



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Session ordinaire 2016-2017

TS/JCS

P.V. SECS 31

Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports

Procès-verbal de la réunion du 09 mai 2017

Ordre du jour :

1. 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
- Rapporteur : Madame Cécile Hemmen
- Continuation des travaux
2. Divers

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Roger Negri remplaçant Mme Claudia Dall'Agnol, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, M. Gilles Baum remplaçant M. Alexander Krieps, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, M. Edy Mertens

Mme Lydia Mutsch, Ministre de la Santé
M. Jean-Claude Schmit, Directeur de la Santé
Mme Françoise Berthet, de la Direction de la Santé
M. Laurent Zanotelli, du Ministère de la Santé

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusés : Mme Nancy Arendt, M. Marc Baum, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Alexander Krieps

*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

*

1. 7056 **Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière**

[La commission continue l'examen de l'annexe 2 du projet de loi.]

Service «Neurochirurgie»

Le service «Neurochirurgie» est défini dans le texte gouvernemental comme un service assurant le diagnostic, le traitement chirurgical et la prise en charge péri-opératoire des malformations, maladies, traumatismes, y compris leurs séquelles, du système nerveux central, de ses enveloppes, de ses vaisseaux et de ses cavités, ainsi que du système nerveux périphérique et végétatif. Le service de neurochirurgie dispose d'un lien fonctionnel, sur le même site, avec un service d'imagerie médicale pratiquant la neuro-imagerie interventionnelle, un service de neurologie, un service neuro-vasculaire et un service de soins intensifs pratiquant des soins intensifs spécialisés en neurologie et en neurochirurgie ; les critères et les modalités d'accès et de transfert des patients entre ces services font l'objet de dispositions établies en commun. Il participe aux réunions de concertations pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il dispose d'une convention avec un service de réhabilitation neurologique et avec tout service d'orthopédie d'un autre site réalisant des interventions sur le squelette axial, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de neurochirurgie peut être autorisé à pratiquer la chirurgie stéréotaxique à condition de disposer de l'équipement nécessaire.

Il s'agit d'un service national, le nombre de lits minimaux est fixé à 30, le nombre de lits maximaux à 40.

Cette définition n'appelle pas d'observations de la part du Conseil d'État dans son avis du 23 décembre 2016.

L'expert gouvernemental propose de préciser qu'il s'agit d'un service neuro-vasculaire «**(de niveau 2)**».

La définition est adoptée par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV et de la sensibilité politique déi Lénk.

Service «Neurologie»

Le service «Neurologie» est défini dans le texte gouvernemental comme un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections du système nerveux central, périphérique et végétatif, y compris leurs conséquences fonctionnelles. Le service de neurologie a recours aux soins en médecine physique et réadaptation, en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie et au soutien psychologique. Le service de neurologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique sur le même site, permettant de réaliser des examens d'imagerie par radiographie, scannographie computerisée et résonnance magnétique nucléaire, ainsi que des examens fonctionnels d'électromyographie, d'électro-encéphalographie, d'urodynamique et d'analyse du mouvement. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.

En l'absence de lien fonctionnel direct avec un service neuro-vasculaire établi sur le même site, le service conclut obligatoirement une convention avec un service neuro-vasculaire, précisant les critères et les modalités d'admission et de transfert entre les deux services.

Cette définition n'appelle pas d'observations de la part du Conseil d'État dans son avis du 23 décembre 2016.

L'expert gouvernemental propose de remplacer «le service conclut obligatoirement une convention» par «le service ~~conclut~~ **dispose** obligatoirement **d'**une convention.»

La définition est adoptée par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV et de la sensibilité politique de Lénk.

Services «Neuro-vasculaire»

Tenant compte de l'avis du Conseil d'État du 23 décembre 2016, l'expert gouvernemental rappelle que dans des réunions précédentes il a été proposé de diviser le service «Neuro-vasculaire» en deux parties, i.e. le niveau 1 et le niveau 2, avec deux définitions de service - à savoir le service «Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke de niveau 1)» et le service «Neuro-vasculaire de niveau 2» - qui ont la teneur suivante :

Service « Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke de niveau 1) »

