



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

### Procès-verbal de la réunion du 16 mai 2017

#### Ordre du jour :

1. 7030 Projet de loi transposant la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes ; abrogeant la directive 2001/37/CE; modifiant la loi modifiée du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac  
- Rapporteur : Madame Cécile Hemmen  
- Examen de l'avis complémentaire du Conseil d'État
2. 7056 Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière  
- Rapporteur : Madame Cécile Hemmen  
- Continuation des travaux
3. Divers

\*

Présents : M. Marcel Oberweis remplaçant Mme Nancy Arendt, Mme Tess Burton remplaçant Mme Claudia Dall'Agnol, M. Georges Engel, M. Gusty Graas, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Cécile Hemmen, Mme Françoise Hetto-Gaasch, 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 Jomé, M. Laurent Zanotelli, du Ministère de la Santé

Mme Tania Sonnetti, de l'Administration parlementaire

Excusés : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Nancy Arendt, M. Marc Baum, Mme Claudia Dall'Agnol

\*

Présidence : Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission

\*

***L'attention est attirée sur le fait que le débat sur le projet de loi 7056 a commencé lors de la réunion du 16 mai 2017 commençant à 9h00 et a continué lors de la réunion du 16 mai 2017 commençant à 14h00. Dans un souci de cohérence, le présent procès-verbal reflète intégralement le débat qui a eu lieu lors des deux réunions précitées.***

- 1. 7030** **Projet de loi transposant la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes ; abrogeant la directive 2001/37/CE; modifiant la loi modifiée du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac**

#### Amendement 1

Dans son avis complémentaire du 8 mai 2017, le Conseil d'État constate que cet amendement donne suite à son observation dans son premier avis et trouve par conséquent son accord.

La commission en prend note.

#### Amendement 2

Dans son avis complémentaire du 8 mai 2017, le Conseil d'État constate que les modifications apportées à l'article 3 du projet de loi par cet amendement permettent de lever les oppositions formelles à l'encontre des articles 3*bis* et 3*ter* introduits par cet article.

Le Conseil d'État avait notamment constaté que le point a) du paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article 13 de la directive 2014/40/UE était transposé de façon incomplète. En effet, l'interdiction d'étiquettes comprend une information sur la teneur en nicotine, en goudron ou en monoxyde de carbone du produit du tabac, et ne doit pas viser uniquement les unités de conditionnement, mais également tout emballage extérieur. L'amendement sous revue tient compte de cette exigence.

Comme l'amendement 3 prévoit que le paragraphe 2 de l'article 4 de la loi modifiée du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac dispose que les niveaux d'émissions maximaux de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone sont fixés par règlement grand-ducal, il n'y a pas lieu de mentionner à l'article 3*bis*, paragraphe 1<sup>er</sup>, que ces niveaux d'émissions maximaux « seront fixés par règlement grand-ducal ».

La commission décide de suivre le Conseil d'État et de supprimer le bout de phrase « dont les niveaux d'émissions maximaux seront fixés par règlement grand-ducal ».

#### Amendement 3

Suite à cet amendement, le Conseil d'État est en mesure de lever son opposition formelle portant sur les trois premiers paragraphes de l'article 4 formulée dans son avis complémentaire du 8 mai 2017.

En ce qui concerne le nouveau paragraphe 2, le Conseil d'État relève que le projet de loi entend confier les mesures des émissions de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone au Laboratoire national de santé ou à tout autre laboratoire agréé par le ministre ayant la Santé dans ses attributions.

La commission en prend note.

#### Amendement 4

Dans son avis complémentaire du 8 mai 2017, le Conseil d'État constate que cet amendement prévoit une interdiction de fumer dans les enceintes sportives en présence de mineurs de moins de 16 ans qui y pratiquent un sport.

Les dernières données statistiques pour le Luxembourg, publiées par la Fondation Cancer<sup>1</sup>, font état d'une augmentation du pourcentage des fumeurs chez les 18-24 ans, de 20 à 26 pour cent entre 2013 et 2016, et ce alors que sur cette même période le pourcentage total des fumeurs dans la population est en diminution. Les ravages causés par le tabagisme auprès des jeunes exigent une réaction en matière de politique sanitaire afin de combattre ce fléau.

