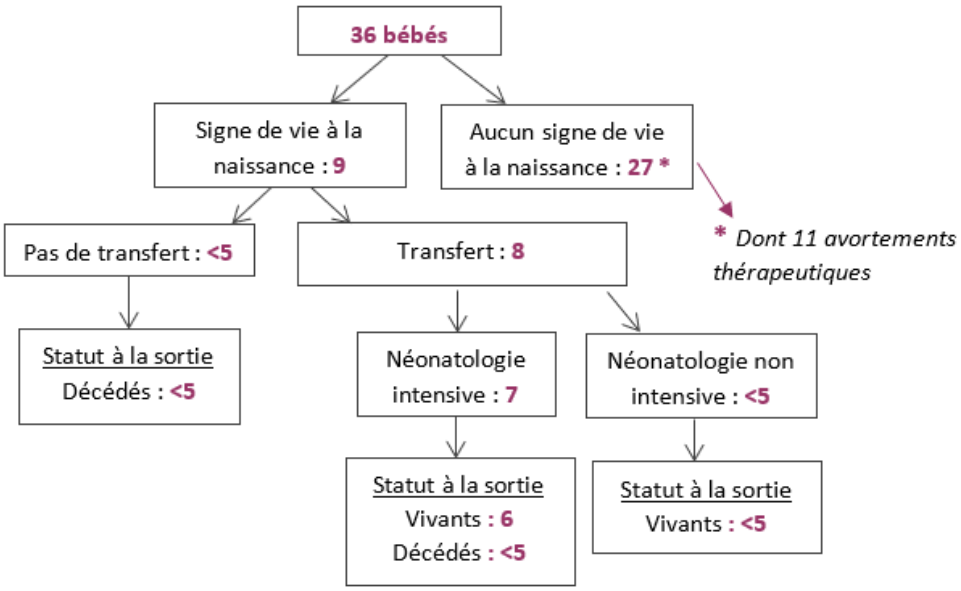
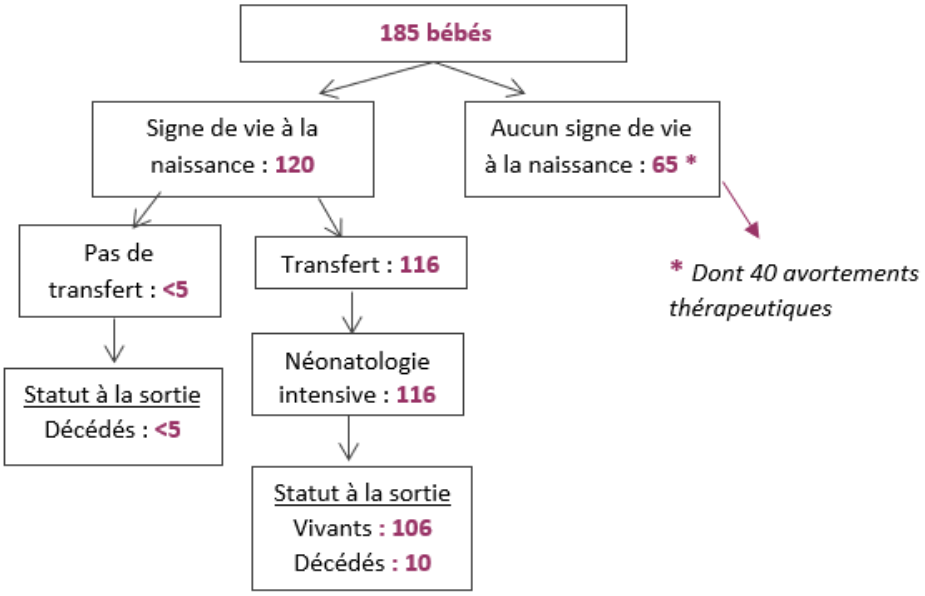


Figure 45 : Devenir des 185 bébés de grande ou très grande prématurité nés dans une maternité <u>avec</u> soins intensifs néonataux, 2023-2024



5.2.4. Hémodialyse

Tableau 111 : Évolution du nombre de passages facturés en hémodialyse, 2014-2024

(Sources : 1.Activité opposable et non opposable : données IGSS (comptabilité des établissements hospitaliers (cascade des frais réels)), traitement ObSanté, données de facturation déclarées par les hôpitaux, résidents et non-résidents. 2.Activité opposable : données IGSS (données de facturation de la CNS (patients résidents et non-résidents)), traitement ObSanté)

Hémodialyse		Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	Moy 2019-23	Croissance ann. moy. 2014-23	2024 (p)
Total activité opp. et non opp. des rés. et non rés.		60 462,4	61 774	66 837	65 352	65 589	67 594	65 429,2	*+1,9%*	66 943
Activité opp.	Nbre UO opp.	59 834,2	60 951	65 883	64 573	64 654	66 901	64 592,4	*+1,9%*	66 161
	dont résidents (% du total opp.)	*90,3%*	*91,3%*	*91,1%*	*91,4%*	*91,4%*	*91,1%*	*91,2%*		*91,8%*
	dont non-résidents (% du total opp.)	*9,7%*	*8,7%*	*8,9%*	*8,6%*	*8,6%*	*8,9%*	*8,8%*		*8,2%*

Tableau 112 : Répartition des passages facturés en hémodialyse et nombre de postes, par établissement, 2023

(Sources : 1.Nombre de postes : données déclarées par les établissements (Carte Sanitaire 2023). 2.Passages facturés : données IGSS ((comptabilité des établissements hospitaliers (cascade des frais réels)), traitement ObSanté, données de facturation déclarées par les hôpitaux, activité opposable et non opposable, résidents et non-résidents

Établis-sements	Nbre de postes 2023	Passages facturés opposables et non opposables, 2023	
		Nbre	*%*
CHdN	22	14 567	21,6%
CHL	26	16 357	24,2%
CHEM	16	13 882	20,5%
HRS	29	22 788	33,7%
TOTAL	**93**	**67 594**	**100,0%**

Tableau 113 : Évolution du nombre de nouveaux patients dialysés, par établissement, 2015-2024

(Source : données déclarées par les établissements (activité opposable et non-opposable, résidents et non-résidents, traitement ObSanté)

Établis-sements	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évol. 2015-24
CHdN	98	40	28	34	46	44	51	46	48	43	-56,1%
CHL	25	19	20	18	31	57	50	64	61	53	112,0%
CHEM	45	75	75	65	69	25	37	31	37	45	0,0%
HRS	[53]	[56]	65	41	40	32	37	42	29	34	-35,8%
CHK	25	30	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ZITHA	28	26	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
TOTAL	**221**	**190**	**188**	**158**	**186**	**158**	**175**	**183**	**175**	**175**	**-20,8%**

Notes :
- Sont inclus les individus ayant initié un traitement de dialyse chronique au cours de l'année calendaire.
- Seuls les nouveaux patients sont comptabilisés. Les patients déjà dialysés avant l'année considérée sont exclus.

Tableau 114 : Évolution du nombre de séances de dialyses réalisées dans les services de dialyse, par établissement, 2015-2024

(Source : données déclarées par les établissements (activité opposable et non-opposable, résidents et non-résidents, traitement ObSanté)

Établis-sements	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évol. 2015-24
CHdN	10 440	10 826	10 718	10 582	11 332	12 791	13 880	14 326	14 482	14 666	40,5%
CHL	10 137	10 645	9 900	10 605	10 309	11 530	11 133	10 761	11 645	12 277	21,1%
CHEM	12 014	14 339	13 720	13 646	14 505	14 624	14 102	13 259	13 882	14 630	21,8%
HRS	[23 230]	[24 035]	23 361	22 927	22 051	23 651	22 505	22 075	21 890	20 692	-10,9%
CHK	12 796	13 523	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ZITHA	10 434	10 512	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
TOTAL	**55 821**	**59 845**	**57 699**	**57 760**	**58 197**	**62 596**	**61 620**	**60 421**	**61 899**	**62 265**	**11,5%**

Note : Les dialyses chroniques correspondent aux dialyses conventionnelles réalisées pendant les heures d'ouverture du service de dialyse. Ne sont pas comptabilisées dans les dialyses chroniques : les dialyses faites en réanimation, en garde, dans un autre service, à domicile, les dialyses péritonéales, les dialyses limited care.

Tableau 115 : Évolution du nombre de séances de dialyses limited-care, par établissement, 2015-2024

(Source : données déclarées par les établissements (activité opposable et non-opposable, résidents et non-résidents, traitement ObSanté)

Établis-sements	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évol. 2015-24
CHL	3 013	2 595	2 717	2 479	2 484	2 506	2 932	2 966	2 917	2 567	-14,8%
CHEM	0	0	0	0	0	350	286	134	0	0	/
TOTAL	**3 013**	**2 595**	**2 717**	**2 479**	**2 484**	**2 856**	**3 218**	**3 100**	**2 917**	**2 567**	**-14,8%**

Note : Le CHdN et les HRS ne renseignent pas de séances de dialyse limited care.

Tableau 116 : Évolution du nombre de séances de dialyses péritonéales, par établissement, 2015-2024

(Source : données déclarées par les établissements (activité opposable et non-opposable, résidents et non-résidents, traitement ObSanté)

Établis-sements	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évol. 2015-24
CHdN	0	0	19	71	35	25	88	56	78	18	/
CHL	0	0	0	330	399	447	452	801	1 693	1 221	/
HRS	0	[3]	8	118	156	111	170	312	267	171	/
CHK	0	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
TOTAL	**0**	**6**	**27**	**519**	**590**	**583**	**710**	**1 169**	**2 038**	**1 410**	**NA**

Note : Le CHEM n'effectue pas de séances de dialyse péritonéale.

Tableau 117: Évolution du nombre de séances de dialyses réalisées à domicile, par établissement, 2015-2024

(Source : données déclarées par les établissements (activité opposable et non-opposable, résidents et non-résidents, traitement ObSanté)

Établis-sements	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évol. 2015-24
CHL	149	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-100%
CHEM	0	0	0	0	0	350	286	134	0	0	/
TOTAL	**149**	**0**	**0**	**0**	**0**	**350**	**286**	**134**	**0**	**0**	**-100%**

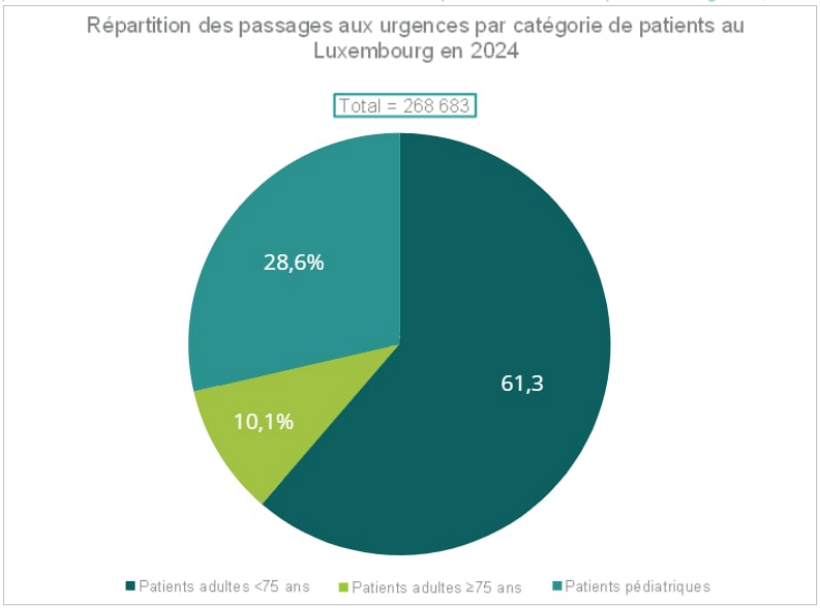
Notes :
- Le CHdN et les HRS ne renseignent pas de séances de dialyse réalisée à domicile.
- Des séances de dialyse à domicile en limited-care ont été recensées au CHEM entre 2020 et 2022. Cette modalité de prise en charge n'est plus rapportée pour les années 2023 et 2024.

5.2.5. Services d'urgence

Cette édition de la Carte Sanitaire présente, pour la première fois, les indicateurs relatifs aux services d'urgence, tels que prévus par le règlement grand-ducal modifié du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique.
Les données proviennent du rapport annuel établi par les établissements hospitaliers pour 2024, conformément au point 7 de l'annexe dudit règlement.
Le périmètre couvre les quatre services d'urgence des centres hospitaliers, ainsi que le service national d'urgence pédiatrique de la Kannerklinik, soit un total de cinq services. Seuls les services d'urgence au sens de la loi hospitalière modifiée de 2018 sont inclus. En conséquence, les policliniques au sein desquelles sont dispensés des soins non programmés sont exclues du champ de l'analyse.

Pour la majorité des indicateurs (hors ceux relatifs aux filières), les définitions ont été élaborées et validées par le groupe de travail « Urgence » (comprenant entre-autres des représentants de la FHL et Direction de la santé). L'implémentation de ces définitions a permis la collecte des données et la production des données au sein des établissements pour l'année 2024. Ces données ont été recueillies par la Direction de la santé auprès des cinq services d'urgence au moyen d'un formulaire standardisé, puis transmises à l'ObSanté qui en a assuré le traitement.

Figure 46 : Passages aux urgences par catégorie de patients au Luxembourg en 2024
(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



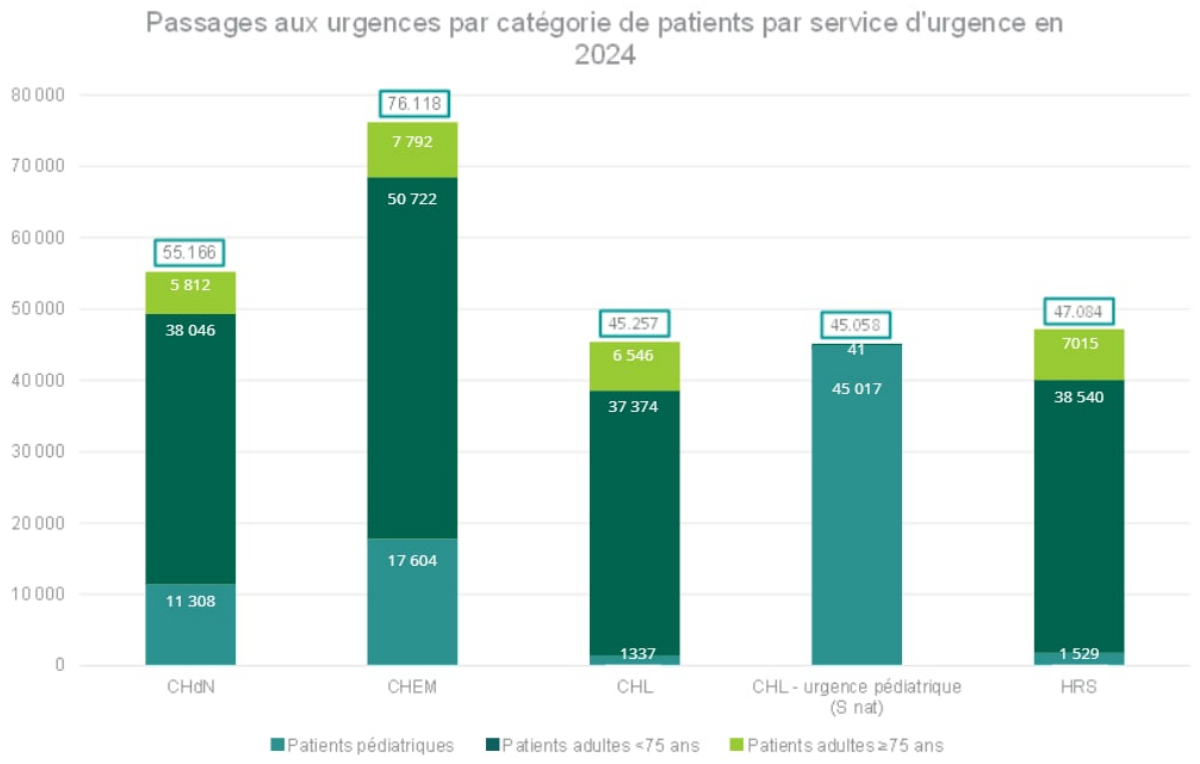
Notes :
- Aux HRS, les patients pédiatriques ne sont pas pris en charge principalement par le service d'urgence, mais par la policlinique non programmée.
- La classification des patients âgés de 18 ans diffère selon les services d'urgence. Les patients âgés de 18 ans sont exclus des passages pédiatriques au CHdN, au CHL et aux HRS, mais inclus dans ceux du CHEM et du CHL-Kannerklinik.

En 2024, le nombre total de passages aux services d'urgence est de 268 683. Les patients adultes représentent la majorité des passages (71,4%), dont 61,3% concernent les moins de 75 ans et 10,1% les 75 ans et plus. Les passages pédiatriques représentent 28,6% du total.
En moyenne, cela correspond à **734 passages par jour** dans les services d'urgence en 2024 (268 683 passages sur 366 jours).

Tableau 118 : Passages aux urgences par catégorie de patients au Luxembourg en 2024
(Source : Direction de la Santé (données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

Catégorie de patients	Nombre de passages	Part (%)
Patients adultes	**191 888**	**71,4%**
Patients adultes <75 ans	*164 723*	*61,3%*
Patients adultes ≥75 ans	*27 165*	*10,1%*
Patients pédiatriques	**76 795**	**28,6%**
Total	**268 683**	**100,0%**

Figure 47 : Passages aux urgences par catégorie de patients et par service d'urgence en 2024
(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

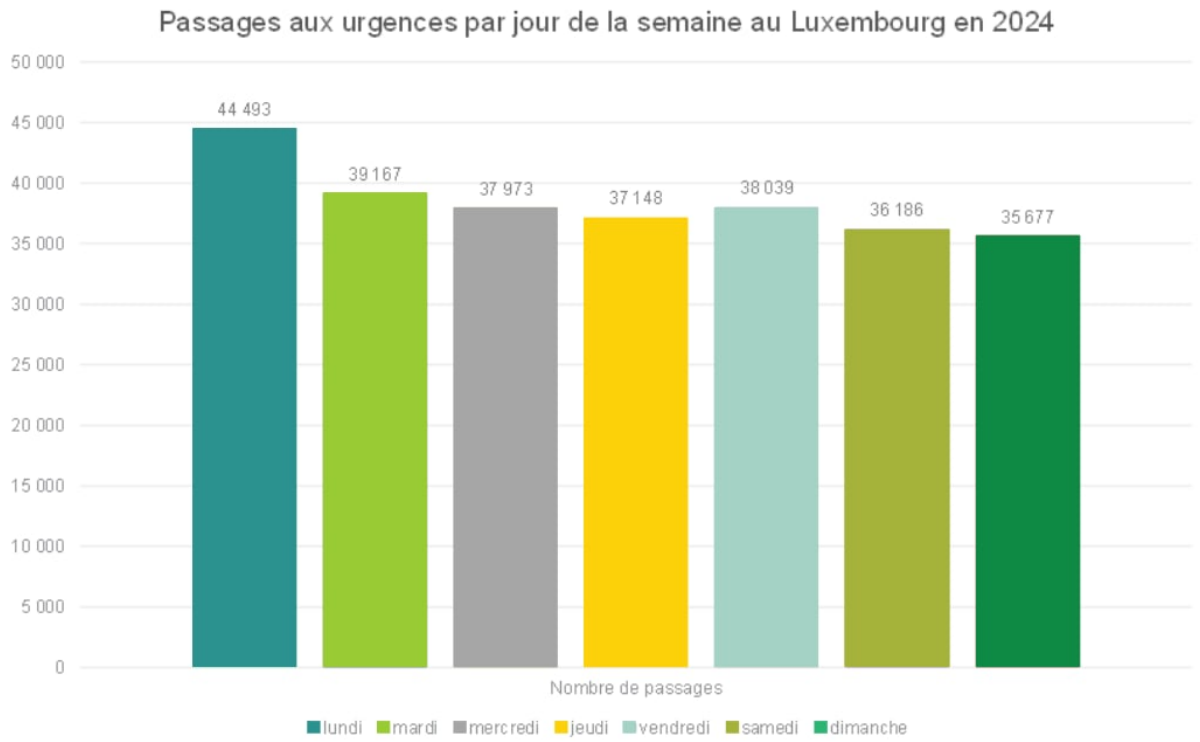


Notes :
- Aux HRS, les patients pédiatriques ne sont pas pris en charge principalement par le service d'urgence, mais par la policlinique non programmée. En 2024, 19 288 passages de patients pédiatriques ont été enregistrés à la policlinique non programmée des HRS. À titre de comparaison, le nombre de passages pédiatriques en policlinique non programmée s'élève respectivement à 1 406 au CHdN et à 3 430 au CHEM en 2024.
- Les patients âgés de 18 ans sont exclus des passages pédiatriques au CHdN, au CHL et aux HRS mais inclus dans ceux du CHEM.
- Les patients d'âge adulte au service national d'urgence pédiatrique sont âgés de 18 ans et X jours.

En 2024, le CHEM enregistre le plus grand nombre de passages aux urgences avec 76 118 passages (28,3% du total), suivi du CHdN avec 55 166 passages (20,5%), des HRS avec 47 084 passages (17,5%), du CHL avec 45 257 passages (16,8%), tandis que le service national d'urgence pédiatrique du CHL comptabilise 45 058 passages (16,8%).

Figure 48 : Passages aux urgences par jour de la semaine au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Les passages aux services d'urgence varient selon le jour de la semaine, avec un pic observé le lundi (44 493 passages et le niveau le plus faible étant enregistré le dimanche (35 677 passages).

Ce profil hebdomadaire, marqué par un pic d'activité en début de semaine, est bien documenté dans la littérature internationale[31], qui montre que les passages aux urgences sont plus fréquents le lundi, en particulier chez les adultes, avec une diminution progressive au cours de la semaine[32] [33].

La répartition des passages aux urgences par jour de la semaine a également été examinée séparément pour les patients adultes et pédiatriques.