«service fonctionnellement identifié, comprenant des lits de soins intensifs neuro-vasculaires et des lits d'hospitalisation «classiques» dédiés exclusivement à l'accueil 24h/24 et 7j/7 et à la prise en charge aiguë et en temps utile des patients présentant des accidents vasculaires cérébraux, en lien fonctionnel avec les services de secours, les structures d'accueil des urgences, et les structures de revalidation. **Le service stroke de niveau 1 dispose sur son site d'une expertise médicale en pathologie neuro-vasculaire 24h/24 et 7j/7 dans un délai de 30 minutes et d'un accès direct à l'imagerie par scannographie computerisée et par résonance magnétique. Il dispose de critères d'admission et d'évaluation ainsi que de processus standardisés pour le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients atteints d'accident vasculaire cérébral, et se soumet à une évaluation externe annuelle selon des indicateurs de résultats définis.** Il a recours aux soins en médecine physique et réadaptation, en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie, et au soutien psychologique **et à l'assistance sociale.** ~~Il existe deux niveaux de service neuro-vasculaire ;~~ Les hôpitaux disposant d'un service stroke de 1^{er} niveau 1 établissent obligatoirement une convention avec celui disposant d'un service stroke de 2^{ème} niveau 2, précisant les critères et les modalités de transfert des patients d'un service à l'autre :

- ~~• Le service stroke de niveau 1 (prise en charge primaire), répondant à la définition ci-dessus, et disposant d'une expertise médicale en pathologie neuro-vasculaire 24h/24 et 7j/7, d'un accès direct à l'imagerie par scannographie computerisée et par résonance magnétique, de critères d'admission et d'évaluation ainsi que de processus standardisés pour le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients atteints d'accident vasculaire cérébral, et se soumettant à une évaluation externe annuelle selon des indicateurs de résultats définis.~~
- ~~• Le service stroke de niveau 2 (prise en charge secondaire), répondant aux critères du service stroke de 1^{er} niveau défini ci-dessus et assurant en outre, sur le même site, la prise en charge des accidents vasculaires hémorragiques et des patients relevant des techniques de neuro-imagerie interventionnelle et de neurochirurgie, et disposant d'un accès direct, sur le même site, à une salle d'angiographie numérisée interventionnelle.~~

Les services stroke ~~est~~ sont organisés afin de garantir **aux patients présentant des accidents vasculaires cérébraux la continuité de l'accès à l'expertise et à la prise en charge neuro-vasculaire.** Il organise la réhabilitation précoce multidisciplinaire des patients concernés.

Service « Neuro-vasculaire de niveau 2 »

~~Un service fonctionnellement identifié, comprenant des lits de soins intensifs neuro-vasculaires et des lits d'hospitalisation « classiques » dédiés exclusivement à l'accueil 24h/24 et 7j/7 et à la prise en charge aiguë et en temps utile des patients présentant des accidents vasculaires cérébraux, en lien fonctionnel avec les services de secours, les structures d'accueil des urgences, et les structures de revalidation. Le service stroke a~~

~~recours aux soins en médecine physique et réadaptation, en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie et au soutien psychologique. Il existe deux niveaux de service neuro-vasculaire ; les services stroke de 1^{er} niveau établissent obligatoirement une convention avec un service stroke de 2^{ème} niveau, précisant les critères et les modalités de transfert des patients d'un service à l'autre :~~

- ~~• Le service stroke de niveau 1 (prise en charge primaire), répondant à la définition ci-dessus, et disposant d'une expertise médicale en pathologie neuro-vasculaire 24h/24 et 7j/7, d'un accès direct à l'imagerie par scannographie computerisée et par résonance magnétique, de critères d'admission et d'évaluation ainsi que de processus standardisés pour le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients atteints d'accident vasculaire cérébral, et se soumettant à une évaluation externe annuelle selon des indicateurs de résultats définis.~~

~~Le service stroke de niveau 2 (prise en charge secondaire), répondant aux critères du service stroke de 1^{er}-niveau 1 défini ci-dessus et assureant en outre, sur le même site, la prise en charge des accidents vasculaires hémorragiques et des patients relevant des techniques de neuro-imagerie interventionnelle et de neurochirurgie, et Il disposeant d'un accès direct, sur le même site, à une salle d'angiographie numérisée interventionnelle.~~

~~Les services stroke sont organisés afin de garantir une réhabilitation précoce multidisciplinaire. »~~

Suite à une question afférente, l'expert gouvernemental explique que si un établissement hospitalier demande une autorisation pour avoir une stroke unit, il doit remplir les critères prévus. Par ailleurs, il n'est pas possible d'intégrer dans la loi hospitalière des dispositions concernant les services de l'administration des services de secours et du SAMU en particulier. Il existe par contre des recommandations sur ce sujet, élaborées par le Conseil scientifique. Ces recommandations ne sont pas légalement contraignantes, mais il s'agit plutôt de recommandations concernant les bonnes pratiques pour la prise en charge et le transfert des patients.