Face à cette situation, le Conseil d'État avait suggéré d'étendre l'interdiction de fumer au-delà des aires de jeux, à toutes les enceintes sportives en plein air accueillant des mineurs de moins de 16 ans. La loi actuelle interdit de fumer en plein air dans l'enceinte d'un établissement scolaire. Dans la version proposée par le Conseil d'État, et dans la même approche que celle adoptée pour les aires de jeux, l'interdiction est liée au lieu et non pas à l'activité.

Le Conseil d'État estime qu'une interdiction généralisée de fumer dans les enceintes sportives non couvertes (stades, courts de tennis, etc.) serait parfaitement justifiée, voire souhaitable. Une telle interdiction aurait l'avantage de circonscrire avec une précision sans faille l'acte incriminé dans le cadre des mesures répressives. Elle tiendrait compte de l'idée plus générale de stades sans tabac qui fait son chemin en Europe.

Le législateur aurait à cet égard intérêt à maintenir le libellé que le Conseil d'État avait proposé dans son avis du 28 février 2017.

Si le législateur décidait de maintenir la version plus restrictive figurant dans l'amendement, il y aurait lieu de préciser le libellé pour mieux l'adapter au commentaire alors qu'il en résulte que l'intention des auteurs était manifestement d'instaurer une interdiction de fumer pendant l'exercice d'une activité sportive par des mineurs de moins de 16 ans.

Afin d'éviter toute équivoque quant aux lieux visés par l'interdiction de fumer, le terme « et » serait à remplacer par ceux de « ainsi que ». Le libellé se lirait dès lors comme suit :  
« dans les aires de jeux, ainsi que dans toutes les enceintes sportives accueillant des mineurs de moins de 16 ans accomplis, y exerçant une activité sportive ».

En d'autres termes, il résulte clairement de cette nouvelle proposition de texte du Conseil d'État que sont uniquement visées les activités sportives auxquelles participent des mineurs de moins de 16 ans accomplis, et non celles auxquelles des mineurs assistent en tant que spectateurs.

Un membre du groupe politique CSV estime que retenir la proposition initiale du Conseil d'État d'une interdiction généralisée de fumer dans les enceintes sportives non couvertes serait certes, juridiquement envisageable et certainement plus facile à mettre en œuvre, mais qu'il ne pourrait pas la soutenir d'un point de vue politique. En effet, une telle interdiction constituerait une ingérence disproportionnée dans la vie privée des personnes,

---

<sup>1</sup> [www.info-tabac.lu](http://www.info-tabac.lu) : enquête TNS-ILRES/Fondation cancer 2016.

même s'il pourrait s'avérer en pratique plus facile d'effectuer des contrôles en cas d'une interdiction générale.

Un membre du groupe politique déi gréng , tout en relevant que son groupe politique serait d'accord de suivre le Conseil d'État concernant une interdiction générale de fumer, informe que son groupe politique ne s'opposerait néanmoins pas à une restriction moins sévère de fumer, si la commission décidait de maintenir l'interdiction de fumer uniquement pendant l'exercice d'une activité sportive par des mineurs de moins de 16 ans.

Un membre du groupe politique DP se prononce en faveur de la solution de compromis. Pour ce qui est des doutes avancés concernant les moyens de pouvoir contrôler l'âge des mineurs, il est estimé que cette interdiction se limite aux activités sportives pour la catégorie d'âge des moins de 16 ans. Il n'y avait pas lieu de perdre de vue que le but primordial de la présente disposition est de protéger les mineurs de moins de 16 ans.

Pour ce qui est du phénomène d'une augmentation du pourcentage des fumeurs chez les 18-24 ans, de 20 à 26 pour cent entre 2013 et 2016, et ce alors que sur cette même période le pourcentage des fumeurs dans la population totale est en diminution, Madame la Ministre constate un tel phénomène également dans d'autres pays européens, d'où la nécessité d'adapter au plus vite le cadre légal afin de pouvoir y remédier adéquatement.

