



## Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

### Procès-verbal de la réunion du 02 mai 2013

#### Ordre du jour :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 18 avril 2013
2. 6469 Projet de loi relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant :
  - la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ;
  - la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel
  - Rapporteur : Monsieur Georges Engel

- Continuation de l'examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat
3. 6494 Projet de loi modifiant la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac
  - Rapportrice : Madame Lydia Mutsch

- Examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat

\*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Nancy Arendt épouse Kemp remplaçant M. Marc Spautz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Georges Engel, Mme Marie-Josée Frank, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé

M. Laurent Jomé, M. Mike Schwebag, Ministère de la Santé

M. Martin Bisenius, Administration parlementaire

Excusé : M. Alexandre Krieps

\*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

\*

**1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 18 avril 2013**

Le projet de procès-verbal de la réunion du 18 avril 2013 est approuvé.

**2. 6469 Projet de loi relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant :**  
**- la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ;**  
**- la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel**

La commission poursuit l'examen du projet de loi sur base du document synoptique élaboré par le secrétariat de la commission.

Article 8 (nouvelle version regroupant les articles 8, 9 et 12)

Paragraphe (4), alinéa 3

Cet alinéa porte sur les éléments de l'information préalable que le patient est en droit de demander.

Le Conseil d'Etat estime qu'il convient de transposer correctement l'article 4, paragraphe 2, *sub b*) de la directive en assurant des informations sur la qualité et la sécurité des soins de santé, y compris le nombre d'actes effectués par le prestataire, le taux de complications, la durée de séjour prévisible en hospitalisation. Des informations sur la qualification et les compétences, dont l'objectivité est difficile à établir, ne sont pas prévues par la directive.

Par conséquent, le Conseil d'Etat propose de libeller l'alinéa correspondant comme suit:

*"Sur demande du patient, l'information préalable porte sur la disponibilité prévisible des soins proposés, la qualité et la sécurité des soins de santé, y compris le nombre d'actes effectués par le prestataire, le taux de complications, la durée de séjour prévisible en cas d'hospitalisation, le statut d'autorisation ou d'enregistrement du prestataire de soins de santé, ainsi que sur la couverture d'assurance au titre de la responsabilité professionnelle."*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale se rallie à cette proposition.

Paragraphes (5) et (6)

Ces paragraphes correspondant aux paragraphes (3) et (4) de l'article 9 du texte gouvernemental initial ne donnent pas lieu à observation du Conseil d'Etat.

Le paragraphe (5) dispose que le refus ou le retrait du consentement du patient n'entraîne pas l'extinction du droit des soins de santé de qualité en fonction des options thérapeutiques acceptées.

Le paragraphe (6) prévoit que *"Le professionnel de la santé dispensant des soins de santé au patient s'assure avant toute intervention que le patient ait reçu en temps utile les informations préalables conformément à la présente loi et qu'il consent librement aux soins dispensés"*.

#### Paragraphe (7) à (9)

Les paragraphes (7) à (9) correspondent aux paragraphes (1) à (3) de l'article 12 du texte gouvernemental que le Conseil d'Etat a recommandé d'intégrer dans l'article 8.

Le paragraphe (7) prévoit que l'information du patient est en principe donnée oralement et peut être précisée par une information écrite.

Le paragraphe (8) dispose que le consentement est en principe donné de façon expresse, mais il reconnaît qu'il peut être tacite lorsque le prestataire de soins de santé, après avoir informé adéquatement le patient, peut raisonnablement déduire du comportement de celui-ci qu'il consent au traitement. Il est en effet justifié de ne pas exiger un consentement exprès explicite dans tous les cas. Cette exigence serait disproportionnée pour de nombreuses prestations sans complexité particulière. Tout comme le Conseil d'Etat, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale peut se rallier à cette approche.

Le Conseil d'Etat s'interroge cependant sur la plus-value d'une consignation systématique écrite d'un consentement tacite pour tout acte réalisé et demande la suppression de la deuxième phrase de l'alinéa 2 du paragraphe 2 du texte gouvernemental qui prévoyait que le professionnel de santé doit s'assurer *"que l'accord ou l'opposition du patient soit consigné ou ajouté au dossier patient"*. Le Conseil d'Etat fait valoir qu'en cas de contestation, la preuve du consentement (et du refus de consentement) incombe de toute façon au prestataire de soins. Cette preuve ne devra viser que le contenu de l'information. En effet, il faut éviter d'inclure dans la preuve de l'information à rapporter par le médecin la preuve de la compréhension des informations que le prestataire a fournies au patient. Le Conseil d'Etat insiste à ce que la première phrase du paragraphe 3 soit formulée comme suit:

*"En cas de contestation, la preuve de l'information fournie et celle du consentement du patient incombent au prestataire de soins de santé sous la responsabilité duquel les soins ont été dispensés ou proposés."*

La commission se rallie à cette proposition.

Le paragraphe (9) (ancien paragraphe (3) de l'article 12 initial) précise que la preuve de l'information peut être délivrée par tout moyen, la tenue régulière du dossier valant présomption simple des éléments y consignés ou versés.