Un membre du groupe politique CSV explique que la principale différence entre le niveau 1 et le niveau 2 est le type de pathologie et non pas la gravité.

Il est expliqué par l'expert gouvernemental que le niveau 2 répond à tous les critères du niveau 1 et qu'il a donc également trait à la question de disponibilité.

Pour ce qui est de la question relative au nombre de lits (une légère augmentation par rapport à la proposition initiale du texte gouvernemental, de 28 à 30 lits), l'expert gouvernemental explique que, selon les données de la carte sanitaire, le nombre de lits occupés pour la pathologie neuro-vasculaire était supérieur au nombre de lits stroke unit, raison pour laquelle il a été initialement proposé de prévoir 28 lits, sans différencier entre les lits de niveau 1 et de niveau 2. La carte sanitaire ne permet en effet pas de différencier entre les patients qui relèvent du niveau 1 et ceux qui relèvent du niveau 2, parce qu'elle ne renseigne pas sur le degré de gravité de la pathologie. Suite à la décision de scinder en deux la définition unique en prévoyant deux niveaux et deux définitions de service, il a fallu faire un choix concernant le nombre de lits à attribuer aux niveaux respectifs. Le nombre de lits a effectivement été légèrement augmenté pour donner une certaine marge de manœuvre aux services parce que, selon la carte sanitaire, le service neuro-vasculaire a besoin d'une trentaine de lits.

Les deux définitions sont adoptées par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV et de la sensibilité politique de Lénk.

Service «Obstétrique»

En tenant compte de l'avis du Conseil d'État du 23 décembre 2016, l'expert gouvernemental propose de définir le service sous examen comme suit :

«Un service de diagnostic, de suivi et de traitement de la femme et de l'enfant durant la grossesse normale et pathologique, ainsi que lors de l'accouchement, et qui assure le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant, par l'intervention coordonnée des professionnels concernés. Le service d'obstétrique doit être accessible 24h/24 et 7j/7 et assure un nombre minimum de 300 accouchements par an.

Tout service d'obstétrique a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Le service est en lien direct et fonctionnel avec un service de soins intensifs pour adultes établi sur le même site et avec un service de néonatalogie intensive, situé ou non sur le même site; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés in utero vers une autre maternité et ex utero vers le service **national** de néonatalogie intensive font l'objet de conventions et sont portés à la connaissance du public.

Un service d'obstétrique fait partie intégrante de la ~~une~~ maternité, unité organisationnelle d'un hôpital, dont on distingue 2 niveaux :

- une maternité de niveau 1 comporte un service d'obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales et l'examen et la prise en charge du nouveau-né auprès de sa mère, dans des situations fréquentes et sans gravité. Si une maternité de niveau 1 réalise 1.500 accouchements par an ou plus, elle peut assurer le suivi des grossesses pathologiques et le service de pédiatrie ~~générale~~ de proximité peut y disposer *d'une unité d'un secteur* de néonatalogie (non-intensive) pour la prise en charge des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation et qui nécessitent des soins néonataux non-intensifs spécialisés. Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de néonatalogie précise les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés.
- une maternité de niveau 2 comporte un service d'obstétrique et un service de néonatalogie intensive pour la prise en charge des grossesses normales, pathologiques et à haut risque et des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation nécessitant des soins néonataux spécialisés, ainsi que des nouveau-nés présentant des détresses graves.

Une maternité qui assure moins de 1.500 accouchements par an dispose au moins d'une disponibilité 24h/24 et 7j/7 sur appel et dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité, du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et du médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que du médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né. Une maternité de niveau 1 qui assure annuellement 1.500 accouchements ou plus, ou une maternité de niveau 2 quel que soit son niveau d'activité, doit disposer d'une présence, 24h/24 et 7j/7 sur le site de l'établissement, d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, d'un médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que de la présence d'un médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né.»

Un membre du groupe politique CSV renvoie à l'avis complémentaire du Collège médical qui constate que l'annexe 2, page 44, exige dans la définition des services que dorénavant un gynécologue, un anesthésiste et un pédiatre doivent obligatoirement être sur place, 24/24h, 365 jours par an dans un service de maternité.

Ceci dépasse, à la connaissance du Collège médical, de loin les textes légaux actuellement en vigueur, sans que la question du financement ou de l'assurance pour un tel «service public» soit abordée.