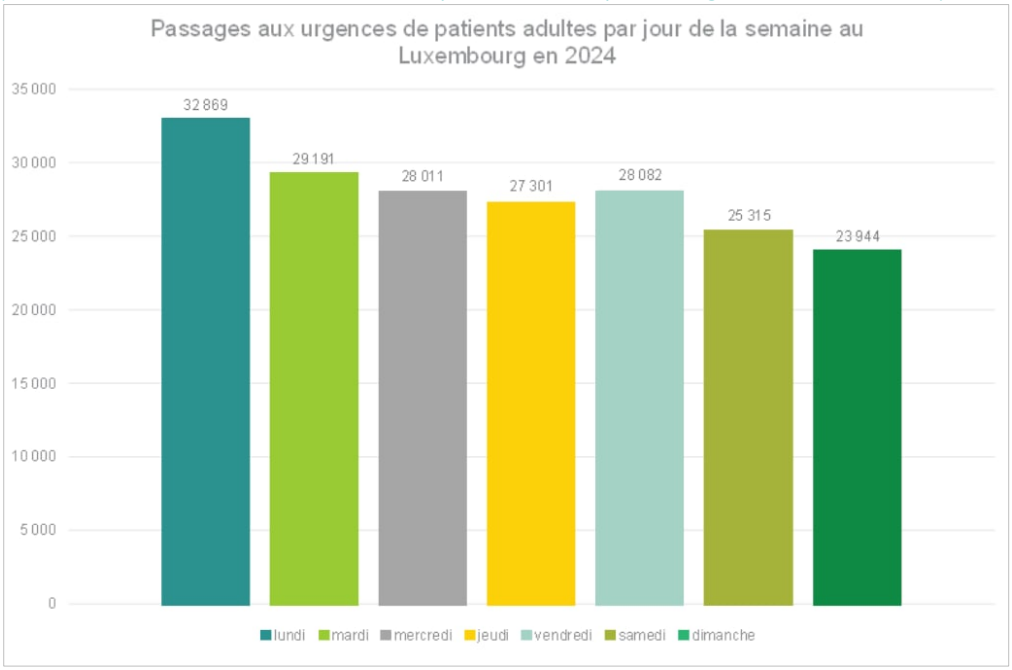
[31] Ebrahimihoor E, Karpman M, Grover J, Muganlinskaya N. Day of the Week Variation in Emergency Department Arrivals, Chest Pain, and Acute Myocardial Infarction Throughout 2016-2019. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2023 Sep 2;13(5):15-22. doi: 10.55729/2000-9666.1237. PMID: 37868675; PMCID: PMC10589040.

[32] https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-accident--emergency-activity/2019-20/time-of-day

[33] DREES • Études et Résultats • décembre 2024 • n° 1320 • Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements

Figure 49 : Passages aux urgences de patients adultes par jour de la semaine au Luxembourg en 2024

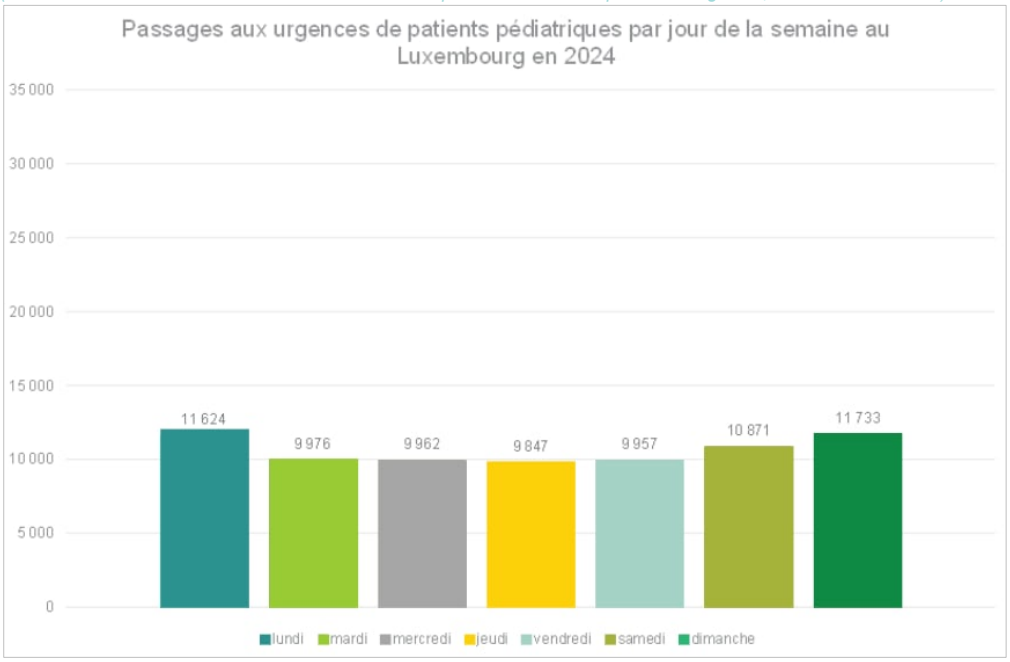
(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Notes :
- Les patients âgés de 18 ans sont inclus des passages adultes au CHdN, mais exclus dans ceux du CHEM.
- Faute de données précises, les 1 337 passages pédiatriques du CHL (adulte) et les 1 529 passages pédiatriques des HRS sont inclus, tandis que les 41 passages du service national d'urgence pédiatrique de patients âgés de 18 ans et X jours sont exclus.

Figure 50 : Passages aux urgences de patients pédiatriques par jour de la semaine au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



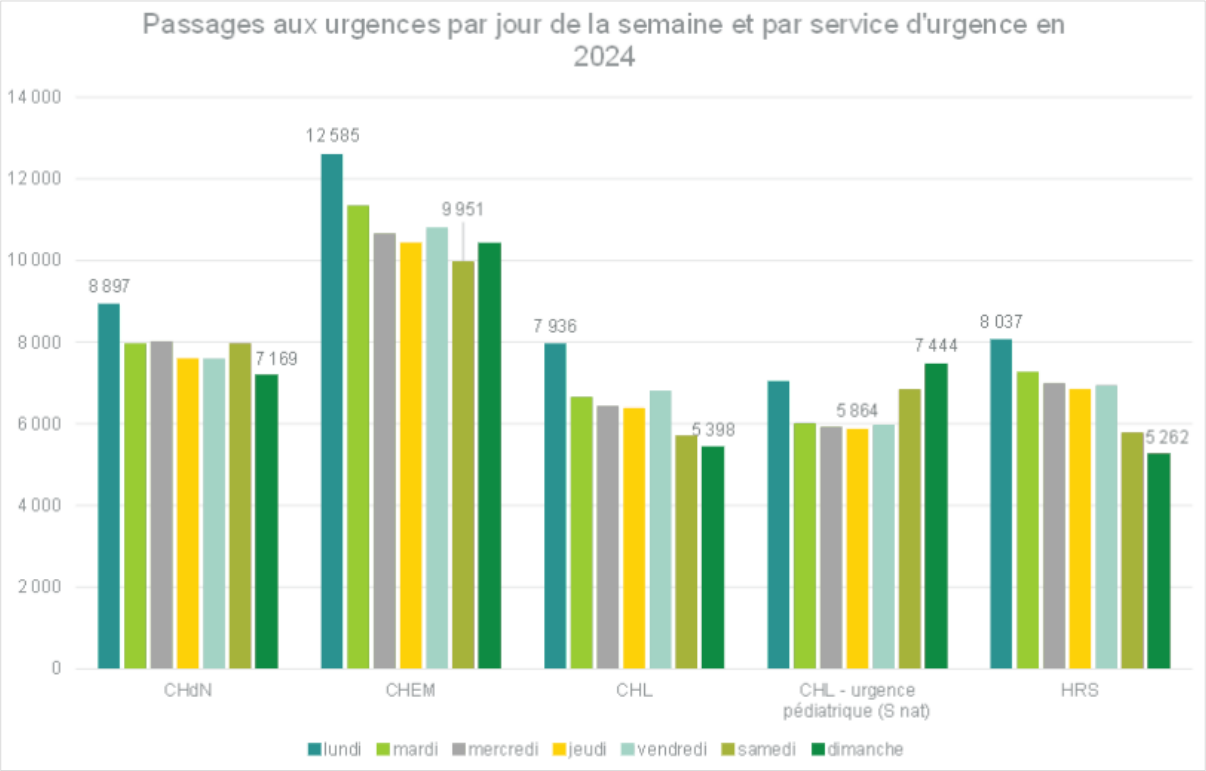
Notes :
- Aux HRS, les patients pédiatriques ne sont pas pris en charge principalement par le service d'urgence, mais par la policlinique non programmée. En 2024, 19 288 passages de patients pédiatriques ont été enregistrés à la policlinique non programmée des HRS. À titre de comparaison, le nombre de passages pédiatriques en policlinique non programmée s'élève respectivement à 1 406 au CHdN et à 3 430 au CHEM en 2024.
- Les patients âgés de 18 ans sont exclus des passages pédiatriques au CHdN, mais inclus dans ceux du CHEM.
- Faute de données précises, les 1 337 passages pédiatriques du CHL (adulte) et les 1 529 passages pédiatriques des HRS sont exclus, tandis que les 41 passages du service national d'urgence pédiatrique de patients âgés de 18 ans et X jours sont inclus.

La répartition des passages aux urgences selon le jour de la semaine diffère entre les patients adultes et pédiatriques. Chez les adultes, l'activité est plus importante en début de semaine, avec un pic observé le lundi (32 869 passages), tandis qu'elle est plus faible durant le week-end, le nombre de passages le plus bas étant enregistré le dimanche (23 944).

À l'inverse, les passages pédiatriques sont les plus nombreux durant le week-end ainsi qu'également le lundi. Le dimanche (11 733 passages) et le lundi (11 624) correspondent aux journées enregistrant le plus grand nombre de passages pédiatriques aux urgences.

Figure 51 : Passages aux urgences par jour de la semaine et par service d'urgence en 2024

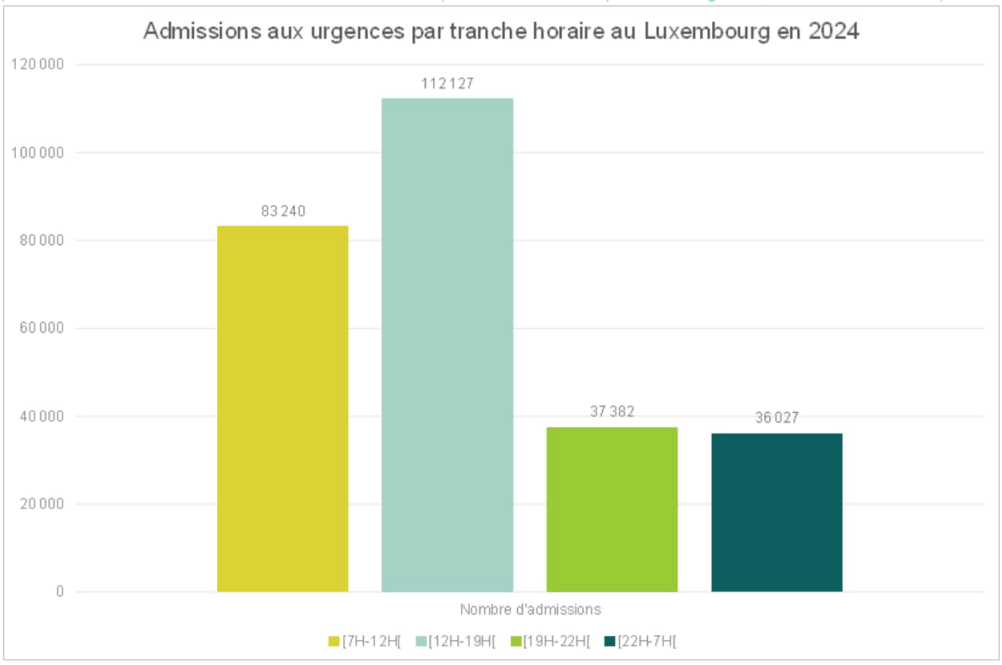
(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Cette dynamique se reflète dans les profils d'activité des services d'urgence : au CHEM, au CHdN, au CHL et aux HRS, les pics d'activité sont observés en début de semaine, alors qu'au service national d'urgence pédiatrique le niveau d'activité est plus élevé le dimanche (7 444 passages), suivi du lundi (7 038) et du samedi (6 825).

Figure 52 : Admissions aux urgences par tranche horaire au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

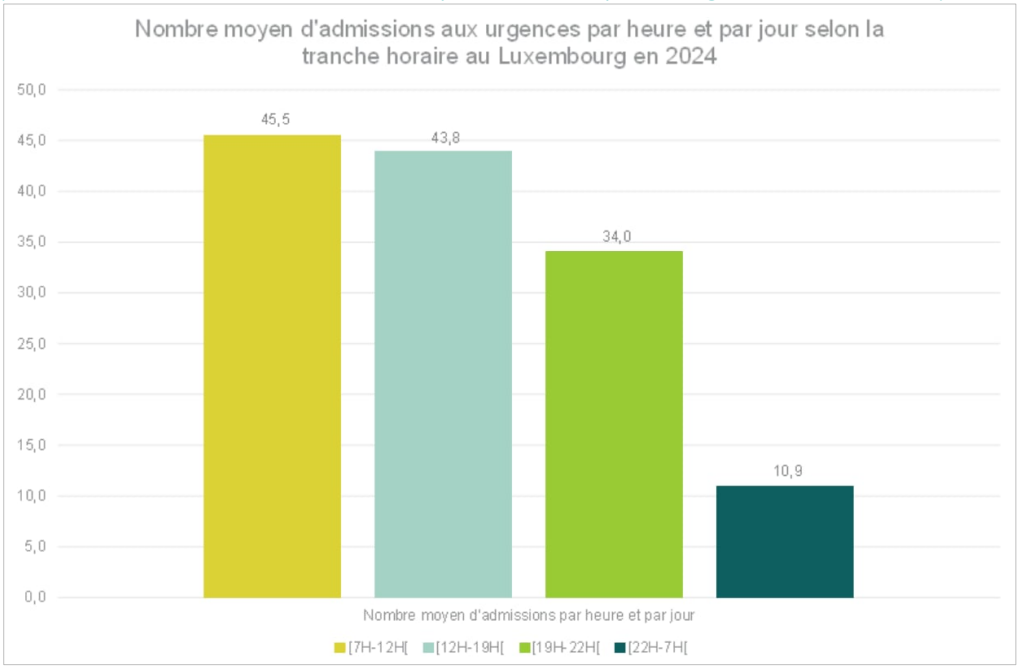


Note : Un écart de 93 passages supplémentaires est observé par rapport au nombre total de passages aux urgences en 2024 (268 683), en raison des doublons de dossiers ouverts à l'admission aux HRS, dont un seul est par la suite clôturé.

Les admissions aux services d'urgence se concentrent principalement durant la journée, avec un volume de 112 127 admissions entre 12h et 19h, suivi de la tranche 7h-12h (83 240 admissions). Le soir et la nuit enregistrent des volumes plus faibles, avec respectivement 37 382 admissions entre 19h et 22h et 36 027 admissions entre 22h et 7h. Rapportée au nombre d'heures et de jours, l'activité apparaît toutefois la plus intense en début de journée : la tranche 7h-12h présente le nombre moyen d'admissions par heure et par jour le plus élevé (45,5), devant la tranche 12h-19h (43,8). L'activité diminue ensuite en soirée (34,0 admissions entre 19h et 22h) et atteint son niveau le plus faible durant la nuit, avec 10,9 admissions en moyenne entre 22h et 7h.

Figure 53 : Nombre moyen d'admissions aux urgences par heure et par jour selon la tranche horaire au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Le profil horaire des admissions a également été examiné séparément pour les patients adultes et pédiatriques.

Figure 54 : Nombre moyen d'admissions aux urgences de patients adultes par heure et par jour selon la tranche horaire au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

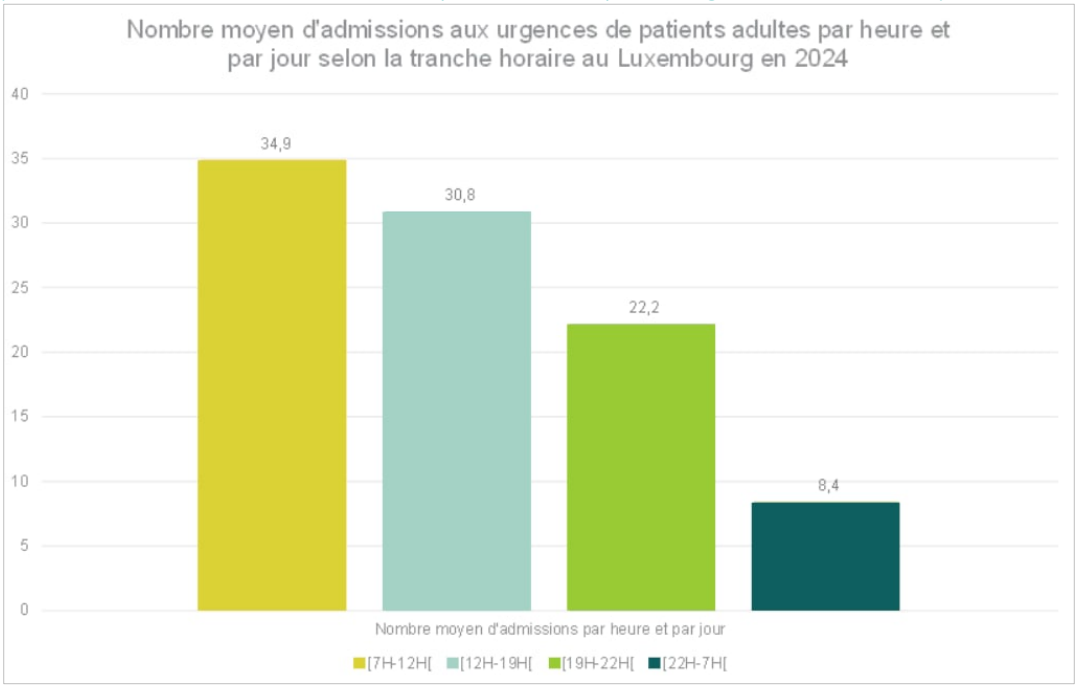
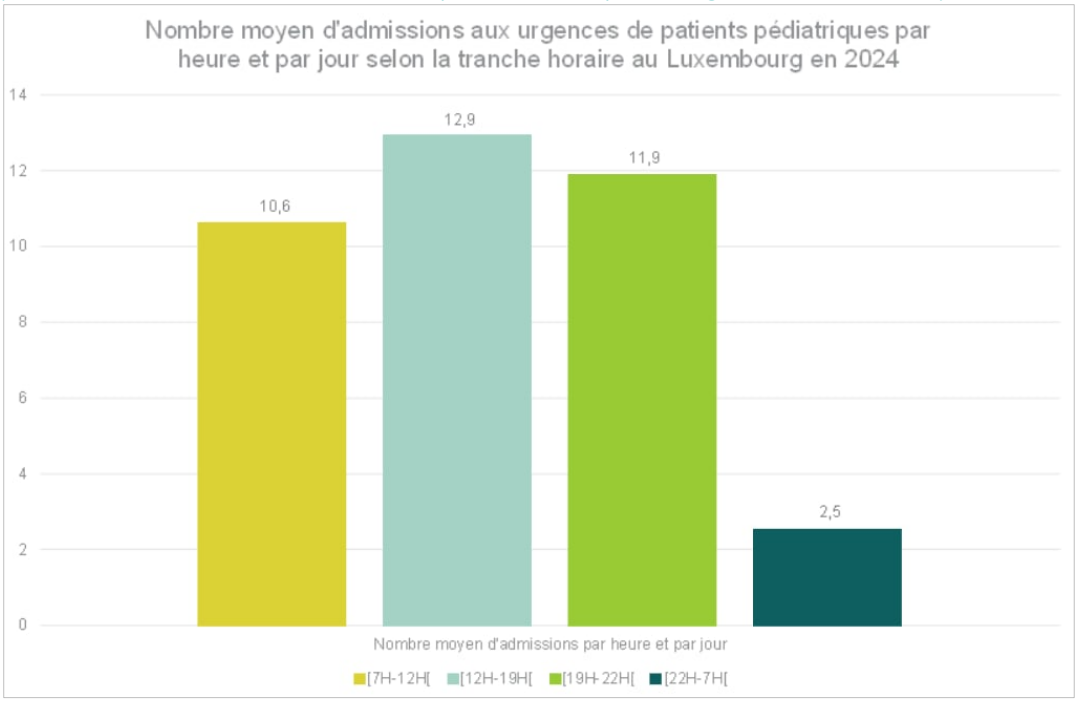


Figure 55 : Nombre moyen d'admissions aux urgences de patients pédiatriques par heure et par jour selon la tranche horaire au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



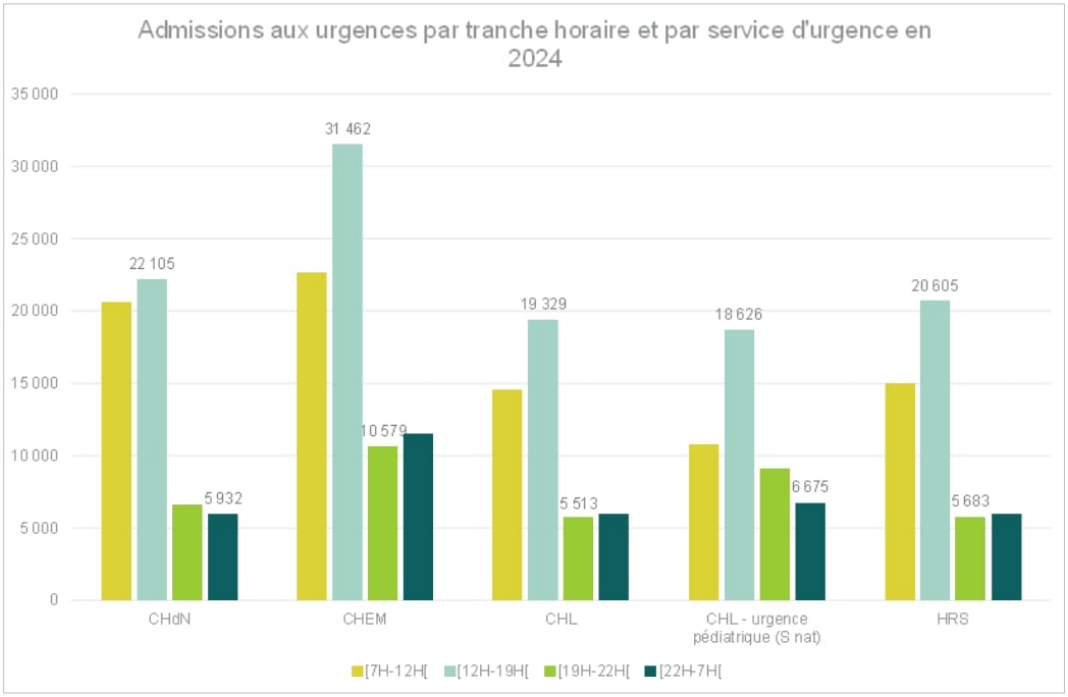
Chez les adultes, l'activité est la plus élevée en matinée (7h-12h : 34,9 admissions par heure et par jour), puis diminue progressivement au cours de la journée et de la nuit.
À l'inverse, chez les patients pédiatriques, l'activité est plus importante en milieu et fin de journée, avec un pic entre 12h et 19h (12,9), suivi de la tranche 19h-22h (11,9).
Dans les deux populations, l'activité nocturne reste la plus faible de la journée.

Il convient toutefois de noter que cet indicateur reflète les admissions et non l'occupation réelle des services d'urgence par tranche horaire. Un décalage de 2 à 3 heures peut exister entre l'heure

d'admission et la présence effective des patients, ce qui peut entraîner un chevauchement entre les patients déjà présents et les nouvelles admissions.