La commission décide finalement à l'unanimité de reprendre la proposition de texte du Conseil d'État disposant qu'il est interdit de fumer « dans les aires de jeux, ainsi que dans toutes les enceintes sportives accueillant des mineurs de moins de 16 ans accomplis, y exerçant une activité sportive ».

#### Amendement 5

Dans son avis complémentaire du 8 mai 2017, le Conseil d'État constate que cet amendement a pour objet de lever son opposition formelle pour transposition incomplète des articles 7 et 19 de la directive 2014/40/UE. Le Conseil d'État avait constaté que l'article 19 de ladite directive précise quels niveaux d'émission doivent être communiqués par les fabricants et les importateurs de nouveaux produits du tabac au moment de la notification. Il s'agit des niveaux d'émissions requises conformément à l'article 5 de la même directive, qui lui-même renvoie aux niveaux d'émission visés à l'article 3, paragraphes 1<sup>er</sup> et 4. Une deuxième série d'amendement parlementaire du 25 avril 2017 propose, afin de répondre à l'opposition formelle du Conseil d'État, de reformuler le paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article 8 de la loi précitée en y précisant que les niveaux d'émission maximaux de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone seront fixés par règlement grand-ducal. Le Conseil d'État peut dès lors lever son opposition formelle. Il propose cependant de reformuler le point a) du paragraphe 2 de l'article 8 de la loi modifiée du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac pour tenir compte de la nouvelle formulation figurant à l'article 4 :

« a) la liste de tous les ingrédients, avec leurs quantités, utilisés dans la fabrication du nouveau produit du tabac et ses émissions et leurs niveaux, conformément à l'article 4. »

La commission décide à l'unanimité de reprendre la proposition de texte du Conseil d'État.

#### Amendement 6

L'amendement 6 n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'État dans son avis complémentaire.

Un membre du groupe politique CSV attire encore l'attention sur l'avis complémentaire de la Chambre de Commerce du 12 mai 2017, dans lequel cette dernière, tout en constatant avec satisfaction que certaines de ses propositions ont été prises en compte dans le cadre des amendements parlementaires, regrette néanmoins que la commission parlementaire n'ait pas tenu compte de certaines de ses remarques de fond, alors que ces remarques contribueraient à assurer une transposition optimale de la directive 2014/40/UE<sup>1</sup>, en mettant en évidence certaines incohérences et en attirant l'attention des auteurs sur certaines préoccupations pratiques des acteurs économiques concernés. Plus particulièrement, la Chambre de Commerce déplore que ses remarques relatives au montant de la « taxe » à régler dans le cadre de la future notification à la Direction de la santé de toute cigarette électronique ou flacon de recharge destiné à être mis sur le marché n'aient pas été prises en compte.

Un autre membre du groupe politique CSV souhaite connaître la politique du gouvernement en matière de transposition des directives. Le gouvernement, applique-t-il le principe « rien que la directive » ou est-ce que sa transposition des directives va régulièrement au-delà de ce qu'exige la directive ? Il est précisé que le gouvernement n'a pas de ligne uniforme en matière de transposition de directive, mais procède au cas par cas. D'ailleurs il est rappelé que la directive instaure une obligation de résultat mais laisse les pays de l'Union européenne libres quant aux moyens à prendre pour y parvenir. Rien n'interdit aux États membres d'aller au-delà du but fixé par la directive.

Suite à des questions d'un membre du groupe politique DP et celles d'un membre du groupe politique CSV, l'expert gouvernemental précise qu'en l'occurrence s'applique la procédure administrative non contentieuse. Ainsi en cas de refus d'autorisation, respectivement en cas d'absence de décision dans le délai imparti de 3 mois, valant décision implicite de refus, le demandeur pourra toujours exercer un recours en vertu du droit commun. En effet, en règle générale, le recours devant le tribunal administratif doit être formé dans les 3 mois qui suivent le jour où la décision a été notifiée au requérant ou le jour où le requérant a pu en prendre connaissance.