L'expert gouvernemental explique que, concernant la «disponibilité», terme que l'on retrouve également dans d'autres définitions de services, l'on a longuement étudié les dispositions qui régissent le fonctionnement des maternités à l'étranger. En ce qui concerne les délais dans lesquels le personnel doit être sur place, l'on n'a pas trouvé de recommandation ferme, raison pour laquelle on s'est décidé pour le libellé suivant : «des délais compatibles avec l'impératif de sécurité», formulation qui existe d'ailleurs dans la législation française.

À la question de savoir si les effectifs de personnel sont garantis, Madame la Ministre informe la commission que tous les éléments ont été étudiés ensemble avec le Ministère de la Sécurité sociale. L'oratrice confirme que les effectifs nécessaires seront mis à disposition.

Pour ce qui est du choix de la notion «soutien psychologique», il est expliqué qu'il est justement proposé de ne pas s'orienter vers une profession en particulier (par exemple vers les psychothérapeutes), pour ne pas restreindre le recours à certaines catégories de professionnels de la santé.

La définition est adoptée par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV et de la sensibilité politique déi Lénk.

Service « Oncologie »

Tenant compte de l'avis du Conseil d'État du 23 décembre 2016, l'expert gouvernemental propose de définir le service sous examen comme suit :

«Un service de diagnostic et de traitement pluridisciplinaires, de soins et de suivi des affections oncologiques des patients âgés de 18 ans ou plus. Le service d'oncologie est organisé afin d'assurer à chaque patient :

- l'accès rapide au diagnostic,
- l'annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire ~~telle que définie dans le règlement grand ducal du 18 août 2014~~, selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge et traduite dans un programme de soins remis au patient et accepté par celui-ci,
- la mise en œuvre de traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique publiés ou, à défaut, à des recommandations faisant l'objet d'un consensus des sociétés savantes,
- l'accès aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, le renforcement de l'accès aux services sociaux et s'il y a lieu, la démarche palliative
- l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire en collaboration formelle avec d'autres services hospitaliers, le cas échéant, et, dans tous les cas, avec le secteur des soins primaires.

Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible

aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, le service d'oncologie dispose d' ~~établit~~ une convention avec un établissement hospitalier disposant d'une telle unité, précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.

L'établissement hospitalier dispose d'une convention avec *le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 5, de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public «Laboratoire national de santé»* ~~un laboratoire d'anatomo-pathologie~~ précisant les critères et les modalités d'analyse des prélèvements, ainsi qu'avec le service de radiothérapie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques en matière d'oncologie, établie par le Comité scientifique et accessible au public.

Le service d'oncologie dispose d'un lien fonctionnel avec le service de réhabilitation post-oncologique, avec lequel il établit une convention, précisant les critères et les modalités de transfert des patients.

Les services d'oncologie et d'hémo-oncologie sont soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter en tenant compte de l'évidence disponible en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales, définis par le Conseil scientifique composé d'experts nationaux et internationaux. Ces seuils concernent certaines thérapeutiques ou certaines interventions chirurgicales éventuellement par appareil anatomique ou par pathologie, déterminées en raison de leur fréquence, ou de la complexité de leur réalisation ou de la prise en charge ultérieure. Ils prennent en compte le nombre d'interventions effectuées ou le nombre de patients traités sur les 3 années écoulées.»

L'expert gouvernemental explique encore que la définition est en ligne avec le plan national cancer.

Pour ce qui est de la disposition «au moins trois demi-journées par semaine», il est expliqué que lors des travaux d'élaboration du plan national cancer et du groupe de travail responsable de la prise en charge de la douleur, il a été retenu qu'il est important voire primordial pour les patients d'avoir un accès assez rapide à une prise en charge spécialisée, afin d'éviter que les douleurs n'évoluent vers la chronicité.

Un membre du groupe politique CSV rappelle qu'il estime que le LNS n'aurait pas dû voir s'attribuer le monopole en matière de prélèvements en ce qui concerne l'oncologie. Madame la Ministre explique que, pour des raisons de masse critique et de l'assurance de la qualité dans un milieu sécurisé, pour les deux volets du centre de diagnostic, à savoir l'anatomopathologie et la génétique, il est conseillé de se limiter à un établissement. Le LNS est le mieux outillé pour réaliser un prélèvement de qualité dans les conditions d'hygiène et de sécurité requises pour le patient et le personnel. Il s'agit également d'éviter une concurrence entre les laboratoires dans de tels domaines.