Figure 56 : Admissions aux urgences par tranche horaire et par service d'urgence en 2024

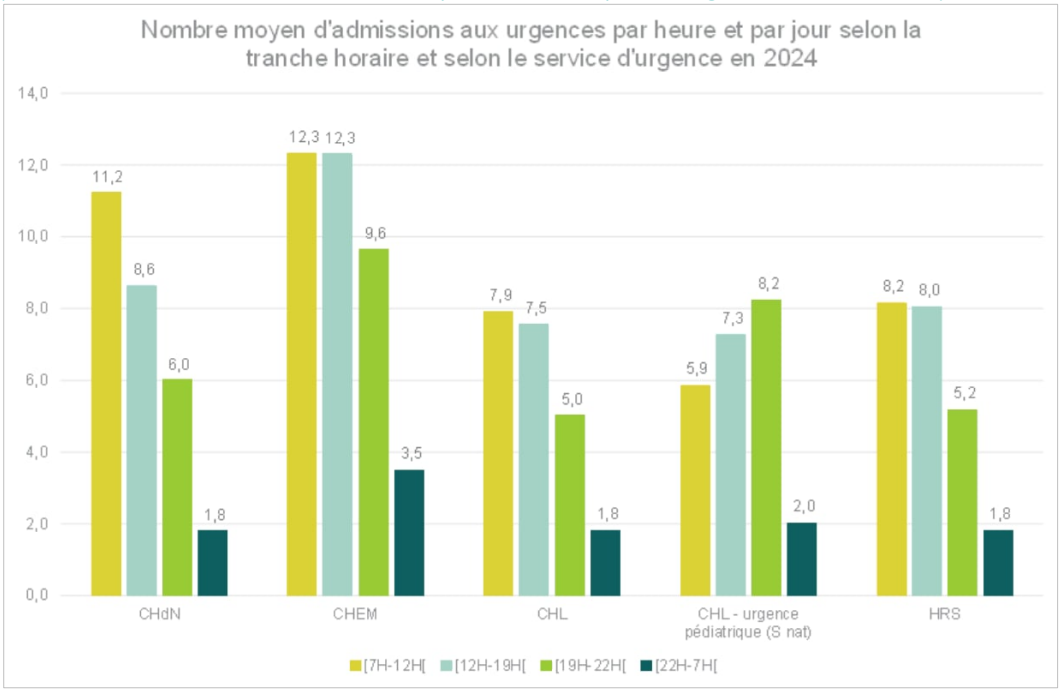
(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Note : Pour la répartition des passages par tranche horaire, un écart de 93 passages est observé par rapport au nombre total de passages aux urgences en 2024 (268 683). Ce nombre de passages supplémentaires s'explique par l'ouverture de dossiers en double aux HRS lors de la phase d'admission ; par la suite un seul dossier est effectivement clôturé.

Figure 57 : Nombre moyen d'admissions aux urgences par heure et par jour selon la tranche horaire et selon le service d'urgence en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

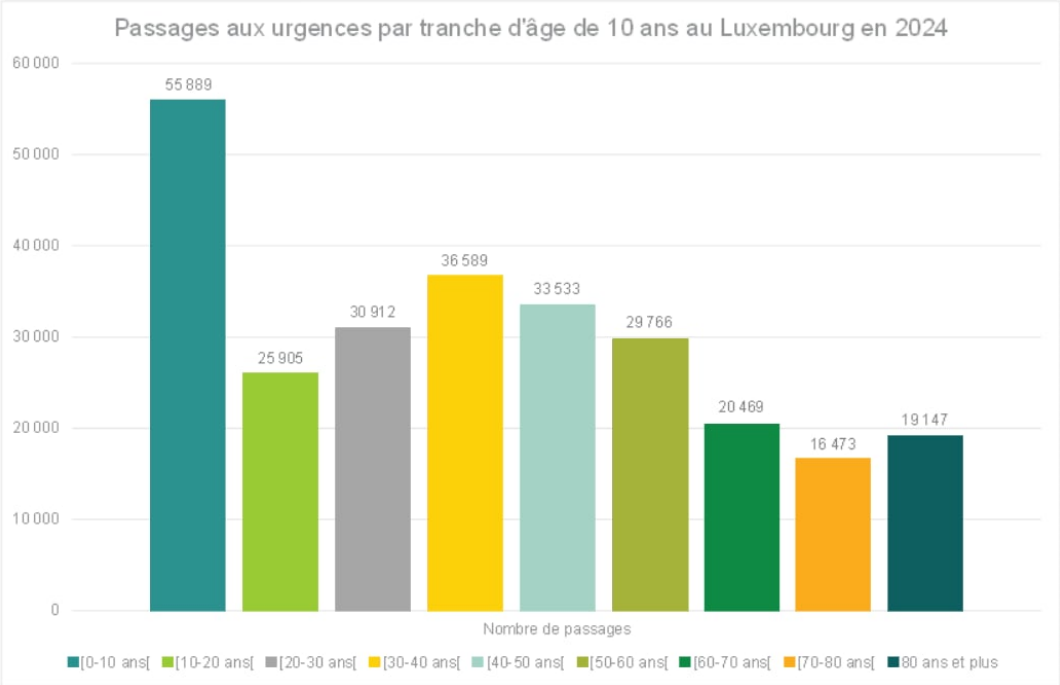


En 2024, les services d'urgence des centres hospitaliers présentent un profil similaire, avec un volume d'admission et un nombre moyen d'admissions aux urgences par heure et par jour plus élevés en journée (7h-19h), puis une diminution progressive en soirée et durant la nuit.

À l'inverse, le service national d'urgence pédiatrique se distingue par un profil décalé, avec une augmentation progressive du nombre moyen d'admissions aux urgences au cours de la journée et un pic de ce nombre moyen en soirée (19h-22h). Dans l'ensemble des services, l'activité nocturne (22h-7h) reste la plus faible.

Figure 58 : Passages aux urgences par tranche d'âge de 10 ans au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



En 2024, les passages aux services d'urgence sont les plus nombreux chez les enfants de moins de 10 ans (55 889 passages). Chez les adultes, les volumes les plus élevés sont observés entre 30 et 50 ans (36 589 passages pour les 30-40 ans et 33 533 pour les 40-50 ans).

Tableau 119 : Taux de recours aux services d'urgence par tranche d'âge de 10 ans au Luxembourg en 2024 (pour 1 000 habitants)

(Sources : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence, Statec : population résidente au 01.07.2024, Eurostat : population européenne de référence 2013 ; traitement ObSanté.)

Tranche d'âge	Nombre de passages	Nombre de résidents luxembourgeois	Taux brut pour 1 000 habitants	ESP2013	Contribution au taux standardisé
[0-10 ans[	55 889	70 011	798,3	10 500	83,8
[10-20 ans[	25 905	71 539	362,1	11 000	39,8
[20-30 ans[	30 912	89 996	343,5	12 000	41,2
[30-40 ans[	36 589	109 063	335,5	13 500	45,3
[40-50 ans[	33 533	100 154	334,8	14 000	46,9
[50-60 ans[	29 766	93 050	319,9	13 500	43,2
[60-70 ans[	20 469	71 835	284,9	11 500	32,8
[70-80 ans[	16 473	44 197	372,7	9 000	33,5
80 ans et plus	19 147	26 814	714,1	5 000	35,7
Total	**268 683**	**676 659**	**397,1**	**100 000**	**402,2**

Note : ESP2013 : European standard population 2013

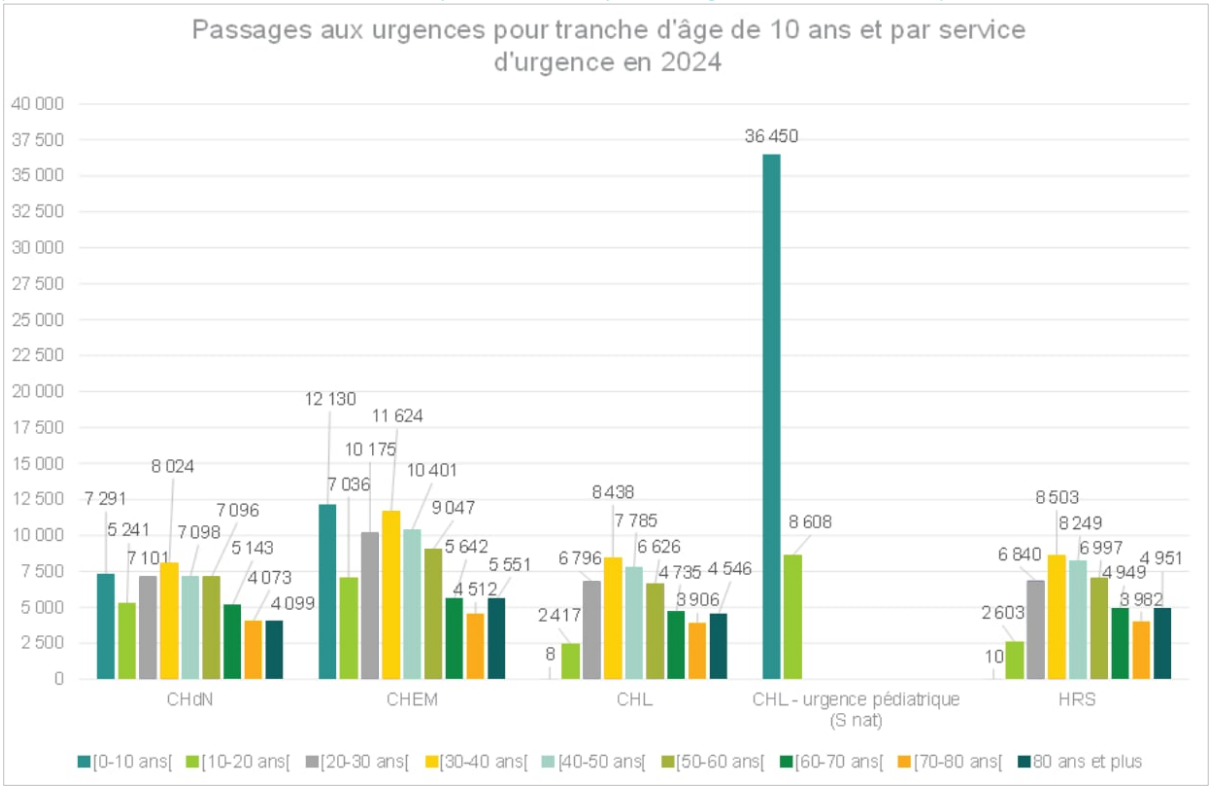
Remarque : Ces estimations de taux doivent toutefois être interprétées avec prudence, car les données de passages incluent des patients résidents et non-résidents, tandis que les données de population utilisées concernent uniquement les résidents. Cette différence entraîne une surestimation des taux. À titre d'information, en 2024, 13,2% des passages aux urgences concernent des non-résidents.

L'âge joue un rôle essentiel dans le recours aux services d'urgence. Les taux de recours par tranche d'âge mettent en évidence un profil en U selon l'âge : les taux les plus élevés sont observés chez les enfants de moins de 10 ans (798,3 passages pour 1 000 habitants) ainsi que chez les personnes âgées de 80 ans et plus (714,1 pour 1 000 habitants). À l'inverse, les taux sont plus faibles chez les adultes, notamment entre 50 et 70 ans, où ils se situent autour de 300 passages pour 1 000 habitants. Ce profil

en U est également observé dans le Cahier statistique n°15 de l'IGSS consacré au recours aux soins urgents en médecine hospitalière en 2019[34]. Cette analyse mettait déjà en évidence un niveau de recours particulièrement élevé chez les enfants de 0 à 4 ans ainsi qu'un creux marqué chez les personnes âgées de 60 à 64 ans et de 65 à 69 ans, avant une remontée progressive des taux aux âges plus avancés.

Afin de permettre des comparaisons internationales indépendantes des différences de structure d'âge de la population, un taux standardisé a également été calculé selon la méthode directe, en utilisant la population standard européenne de 2013 (ESP2013). Cette méthode consiste à appliquer les taux spécifiques observés par tranche d'âge à une population de référence commune. Le taux standardisé obtenu pour le Luxembourg s'élève ainsi à 402,2 passages pour 1 000 habitants, contre un taux brut de 397,1 pour 1 000 habitants.
Ce taux standardisé permet par ailleurs une comparaison avec les indicateurs publiés dans d'autres pays, notamment la Suisse,[35] selon la même approche méthodologique. En 2024, le taux standardisé suisse s'élève à 237,3 passages pour 1 000 habitants. Des disparités importantes sont toutefois observées entre les cantons, avec des taux allant d'environ 100 passages pour 1 000 habitants à plus de 360 pour 1 000 habitants. Comparé à la Suisse, le Luxembourg présente donc un taux standardisé sensiblement plus élevé.
En France, le taux brut de recours aux services d'urgence s'élève à 307 passages pour 1 000 habitants en 2023[36]. En Angleterre, il est de 286 passages pour 1 000 habitants au cours de la saison 2023-2024[37].

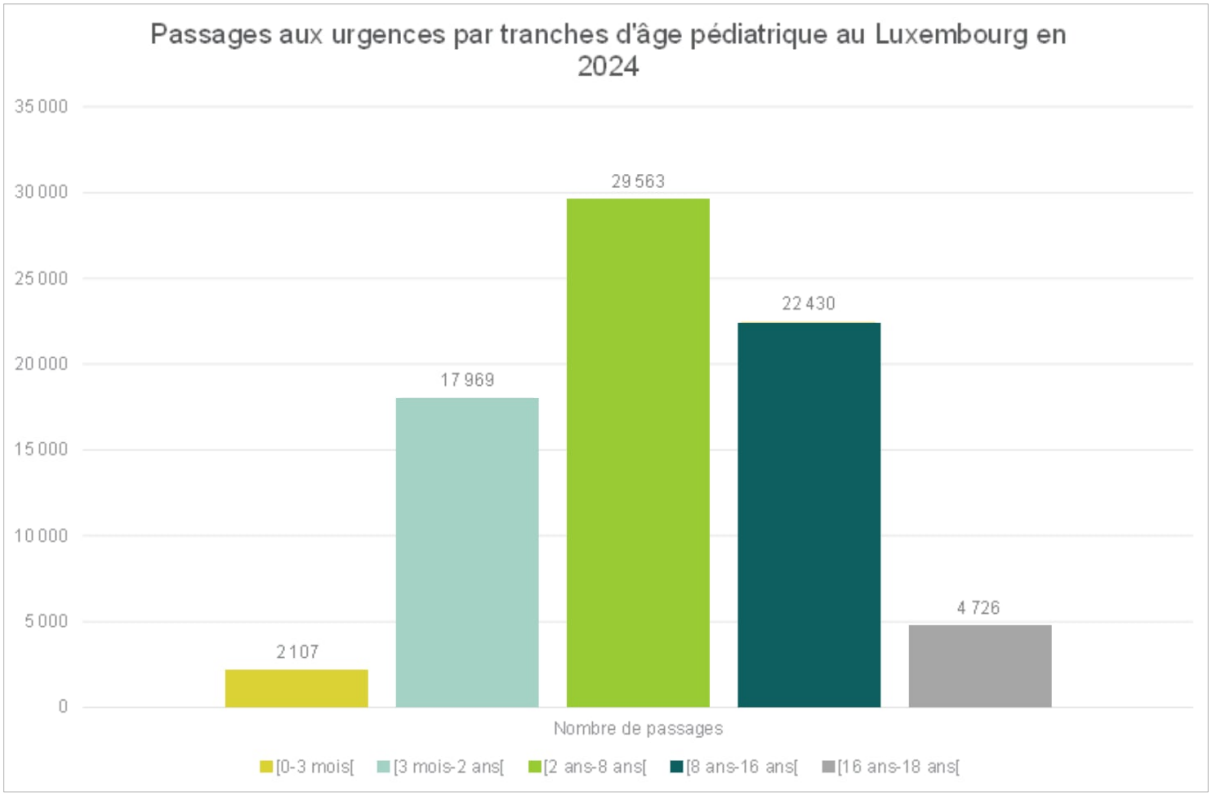
Figure 59 : Passages aux urgences par tranche d'âge de 10 ans et par service d'urgence en 2024
(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Note : Aux HRS, les patients pédiatriques ne sont pas pris en charge principalement par le service d'urgence, mais par la policlinique non programmée.

[34] https://igss.gouvernement.lu/dam-assets/publications/aper%C3%A7us-et-cahiers/cahiers-statistiques/cahier-statistique-no15.pdf
[35] https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/taux-de-recours-aux-services-durgence
[36] Les établissements de santé en 2023 – Édition 2025 (DREES)
[37] Hospital Accident & Emergency Activity, 2023-24 (NHS England)

Figure 60 : Passages aux urgences par tranches d'âge pédiatrique au Luxembourg en 2024
(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Notes :
- Aux HRS, les patients pédiatriques ne sont pas pris en charge principalement par le service d'urgence, mais par la policlinique non programmée.
- La classification des patients âgés de 18 ans diffère selon les services d'urgence. Les patients âgés de 18 ans sont exclus des passages pédiatriques au CHdN, au CHL et aux HRS, mais inclus dans ceux du CHEM et du CHL-Kannerklinik.

Tableau 120 : Taux de recours aux services d'urgence par tranches d'âge pédiatrique au Luxembourg en 2024 (pour 1 000 habitants)
(Sources : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence, Statec : population au 01.07.2024; traitement ObSanté.)

Tranche d'âge	Nombre de passages	Nombre de résidents luxembourgeois	Taux brut pour 1 000 habitants
[0-2 ans[	20 076	12 955	1 549,7
[2 ans-8 ans[	29 563	42 512	695,4
[8 ans-16 ans[	22 430	58 671	382,3
[16 ans-18 ans[	4 726	14 454	327,0
Total	**76 795**	**128 592**	**597,2**

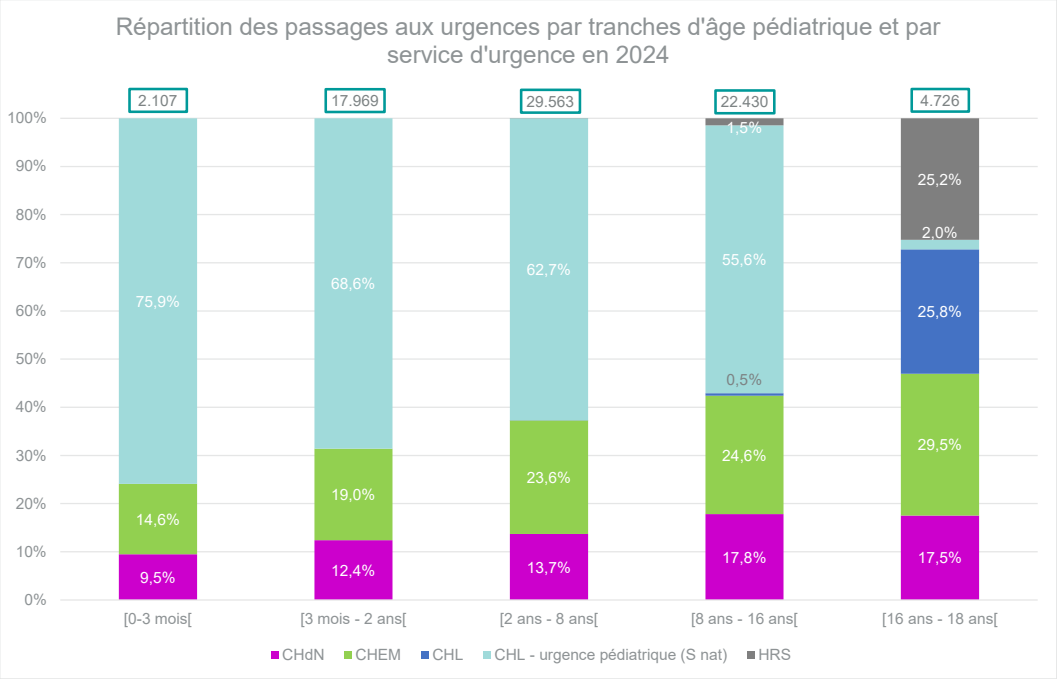
Remarque : Ces estimations de taux doivent toutefois être interprétées avec prudence, car les données de passages incluent des patients résidents et non-résidents, tandis que les données de population utilisées concernent uniquement les résidents. Cette différence entraîne une surestimation des taux. À titre d'information, en 2024, 13,2% des passages aux urgences concernent des non-résidents.

Chez les patients pédiatriques, les services d'urgence enregistrent 76 795 passages en 2024, soit un taux brut de recours de 597,2 passages pour 1 000 habitants âgés de moins de 18 ans. Les recours apparaissent particulièrement concentrés chez les jeunes enfants. Le taux le plus élevé est observé parmi les enfants âgés de moins de 2 ans, avec 1 549,7 passages pour 1 000 habitants, ce qui signifie qu'en moyenne plus d'un passage aux urgences est enregistré par enfant de cette tranche d'âge au cours de l'année.

Le volume de passages est toutefois le plus important chez les enfants âgés de 2 à 8 ans, avec 29 563 passages enregistrés en 2024, correspondant à un taux de recours de 695,4 pour 1 000 habitants. Les taux diminuent ensuite progressivement avec l'âge : 382,3 passages pour 1 000 habitants chez les [8-16 ans] et 327,0 pour 1 000 habitants chez les [16-18 ans].

Figure 61 : Répartition des passages aux urgences par tranches d'âge pédiatrique et par service d'urgence en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



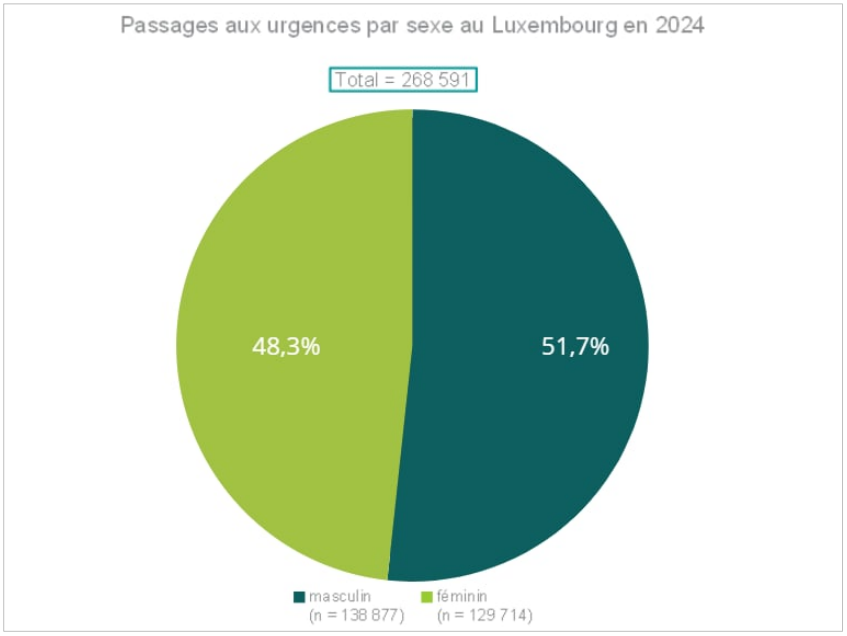
Notes :
- Aux HRS, les patients pédiatriques de moins de 16 ans ne sont pas pris en charge principalement par le service des urgences, mais par la policlinique non programmée. Après 16 ans, ils passent aux urgences adultes. Pour les urgences de chirurgie pédiatrique, ils passent également par la policlinique non programmée.
- Les patients âgés de 18 ans sont exclus des passages pédiatriques au CHdN, au CHL et aux HRS, mais inclus dans ceux du CHEM.