Le professionnel de santé sera donc prémuni contre le risque judiciaire, s'il tient à jour de façon régulière le dossier patient, et y documente les conditions convenues avec le patient, mais le patient pourra renverser cette présomption en prouvant que l'inscription au dossier n'est pas exacte ou n'est pas à jour.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale retient que cette disposition ne comporte pas, contrairement aux critiques et craintes exprimées par l'AMMD, de renversement de la charge de la preuve. En effet, le projet ne fait que consacrer légalement une jurisprudence bien établie suivant laquelle le respect d'un juste équilibre dans les relations entre patient et professionnel de santé exige que la charge de la preuve incombe à ce dernier.

Le système de preuve prévu permettant au professionnel de santé de faire valoir ses propres écrits comme étant opposables au patient, sauf preuve contraire à rapporter par ce dernier, constitue même en quelque sorte une dérogation favorable pour le professionnel par rapport au droit commun.

Il est souligné qu'il n'est pas possible de faire abstraction de cette jurisprudence qui récemment a encore été renforcée dans un domaine particulier, à savoir celui des infections nosocomiales, sous forme d'une obligation de résultat imposé aux établissements hospitaliers.

La commission a relevé la contradiction pouvant surgir entre la prescription trentenaire du droit commun de la responsabilité civile et l'obligation de conserver le dossier médical limitée à 10 ans. Le prestataire court donc le risque de ne plus disposer de moyens de preuve si le dossier est détruit à l'issue de la période de conservation de 10 ans. Le Ministère de la Santé avait envisagé d'instaurer une prescription spécifique limitée à 10 ans en matière de responsabilité médicale. Cette piste de réflexion n'a toutefois pas été poursuivie dans la mesure où le Ministère de la Justice a jugé qu'il est préférable d'attendre une réforme globale des délais de prescription plutôt que de procéder à une modification isolée d'un seul élément de cette problématique complexe.

Le Ministère de la Santé est chargé de procéder à une nouvelle concertation sur cette question avec le département de la Justice, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale tendant à se prononcer, dans l'intérêt de la sécurité juridique, pour une durée de prescription spécifique limitée à 10 ans en matière de responsabilité médicale.

#### Article 9 (ancien article 10)

Cet article prévoit le droit d'être tenu dans l'ignorance.

Le paragraphe (1) dispose que *"la volonté du patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic, d'un pronostic ou d'une information relatifs à son état de santé ou à son évolution probable est respectée, à moins que la non-communication de cette information au patient ne risque de causer manifestement un grave préjudice à la santé du patient ou à la santé de tiers"*.

Le Conseil d'Etat relève que cet article est en rapport avec l'article 10, paragraphe 2 de la Convention d'Oviedo pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine qui dispose que:

*« Toute personne a le droit de connaître toute information recueillie sur sa santé. Cependant, la volonté d'une personne de ne pas être informée doit être respectée. »*

Cet article trouve l'accord du Conseil d'Etat et de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale.

#### Article 10 (ancien article 11)

Selon l'exposé des motifs, cet article tend à encadrer d'une façon explicite *„l'exception thérapeutique“*. Cette exception, qui est connue dans la plupart des pays, permet au médecin de restreindre l'information relative à l'état de santé en raison de l'aggravation majeure qu'une telle communication risque d'entraîner pour l'état de santé du patient. Il s'agit d'une décision médicale réservée au médecin.

Contrairement à la solution qui semble se dégager de la loi belge de 2002, il est proposé que l'exception thérapeutique puisse jouer pour des informations délivrées ou non dans le

but d'un traitement médical. Il peut donc s'agir également d'une exception au caractère éclairé du consentement recueilli auprès du patient, car l'article 9 du texte initial (paragraphe (3) à (6) du nouvel article 8) réserve expressément l'application du présent article.

Comme il s'agit d'une mesure particulièrement incisive aux droits du patient, prise à l'insu de ce dernier, un deuxième avis médical est exigé pour pouvoir mettre en œuvre cette exception. Cette solution s'inspire du mécanisme prévu par la loi belge de 2002. A noter que le Code de déontologie médicale recommande déjà aujourd'hui de prendre un deuxième avis en de telles circonstances.

Quant au fond, pour pouvoir faire valoir l'exception thérapeutique, il faut que la communication des informations non révélées au patient risque de causer à ce dernier un préjudice grave. L'exception thérapeutique ne devrait ainsi être mise en œuvre que très exceptionnellement et ne saurait être utilisée, par exemple, pour dissimuler des informations au patient concernant les risques liés à une intervention, de simple peur que le patient puisse refuser celle-ci. En effet, le devoir d'information préalable a justement comme but de laisser décider le patient en connaissance de cause.

La justification de l'exception est la nécessité d'éviter un effet néfaste sur la santé du patient. C'est surtout en situation d'urgence, lorsque la communication d'informations perturberait ou angoisserait le patient dans une mesure telle qu'il n'est plus en état d'induire un processus de décision en temps utile, que cette exception est parfois envisagée.

Le Conseil d'Etat relève que le paragraphe (1) de l'article 10 prévoit d'entendre, dans la mesure du possible, l'accompagnateur sur l'opportunité de s'abstenir de communiquer certaines informations. Or, l'accompagnateur est censé assister le patient dans ses démarches à la demande de celui-ci, et l'article 7 ne prévoit pas que le médecin communique avec l'accompagnateur comme intermédiaire sans la présence du patient concerné. Par ailleurs, selon le Conseil d'Etat, cette disposition est en contradiction avec le commentaire de l'article (repris de l'avant-projet de loi où cette disposition sur l'accompagnateur ne figurait pas) qui précise que "*les informations, qui ont été exclues de la communication ne pourront pas être consultées ni par le patient ni par une personne de confiance non médecin*". Le Conseil d'Etat exige que cette disposition prévoyant d'entendre l'accompagnateur sur l'exception thérapeutique soit supprimée.