Concernant la charte de bonnes pratiques en matière d'oncologie, établie par le Conseil scientifique, il est précisé que ce texte a été rédigé avant la création d'un institut national de cancer et nécessite par conséquent éventuellement d'être revu.

En ce qui concerne le seuil d'activité minimal annuel, il est expliqué qu'un tel seuil n'a effectivement pas encore été défini au plan national. Néanmoins, si l'on regarde la littérature

internationale, de plus en plus de critères relatifs au volume d'activité minimal annuel ont été introduits dans nos pays limitrophes.

Pour ce qui est de la collaboration entre les différents services hospitaliers d'oncologie au niveau national, celle-ci va être mise en place progressivement par l'institut national de cancer.

Pour ce qui est du terme «certaines», il est précisé qu'il n'est pas possible d'énumérer les thérapies ou les interventions chirurgicales de façon exhaustive - éventuellement par appareil (anatomique) ou par pathologie - parce que ces connaissances évoluent constamment.

Finalement, il est encore relevé qu'une erreur matérielle s'est glissée dans le texte du projet de loi : le terme «Comité scientifique» est à remplacer par «Conseil scientifique».

La définition est adoptée par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV et de la sensibilité politique déi Lénk.

Service « Ophtalmologie spécialisée »

Tenant compte de l'avis du Conseil d'État du 23 décembre 2016, l'expert gouvernemental propose de définir le service sous examen comme suit :

«Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des troubles réfractifs, des pathologies médicales et chirurgicales de l'œil et de la sphère péri-oculaire, Il dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de la vue. *Il garantit la continuité des soins sur le plan national et participe au service d'urgence.* Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.»

La définition est adoptée par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV et de la sensibilité politique déi Lénk.

Service «ORL»

Tenant compte de l'avis du Conseil d'État du 23 décembre 2016, l'expert gouvernemental propose de définir le service sous examen comme suit :

«Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des affections de l'oreille, du nez et des sinus, de la face, de la gorge et du cou. Il a recours aux soins d'orthophonie et dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de l'audition, de l'équilibre et de la voix et de liens fonctionnels étroits avec un service d'imagerie établi sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.»

Le nombre de services est fixé à 4 services, et non plus à 4 services au maximum, décision prise par la commission parlementaire lors d'une réunion ultérieure.

La définition est adoptée par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV et de la sensibilité politique déi Lénk.

Service «Orthopédie»

Tenant compte de l'avis du Conseil d'État du 23 décembre 2016, l'expert gouvernemental propose de définir le service sous examen comme suit :

«Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints d'affections innées et acquises de l'appareil musculo-squelettique axial et périphérique. Le service d'orthopédie qui assure une prise en charge interventionnelle des affections du squelette axial dispose de procédures précisant les modalités de prise en charge de ces affections et d'un lien fonctionnel direct avec le service de neurochirurgie ou, dans le cas où ce service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service d'orthopédie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.

Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, le service d'orthopédie établit une convention avec un **hôpital** établissement hospitalier disposant d'une telle unité, *précise* ~~précisant~~ les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.»

Pour ce qui est de la question relative à la séparation entre **l'orthopédie et l'orthopédie (traumatologie)**, l'expert gouvernemental rappelle que l'orthopédie s'adresse plutôt aux interventions qui sont programmées. Cette séparation ne sera pas rigide, il y aura probablement des chevauchements. Par le biais de la carte sanitaire, on a recensé qu'en moyenne par an on aura besoin de 166 lits d'orthopédie et de 150 lits de traumatologie pour accueillir tous les patients. Vu qu'il existe un besoin réel dans notre pays, il a été proposé de diviser le service en deux, en créant ainsi des services avec une masse critique suffisante pour permettre leur bon fonctionnement.

La définition est adoptée par la commission moins l'abstention du groupe politique CSV et de la sensibilité politique déi Lénk.

Service « Pédiatrie de proximité »

Plusieurs membres du groupe politique CSV se prononcent contre l'emploi de la terminologie «disponibilité effective» puisqu'ils sont d'avis que le terme «effective» n'apporte pas de plus-value en l'occurrence. Il s'agirait plutôt d'une présence et non pas d'une disponibilité effective visée en l'espèce.

Qu'en est-il des conditions pour pouvoir participer au service de garde? Un membre du groupe politique CSV est d'avis qu'il faudrait fixer des critères précis.

Le vote est tenu en suspens jusqu'à la prochaine réunion.

2. Divers

Aucun point divers n'est abordé.

Le Secrétaire-administrateur,
Tania Sonnetti

La Présidente,
Cécile Hemmen