En 2024, la répartition des passages pédiatriques aux urgences varie selon l'âge et le service. Le service national d'urgence pédiatrique du CHL concentre la majorité des passages jusqu'à l'âge de 16 ans, notamment pour les tranches d'âge les plus jeunes (75,9% chez les 0-3 mois et 68,6% chez les 3 mois-2 ans), avec une part qui diminue progressivement avec l'âge (55,6% chez les 8-16 ans).

À l'inverse, la part des passages dans les autres centres hospitaliers, en particulier au CHEM et au CHdN, augmente avec l'âge des patients pédiatriques.
Enfin, chez les adolescents de 16 à 18 ans, la répartition est plus équilibrée entre CHEM, CHL et HRS qui représentent chacun entre 25 et 30% des passages aux urgences.

Figure 62 : Passages aux urgences par sexe au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

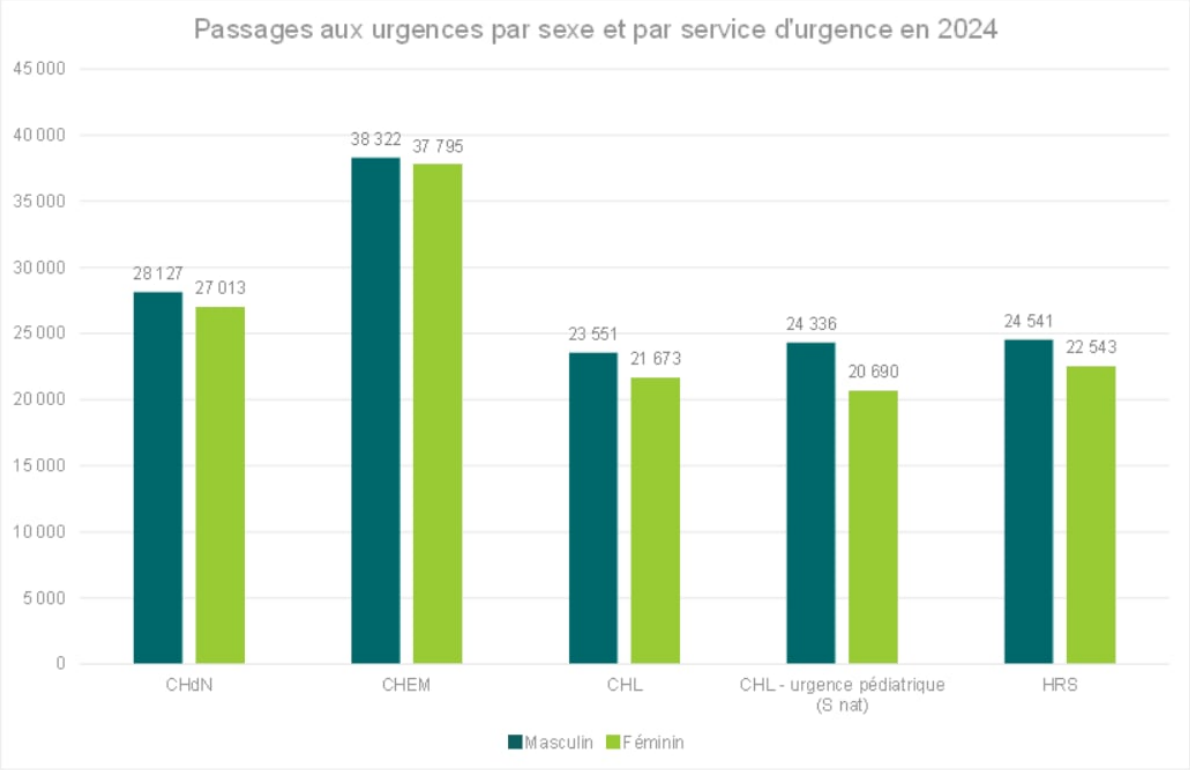


Note : Le sexe était indéterminé pour 92 passages, soit 0,03% du total. En conséquence, ces passages ont été exclus.

En 2024, les passages aux services d'urgence concernent un peu plus les hommes que les femmes, avec respectivement 51,7% et 48,3% des passages.

Figure 63 : Passages aux urgences par sexe et par service d'urgence en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

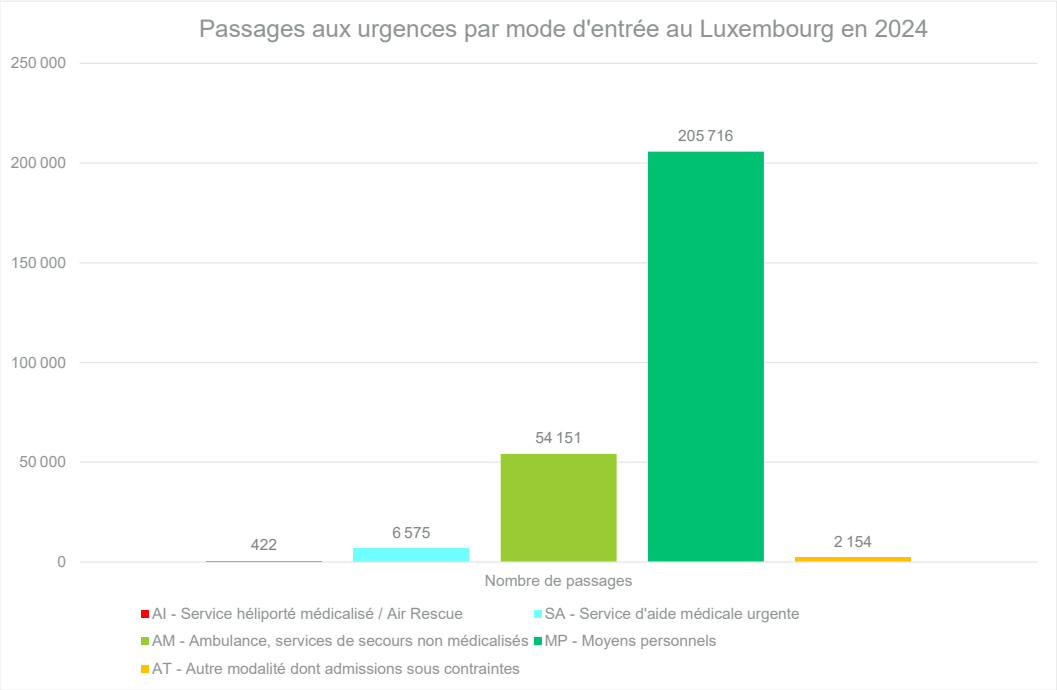


Note : Tous établissements confondus, le sexe était indéterminé pour 92 passages, soit 0,03% du total. En conséquence, ces passages ont été exclus.

Cette tendance est observée dans tous les établissements, avec un écart plus marqué au service national d'urgence pédiatrique du CHL.

Figure 64 : Passages aux urgences par mode d'entrée au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Notes :

- Suite à une rétro-correction transmise par les HRS, les données relatives au mode d'entrée ont été révisées, entraînant une modification du total des passages aux urgences pour 2024 (269 018 vs 268 683 initialement).

- Pour le mode d'entrée « Service héliporté médicalisé / Air Rescue », le rapport d'activité 2024 du CGDIS mentionne un total de 795 interventions par SAMU héliporté au niveau national, à comparer aux 422 passages aux urgences enregistrés par les hôpitaux sous ce mode d'entrée. Cet écart peut s'expliquer par des différences de périmètre entre les deux sources : toutes les interventions héliportées ne donnent pas lieu à un passage aux urgences hospitalières au Luxembourg. En effet, certaines interventions peuvent se solder par un décès sur place, une hospitalisation à l'étranger, ou encore un transport secondaire par voie terrestre, même lorsque le SAMU est initialement intervenu par hélicoptère. Par ailleurs, des différences dans les modalités de codage hospitalier du mode d'entrée peuvent également contribuer à ces écarts.

En 2024, le mode d'entrée le plus fréquent aux services d'urgence se fait par moyens personnels (205 716 passages, soit 76,5% du total des admissions). Les ambulances non médicalisées constituent le deuxième mode d'entrée (54 151 passages), suivies par les services d'aide médicale urgente (SAMU) avec 6 575 passages. Les autres modes d'entrée sont très minoritaires, notamment les admissions sous contrainte (2 154 passages) et le service héliporté médicalisé (422 passages).

Figure 65 : Passages aux urgences par mode d'entrée et par service d'urgence en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

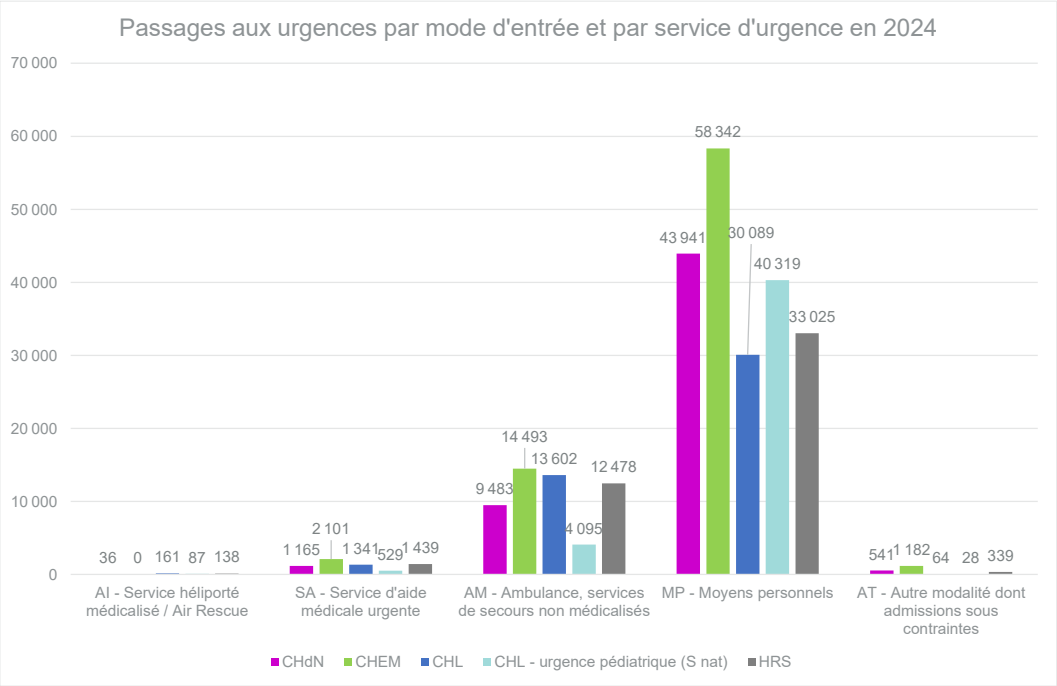
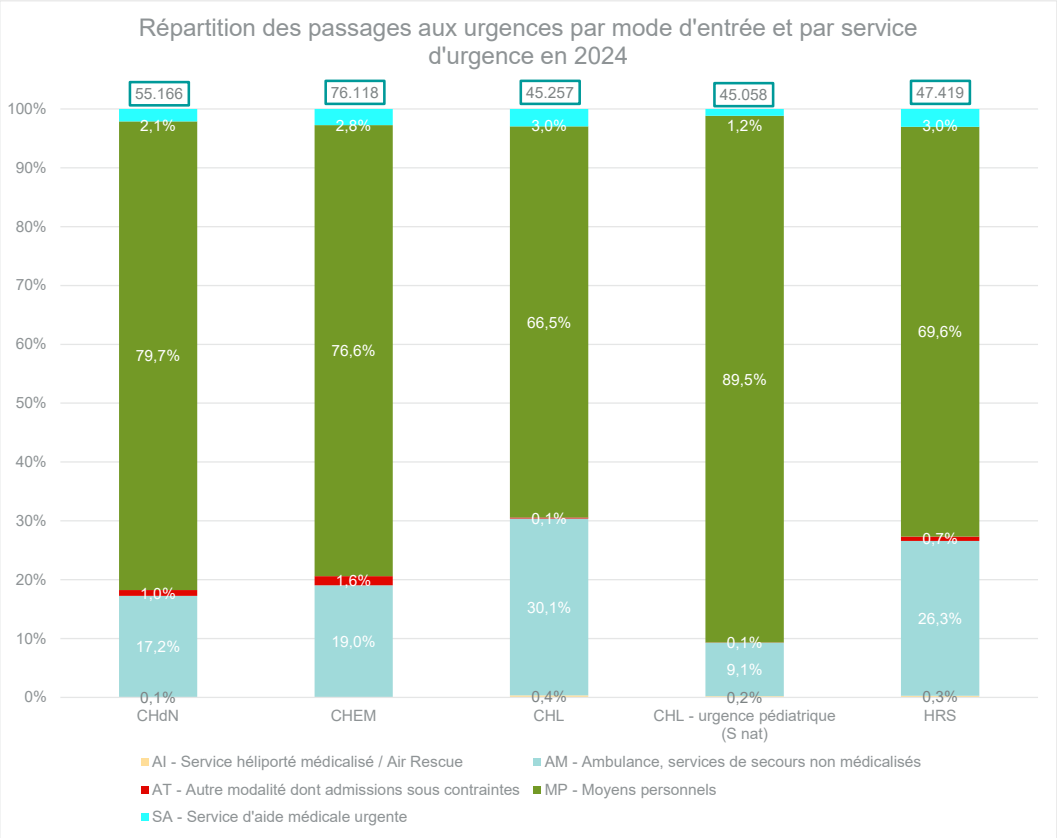


Figure 66 : Répartition des passages aux urgences par mode d'entrée et par service d'urgence en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

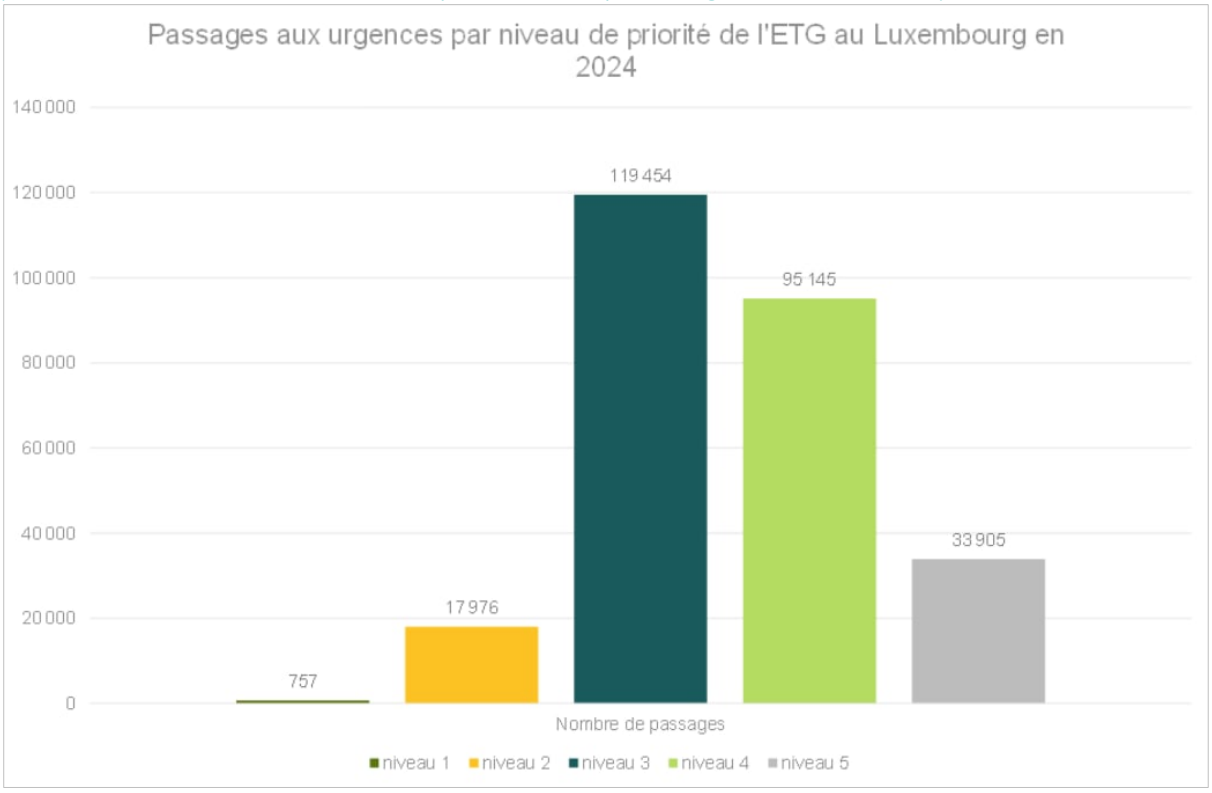


En 2024, quel que soit le service d'urgence, l'entrée aux urgences s'effectue majoritairement par moyens personnels, représentant entre 66,5% (CHL) et 89,5% (service national d'urgence pédiatrique) des entrées.

Le recours aux ambulances et autres services de secours non médicalisés constitue le second mode d'entrée, avec des variations selon les établissements, élevé au CHL (30,1%) et aux HRS (26,3%), et plus limité au service d'urgence pédiatrique (9,1%).
Les autres modes d'entrée, notamment le SAMU, les admissions sous contrainte et le transport héliporté, restent marginaux dans l'ensemble des services.

Figure 67 : Passages aux urgences par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Note : L'écart entre le nombre total de passages (268 683) et celui prenant en compte la ventilation selon le niveau de l'ETG (267 237), soit 1 446 passages, s'explique par des valeurs de tri ETG non remontées dans la base de données de la cellule statistique via l'ancien système d'information des urgences du CHL, bien que le tri ait été réalisé. Cela explique la différence observée entre le nombre d'admissions réelles et celui des patients disposant d'un encodage ETG.

L'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) est utilisée afin de classer les patients selon cinq niveaux de priorité, sur une échelle de 1 (priorité absolue, prise en charge immédiate) à 5 (pas de priorité, prise en charge non urgente). En 2024, le niveau 3 (priorité moyenne) est le plus représenté, avec 119 454 passages (44,7%), suivi du niveau 4 (priorité faible) avec 95 145 passages (35,6%).
Les situations non prioritaires (niveau 5) représentent 12,7% des passages (33 905), tandis que les cas de priorité élevée (niveau 2) comptent pour 6,7% (17 976). Le nombre de cas de priorité absolue, nécessitant une prise en charge immédiate (niveau 1), est faible (757 passages, soit 0,3%).

En l'absence d'utilisation de l'échelle canadienne de tri (ETG/CTAS) dans les pays limitrophes (France, Belgique, Allemagne), qui recourent à d'autres systèmes de tri (notamment le *Manchester Triage System* ou des classifications nationales comme la grille FRENCH), les comparaisons internationales de la répartition des passages selon le niveau de priorité sont limitées. Dans ce contexte, une comparaison avec des données issues de provinces canadiennes, utilisant la même échelle, apparaît plus pertinente même si l'organisation des systèmes de santé diffère.

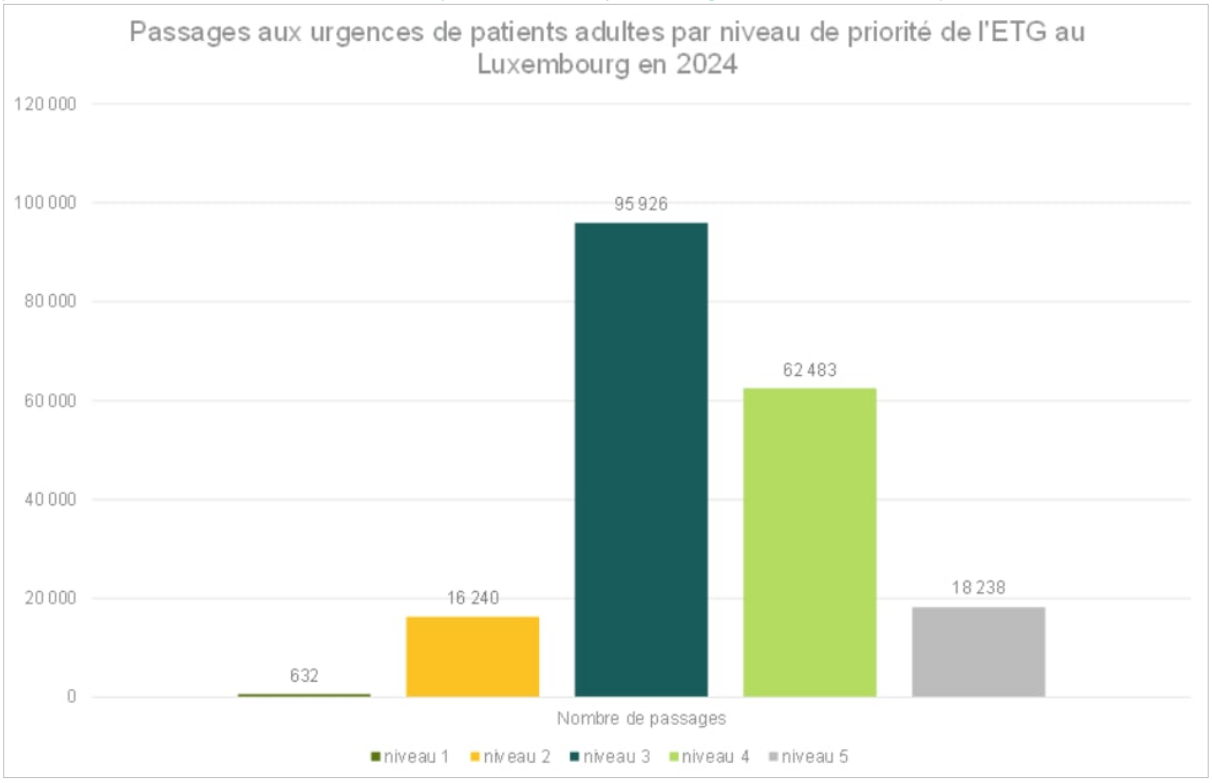
Les données de 2022[38] issues d'un rapport sur l'utilisation des services d'urgence de l'agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) montrent que, dans les provinces canadiennes étudiées (Alberta, Ontario, Yukon), les passages aux services d'urgence se concentrent également majoritairement sur le niveau 3 (priorité moyenne), avec des parts comprises entre 33,4% et 49,5%. Cette observation est cohérente avec la situation au Luxembourg en 2024 (44,7%).

[38] https://www.cadth.ca/sites/default/files/hta-he/HC0061-ED-Overcrowding-Utilization-Analysis.pdf

L'institut canadien d'information sur la santé a en outre publié des données nationales agrégées estimant la proportion de visites au service d'urgence pour les niveaux de priorité 1 à 3 (63,2%) et 4 à 5 (36,8%) pour les patients n'ayant pas été hospitalisés, entre avril 2024 et mars 2025[39]. Ceci contraste avec les données luxembourgeoise, dont la proportion de passages évalués en degré de priorité 1-3 est de 51,7%.