Le Conseil d'Etat estime que le défaut d'information sur l'état de santé devrait, le cas échéant, être communiqué à la personne de confiance prévue à l'article 12 nouveau, liée au secret conformément à l'article 18 nouveau.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale reprend cette proposition du Conseil d'Etat de sorte que l'antépénultième phrase du paragraphe (1) de l'article 10 aura la teneur amendée suivante:

*"Le médecin traitant consulte préalablement un autre confrère à ce sujet et entend, dans la mesure du possible, la personne de confiance du patient."*

#### Article 11 (ancien article 13)

Le paragraphe (1) pose le principe que si le patient est, de façon temporaire ou permanente, hors d'état de manifester sa volonté, le prestataire de soins cherche à établir sa volonté présumée, notamment en faisant appel à la personne de confiance ou à toute autre personne susceptible de connaître la volonté du patient.

Au plan formel, il y a lieu de remplacer à l'alinéa 2 l'expression "professionnels de la santé" par celle de "professions de santé" et la référence à l'article 14 par celle à l'article 12.

*Le paragraphe (2) prévoit que "lorsqu'en situation d'urgence médicale, le patient n'est pas en mesure de prendre les décisions concernant sa santé et que sa volonté n'est pas établie, le prestataire de soins de santé peut immédiatement prendre dans l'intérêt du patient toutes les mesures urgentes d'ordre médical que la situation requiert".*

La commission souligne qu'en situation d'urgence, le médecin n'a pas le temps de dégager la volonté du patient à l'aide de ses proches dans la mesure où tout retard mettrait en péril sa vie ou sa santé. Dans cette situation, la sauvegarde de la vie du patient par des actes médicalement indispensables prime l'obligation du prestataire de chercher à établir sa volonté. Il est entendu que le médecin consignera la situation d'urgence dans le dossier du patient.

Si toutefois les souhaits du patient se trouvent documentés dans une directive anticipée ou une disposition de fin de vie, le médecin doit en tenir compte conformément aux dispositifs légaux du 16 mars 2009 relatifs aux soins palliatifs, à la direction anticipée et à l'accompagnement en fin de vie respectivement à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Dans ce contexte, la commission est informée que les travaux de l'Agence E-Santé ont bien progressé et que les documents de fin de vie précités pourront être inscrits dans le dossier électronique, ce qui permettra dans de nombreuses situations d'urgence un accès plus rapide et facile à la volonté du patient.

#### Article 12 (ancien article 14)

##### Paragraphe (1)

Cet article généralise le droit, déjà prévu par les dispositions légales applicables aux situations de fin de vie, de désigner une personne de confiance appelée à se substituer au patient dans l'exercice de ses droits pour le cas où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Le Conseil d'Etat propose de reformuler l'alinéa 1<sup>er</sup> du paragraphe (1) afin de permettre au patient de désigner plusieurs personnes de confiance. Ceci notamment afin d'éviter au patient l'obligation de choisir parmi ses proches celui ou celle qui pourrait le représenter.

La commission estime qu'il y a lieu de se limiter à la désignation d'une seule personne de confiance. En effet, la faculté de désigner plusieurs personnes de confiance risquerait d'engendrer des situations compliquées pouvant comporter des déclarations contradictoires des différents intervenants. Il en découlerait la nécessité d'hierarchiser le statut des différentes personnes de confiance et un tel système compliqué n'apporterait guère pas de plus-value pour les droits du patient.

Le paragraphe (1) est donc maintenu tel que proposé au texte gouvernemental.

##### Paragraphes (2) et (3)

Sans observation, sauf qu'il y a lieu de noter que l'alinéa 2 du paragraphe 2 reprend le libellé de l'article 5(2) de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

#### Paragraphe (4)

L'alinéa 1<sup>er</sup> du paragraphe 4 prévoit que la personne de confiance se substitue au patient qui est dans l'impossibilité temporaire ou permanente d'exercer personnellement ses droits, en agissant dans l'intérêt de ce dernier.

Le Conseil d'Etat relève que le texte gouvernemental va beaucoup plus loin que l'article 1111-6 correspondant du Code de la santé publique français qui prévoit que la personne de confiance sera simplement consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Ce projet se rapproche des dispositions de l'article 14 de la loi belge précitée du 22 août 2002 prévoyant un mandataire désigné par le patient dont le mandat est signé aussi bien par le patient que par cette personne qui exerce les droits du patient tant qu'il n'est pas en mesure de les exercer lui-même.

Il résulterait du texte gouvernemental que, pour autant que la personne de confiance se substitue au patient et ne donne pas son consentement à des soins de santé, les conditions prévues au paragraphe 2 de l'article 9 (paragraphe 4 du texte coordonnée de l'article 8) ne sont pas remplies et les soins de santé en question ne peuvent être dispensés au patient.

Le Conseil d'Etat relève que l'alinéa 3 du paragraphe 4, qui prévoit que le prestataire de soins peut se départir de l'avis de la personne de confiance, est en contradiction avec l'article 9 précité, ce qui l'amène à s'opposer formellement à cette disposition. L'opposition pourrait être levée si le rôle de la personne de confiance se limitait à émettre des avis dans l'intérêt du patient sans se substituer à celui-ci afin d'exercer ses droits pour lui.