\*

La commission parlementaire rappelle qu'elle est unanimement d'accord avec les amendements parlementaires soumis au Conseil d'État. En outre, elle décide à l'unanimité de suivre les propositions de texte contenues dans l'avis complémentaire du Conseil d'État du Conseil d'État.

Il est retenu qu'un projet de rapport du *projet de loi 7030 transposant la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes ; abrogeant la directive 2001/37/CE; modifiant la loi modifiée du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac* fera l'objet d'une présentation et d'un examen lors de la prochaine réunion.

## **2. 7056      **Projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière****

La commission parlementaire continue l'examen de l'annexe 2.

La commission se voit distribuer une proposition de texte pour la définition du service « Pédiatrie de proximité », tel que demandé lors de la dernière réunion par la commission, prenant la teneur suivante:

« Un service axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans, et le cas échéant jusqu'à 18 ans, dont la prise en charge est assurée lors de séjours hospitaliers ne dépassant pas en moyenne 48 heures. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service dispose d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire, qui répond aux conditions du service d'hospitalisation de jour. **Le service assure une disponibilité du médecin spécialiste en pédiatrie pour toute consultation pédiatrique de 08h à 20h les jours ouvrables. En dehors de ces heures et en cas de disponibilité d'un médecin spécialiste en pédiatrie, le service peut participer au service de garde de pédiatrie.**

Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de pédiatrie spécialisée précise les critères et les modalités de transfert des enfants à pathologies complexes. »

La commission adopte la proposition de texte à l'unanimité, moins l'abstention du groupe politique CSV.

### **Service « Pneumologie »**

Il est proposé de définir le service « Pneumologie » comme suit : « Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes respiratoires, de leurs voies et de leurs vaisseaux. Les techniques de ventilation mécanique non-invasive, d'oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie et de kinésithérapie respiratoire y sont mises en œuvre. Le service de pneumologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, de bronchoscopie et d'investigations fonctionnelles respiratoires, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site, qui précise les conditions de transfert des patients dans ces services. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. »

Le nombre de services sera fixé à 4, le nombre de lits minimal par service sera fixé à 8, le nombre de lits maximal nationaux sera fixé à 80.

Suite à une question du membre du groupe politique CSV, il est précisé que les nombres minimaux de lits, pour les services hospitaliers que tout centre hospitalier doit exploiter, fixés dans l'annexe sous examen, sont souvent calqués sur l'existant dans les différents centres hospitaliers. En d'autres termes, l'existant a été respecté en l'occurrence.

La répartition des lits de pneumologie est très inégale dans le pays actuellement. À Ettelbruck, il y a 8 lits de pneumologie, au CHL il y en a 25, au Kirchberg il y en a 25, au CHEM il y en a 15, et donc les besoins pourraient correspondre à 80 lits. Donc on désire avoir un maximum de lits répondant aux besoins, mais on veut respecter également l'existant dans les hôpitaux, dans la mesure où un petit nombre de lits de pneumologie n'est pas contraire à une garantie d'activité de pneumologie correcte correspondant à un volume d'activité minimale.

En outre, dans un souci de clarté et en vue d'une meilleure compréhension du texte, la commission propose par voie d'amendement de remplacer « qui précise les conditions de transfert des patients dans ces services » par « qui précise les conditions de transfert des patients dans ces services » dans l'avant-dernière phrase de la définition du service

« pneumologie ».

La commission adopte la proposition de texte à l'unanimité, moins l'abstention du groupe politique CSV.

### **Services « Psychiatrie aigue », « Psychiatrie infantile » et « Psychiatrie juvénile »**

Il est proposé de définir le service « Psychiatrie aigue » comme suit : « Un service assurant la prévention, l'observation, le diagnostic, les soins, le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale d'adultes atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service d'urgence et de médecine interne établis sur le même site, ainsi qu'avec un service de réhabilitation psychiatrique, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire et les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.

Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent. »

Le nombre de services sera fixé à 4, le nombre de lits minimal par service sera fixé à 35, le nombre de lits maximal nationaux sera fixé à 240.

En outre, il est proposé de définir le service « Psychiatrie infantile » comme suit : « Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'enfants âgés de moins de 13 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie et un service de psychiatrie juvénile, un service d'urgence pédiatrique, un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des enfants, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.

Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge.»

Il s'agira d'un service national, le nombre de lits minimal sera fixé à 8, le nombre de lits maximal sera fixé à 12.

Finalement, il est proposé de définir le service « Psychiatrie juvénile » comme suit : « Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'adolescents âgés de 13 à 18 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie ou médecine interne, un service d'urgence et un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des adolescents, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites.

Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent. »

Il s'agira d'un service national, le nombre de lits minimal sera fixé à 15, le nombre de lits maximal sera fixé à 35.

Il est précisé que les lits de moyen séjour et les services de moyen séjour sont prévus dans la partie suivante de l'annexe 2, puisqu'il a été demandé de répartir les services en « soins aigus » et « Soins de moyen séjour ».

La commission adopte la proposition de texte à l'unanimité, moins l'abstention du groupe politique CSV.

### **Service « Soins intensifs et anesthésie »**

Il est proposé de définir le service « Soins intensifs et anesthésie » comme suit : « Un service assurant l'accueil, la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillance(s) aiguë(s) d'organe(s), mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.

**Le service prend également en charge des patients nécessitant le recours à l'anesthésie, sous quelque modalité que ce soit (générale, locorégionale, épidurale, rachianesthésie ou autre), cette prise en charge incluant l'évaluation pré-anesthésique des facteurs de risque et le suivi post-anesthésique jusqu'à récupération des fonctions vitales, ainsi que l'analgésie pour la prise en charge de la douleur post-interventionnelle.**

Il assure :

- une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7
- la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés
- la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet
- la surveillance de l'infection nosocomiale.

Le service de soins intensifs dispose de liens fonctionnels directs avec le service d'urgence, le cas échéant, avec le service d'imagerie médicale et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des patients présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement. Des conditions particulières aux soins intensifs spécialisés en cardiologie et en neurologie-neurochirurgie peuvent être déterminées. »

Le nombre de services sera fixé à 4, le nombre de lits minimal par service sera fixé à 12, le nombre de lits maximal nationaux sera fixé à 100.

L'expert gouvernemental précise à cet égard qu'il a été demandé à la Direction de la santé d'adjoindre la notion d'anesthésie au service de soins intensifs. Comme l'intitulé et la définition du service doivent refléter l'activité du service, il est proposé de rajouter un deuxième paragraphe relatif à l'activité d'anesthésie, afin que l'intitulé de la définition couvre cette activité. Ce service « Soins intensifs et anesthésie » prendra donc également en charge des patients nécessitant une anesthésie sous quelque modalité que ce soit. Diverses



modalités de l'anesthésie sont citées expressément. Cette prise en charge inclura l'évaluation pré-anesthésique des facteurs de risque et le suivi post-anesthésique (l'activité de la salle de réveil) jusqu'à récupération des fonctions vitales, ainsi que l'analgésie pour la prise en charge de la douleur post-interventionnelle.

Pour ce qui est de la « surveillance de l'infection nosocomiale », la commission est informée que cette mention résulte d'une action historique. En effet, depuis une quinzaine d'années le système « nosix » permet de recenser les infections nosocomiales dans tous les services de soins intensifs. Mais il y a effectivement lieu de se demander, si l'infection nosocomiale ne devrait pas être surveillée dans l'ensemble des services. Si tel était le cas, ce serait une condition qui s'appliquerait à tous les services et elle pourrait par conséquent être supprimée de la définition de ce service.