Figure 68 : Passages aux urgences de patients adultes par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

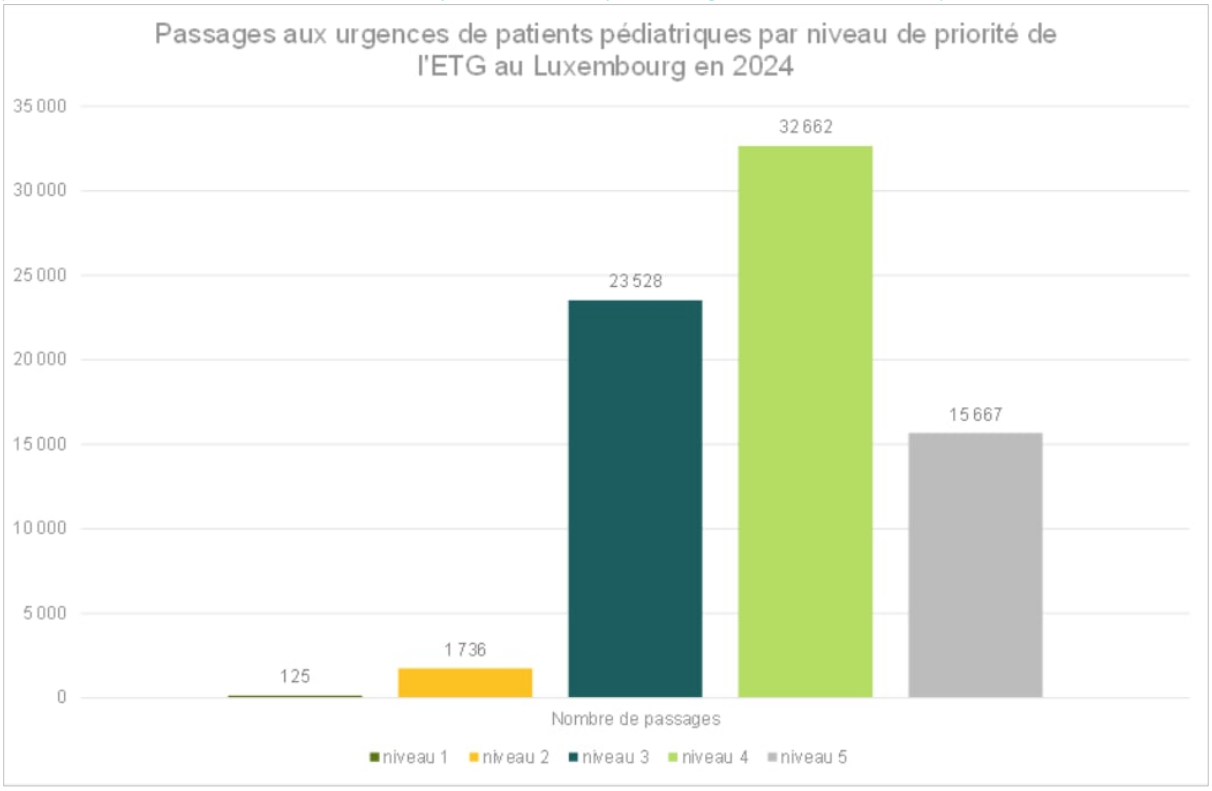


Notes :
- Les patients âgés de 18 ans sont inclus des passages adultes au CHdN, mais exclus dans ceux du CHEM.
- Faute de données précises, les 1 337 passages pédiatriques du CHL (adulte) et les 1 529 passages pédiatriques des HRS sont inclus, tandis que les 41 passages du service national d'urgence pédiatrique de patients âgés de 18 ans et X jours sont exclus.

[39] NACRS Emergency Department Visits and Lengths of Stay by Province/Territory, 2024–2025 (Q1 to Q4)

Figure 69 : Passages aux urgences de patients pédiatriques par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Notes :
- Les patients âgés de 18 ans sont exclus des passages pédiatriques au CHdN, mais inclus dans ceux du CHEM.
- Faute de données précises, les 1 337 passages pédiatriques du CHL (adulte) et les 1 529 passages pédiatriques des HRS sont exclus, tandis que les 41 passages du service national d'urgence pédiatrique de patients âgés de 18 ans et X jours sont inclus.

En 2024, la répartition des passages aux urgences selon le niveau de priorité diffère entre les adultes et la population pédiatrique. Chez les adultes, les passages concernent principalement les niveaux 3 (priorité moyenne) et 4 (priorité faible), représentant respectivement 49,6% et 32,3% des passages, tandis que les niveaux 5 (non prioritaire) restent plus limités (9,4%).
À l'inverse, la population pédiatrique présente une proportion plus élevée de passages relevant des niveaux les moins urgents, avec 44,3% de niveau 4 et 21,3% de niveau 5. Les passages de niveau 3 y sont proportionnellement moins fréquents (31,9%).

Dans les deux populations, les situations les plus critiques (niveaux 1 et 2) restent minoritaires, représentant 8,7 % des passages chez les adultes (0,3% de niveau 1 et 8,4% de niveau 2) contre 2,6% chez les patients pédiatriques (0,2% de niveau 1 et 2,4% de niveau 2).

Figure 70 : Passages aux urgences par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité et par service d'urgence en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

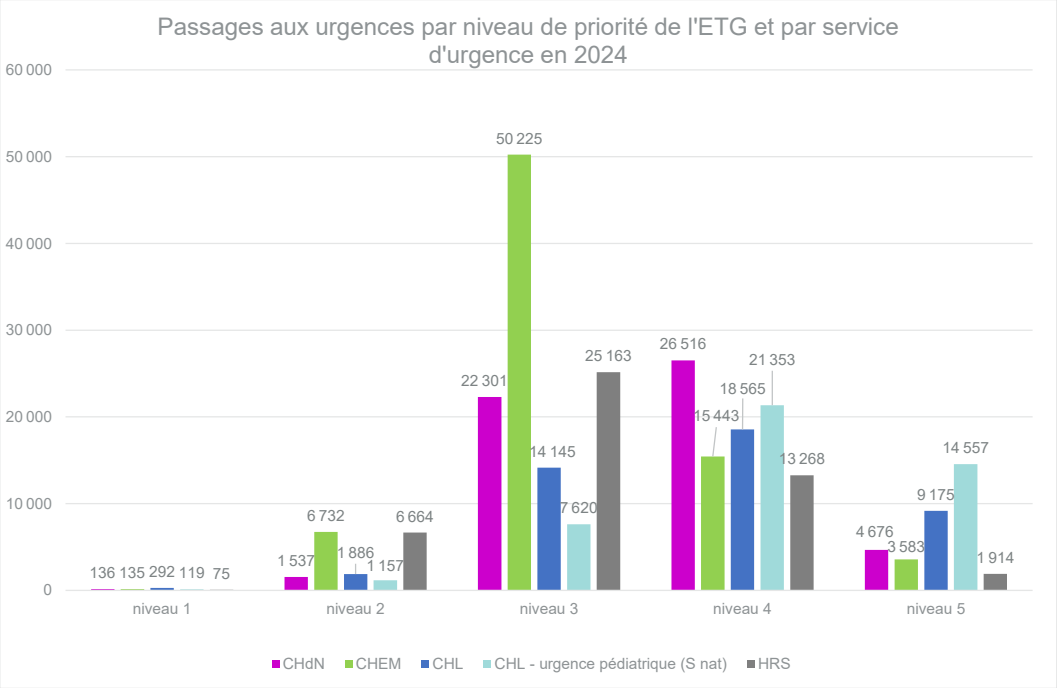
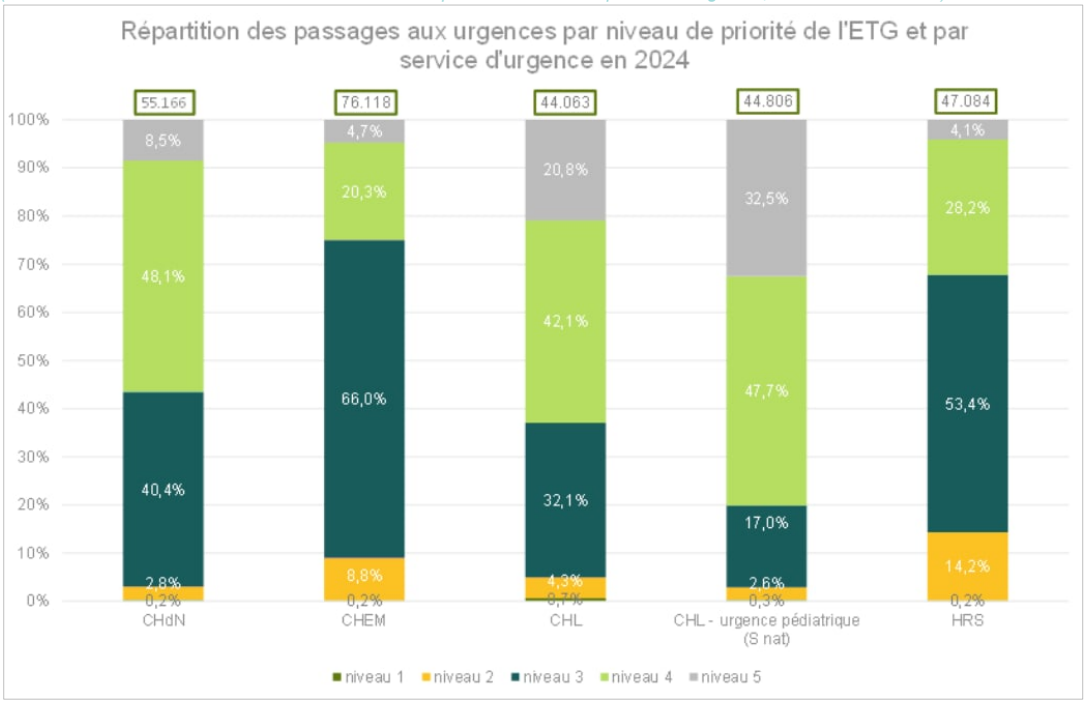


Figure 71 : Répartition des passages aux urgences par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité et par service d'urgence en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



En 2024, la répartition des passages aux urgences selon le niveau de l'ETG varie sensiblement entre les établissements. Dans l'ensemble, les niveaux 3 (urgent) et 4 (moins urgent) concentrent la majorité des passages, mais leur poids relatif diffère selon les services.

Le CHEM se distingue par une forte proportion de passages de niveau 3 (66,0%), tandis que le CHL et le CHdN présentent une répartition plus équilibrée entre les niveaux 3 et 4. Le service national d'urgence pédiatrique se caractérise par une proportion plus élevée de passages de niveau 4 (47,7%) et de niveau 5 (32,5%). Les HRS présentent une part majoritaire de passages de niveau 3 (53,4%) ainsi qu'une part plus importante de niveau 2 (14,2%) que les autres établissements.

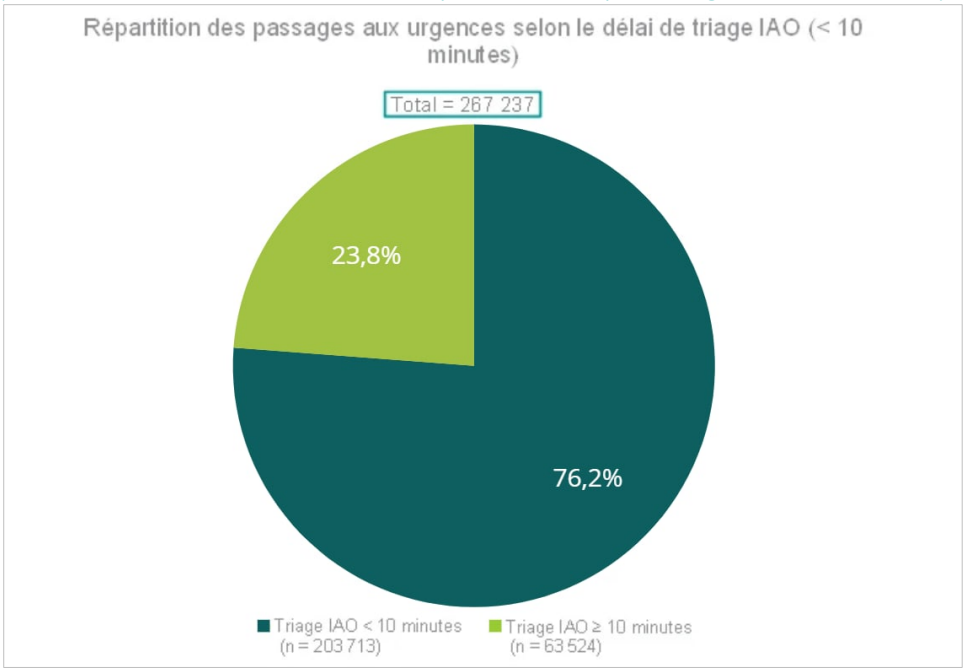
Ces différences doivent toutefois être interprétées avec prudence, car le niveau de priorité retenu correspond à l'évaluation clinique initiale réalisée par l'infirmier d'accueil et d'orientation et peut être influencé par plusieurs facteurs. Lors d'échanges avec les parties prenantes, plusieurs éléments susceptibles d'expliquer cette variabilité ont été identifiés :

- des différences de formation et de pratiques entre professionnels chargés du triage pouvant conduire à des niveaux de tri différents pour un même patient
- certaines limites de l'ETG, notamment pour l'évaluation de symptômes subjectifs tels que la douleur (appréciée notamment par l'échelle visuelle analogique), qui constitue un critère déterminant dans l'attribution du niveau de tri ; dans certaines situations, notamment en traumatologie, l'évaluation de la douleur au repos peut conduire à un niveau de tri moins élevé malgré la gravité de la lésion.

Ces éléments indiquent que l'ETG est soumise à une variabilité importante. Par ailleurs, des travaux sont actuellement en cours au niveau national pour améliorer la granularité des données et évaluer l'opportunité d'adopter une autre échelle de triage.

Figure 72 : Passages aux urgences selon la réalisation d'un triage par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) dans les 10 minutes suivant l'admission au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Note : - L'écart entre le nombre total de passages (268 683) et celui prenant en compte la ventilation selon le degré de l'ETG (267 237), soit 1 446 passages, s'explique par des valeurs de tri ETG non remontées dans la base de données de la cellule statistique via l'ancien système d'information des urgences du CHL, bien que le tri ait été réalisé. Cela explique la différence observée entre le nombre d'admissions réelles et celui des patients disposant d'un encodage ETG.

Au Luxembourg, le délai recommandé pour la réalisation du triage à l'admission dans le service d'urgence n'est pas défini. En France, la Société française de médecine d'urgence recommande que ce délai ne dépasse pas 10 minutes[40] et, au Royaume-Uni, le *Royal College of Emergency Medicine* recommande un délai inférieur à 15 minutes[41].

Certaines études menées dans différents pays fournissent des indications concernant les délais observés entre l'admission et le moment du triage dans les services d'urgence :

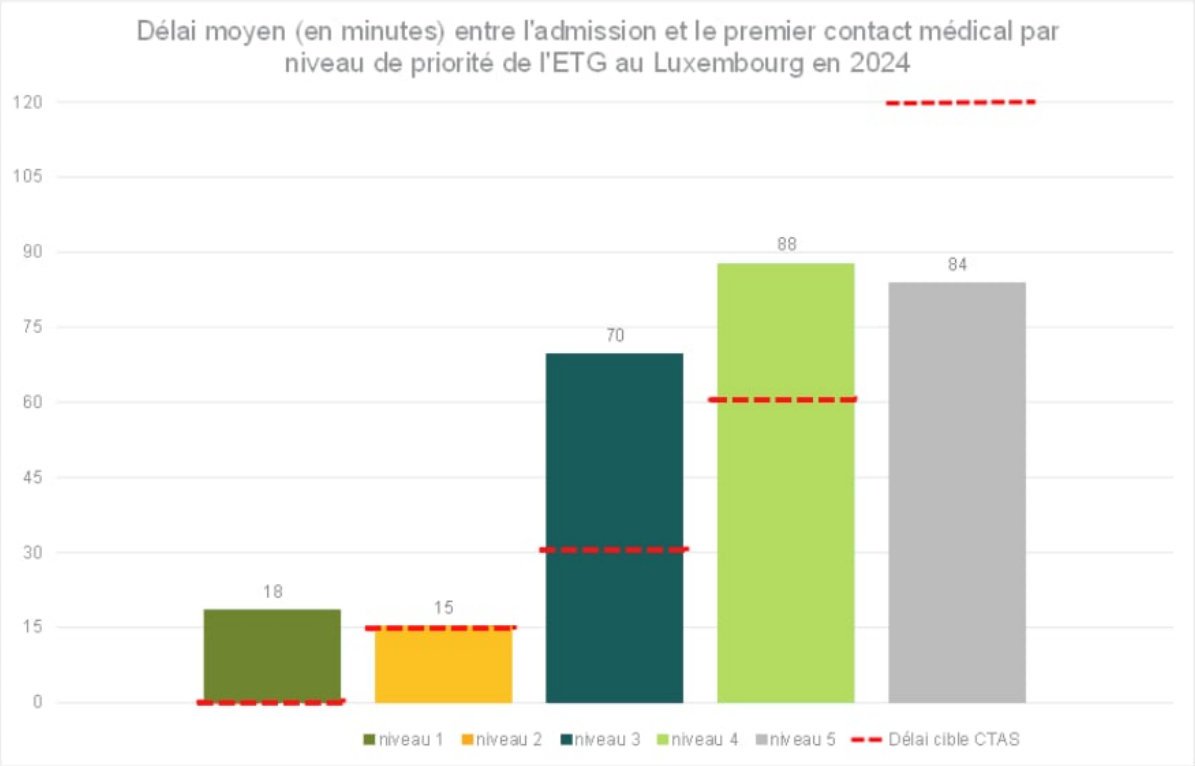
- Au Canada : une étude de cohorte prospective publiée en 2021, portant sur 775 patients admis aux urgences au sein d'un hôpital tertiaire utilisant l'ETG rapporte un délai médian de triage de 12 minutes[42].

[40] SFMU / Révision Référentiel IOA 2004 / 1
[41] SDDC_Intial_Assessment_Feb2017.pdf
[42] https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0736467920306971

- En Arabie saoudite : une étude rétrospective publiée en 2011, portant sur 1 206 dossiers médicaux et évaluant l'implémentation de l'ETG dans un hôpital de soins tertiaires, rapporte que 71% des patients ont été triés en ≤10 minutes et 82,8% en ≤15 minutes[43].
- En Autriche : une étude prospective observationnelle, publiée en 2022, portant sur 360 patients admis aux urgences au sein d'un hôpital universitaire à Vienne rapporte un délai médian de triage de 6 minutes[44].

Figure 73 : Délai moyen (en minutes) entre l'admission et le premier contact médical par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Notes :
- Le premier contact médical s'entend par la première action du médecin en charge du patient pour prendre en charge le patient, comme par exemple l'ouverture du dossier médical.
- Les valeurs nationales correspondent à une moyenne pondérée des délais enregistrés par les services d'urgence du CHEM, du CHL (adultes), des HRS et du service national d'urgence pédiatrique, pondérée par le nombre de passages pour chaque niveau de l'ETG. Pour l'année 2024, les données relatives à cet indicateur n'ont pas été recensées par le CHdN et ne sont donc pas incluses.
- Pour le service national d'urgence pédiatrique, l'indicateur porte sur 34 963 passages (et non 45 058). Après triage initial par l'IAO, 10 095 passages ont été réorientés vers la maison médicale pédiatrique. Les 10 095 passages réorientés vers la maison médicale pédiatrique après triage initial ont été supposés appartenir au niveau 5 de l'ETG et ont été exclus du calcul du délai admission–premier contact médical, puisqu'ils n'ont pas donné lieu à un contact médical aux urgences.
- Pour le niveau 1 de l'ETG (urgences vitales/réanimation), les établissements hospitaliers précisent que la saisie administrative du premier contact médical n'est pas réalisée instantanément mais a posteriori, la priorité étant donnée à la prise en charge immédiate du patient qui est donc en pratique proche de 0 min.

Le délai moyen entre l'admission aux urgences et le premier contact médical varie fortement selon le niveau de priorité attribué lors du triage selon l'ETG. Les patients triés en niveau 1, correspondant aux urgences vitales nécessitant une prise en charge immédiate, présentent un délai moyen de 18 minutes. Ce résultat ne reflète cependant pas la réalité, les établissements hospitaliers précisant que l'enregistrement administratif du premier contact médical est souvent réalisé a posteriori dans ces situations critiques.

Les délais moyens observés pour les niveaux 2 à 5 sont respectivement de 15, 70, 88 et 84 minutes. Les niveaux 1 et 2, correspondant aux situations les plus urgentes, bénéficient ainsi des délais les plus courts, traduisant une priorisation des patients les plus aigus. À l'inverse, les patients classés dans les

[43] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3042416/
[44] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588994X2200001X

niveaux 3 à 5 attendent davantage avant le premier contact médical. Les délais les plus élevés sont observés pour les niveaux 4 et 5, avec des moyennes supérieures à 1h20.

Les recommandations CTAS de 2016 définissent, pour chaque niveau de priorité attribué lors du triage, un délai cible recommandé entre l'admission du patient aux urgences et le premier contact médical. Ces délais cibles visent à garantir une prise en charge adaptée au degré d'urgence clinique du patient et constituent des références internationales utilisées pour évaluer la réactivité des services d'urgence.

En 2024, les délais moyens observés au Luxembourg selon les niveaux de priorité apparaissent partiellement conformes aux recommandations CTAS de 2016[45]. Pour les patients triés niveau 2, le délai moyen de prise en charge est de 15 minutes, soit un délai conforme au délai cible CTAS. De même, pour les patients triés niveau 5, le délai moyen observé (84 minutes) reste inférieur au délai cible recommandé de 120 minutes. En revanche, les délais moyens enregistrés pour les patients triés pour les niveaux de priorité moyenne (3) et faible (4) dépassent les délais cibles CTAS.