A cet égard, le Conseil d'Etat propose de formuler l'alinéa 1<sup>er</sup> du paragraphe 4 comme suit:

*"La personne de confiance agit dans l'intérêt du patient qui est dans l'impossibilité temporaire ou permanente d'exercer ses droits. A cet effet, elle a accès au dossier patient. "*

Dans la mesure où il n'était pas dans l'intention du texte gouvernemental de donner à la personne de confiance un mandat au sens juridique strict, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale peut en principe se rallier à ce texte. Toutefois, le Conseil d'Etat a encore relevé que comme la personne de confiance se substitue au patient pour le cas où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté, il y a lieu de préciser au paragraphe 4 que le secret médical ne lui est pas opposable. Toutefois, le Conseil d'Etat n'a pas repris cette précision dans sa proposition de texte de sorte que la commission propose par voie d'amendement de compléter l'alinéa 1<sup>er</sup> du paragraphe (4) comme suit:

*"La personne de confiance agit dans l'intérêt du patient qui est dans l'impossibilité temporaire ou permanente d'exercer ses droits. A cet effet, elle a accès au dossier patient et le secret professionnel visé à l'article 458 du Code pénal est levé à son égard."*

L'alinéa 2 du paragraphe 4 reprend la disposition de l'alinéa 2 du paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article 13 et est donc superfétatoire.

Cet alinéa est donc supprimé.

#### Paragraphe (5)

Selon l'alinéa 1<sup>er</sup> du paragraphe 5, la personne de confiance désignée conformément à l'article sous avis pourra décider, pour le patient qui ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté et qui se trouverait en phase avancée ou terminale d'une affection grave et

incurable, quelle qu'en soit la cause, les conditions, la limitation et l'arrêt du traitement, y compris le traitement de la douleur. Le Conseil d'Etat signale que, comme deux lois ont été promulguées le 16 mars 2009, il y a lieu d'écrire à l'alinéa 2 du paragraphe 5 "*la loi précitée du 16 mars 2009*".

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale reprend cette proposition.

#### Article 13 (ancien article 15)

Le paragraphe (1) du texte gouvernemental prévoit que les droits du patient mineur non émancipé sont exercés par ses père et mère ou par tout autre représentant légal. Suivant son âge et sa maturité et dans la mesure du possible, le mineur est associé à l'exercice des droits relatifs à sa santé.

Selon le paragraphe (2), si le patient mineur non émancipé dispose de la capacité de discernement nécessaire pour apprécier raisonnablement ses intérêts, il peut être admis par le médecin traitant ou tout autre prestataire de soins de santé responsable de la prise en charge à exercer les droits relatifs à sa santé de manière autonome. Dans cette hypothèse, il peut aussi, en cas d'avance des frais, exercer de manière autonome le droit au remboursement des soins de santé afférents par les organismes de sécurité sociale.

Dans la lignée de ses avis antérieurs, le Conseil d'Etat rappelle sa préférence pour l'emploi du terme "parents" pour remplacer le concept de "pères et mères".

La commission se rallie à cette proposition.

La commission évoque la question de savoir si en l'occurrence la responsabilité parentale doit en tout état de cause être exercée conjointement ou si, notamment dans l'hypothèse d'un parent disposant seul du droit de garde de l'enfant, les droits du patient mineur peuvent être exercés par ce parent seul et, dans l'affirmative, suivant quelles modalités.

La commission considère qu'il y a lieu de se rapporter à cet égard au droit commun du Code civil, étant entendu que les dispositions afférentes sont en cours d'être réformées par le biais du projet de loi 5867 relatif à la responsabilité parentale qui se trouve engagé dans la procédure législative depuis 2008. La commission estime qu'il n'y a pas lieu d'anticiper sur les solutions qui seront retenues dans ce cadre. Elle retient encore qu'elle relèvera le problème dans le cadre du train d'amendements à soumettre au Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat estime que le droit d'information des représentants légaux doit être la règle, et que le secret professionnel ne leur est pas opposable sauf demande expresse du mineur.

Il propose donc de remplacer la première phrase de l'alinéa 2 du paragraphe (2) par la phrase suivante:

*"Sauf opposition du patient mineur d'associer son ou ses représentants légaux à l'exercice de ses droits, le prestataire de soins de santé peut déroger au secret professionnel à l'égard de son ou de ses représentants légaux."*

La commission reprend cette proposition de texte du Conseil d'Etat.

La commission souligne que ce paragraphe comporte une forme d'émancipation du mineur disposant de la maturité nécessaire, pour les décisions médicales qui le concernent.

La capacité de discernement suffisante du mineur pour apprécier de façon autonome sa situation de santé s'apprécie en fonction de son intelligence et de sa maturité. Il est généralement admis en littérature qu'à partir de l'âge de 15 et 16 ans le jeune dispose de la maturité requise. Contrairement à la solution retenue, par exemple aux Pays-Bas où la loi fixe abstraitement la majorité légale à 16 ans, le projet de loi juge préférable de ne pas fixer de niveau légal précis, mais de laisser au médecin la faculté d'évaluer concrètement si le degré de maturité atteint est suffisant.