Un membre de la commission précise que les infections nosocomiales sont du ressort de la Santé publique. Au vu du fait qu'il s'agit d'une structure à part, il faudrait effectivement envisager de créer un service de contrôle au Ministère, et ceci non seulement pour les hôpitaux mais également pour les grandes structures de cabinets médicaux communs. L'expert gouvernemental informe la commission qu'actuellement déjà des collaborateurs de la direction de Santé sont en charge du dossier « infections nosocomiales » et ceci en collaboration avec les hôpitaux. Mais effectivement, concernant les cabinets privés, ce contrôle est à revoir. Il rappelle néanmoins à cet égard que l'on est en train de réorganiser le Laboratoire national de Santé, également pour ce qui est des secteurs microbiologie et infections nosocomiales.

La commission propose finalement de biffer le bout de phrase « la surveillance de l'infection nosocomiale. »

Concernant le nombre de lits maximal en soins intensifs et anesthésie, il est relevé, d'une part, que ce nombre est déjà relativement « confortable ». D'autre part, il est rappelé qu'au moment de la menace de la grippe H1N1, toutes les directions des hôpitaux et les responsables des unités de soins intensifs ont été rassemblés pour développer un système de communication rapide, ce qui permettait de savoir où et combien de lits étaient disponibles en soins intensifs. Par ailleurs, en cas de catastrophe ou calamité publique, les hôpitaux ont tous des salles de réveil tenant à leur bloc opératoire, qui peuvent être utilisées comme place de soins intensifs avec suffisamment d'instruments de réanimation et de respirateurs. Sachant qu'en cas de calamité publique, l'activité chirurgicale opératoire programmée est annulée et les places dans les salles de réveil sont par conséquent disponibles pour ces patients. Concernant les soins intensifs spécialisés en cardiologie et en neurochirurgie, ces services existent déjà à l'heure actuelle dans notre paysage hospitalier. Effectivement, en raison d'un effort normatif au niveau international, ces derniers pourraient éventuellement devoir répondre à des critères plus stricts, que les critères applicables aux services de soins intensifs et anesthésie généraux.

Pour ce qui est du plan national d'urgence collectif, la commission est informée que la Direction de la santé travaille actuellement en lien étroit avec le « 112 » et les hôpitaux, afin que les dispositions puissent être prises en collaboration.

Pour ce qui est de la disposition dans la dernière phrase de la définition sous examen, disant que des « conditions particulières aux soins intensifs spécialisés en cardiologie et en neurologie-neurochirurgie peuvent être déterminées. », il est renvoyé à l'article 10 du projet de loi, qui prévoit qu'un règlement grand-ducal peut préciser des normes relatives aux services hospitaliers. Ce règlement qui pourrait le cas échéant également apporter des précisions en l'occurrence.

La commission adopte la proposition de texte à l'unanimité, moins l'abstention du groupe

politique CSV.

### **Service « Soins intensifs pédiatriques »**

Il est proposé de reprendre la proposition de texte du Conseil d'État est de définir par conséquent le service « Soins intensifs pédiatriques » comme suit : « Un service prenant en charge des nourrissons, enfants et adolescents, à partir de la 5<sup>ème</sup> semaine de vie et jusqu'à l'âge de 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans, qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance ou dont l'affection requiert des avis et prises en charge spécialisés du fait de sa rareté ou de sa complexité. Il assure également la réanimation postopératoire des enfants relevant de la chirurgie pédiatrique.

Il assure :

- une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des enfants et adolescents et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7
- la mise en œuvre prolongée de techniques invasives spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés
- la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des enfants et adolescents dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet
- la surveillance de l'infection nosocomiale.

Le service de soins intensifs pédiatriques dispose de liens fonctionnels direct avec les services de secours extrahospitaliers et avec le service des urgences, de néonatalogie intensive, le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des enfants présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs pédiatriques répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement. »

Il s'agira d'un service national, le nombre de lits minimal sera fixé à 5, le nombre de lits maximal nationaux sera également fixé à 5.