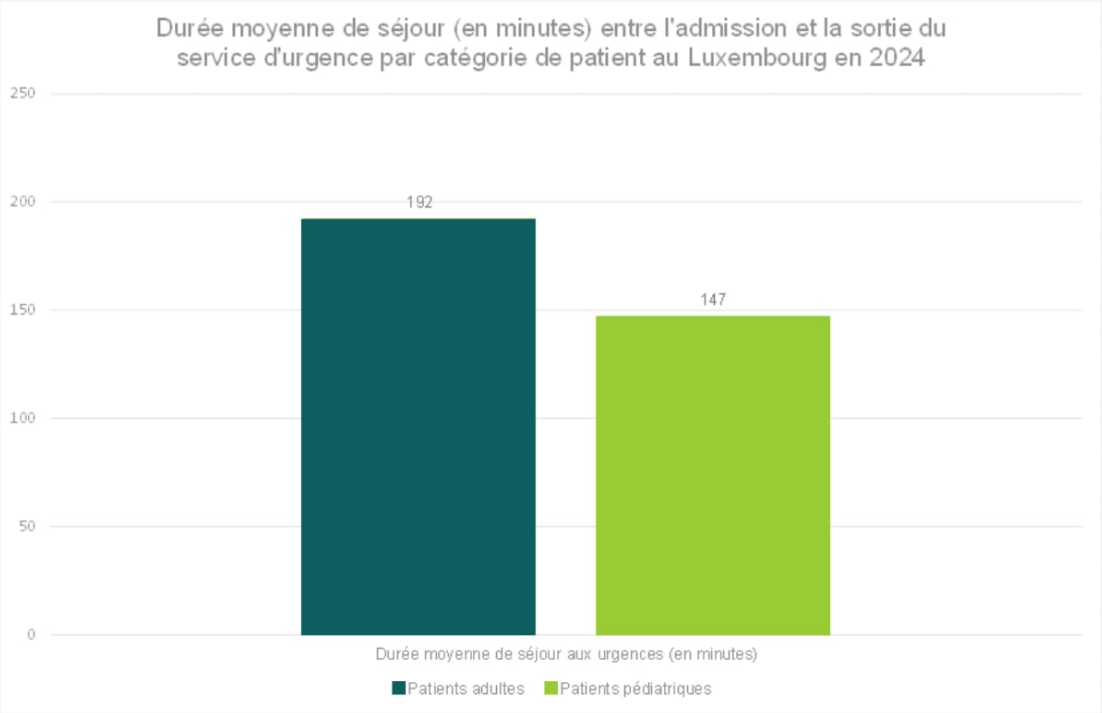
Tableau 121 : Délai moyen entre l'admission et le premier contact médical au Luxembourg en 2024 et délai cible selon le niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et de gravité

(Sources : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence, Recommandations sur l'échelle canadienne de triage et de gravité (CTAS) de 2016 ; traitement ObSanté.)

Niveaux de l'ETG	Délai moyen *(en minutes)*	Nombre de passages	Délai cible *(CTAS national guidelines 2016)*
niveau 1	18	621	Immédiatement (0 minute)
niveau 2	15	16 439	Dans les 15 minutes
niveau 3	70	97 153	Dans les 30 minutes
niveau 4	88	68 629	Dans les 60 minutes
niveau 5	84	19 134	Dans les 120 minutes
Tous niveaux confondus	**73**	**201 976**	

Figure 74 : Durée moyenne de séjour (en minutes) entre l'admission et la sortie du service d'urgence par catégorie de patient au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Note : Les valeurs présentées correspondent à une moyenne pondérée calculée à partir des durées moyennes de séjour aux urgences enregistrées par les 5 services d'urgence pour chaque niveau de l'ETG et à partir du nombre de passages correspondants respectivement pour les patients adultes et pour les patients pédiatriques.

[45] CTAS National Guidelines 2016

Tableau 122 : Durée moyenne de séjour (en minutes) entre l'admission et la sortie du service d'urgence par catégorie de patient au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

Catégorie de patients	Nombre de passages	Durée moyenne de séjour aux urgences (en minutes)
Patients adultes	193 519	192
Patients pédiatriques	73 718	147
Tous patients confondus	267 237	180

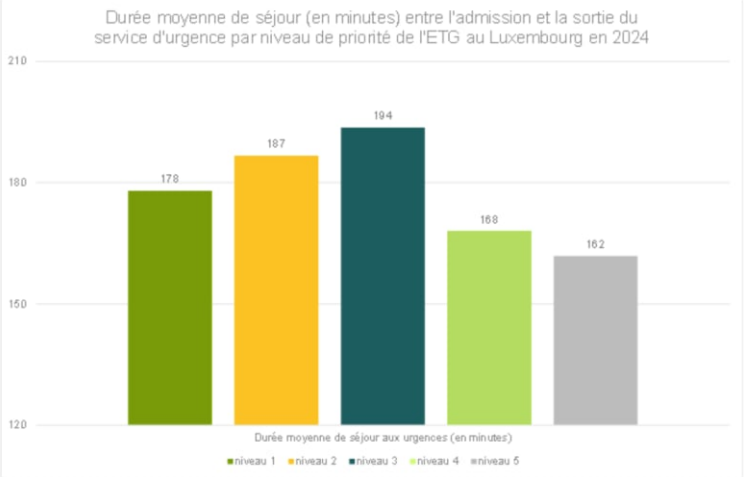
Note : Pour rappel pour cette analyse, les patients âgés de 18 ans sont inclus des passages adultes au CHdN, mais exclus dans ceux du CHEM. Et faute de données précises, les 1 337 passages pédiatriques du CHL (adulte) et les 1 529 passages pédiatriques des HRS sont inclus, tandis que les 41 passages du service national d'urgence pédiatrique de patients âgés de 18 ans et X jours sont exclus.

En 2024, au Luxembourg, la durée moyenne de séjour entre l'admission et la sortie du service d'urgence est de 180 minutes, toutes catégories de patients confondues. Cette durée est plus courte chez les patients pédiatriques (147 minutes) que chez les patients adultes (192 minutes).

À titre de comparaison internationale, en France, la durée médiane entre l'enregistrement et la sortie des urgences était estimée à 178 minutes en 2023, contre 135 minutes en 2013[46]. Au Canada, en 2024-2025[39], la durée médiane de séjour aux urgences est de 252 minutes pour les patients triés aux niveaux 1 à 3 de l'ETG, contre 168 minutes pour ceux classés aux niveaux 4 et 5.
Par ailleurs, au Luxembourg, la durée moyenne de séjour aux urgences varie selon le niveau de priorité de l'ETG, allant de 162 minutes pour les patients triés au niveau 5 à 194 minutes pour ceux triés au niveau 3. Les patients triés aux niveaux 1 et 2 présentent des durées moyennes respectives de 178 et 187 minutes.
Il convient toutefois de noter que les données luxembourgeoises reposent sur des durées moyennes, tandis que les données françaises et canadiennes sont exprimées en durées médianes, ce qui limite la comparabilité directe des résultats.

Figure 75 : Durée moyenne de séjour (en minutes) entre l'admission et la sortie du service d'urgence par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)

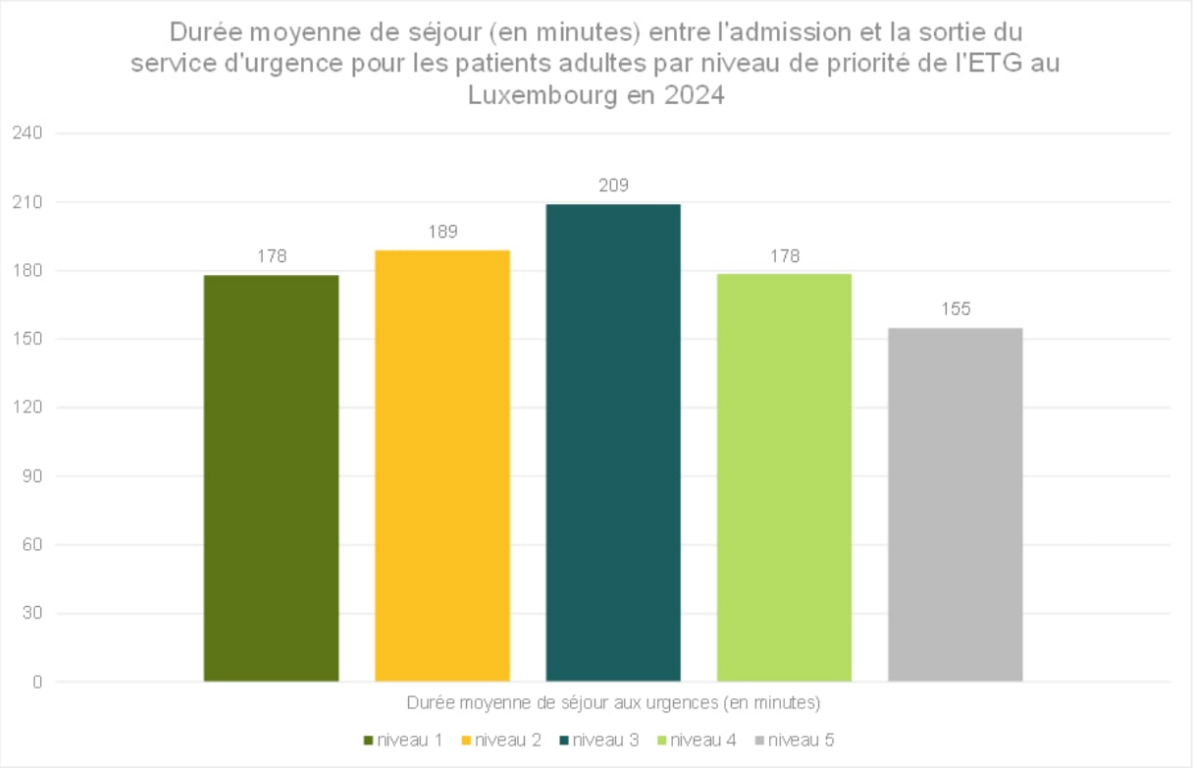


Notes :
- Les valeurs présentées correspondent à une moyenne pondérée calculée à partir des durées moyennes de séjour aux urgences enregistrées par les 5 services d'urgence pour chaque niveau de l'ETG et à partir du nombre de passages correspondants.
- Le séjour aux urgences est limité à la période comprise entre l'admission et la sortie physique du service d'urgence et ne tient pas compte du séjour dans le service porte. En cas de retour du patient du service porte vers les urgences, seule la première durée entre admission et sortie est considérée.

[46] DREES • Études et Résultats • mars 2025 • n° 1334 • Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013

Figure 76 : Durée moyenne de séjour (en minutes) entre l'admission et la sortie du service d'urgence pour les patients adultes par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



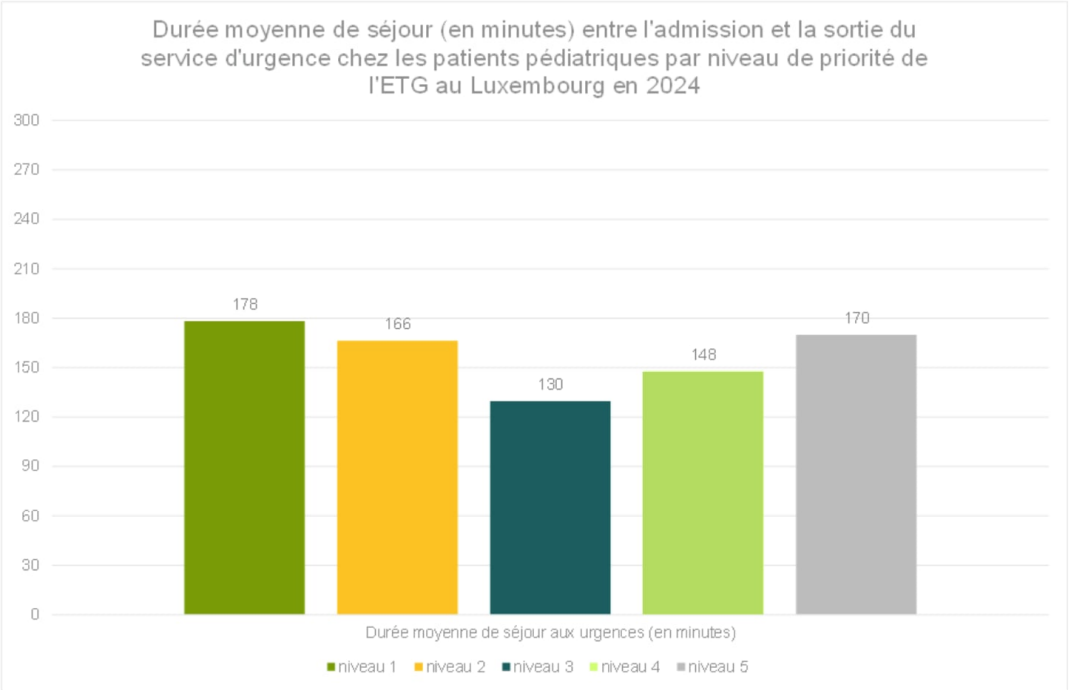
Notes :

- Les valeurs présentées correspondent à une moyenne pondérée calculée à partir des durées moyennes de séjour aux urgences pour les passages adultes et du nombre de passages correspondants, pour les services d'urgence du CHL, du CHdN, des HRS et du CHEM.

- Pour rappel pour cette analyse, les patients âgés de 18 ans sont inclus des passages adultes au CHdN, mais exclus dans ceux du CHEM. Et faute de données précises, les 1 337 passages pédiatriques du CHL (adulte) et les 1 529 passages pédiatriques des HRS sont inclus, tandis que les 41 passages du service national d'urgence pédiatrique de patients âgés de 18 ans et X jours sont exclus.

Figure 77 : Durée moyenne de séjour (en minutes) entre l'admission et la sortie du service d'urgence pour les patients pédiatriques par niveau de priorité de l'échelle canadienne de triage et gravité au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Notes :
- Les valeurs présentées correspondent à une moyenne pondérée calculée à partir des durées moyennes de séjour aux urgences pour les passages pédiatriques et du nombre de passages correspondants, pour les services suivants : le service national d'urgence pédiatrique ainsi que dans les services d'urgence du CHdN et du CHEM.
- Pour rappel pour cette analyse, les patients âgés de 18 ans sont exclus des passages pédiatriques au CHdN, mais inclus dans ceux du CHEM. Et faute de données précises, les 1 337 passages pédiatriques du CHL (adulte) et les 1 529 passages pédiatriques des HRS sont exclus, tandis que les 41 passages du service national d'urgence pédiatrique de patients âgés de 18 ans et X jours sont inclus.

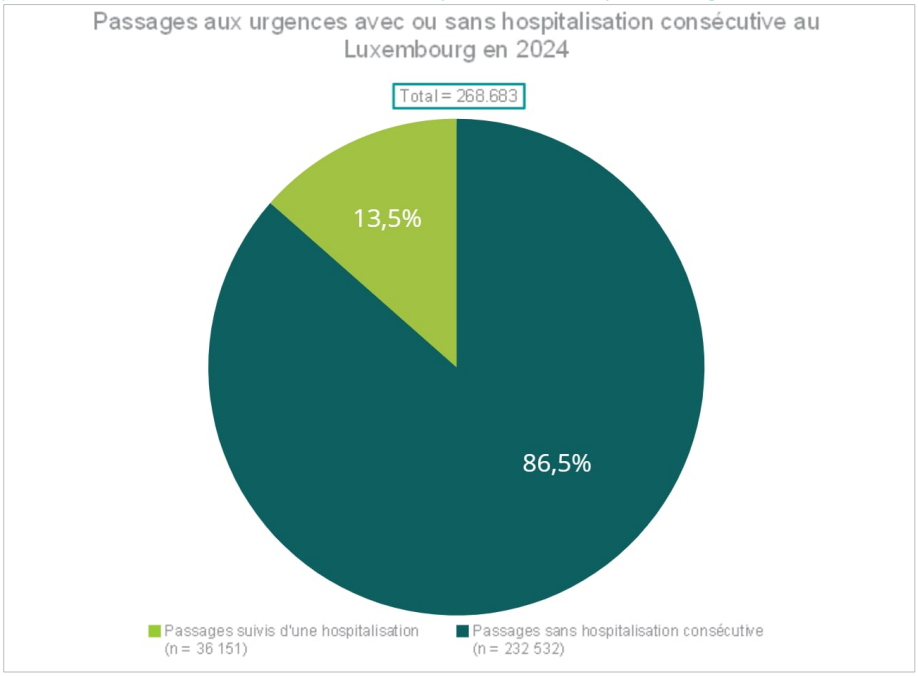
Les durées moyennes de séjour aux urgences diffèrent entre les patients pédiatriques et adultes selon le niveau de priorité de l'ETG. Globalement, les patients pédiatriques présentent des durées de séjour plus courtes que les adultes.

Chez les patients pédiatriques, les durées moyennes varient entre 130 minutes pour le niveau 3 et 178 minutes pour le niveau 1. Chez les adultes, elles s'échelonnent entre 155 minutes pour le niveau 5 et 209 minutes pour le niveau 3. Le niveau 3 présente la durée moyenne de séjour la plus élevée chez les adultes.

Ces différences peuvent s'expliquer par des parcours de prise en charge et des organisations spécifiques des filières pédiatriques au sein des services d'urgence.

Figure 78 : Passages aux urgences avec ou sans hospitalisation consécutive au Luxembourg en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Note : Une hospitalisation correspond à toute prise en charge faisant suite à un passage aux urgences, incluant :
- une hospitalisation directe dans le centre hospitalier concerné
- un transfert vers un autre centre hospitalier luxembourgeois
- un transfert vers un établissement situé à l'étranger

En 2024, au Luxembourg, 13,5% des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation consécutive, tandis que 86,5% des patients retournent à domicile après leur prise en charge.

À titre de comparaison internationale, la proportion observée au Luxembourg en 2024 apparaît proche de certaines données récentes disponibles en France et en Angleterre.
En France, les structures d'urgences générales et pédiatriques ont traité 20,8 millions de passages en 2023. Selon l'enquête nationale Urgences 2023 de la DREES[46], 15% des patients passés aux urgences ont été hospitalisés dans un autre service à leur sortie, contre 20% en 2013 ; cette proportion comprend 13% d'hospitalisations dans un service de l'établissement et 2% de transferts vers un autre établissement. En Angleterre, les données 2023-2024 de *NHS England Digital*[47] relatives aux passages non planifiés dans les services *Accident & Emergency* indiquent que 15,3% des passages ont donné lieu à une admission.

Au Canada, les données 2024-2025 de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent que la majorité des patients pris en charge aux urgences retournent à domicile après leur passage, tandis qu'une minorité fait l'objet d'une hospitalisation[39]. Les données rapportent 1 770 576 admissions pour 7 826 369 passages aux urgences, soit environ 11,0% des passages. Toutefois, cette proportion est probablement sous-estimée, les admissions ne comprenant que les patients hospitalisés dans l'établissement déclarant, à l'exclusion des patients transférés vers un autre établissement. D'autres données canadiennes indiquent qu'environ 13 à 17% des passages aux urgences donnent lieu à une admission hospitalière, avec des variations selon les provinces[48] [49].

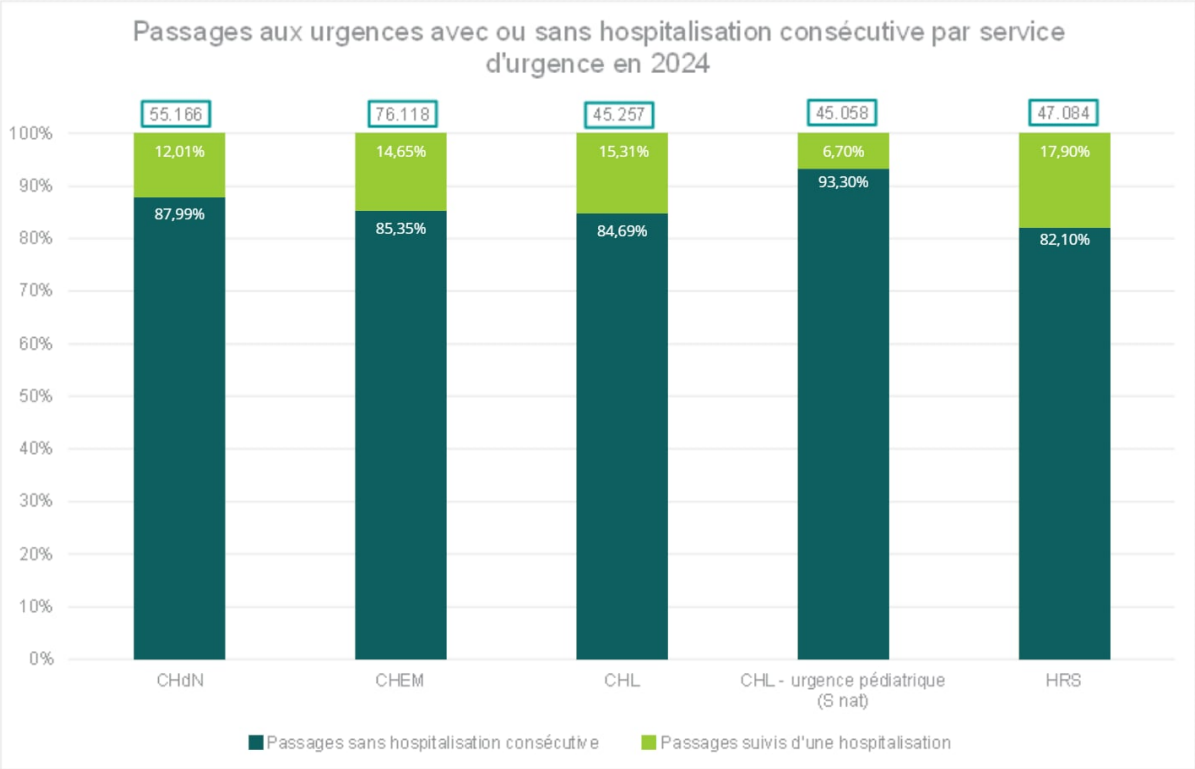
Des comparaisons internationales plus anciennes[50], montrent des proportions d'admissions post-passage plus élevées et très variables selon les pays : 21,7% en France en 2013, 26,7% en Angleterre en 2013-2014, 28,7% au Danemark en 2013, 32,0% aux Pays-Bas en 2012, 33,1% en Australie en 2013-2014 et 48,8% en Allemagne en 2014. Ces écarts reflètent probablement des différences

[47] NHS England - Hospital Accident and Emergency Activity, 2023-2024; ECDS Summary Report Tables
[48] Sources of Potentially Avoidable Emergency Department Visits. Ottawa, ON: CIHI; 2014.
[49] https://ihsrc.hsites.harvard.edu/sites/g/files/omnuum9216/files/duffy-et-al-2023-emergency-department-utilization.pdf
[50] Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England,France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization,payment and reforms (Baier and al., 2019)

d'organisation des soins urgents, d'accès aux alternatives ambulatoires, de disponibilité des lits d'hospitalisation ainsi que des méthodologies employées.
En effet, l'OCDE souligne que les données relatives aux services d'urgence ne reposent pas toujours sur les mêmes définitions et donc que les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence [51].

Figure 79 : Passages aux urgences avec ou sans hospitalisation consécutive par service d'urgence en 2024

(Source : Direction de la Santé : données transmises par les services hospitaliers d'urgence ; traitement ObSanté.)



Note : Une hospitalisation correspond à toute prise en charge faisant suite à un passage aux urgences, incluant :
- une hospitalisation directe dans le centre hospitalier concerné
- un transfert vers un autre centre hospitalier luxembourgeois
- un transfert vers un établissement situé à l'étranger

En 2024, la grande majorité des passages aux urgences ne donnent pas lieu à une hospitalisation consécutive, quelle que soit le service. La part des passages suivis d'une hospitalisation présente des variations entre établissements : elle est la plus élevée aux HRS (17,9%), et la plus faible au service d'urgence pédiatrique (6,7%).

[51] Berchet, C. (2015), "Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand", *OECD Health Working Papers*, No. 83, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en.