#### Article 14 (ancien article 16)

Cet article règle la situation des patients sous régime de protection. Le paragraphe (1) dispose qu'à défaut d'avoir mandaté une personne de confiance, les droits du patient sous tutelle sont exercés par la personne exerçant la fonction de tuteur ou de gérant de la tutelle.

Le Conseil d'Etat relève que le texte gouvernemental cause certains problèmes de concordance avec les dispositions du Code civil sur les régimes de protection des majeurs.

En effet, le paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article 16 du projet de loi prévoit que si le patient n'a pas mandaté une personne de confiance telle que prévue à l'article 14 dudit projet, ses droits seront exercés par la personne exerçant les fonctions de tuteur ou de gérant de tutelle. Pour le majeur en curatelle, il exercera ses droits avec l'assistance du curateur.

Or, il convient de relever que le gérant de tutelles n'est investi que de fonctions de gestion patrimoniale, comme cela résulte du libellé de l'article 500 du Code civil.

Le Conseil d'Etat en déduit que le gérant de tutelle ne peut pas prendre des décisions qui mettent en jeu des droits fondamentaux de la personne sous tutelle. Par conséquent, le gérant de tutelle ne devrait pas exercer les droits des patients, qui ne sont pas des droits patrimoniaux, mais qui sont strictement personnels au patient.

En se basant sur les articles 500 et 501 du Code civil, le Conseil d'Etat conclut que le gérant de tutelle, qui a une mission exclusivement patrimoniale, ne pourra pas figurer parmi les personnes investies du pouvoir d'exercer les droits des patients majeurs en tutelle.

Se pose alors la question si le tuteur peut exercer les droits du patient dont il est tuteur. Il a été relevé *supra* que les décisions concernant les droits extrapatrimoniaux qui tiennent de la personne du patient doivent en principe être prises par le patient sans que personne puisse s'y substituer.

L'alinéa 3 de l'article 464 du Code civil, réglant la tutelle des mineurs, mais applicable à la tutelle des majeurs incapables, dispose que le tuteur ne peut entamer aucune action relative à des droits qui ne sont pas patrimoniaux sans l'accord du conseil de famille. L'article 506 du Code civil quant à lui prévoit que le mariage de l'incapable majeur n'est permis qu'avec l'accord du conseil de famille spécialement convoqué pour en délibérer.

Le mariage étant un droit extrapatrimonial, la conclusion s'impose que tous les droits extrapatrimoniaux ne pourront, en cas de tutelle, être effectués qu'avec l'accord du conseil de famille.

Le Conseil d'Etat conclut que l'alinéa 1<sup>er</sup> du paragraphe (1) de l'article 16 devra être révisé et que théoriquement deux solutions sont concevables:

- soit, préciser dans le présent texte légal qu'une autre personne que le tuteur ou le gérant de tutelle exercera les droits des patients et sera spécialement nommé à cet effet par le juge des tutelles,

- soit, étendre les pouvoirs des tuteurs ou gérants de tutelle, par le biais de modifications des textes afférents du Code civil, de façon à leur permettre d'exercer les droits du patient.

Le Conseil d'Etat exprime une nette préférence pour la première option. En ce qui concerne le majeur sous curatelle, il ne pourra faire sans l'assistance du curateur aucun acte qui aurait sous le régime de la tutelle des majeurs demandé l'accord du conseil de famille. Il en résulte que le majeur sous curatelle pourra exercer ses droits extrapatrimoniaux avec l'assistance du curateur. Par voie de conséquence, l'alinéa 2 du paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article 16 sous avis n'entraîne pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

Après avoir entendu les explications de l'expert gouvernemental, la commission retient la solution suivante:

- Au moment de l'ouverture de la tutelle les droits du patient sont en principe dévolus au tuteur; si ce dernier fait partie de l'entourage familial proche du patient, rien ne s'oppose à ce qu'il exerce effectivement ses droits extrapatrimoniaux.

- Lors de l'ouverture de la tutelle ou en cours d'application de la tutelle, le tuteur ou toute personne tierce intéressée pourra demander la désignation d'une autre personne à laquelle reviendra spécialement l'exercice des droits du patient.

Cette faculté de nomination d'une personne spécialement investie du pouvoir d'exercer les droits du patient sous tutelle s'appliquera donc également aux tutelles en cours au moment de l'entrée en vigueur du présent texte.

Le Ministère de la Santé élaborera une proposition d'amendement en ce sens en vue de la prochaine réunion.

Quant au majeur sous curatelle, l'alinéa 2 du paragraphe (1) suivant lequel, "*s'il a été autorisé par décision de justice à exercer seul les droits relatifs à sa santé, le patient sous curatelle exerce ses droits avec l'assistance du curateur*" ne donne pas lieu à observation du Conseil d'Etat.

La commission approuve ce texte qui consacre le principe que le majeur sous curatelle peut exercer ses droits extrapatrimoniaux avec l'assistance du curateur.

Le Conseil d'Etat considère que le paragraphe 2 est superflu, au vu de ce qui précède.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale se rallie à cette proposition.

#### Article 15 (ancien article 17)

Cet article, dont notamment le paragraphe 1<sup>er</sup>, rassemble des dispositions intéressantes à la fois le contenu du dossier patient, les obligations du prestataire de soins et les droits du patient.