Concernant la question relative à la nécessité d'établir un lien avec la maternité, il est renvoyé au service de néonatalogie intensive. En effet, dans la définition du service de « néonatalogie intensive », il est indiqué qu'il est en lien direct et qu'il fonctionne avec le service « obstétrique » situé sur le même site, ainsi qu'avec toutes les maternités ne disposant pas de service « néonatalogie intensive ».

Pour ce qui est de la terminologie, en vue de respecter un parallélisme des formes, il est relevé par un membre du groupe politique déi gréng qu'en l'occurrence il est uniquement question de « transfert des patients », tandis que dans d'autres définitions (notamment celle relative à l'obstétrique) les termes « modalités de transfert » ont été retenus. L'expert gouvernemental précise qu'en l'espèce il s'agit de transferts qui ont lieu à l'intérieur du même site hospitalier. Par conséquent, il s'agit d'un concept différent qui justifie une formulation différente. Le terme « modalité » se réfère aux moyens qui sont utilisés pour effectuer le transfert. Lorsqu'il s'agit d'un transfert sur un même site les moyens sont internes, la communication des informations se fait de manière absolument fluide, et c'est tout simplement le personnel soignant qui accompagne au sein du même établissement le transfert d'un service vers un autre.

Suite à une question d'un membre du groupe politique CSV, il est précisé que le nombre de lits minimal et maximal de lits, repose sur l'existant.

La commission adopte la proposition de texte à l'unanimité, moins l'abstention du groupe politique CSV.

### **Service « Traumatologie »**

Il est proposé de définir le service « Traumatologie » comme suit : « Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de lésions traumatiques intéressant la peau et les muqueuses, l'appareil musculo-squelettique, les organes internes, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives. Un service de traumatologie dispose d'un lien fonctionnel direct avec le service d'urgence, le service des soins intensifs et le service d'imagerie médicale situés sur le même site. Il dispose en outre d'une convention avec un service de neurochirurgie précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de traumatologie 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 nombre de services sera fixé à 4, le nombre de lits minimal par service sera fixé à 15, le nombre de lits maximal nationaux sera fixé à 130.

Suite à une remarque d'un membre du groupe politique CSV, la commission propose de remplacer « un service de neurochirurgie » par « le service de neurochirurgie », au vu du fait qu'il s'agit d'un service national.

Il est précisé que le terme « organe interne » a été retenu, parce que ce terme permet de couvrir l'ensemble des tissus qui peuvent être touchés par un traumatisme.

Suite à une question d'un membre du groupe politique CSV, il est précisé que le nombre maximal de lits est justifié par l'existant.

La commission adopte la proposition de texte à l'unanimité, moins l'abstention du groupe politique CSV.

### **Service « Urologie »**

En retenant la suggestion du Conseil d'État de biffer « selon le RGD du 19 septembre 1991 », il est proposé de définir le service « Urologie » comme suit : « Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de pathologies innées et acquises de l'appareil et des voies urinaires, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives et l'oncologie de l'appareil urinaire et de ses annexes. Le service d'urologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, d'endoscopie et d'investigations fonctionnelles urologiques situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il a recours à au moins un médecin spécialiste en urologie disposant d'un agrément pour l'accès à et l'utilisation de l'équipement de lithotritie extracorporelle ~~selon le RGD du 19 septembre 1991~~»

Le nombre de services sera fixé à 4, suite à une proposition de la commission, le nombre de lits minimal par service sera fixé à 5, le nombre de lits maximal nationaux sera fixé à 80.

A une question afférente, il est confirmé que le médecin spécialiste en urologie doit disposer

d'un agrément.

La commission adopte la proposition de texte à l'unanimité, moins l'abstention du groupe politique CSV.

### **Service « Radiothérapie »**

En retenant la suggestion du Conseil d'État de biffer « telles que définies par le RGD du 18 août 2011 » et la suggestion de la Direction de la Santé de remplacer « appareil » par « accélérateur linéaire », il est proposé de définir le service « Radiothérapie » comme suit : « Un service assurant, au bénéfice de patients atteints d'affections tumorales, cancéreuses ou hématologiques, des traitements de radiothérapie à visée curative ou palliative, dans un contexte pluridisciplinaire de cancérologie. Le service de radiothérapie participe aux décisions thérapeutiques oncologiques dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires. ~~telles que définies par le RGD du 18 août 2011.~~

Le service dispose d'une convention avec tous les services d'oncologie autorisés, précisant les critères et les modalités de transfert des patients, et d'un lien fonctionnel étroit avec les soins de santé primaires et spécialisés.