CONCLUSIONS DE CETTE PREMIERE ANALYSE DE L'ACTIVITE DES SERVICES D'URGENCE :

Les principaux constats relatifs aux services d'urgence peuvent être résumés ainsi :

- En 2024, le nombre de passages aux urgences s'élève à 268 683 pour l'ensemble des services, ce qui représente 734 passages par jour, et un taux brut de recours aux services d'urgence de 397,1 passages pour 1 000 habitants ; considérant que 13,2% des passages concernent des non-résidents, le taux de recours aux services d'urgence peut être estimé à 344,7 passages pour 1 000 résidents au Luxembourg. À l'avenir, le recueil du pays de résidence permettra de calculer de manière précise le taux de recours aux services d'urgence par habitant.
- Les enfants (jusqu'à 18 ans) représentent 28% des passages, les personnes âgées de 75 ans et plus 11%.
- En 2024, le CHEM enregistre le plus grand nombre de passages aux urgences avec 76 118 passages (28,3% du total), suivi du CHdN avec 55 166 passages (20,5%), des HRS avec 47 084 passages (17,5%), du CHL avec 45 257 passages (16,8%), tandis que le service national d'urgence pédiatrique du CHL comptabilise 45 058 passages (16,8%).
- L'affluence la plus élevée est observée le lundi, et généralement en cours de journée, pour les adultes, tandis que les enfants sont plus fréquemment vus les samedis et dimanches et en fin de journée.
- L'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) est déployée dans tous les services et 76,2% des patients sont évalués dans les 10 minutes suivant leur arrivée dans le service d'urgence. L'attribution d'un niveau de priorité par l'infirmier d'accueil et d'orientation montrant des disparités selon les services en fonction de l'inclusion de critères tels que la douleur, une analyse comparative de la criticité des admissions selon le service d'urgence ne peut être réalisée.
- Le délai moyen entre l'admission et le premier contact médical pour les patients de niveau de priorité moyenne de l'ETG (niveau 3) est de 70 minutes, alors que le délai-cible recommandé est de 30 minutes pour ces patients. Pour les patients classés en niveau de priorité faible de l'ETG (niveau 4), ce délai est de 88 minutes, également supérieur au délai recommandé de 60 minutes.
- Le délai moyen de séjour en service d'urgence est de 3 heures, tous patients confondus. Une documentation des délais médians serait cependant plus appropriée pour faciliter les comparaisons internationales.
- Le taux d'hospitalisation consécutive à un passage en service d'urgence est de 13,5%, avec des variations entre les établissements ; le service national d'urgence pédiatrique enregistre le taux le d'hospitalisation le plus faible (6,7%).

6. Décès hospitaliers

Tableau 123 : Évolution du nombre de décès hospitaliers en hôpital aigu, au GDL, 2014-2024

(Source : Direction de la santé – Service épidémiologie et statistiques, Registre des causes de décès, résidents et non-résidents, établissements suivants : CHdN, CHL, CHEM, HRS, INCCI : ces chiffres incluent également les décès dans les lits de soins palliatifs et de rééducation gériatrique de ces établissements. Ils n'incluent pas les enfants morts-nés).

Indicateur	Moy. 2014-18	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de décès en hôpital aigu	2 217	2 288	2 290	2.330	2.263	2 258	2 255

7. Transferts à l'étranger

En 2023, 3 234 autorisations de prise en charge (APC) pour traitement stationnaire à l'étranger ont été émises, dont 61,3% concernaient l'Allemagne, 19,3% la Belgique et 9,0% la France. Ce même classement entre les trois pays frontaliers de destination se retrouve sur l'ensemble de la période 2019-2024.
Le nombre total d'autorisations accordées a diminué de 44,6% par rapport à 2019 (5 841), avec une baisse marquée à partir de 2020 et durant la période 2020-2022. À partir de 2023, le nombre d'autorisations accordées augmente. En 2024, la tendance à la hausse semble se poursuivre avec 3 363 autorisations accordées.

Le tableau suivant présente l'évolution du nombre de demandes accordées d'autorisation de transferts à l'étranger pour traitement stationnaire, dans le cadre du règlement CEE 883/2004 (formulaire S2) et de la directive relative aux soins transfrontaliers, selon l'année de début d'autorisation.

Tableau 124 : Évolution des autorisations de prise en charge (APC) accordées pour traitement stationnaire à l'étranger, par pays de destination, 2019-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, assurés CNS, résidents, autorisations de prise en charge accordées pour traitement stationnaire à l'étranger)

Pays de destination	Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
Allemagne	Nbre	3 788	2 097	1 750	1 707	1 982	2 092
	% du total	*64,9%*	*65,2%*	*59,6%*	*61,4%*	*61,3%*	*62,2%*
Belgique	Nbre	1 138	579	570	613	623	607
	% du total	*19,5%*	*18,0%*	*19,4%*	*22,1%*	*19,3%*	*18,0%*
France	Nbre	524	271	332	215	292	287
	% du total	*9,0%*	*8,4%*	*11,3%*	*7,7%*	*9,0%*	*8,5%*
Autres	Nbre	391	270	282	243	337	377
	% du total	*6,7%*	*8,4%*	*9,6%*	*8,7%*	*10,4%*	*11,2%*
TOTAL	**Nbre**	**5 841**	**3 217**	**2 934**	**2 778**	**3 234**	**3 363**
	% du total	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***	***100,0%***

Figure 80 : Évolution des autorisations de prise en charge (APC) accordées pour traitement stationnaire à l'étranger, par pays de destination, 2019-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, assurés CNS, résidents, autorisations de prise en charge accordées pour traitement stationnaire à l'étranger)

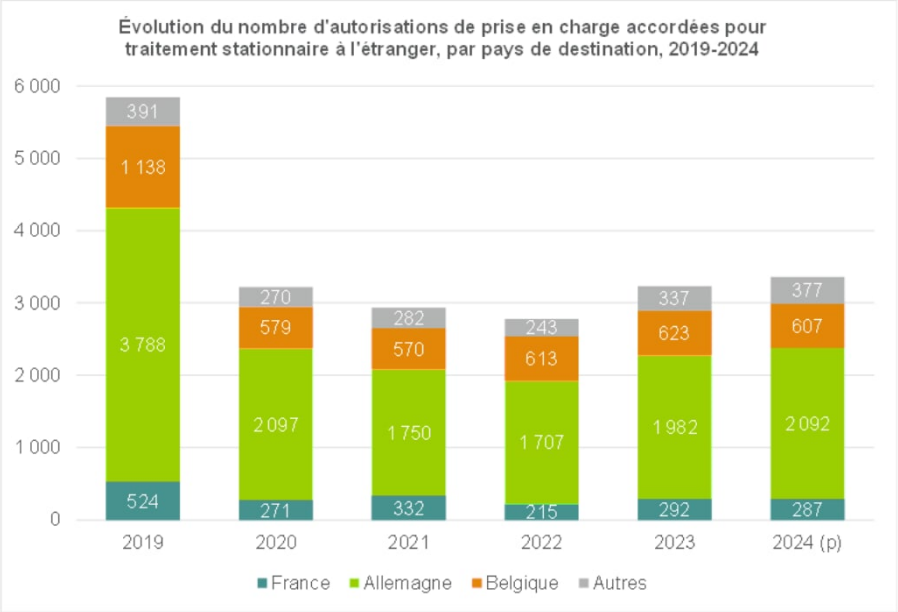


Tableau 125 : Évolution du nombre de patients concernés par une autorisation de prise en charge (APC) pour traitement stationnaire à l'étranger, par pays de destination, 2019-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, assurés CNS, résidents, patients ayant bénéficié d'une autorisation de prise en charge pour traitement stationnaire à l'étranger)

Pays de destination	Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
Allemagne	Nbre	2 783	1 521	1 270	1 209	1 429	1 464
	% du total	*62,2%*	*62,8%*	*57,8%*	*58,6%*	*58,9%*	*59,3%*
Belgique	Nbre	944	469	453	486	497	480
	% du total	*21,1%*	*19,4%*	*20,6%*	*23,6%*	*20,5%*	*19,5%*
France	Nbre	433	221	256	179	231	237
	% du total	*9,7%*	*9,1%*	*11,6%*	*8,7%*	*9,5%*	*9,6%*
Autres	Nbre	316	211	219	188	268	286
	% du total	*7,1%*	*8,7%*	*10,0%*	*9,1%*	*11,1%*	*11,6%*
TOTAL - Patients concernés par APC (tous pays, non distincts)	**Nbre**	**4 476**	**2 422**	**2 198**	**2 062**	**2 425**	**2 467**
	% du total	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**
TOTAL - Patients distincts	**Nbre**	**4 425**	**2 410**	**2 181**	**2 052**	**2 404**	**2 446**

Note : Les valeurs par pays de destination indiquent le nombre de patients ayant bénéficié d'une APC pour ce pays (patients non distincts). Un même patient peut apparaître dans plusieurs pays de destination au cours de la même année. La ligne « Patients distincts » correspond au nombre total d'individus uniques concernés par une APC au cours de l'année.

Figure 81 : Évolution du nombre de patients concernés par une autorisation de prise en charge (APC) pour traitement stationnaire à l'étranger, par pays de destination, 2019-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, assurés CNS, résidents, patients ayant bénéficié d'une autorisation de prise en charge pour traitement stationnaire à l'étranger)

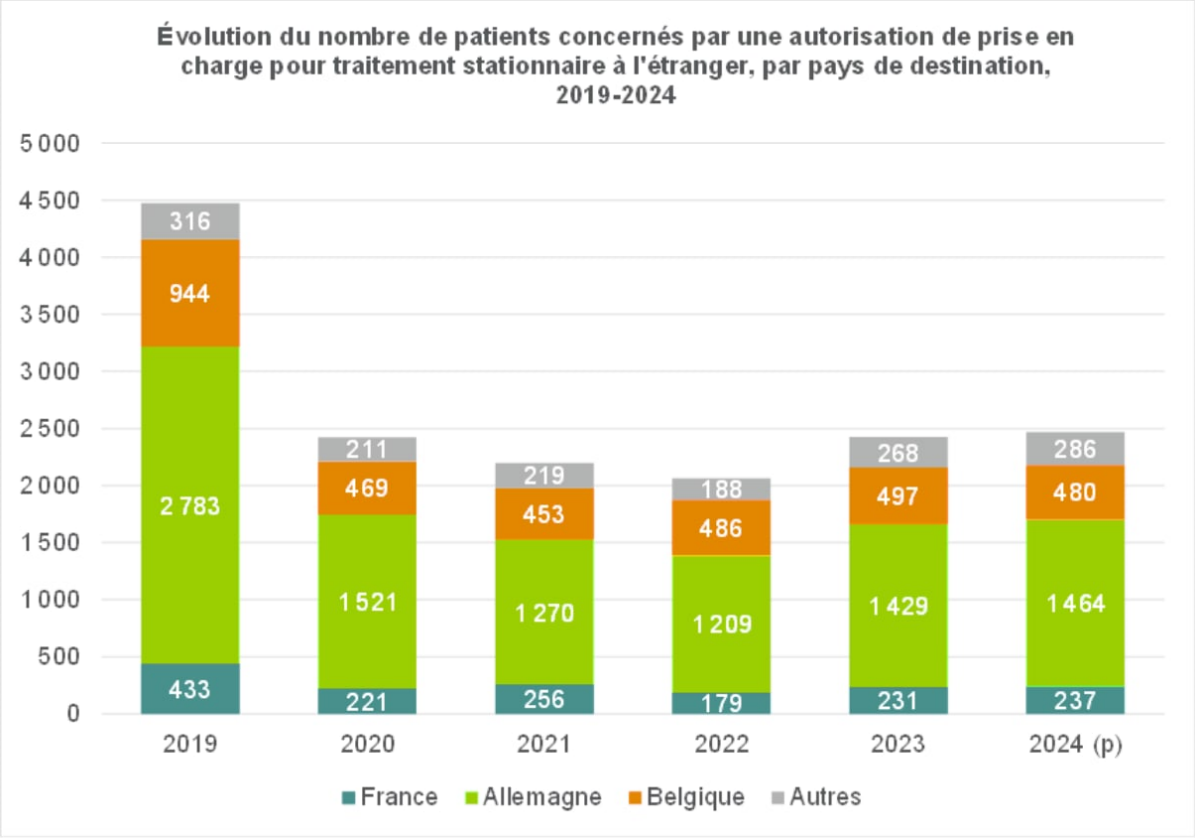


Tableau 126 : Évolution des autorisations de prise en charge (APC) accordées pour traitement stationnaire à l'étranger, par chapitre ICD 10, 2019-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, assurés CNS, résidents, autorisations de prise en charge accordées pour traitement stationnaire à l'étranger)

Chapitres ICD 10	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
1 - Certaines maladies infectieuses et parasitaires	11	12	5	14	7	<5
2- Tumeurs	823	435	407	384	433	367
3 - Maladies du sang	21	16	12	12	9	8
4 - Maladies endocriniennes	62	45	21	13	48	43
5 - Troubles mentaux	1 386	874	815	861	961	1 035
6 - Maladies du système nerveux	240	163	122	118	141	183
7 - Maladies de l'œil	808	470	436	352	390	403
8 - Maladies de l'oreille	61	27	33	29	34	45
9 - Maladies de l'appareil circulatoire	412	209	236	195	230	234
10 - Maladies de l'appareil respiratoire	66	33	33	31	31	44
11 - Maladies de l'appareil digestif	198	104	108	89	132	122
12 - Maladies de la peau	35	19	22	19	35	28
13 - Maladies du système ostéo-articulaire	718	346	212	175	262	321
14 - Maladies de l'appareil génito-urinaire	272	104	79	105	101	89
15 - Grossesse, accouchement et puerpéralité	36	11	35	28	44	33
16 - Certaines affections - période périnatale	14	8	16	16	12	13
17 - Malformations congénitales	177	147	156	128	142	149
18 - Symptômes - résultats anormaux d'examens	53	26	29	27	28	37
19 - Lésions traumatiques, empoisonnements	229	120	114	105	120	126
20 - Causes externes de morbidité et de mortalité	<5	<5	<5	5	<5	<5
21 - Facteurs influant sur l'état de santé…	170	42	36	58	63	57
Autres actes non classés dans la ICD 10	48	<5	5	14	10	22
TOTAL	**5 841**	**3 217**	**2 934**	**2 778**	**3 234**	**3 363**

Les demandes accordées de prise en charge à l'étranger pour l'ensemble des chapitres de la CIM-10 ont fortement diminué entre 2019 et 2022 et remontent à partir de 2023.
Les autorisations accordées pour traitement à l'étranger concernent majoritairement les troubles mentaux, qui constituent le premier motif sur toute la période (1 386 en 2019 ; 961 en 2023 ; 1 035 en 2024). Les tumeurs représentent le deuxième groupe, mais avec une baisse des APC accordées (de 823 en 2019 à 367 en 2024), suggérant une baisse du recours à l'étranger pour le traitement de ce type de pathologies.
Les maladies de l'œil et les affections du système ostéo-articulaire figurent également parmi les motifs fréquents de demande d'APC pour traitement stationnaire à l'étranger.

Tableau 127 : Évolution du nombre de patients concernés par une autorisation de prise en charge pour traitement stationnaire à l'étranger, par chapitre ICD 10, 2019-2024

(Source : données IGSS, traitement ObSanté, assurés CNS, résidents, patients ayant bénéficié d'une autorisation de prise en charge pour traitement stationnaire à l'étranger)

Chapitres ICD 10	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
1 - Certaines maladies infectieuses et parasitaires	11	8	5	9	5	<5
2- Tumeurs	577	337	309	269	307	273
3 - Maladies du sang	17	10	10	9	8	7
4 - Maladies endocriniennes	55	36	17	12	36	34
5 - Troubles mentaux	961	595	569	613	682	688
6 - Maladies du système nerveux	191	125	89	84	115	132
7 - Maladies de l'œil	629	344	316	265	286	294
8 - Maladies de l'oreille	50	22	30	25	29	37
9 - Maladies de l'appareil circulatoire	339	178	189	154	192	191
10 - Maladies de l'appareil respiratoire	56	28	26	22	25	40
11 - Maladies de l'appareil digestif	157	87	85	76	104	103
12 - Maladies de la peau	31	16	18	17	24	21
13 - Maladies du système ostéo-articulaire	616	293	184	150	221	248
14 - Maladies de l'appareil génito-urinaire	240	93	70	93	89	80
15 - Grossesse, accouchement et puerpéralité	33	11	31	28	40	31
16 - Certaines affections - période périnatale	12	8	13	16	12	10
17 - Malformations congénitales	137	111	115	90	109	111
18 - Symptômes - résultats anormaux d'examens	45	21	24	21	22	25
19 - Lésions traumatiques, empoisonnements	178	100	89	79	93	108
20 - Causes externes de morbidité et de mortalité	<5	<5	<5	<5	<5	<5
21 - Facteurs influant sur l'état de santé...	165	37	33	46	56	47
Autres actes non classés dans la ICD 10	47	<5	5	14	9	22
TOTAL – Patients concernés par APC (tous chapitres, non distincts)	**4 548**	**2 466**	**2 228**	**2 095**	**2 465**	**2 506**
TOTAL – Patients distincts	**4 425**	**2 410**	**2 181**	**2 052**	**2 404**	**2 446**

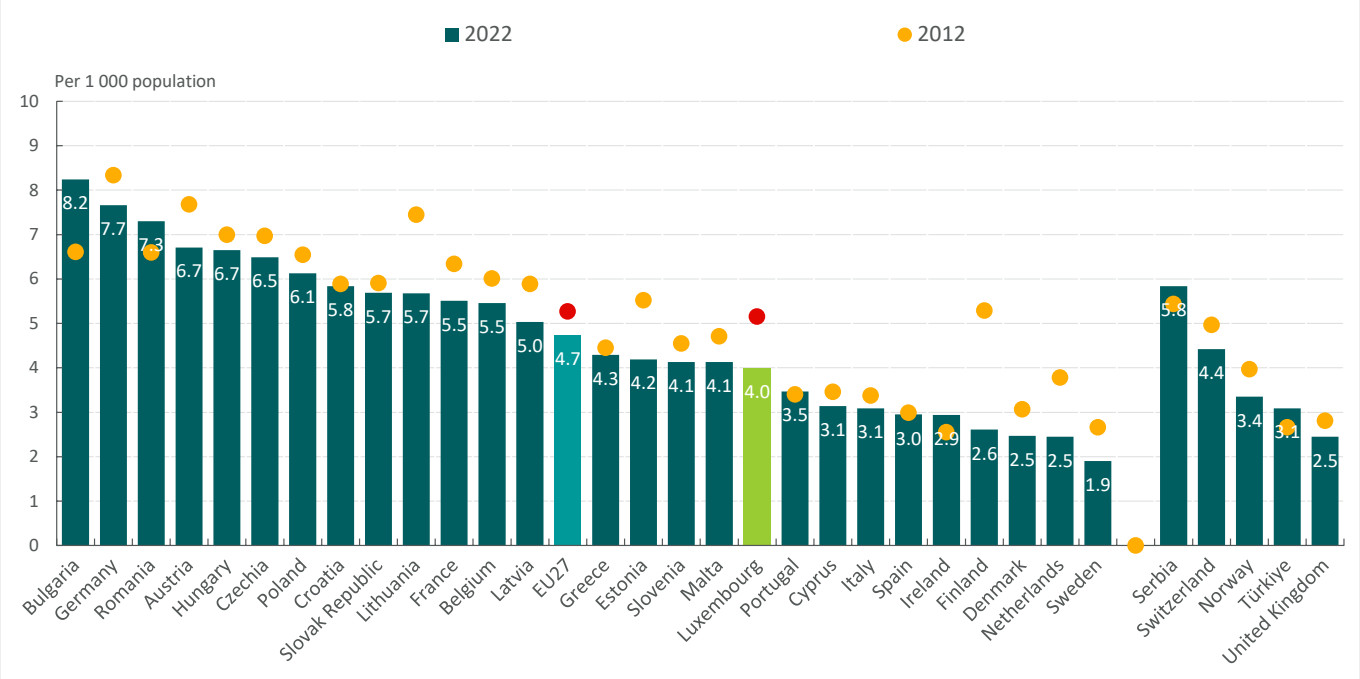
Note : Les valeurs par chapitre ICD-10 indiquent le nombre de patients ayant bénéficié d'une APC associée à ce chapitre (patients non distincts). Un même patient peut apparaître dans plusieurs chapitres ICD-10 au cours de la même année. La ligne « Patients distincts » correspond au nombre total d'individus uniques concernés par une APC au cours de l'année.

8. Comparaisons internationales

Les comparaisons internationales qui suivent sont issues des rapports « **Panorama de la Santé » 2024[52] et 2025[53] de l'OCDE**. Les comparaisons au niveau européen sont privilégiées car elles offrent une base plus robuste en termes de comparabilité ; lorsque celles-ci ne sont pas disponibles, les comparaisons au niveau des pays de l'OCDE sont présentées.

Figure 82 : Lits d'hôpital pour 1 000 habitants, 2022

(2022 ou année la plus proche)



https://stat.link/2r1y6c

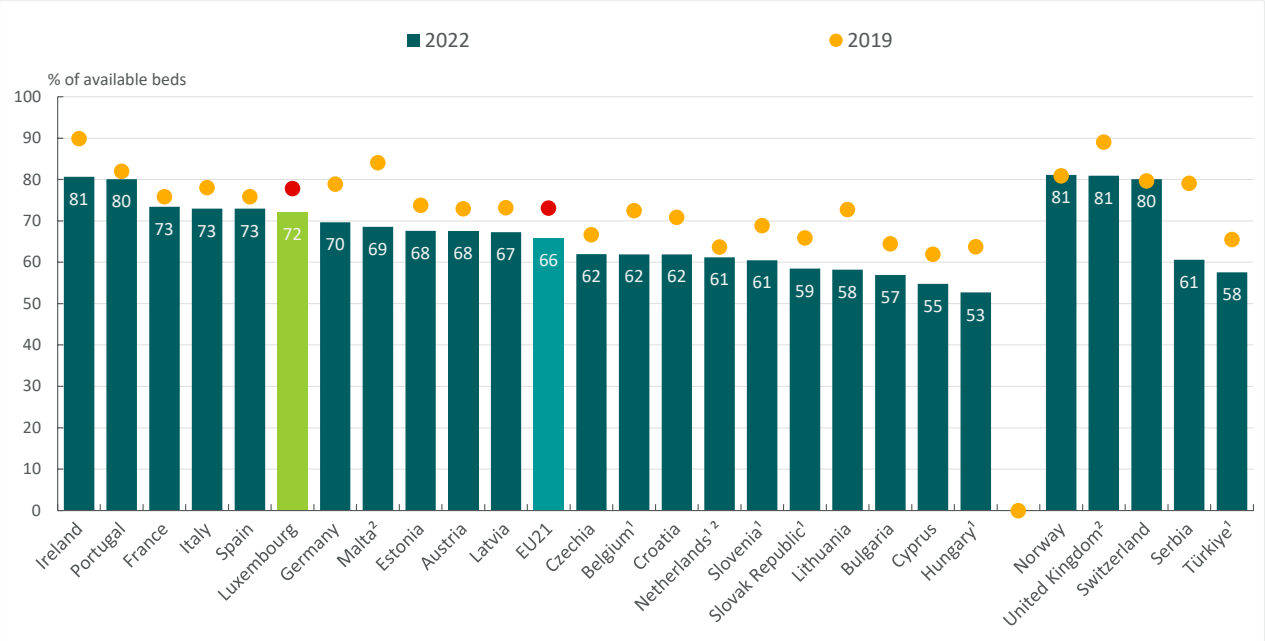
Remarques :
Les lits d'hôpital sont les lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel et immédiatement disponibles pour la prise en charge des patients hospitalisés.
- Sont compris les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques et des autres hôpitaux spécialisés.
- Ne sont pas pris en compte les lits des établissements de soins de longue durée.