Afin de refléter plus fidèlement le contenu de l'article, le Conseil d'Etat propose de lui donner l'intitulé suivant: "*Contenu et modalités de mise à jour du dossier patient*".

Quant à la structure du texte, le Conseil d'Etat propose de consacrer le paragraphe 1<sup>er</sup> au contenu du dossier, le paragraphe 2 aux obligations du professionnel de santé, le paragraphe 3 aux obligations de plusieurs professionnels de santé lors d'un travail interdisciplinaire ou en équipe, le paragraphe 4 aux modalités de garde, le paragraphe 5 aux modalités de modifications.

En ce qui concerne le paragraphe 1<sup>er</sup>, le Conseil d'Etat propose d'y intégrer le paragraphe 6 qui a trait à la configuration au sens large de ce dossier. En ce qui concerne l'extraction de données, le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de préciser qu'elle se fera à l'aide de techniques d'anonymisation. Par ailleurs, comme le dossier patient est en premier lieu un outil de travail des professionnels de santé, le Conseil d'Etat considère que c'est donc à eux de décider quelles pièces sont pertinentes à cet effet. Il propose donc de supprimer l'alinéa 3 du paragraphe 1<sup>er</sup>.

Compte tenu de ces observations, le Conseil d'Etat propose de conférer au paragraphe 1<sup>er</sup> le libellé suivant:

*"(1) Le dossier patient retrace, de façon chronologique et fidèle, l'état de santé du patient et son évolution au cours de la prise en charge. Il renseigne toute information pertinente pour la sécurité et l'évolution de l'état de santé du patient. Le contenu minimal du dossier patient tenu par les différentes catégories de professionnels de santé ainsi que ses éléments sont déterminés par règlement grand-ducal, l'avis de la commission nationale pour la protection des données ayant été demandé. Ce règlement grand-ducal fixe aussi le format, les codifications, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées, de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction de données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue."*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale reprend en principe le texte proposé par le Conseil d'Etat, sous réserve d'y réintroduire par voie d'amendement, la première phrase de l'alinéa 1 du texte gouvernemental ainsi libellé: *"Le patient a droit, de la part du prestataire de soins de santé, à un dossier patient soigneusement tenu à jour."*

La commission estime qu'il y a lieu de consacrer dans le texte légal le droit du patient à un dossier patient à établir et à tenir à jour par le professionnel de santé. Dans ce même ordre d'idées, elle décide de maintenir l'intitulé de l'article 15 tel que proposé par le projet gouvernemental.

Il est précisé que le projet de règlement grand-ducal fixant, entre autres, le contenu minimal du dossier patient sera communiqué à la commission.

## Paragraphe (2)

Selon le Conseil d'Etat, il est exagéré d'introduire dans le dossier patient pour chaque prestation aussi bien l'heure que la date, indépendamment de la pertinence de cette information.

Il propose de modifier l'alinéa 2 du paragraphe 2, comme suit:

*"Pour chaque prestation, le professionnel de santé qui est à l'origine de la prestation est identifié. La date et, le cas échéant, l'heure de la prestation doivent être précisées afin de pouvoir situer chronologiquement la prestation dans le parcours de soins du patient."*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale reprend ce texte.

### Paragraphe (3)

Sans observation.

### Paragraphe (4)

Au paragraphe 4, le Conseil d'Etat propose de supprimer l'expression imprécise "*à moins que la nature de la maladie n'impose une durée plus longue*".

La commission se rallie à cette proposition.

### Paragraphe (5)

Sans observation, sauf qu'il y a lieu d'écrire "professionnel de santé".

### Article 16 (ancien article 18)

Cet article a trait aux modalités d'accès au dossier.

Le paragraphe (1) prévoit que le patient a un droit d'accès au dossier patient et à l'ensemble des informations relatives à sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par un prestataire de soins de santé ou toute autre instance médicale. Le patient dispose en outre du droit à s'en faire expliquer le contenu.

Au paragraphe 2, il est prévu de donner droit d'accès au dossier au patient, soit personnellement, soit en présence ou par l'intermédiaire d'une tierce personne. Cette personne peut être toute personne physique, professionnel de santé ou non, désignée par lui. Selon le texte gouvernemental initial, il pourrait aussi s'agir d'une association de patients désignée par le patient.

Selon le Conseil d'Etat, le texte gouvernemental aurait pour conséquence qu'il y a intervention d'une tierce personne, qui peut être une personne physique ou morale (association de patients), et qui n'est donc pas *a priori* l'accompagnateur du patient prévu à l'article 7 ou la personne de confiance, prévue à l'article 12, ayant en vertu de cet article accès au dossier si le patient lui-même n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté. Or, l'accès au dossier, que ce soit en présence ou non du patient, équivaut à une levée évidente du secret professionnel, puisque le dossier contient "toute information pertinente pour la sécurité et l'évolution de l'état de santé du patient".

Pour le Conseil d'Etat, cette tierce personne consultant le dossier avec le patient peut être l'accompagnateur du patient au titre de l'article 7. La consultation du dossier sans la présence du patient doit être exceptionnelle. Le Conseil d'Etat exige qu'elle soit réservée à des personnes physiques dûment identifiées et retraçables et n'admette pas de dérogation au secret médical qui s'étendrait à des personnes morales. En ce qui concerne la tierce personne consultant le dossier en dehors de la présence du patient, il y a lieu de ne pas faire référence à l'article 14, paragraphe 2, afin d'éviter toute confusion avec la personne de confiance visée à cet article.