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 (trop complexe). Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques en matière de radiothérapie oncologique, approuvée par le comité scientifique et accessible au public.

Le service de radiothérapie est soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter, de l'ordre de 400 traitements par an et par **appareil accélérateur linéaire.**»

Il s'agira d'un service national, le nombre de lits minimal sera fixé à 2, le nombre de lits maximal sera également fixé à 2.

Pour ce qui est de la fixation du nombre de lits, il est précisé que l'on a respecté l'existant en l'occurrence.

À la suggestion d'un membre du groupe politique DP, de prévoir explicitement dans le texte légal un contrôle des installations de radiothérapie, l'expert gouvernemental indique que le volet relatif à la radioprotection tombe dans le champ d'application de la loi relative à la protection contre le rayonnement ionisant et à la sûreté nucléaire. Un projet de règlement européen, en vue d'assurer que les dispositions relatives à la radioprotection au niveau européen soient implémentées dans l'appareil législatif national, est également en voie d'être engagé dans la procédure législative. Ceci est la raison pour laquelle cette mention a été omise dans la définition du service, même s'il est évident que ce service doit se soumettre aux lois et règlements relatifs à la radioprotection. D'ailleurs, la commission est informée que des contrôles sont déjà effectués actuellement de manière systématique sur le terrain.

Pour ce qui est de la question relative à la plus-value de la phrase « Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses » relevée par un membre du groupe politique CSV, il est précisé que cette phrase figure également dans la définition du service « oncologie ». Au vu du fait que la

radiothérapie s'applique aux patients oncologiques, il a paru important de soumettre ce service de radiothérapie également aux mêmes critères.

Pour ce qui est de la signification du bout de phrase « 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 », il est précisé que le Centre François Baclesse travaille en lien étroit avec un centre dans la Grande Région. Par conséquent, l'on a estimé important d'indiquer que ce lien existe, et ceci afin de pouvoir favoriser la prise en charge de patients en cas de défaillance des appareils de radiothérapie nationaux.

Pour ce qui est de la « charte de bonnes pratiques », il est confirmé que si effectivement chaque service doit se soumettre à des bonnes pratiques, néanmoins chaque type d'activité médicale réalisée dans les services hospitaliers, n'a pas forcément une charte. Par contre, en matière d'oncologie, il existe de telles chartes qui sont également reconnues au niveau international et dont les participants peuvent alors s'en prévaloir. Par conséquent, il a été retenu d'exiger l'adhésion à une charte de bonnes pratiques pour l'activité d'oncologie. L'expert gouvernemental est chargé de fournir la version la plus récente des chartes aux membres de la commission.

En vue d'assurer qu'est visé dans le texte du projet de loi la version la plus récente de la charte, il est proposé de préciser que le service sous examen dispose « d'une charte de bonnes pratiques **dans sa version la plus récente** ».

Concernant le bout de phrase « Le service de radiothérapie est soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter, de l'ordre de 400 traitements par an », il est précisé que ce nombre de 400 traitements est issu de la procédure donnant lieu à l'autorisation d'un équipement supplémentaire. Pour éviter néanmoins la prolifération non désirable d'équipements supplémentaires, l'on a préféré demander en l'occurrence une utilisation efficiente des équipements existants.

La commission adopte la proposition de texte à l'unanimité, moins l'abstention du groupe politique CSV.

### **3. Divers**

Aucun point divers n'est abordé.

Le secrétaire-administrateur,  
Tania Sonnetti

La Présidente de la Commission de la Santé, de l'Égalité  
des chances et des Sports,  
Cécile Hemmen