Les données du Royaume-Uni concernent uniquement les hôpitaux publics. Celles de la Suède ne couvrent pas les lits privés financés sur fonds privés. En Irlande, les données concernent uniquement les hôpitaux aigus.
Les lits qui sont utilisés par les patients en ambulatoire et libérés le jour-même peuvent être pris en compte dans certains pays, lorsqu'ils ne peuvent être distingués des lits d'hospitalisation complète (Autriche, Luxembourg et Pays-Bas par exemple).

[52] OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/b3704e14-en.
[53] OCDE (2025), *Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/2f564c6c-fr.

Figure 83 : Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus), 2022

(2022 ou année la plus proche)

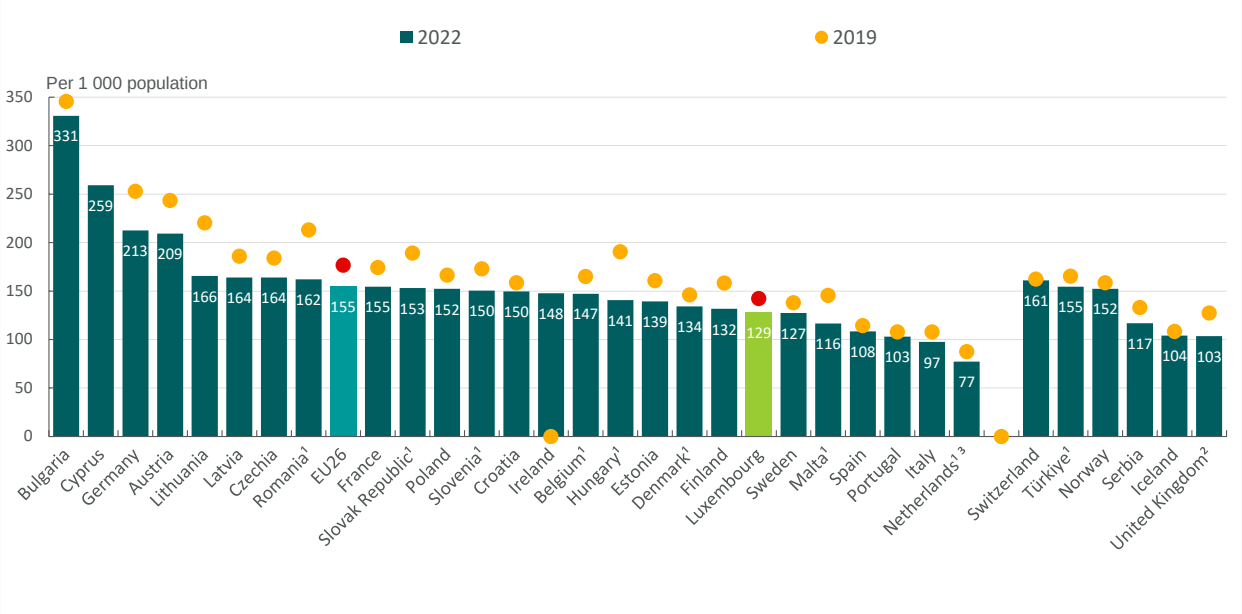


Notes :
- Les données pour 2019 incluent les nouveau-nés en bonne santé (entre 3 et 10 % de l'ensemble des sorties), pour la Turquie également en 2022.
- Les données se rapportent à 2021 au lieu de 2022.
https://stat.link/2l5ogb

Remarque : Le taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus) est obtenu en divisant le nombre de journées d'hospitalisation en soins curatifs par le nombre des lits de soins curatifs disponibles (multiplié par 365).

Figure 84 : Nombre de sorties d'hôpital pour 1 000 habitants, 2022

(2022 ou année la plus proche)

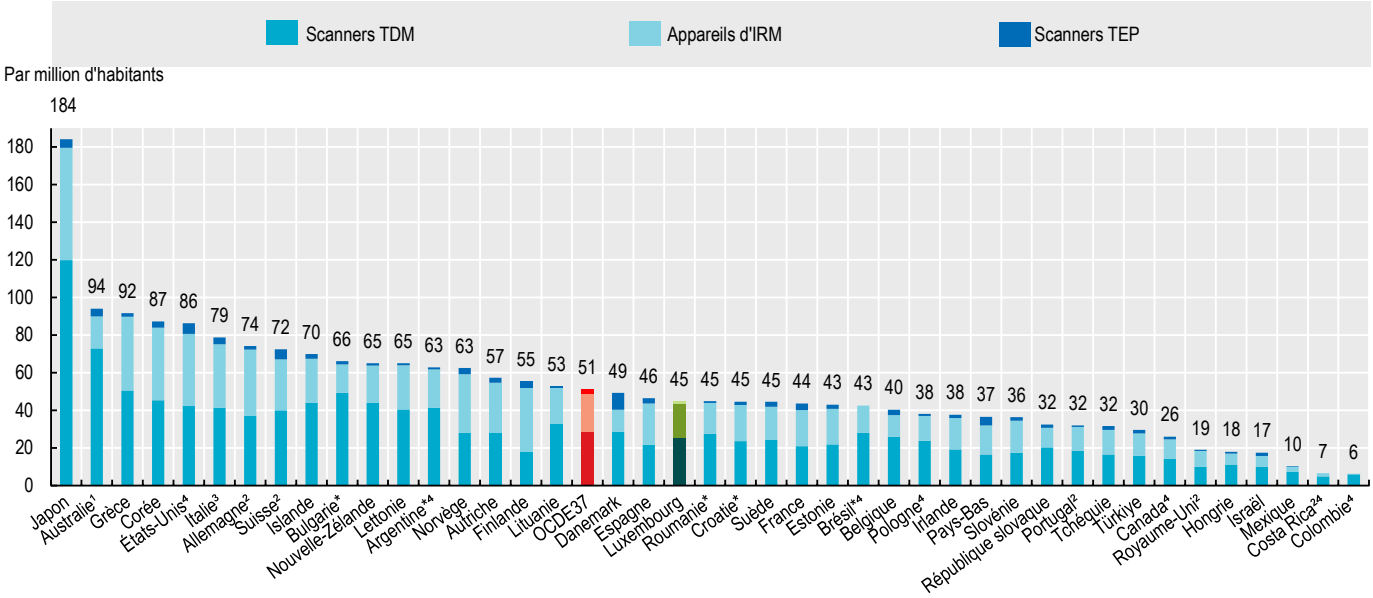


Notes :
- Les données pour 2019 incluent les nouveau-nés en bonne santé (entre 3 et 10% de l'ensemble des sorties), pour le Danemark et la Turquie également en 2022.
- Les données excluent l'activité dans les hôpitaux privés (en Irlande, les hôpitaux privés représentent environ 15-20% des sorties d'hôpital)
- Les données couvrent uniquement les sorties de soins curatifs (aigus).
https://stat.link/kjwp09

Remarques :
On entend par sortie d'hôpital la sortie d'un patient qui quitte l'hôpital après y avoir passé au moins une nuit.
Les sorties le jour même sont exclues. Les bébés en bonne santé nés dans les hôpitaux sont exclus complètement (ou presque complètement) dans plusieurs pays (Autriche, Chypre, Estonie, Finlande, Grèce, Irlande, Lituanie, Luxembourg, Montenegro, Norvège et Serbie). Ils représentent environ 3-10 % des sorties. Certains pays ne prennent pas en compte tous les hôpitaux.
Les données de l'Irlande et du Royaume-Uni ne concernent que les hôpitaux publics ou financés sur fonds publics. Les données pour les Pays-Bas et de la Macédoine du Nord ne prennent en compte que les hôpitaux de soins aigus.

Figure 85 : Nombre de scanners TDM, appareils d'IRM et scanners TEP par million d'habitants, 2023

(2023 ou année la plus proche)

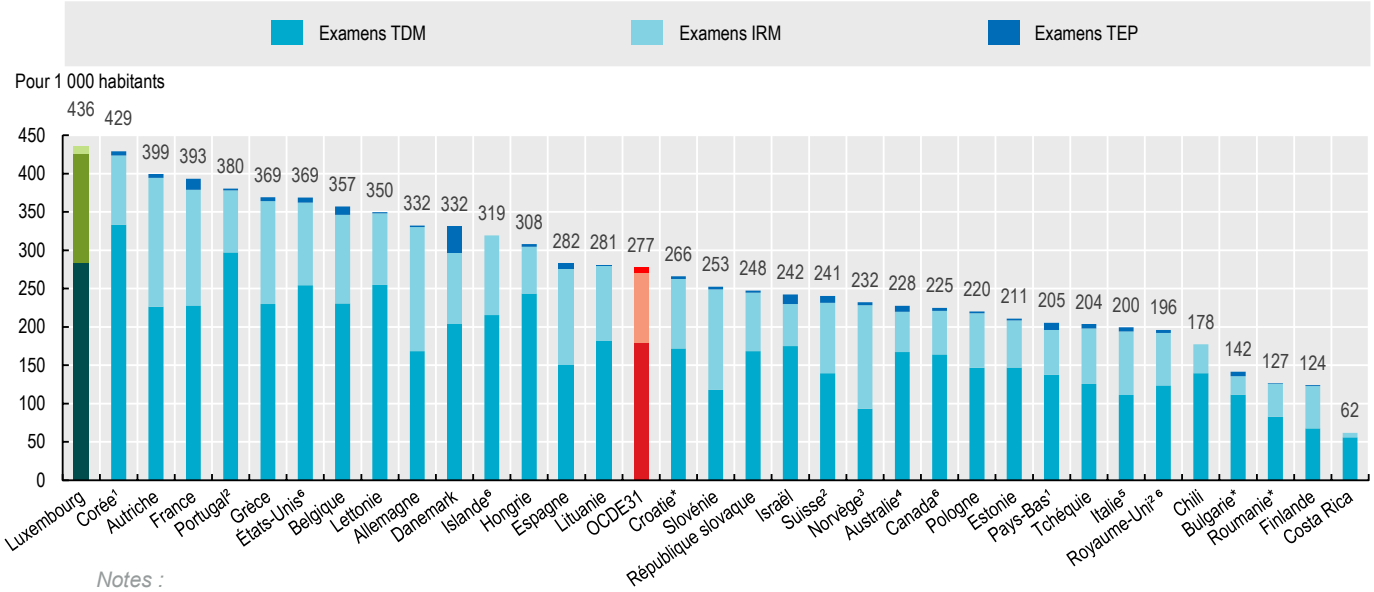


Notes :
TDM = Tomodensitométrie; IRM = Imagerie par résonance magnétique; TEP = Tomographie par émission de positons.
1.Les données concernent uniquement les appareils couverts par les remboursements publics
2.Les données excluent les équipements installés hors milieu hospitalier (uniquement pour les appareils d'IRM en Suisse et uniquement pour les scanners TEP en Allemagne).
3.Les données relatives aux hôpitaux privés ne sont pas incluses.
4.Les données concernent l'année 2022 ou antérieure.
5.Pays candidat à l'adhésion/partenaire.
....https://stat.link/80v4wl

Remarques :
Dans la plupart des pays, les données recensent les scanners TDM et TEP ainsi que les appareils d'IRM installés en milieu hospitalier et dans les services ambulatoires, la couverture des données étant toutefois plus limitée dans quelques autres. Le Costa Rica, le Portugal, la Suisse (pour les appareils d'IRM), l'Allemagne (pour les scanners TEP) et le Royaume-Uni font état d'équipements disponibles en milieu hospitalier uniquement. S'agissant de la Colombie, du Costa Rica et du Royaume-Uni, les données ne couvrent que les équipements du secteur public. En Australie et en Hongrie, seuls sont pris en compte les appareils admis au remboursement de l'assurance maladie publique.

Figure 86 : Nombre d'examens TDM, IRM et TEP pour 1 000 habitants, 2023

(2023 ou année la plus proche)



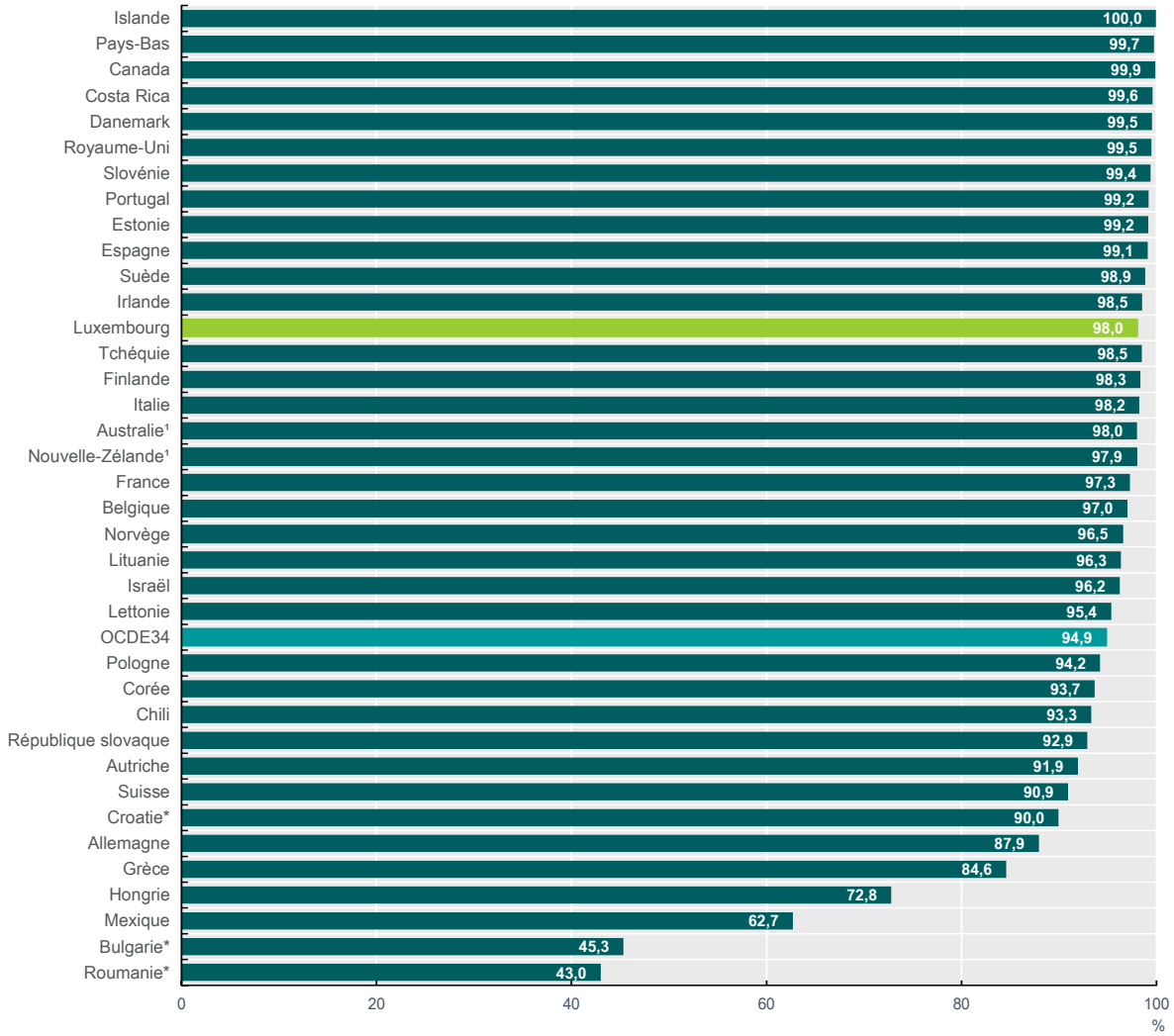
Notes :
TDM = Tomodensitométrie; IRM = Imagerie par résonance magnétique; TEP = Tomographie par émission de positons.
1.Les données excluent les examens remboursés par des fonds privés.
2.Les données excluent les examens effectués hors milieu hospitalier.
3.Les données comprennent uniquement les examens effectués hors milieu hospitalier.
4.Les examens remboursés par des fonds publics sont exclus.
5.Les données relatives aux hôpitaux privés ne sont pas incluses.
6.Les données concernent l'année 2022 ou antérieure.
7.Pays candidats à l'adhésion/partenaires.

https://stat.link/r1gd0q

Remarques :
Pour ces trois catégories d'appareils (IRM, TDM et TEP), les examens effectués en dehors des hôpitaux ne sont pas pris en compte au Portugal, en Suisse et au Royaume-Uni, tandis que les examens effectués en milieu hospitalier ne sont pas pris en compte en Norvège. En Australie, les données couvrent seulement les examens effectués sur la base du « paiement à l'acte » pour lesquels des prestations de Medicare ont été versées ; en Corée et aux Pays-Bas, elles ne couvrent au contraire que les examens financés par des sources publiques.

Figure 87 : Pourcentage des opérations de la cataracte réalisées en soins de jour, 2023

(2023 ou année la plus proche)

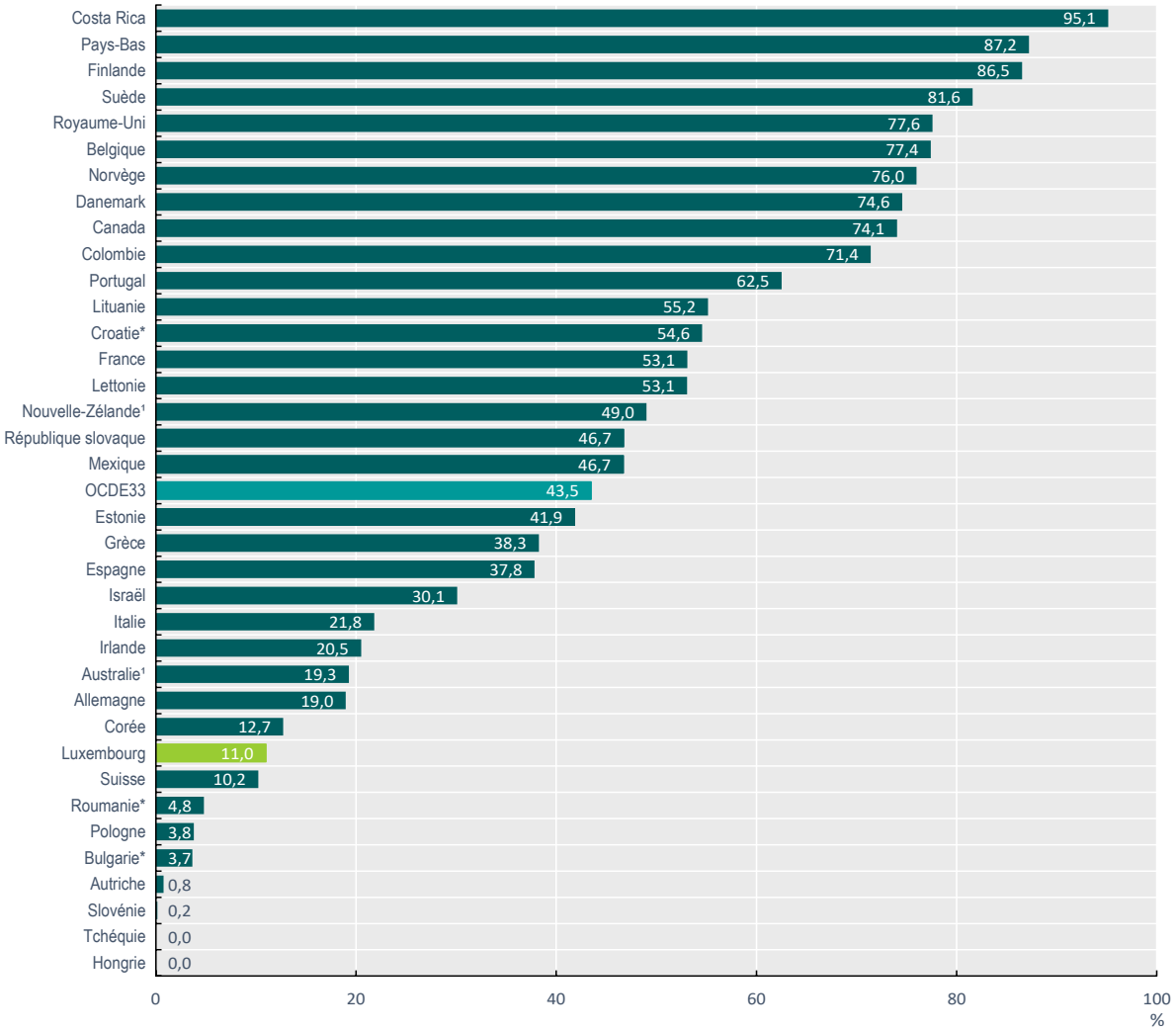


https://stat.link/lu7ehp

Remarques :
L'opération de la cataracte consiste à extraire de l'œil le cristallin du fait d'une opacification partielle ou complète de ce dernier et à le remplacer par un cristallin artificiel. Elle s'effectue principalement chez les personnes âgées. Les données de plusieurs pays ne comptabilisent pas les cas externes en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier (c'est-à-dire les patients dont l'admission et la sortie n'ont pas été enregistrées de manière formelle), ce qui donne lieu à une sous-estimation. Au Costa Rica, au Mexique, en Nouvelle-Zélande, au Portugal et au Royaume-Uni, elles ne prennent en compte que les opérations de la cataracte pratiquées dans les hôpitaux publics ou financées sur fonds publics, pas celles pratiquées dans les hôpitaux

Figure 88 : Pourcentage des ablations des amygdales pratiquées en soins de jour, 2023

(2023 ou année la plus proche)



https://stat.link/lu7ehp

Remarques :
L'amygdalectomie consiste à enlever les amygdales, glandes situées au fond de la gorge. Elle s'effectue essentiellement chez les enfants. Les données de plusieurs pays ne comptabilisent pas les cas externes en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier (c'est-à-dire les patients dont l'admission et la sortie n'ont pas été enregistrées de manière formelle), ce qui donne lieu à une sous-estimation.

Veuillez citer cette publication comme suit :
Observatoire national de la santé (2026). *Carte sanitaire, édition 2025, Document principal*, Luxembourg.

OBSERVATOIRE
NATIONAL DE LA SANTÉ

IMPRESSUM

Responsable de la publication
Observatoire national de la santé

Rédaction
Observatoire national de la santé

Juin 2026
ISSN: 3153-0281

Observatoire national de la santé
2, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen
Luxembourg
info@obs.etat.lu

www.obsante.lu

Envie de nous suivre :