Par conséquent, le Conseil d'Etat propose de conférer au paragraphe 2 la teneur suivante:

*"(2) Le patient peut exercer son droit d'accès en consultant le dossier patient ou en demandant accès aux données relatives à sa santé. Il peut se faire assister par l'accompagnateur du patient conformément aux dispositions de l'article 7.*

*Si la consultation du dossier patient ou l'accès aux données relatives à sa santé se fait en dehors de la présence du patient par l'intermédiaire d'une tierce personne physique qui n'est pas un professionnel de santé agissant dans l'exercice de sa profession, celui-ci doit pouvoir se prévaloir d'un écrit daté et signé par le patient. Lorsque le patient, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même, il peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe au mandat."*

La commission se rallie à cette proposition de texte du Conseil d'Etat. La commission partage l'attitude prudente du Conseil d'Etat et elle souligne qu'il est dans l'intérêt primordial du patient que le droit d'accès demeure réservé à des personnes physiques. La commission estime qu'il y a lieu d'exclure les personnes morales de cette faculté dans la mesure où le risque d'abus ne pourrait guère être évité. Il n'y a pas lieu non plus de prévoir une exception pour l'association des patients.

#### Paragraphes (3) et (4)

Sans observation.

#### Paragraphe (5)

Le paragraphe 5 consacre la possibilité de moduler l'accès direct du patient au dossier lorsqu'un risque de perturbation du patient existe. La présence physique d'un prestataire qualifié peut alors être exigée, le but en étant bien entendu de pouvoir accompagner le patient fragile en organisant une consultation d'annonce.

Le Conseil d'Etat en déduit que, dans ce cas de figure, la consultation par une tierce personne qui n'est pas un professionnel de santé est à éviter. Il propose de donner audit paragraphe la teneur suivante:

*"(5) Une consultation d'annonce peut être exigée par le professionnel de santé qui est responsable de la prise en charge du patient ou qui a produit les informations consignées au dossier patient, lorsqu'il estime que la révélation directe de certains éléments du dossier patient peut faire courir un risque au patient.*

*La première consultation de ces éléments du dossier par le patient n'est alors possible qu'en cas de présence d'un professionnel de santé en mesure de conseiller le patient dans la prise de connaissance de ces informations. Lorsque dans la situation précitée la consultation du dossier patient ou l'accès aux données relatives à sa santé se fait en dehors de la présence du patient par l'intermédiaire d'une tierce personne, celle-ci doit obligatoirement être un professionnel de santé en mesure de conseiller le patient dans la prise de connaissance de ces informations."*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale reprend cette proposition de texte.

#### Paragraphe (6)

Sans observation.

#### Article 17 (ancien article 19)

Cet article prévoit que les annotations personnelles et les données fournies par des tiers peuvent ne pas être divulguées au patient, pour autant qu'elles n'intéressent ni les soins, ni

la continuité des soins. Les données à caractère personnel concernant des tiers ne sont jamais révélées.

Cet article ne donne pas lieu à observations particulières, sauf que la commission maintient l'intitulé du texte gouvernemental "*Annotations personnelles et données concernant des tiers*".

\*

La commission est saisie d'une nouvelle demande d'entrevue de l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD) qui souhaite exposer ses observations à la suite de l'avis du Conseil d'Etat. La commission décide d'y revenir au cours de la prochaine réunion, étant entendu qu'elle exprime sa préférence pour une consultation écrite de l'AMMD par rapport au texte coordonné et amendé tel qu'il sera arrêté.

### **3. 6494 Projet de loi modifiant la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac**

La commission procède à l'examen du projet de loi sur base d'un document synoptique de travail juxtaposant le texte gouvernemental initial et l'avis du Conseil d'Etat, établi par le secrétariat de la commission.

#### Article 1<sup>er</sup>

Le projet comporte une série de dispositions modificatives de la loi de base du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac.

L'article 1<sup>er</sup> complète la liste des définitions prévues à l'article 2 de la loi précitée par celle de la notion de "débit de boissons".

Cette définition est nécessaire afin de pouvoir consacrer légalement l'interdiction de fumer dans les débits de boissons. Cette interdiction s'impose pour renforcer la protection des non-fumeurs et en particulier des jeunes fréquentant les cafés et bistros.

Cet article ne donne pas lieu à observation du Conseil d'Etat.

En ce qui concerne le champ d'application de la loi en projet, le Conseil d'Etat rappelle qu'il se limite aux produits de tabac. Les cigarettes électroniques, produisant des vapeurs de propylène glycol, ne sont pas constituées de tabac, ne produisent pas de fumée et ne sont donc pas visées.

Concernant une éventuelle intégration des cigarettes électroniques dans les interdictions prévues par la législation anti-tabac, la commission rappelle en premier lieu que la consommation de ce produit reste fort modeste et constitue donc un phénomène marginal. On ne peut toutefois pas exclure que la présente extension de l'interdiction de fumer des produits de tabac dans les lieux publics pourrait favoriser un recours renforcé à ce produit de substitution. Or, il ne faut pas sous-estimer la nocivité potentielle du produit et l'impact symbolique négatif attaché à sa consommation publique.

Au vu des explications fournies par le Ministre de la Santé, la commission retient néanmoins qu'il serait à ce stade prématuré d'inclure les cigarettes électroniques dans le présent dispositif légal et ceci principalement pour les raisons suivantes:

- la problématique des cigarettes électroniques sera réglée dans le cadre de la directive européenne "Tabac" en cours d'instruction dans les instances européennes,
- la question de la nocivité est actuellement étudiée dans une étude française, dont les résultats pourront éventuellement faciliter une prise de décision,
- les cigarettes électroniques, pour autant qu'elles sont utilisées comme aide au sevrage, pourraient être soumises au régime d'autorisation des médicaments.

La commission souligne que toutes les démarches et décisions à intervenir dans ce domaine devront être inspirées par l'intérêt supérieur de la protection de la santé.

La commission précise que l'interdiction de fumer s'appliquera également, le cas échéant, aux tentes érigées devant les cafés ou bistrots lorsqu'elles constituent des structures fermées destinées à étendre l'activité du débit de boissons vers l'extérieur.

S'il s'agit par contre d'une structure ouverte, l'interdiction de fumer ne s'applique pas, étant entendu que ce genre de construction ainsi que l'activité y exercée sont de toute façon soumises aux autorisations requises au plan communal par le règlement des bâtisses et par la législation sur les débits de boissons.

## Article 2

Afin de faciliter la lecture de la loi, il est proposé, au niveau de son article 4, qui en fait mention en premier lieu, de compléter la dénomination du ministre ayant la Santé dans ses attributions par les termes „dénommé ci-après le ministre“; ceci dans le but d'éviter la répétition du titre exact chaque fois que le ministre est visé par une disposition du texte.

Cet article ne donne pas lieu à observation.

## Article 3

Cet article modifie l'article 6 de la loi de base ayant trait à la liste des lieux concernés par l'interdiction de fumer.

La commission renvoie aux explications circonstanciées figurant au commentaire des articles.

Le Conseil d'Etat approuve les dispositions prévues au point 1 qui parviendront à harmoniser l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés comme il l'a demandé dans ses avis précités.

La lettre e) du point 1 vise à introduire entre autres un nouveau point 18 au paragraphe 1er de l'article 6 de la loi précitée du 11 août 2006 visant les locaux à usage collectif des établissements d'hébergement. Etant donné que le projet de loi 6360 relatif à l'institution d'un statut d'hébergement touristique n'a pas encore été adopté, le Conseil d'Etat recommande de faire abstraction du point 18 si tel était toujours le cas lors de l'adoption du projet sous examen. Parallèlement, il y aurait lieu, selon le Conseil d'Etat, de prévoir une disposition afférente au projet de loi 6360 modifiant la loi précitée de 2006 en introduisant ledit point 18, et ceci afin d'éviter le risque qu'il soit fait référence à une disposition qui n'est pas encore en vigueur.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale propose d'omettre dans le présent projet de loi toute référence au projet de loi 6360 relatif à l'institution d'un statut d'hébergement touristique. La commission a été informée que ce projet de loi fera encore

l'objet d'une série d'amendements gouvernementaux et que partant son évacuation sera certainement largement postérieure au vote du projet de loi mentionné sous rubrique.

La commission ne suit donc pas la suggestion du Conseil d'Etat de faire abstraction du point 18 dans le présent projet et de l'introduire par le biais du projet 6360 précité. En effet, cette façon de procéder aurait pour effet de reporter à une date ultérieure incertaine l'extension de l'interdiction de fumer dans les établissements d'hébergement. Or, la commission est d'avis qu'il convient d'assurer une mise en vigueur et une application uniforme des nouvelles dispositions à l'ensemble des localités y visées relevant du secteur Horeca.

Le champ d'application de l'interdiction énoncée sous le point 18 est défini par la notion d' "établissement d'hébergement", telle qu'elle résulte actuellement du droit commun.

Par conséquent, la commission propose de libeller le point 18 comme suit:

~~"18. dans les locaux à usage collectif des établissements d'hébergement visés à la loi du ... relative à l'institution d'un statut d'hébergement touristique, y compris les ascenseurs et corridors."~~

\*

Le point 2 de l'article 3 introduit la notion de zones fumeurs aménagées en plein air dans les hôpitaux. Il est un fait que les fumeurs, patients ou visiteurs à l'hôpital ont actuellement tendance à se placer devant l'entrée des établissements hospitaliers pour fumer, obligeant ainsi les patients, fumeurs ou non-fumeurs, à traverser un écran de fumées de cigarettes pour accéder aux soins dont ils ont besoin.

Le Conseil d'Etat approuve l'idée des auteurs de réserver une zone fumeurs à l'extérieur des hôpitaux pour ceux qui ne veulent ou peuvent pas se rendre aux fumoirs aménagés à l'intérieur de ces hôpitaux. Il préconise que ces zones ne soient pas trop éloignées de l'entrée de l'hôpital afin d'être facilement accessibles, mais clairement séparées des zones d'accès.

Aussi propose-t-il de donner au point 2 le libellé suivant:

„2° Le paragraphe 2 est modifié comme suit:

a) le premier alinéa est complété par les termes suivants:

„ainsi que dans des zones fumeurs aménagées en plein air.“

b) à la suite de l'alinéa 2, il est ajouté un nouvel alinéa libellé comme suit:

„Une seule zone fumeurs aménagée en plein air peut être admise par établissement hospitalier. Cette zone fumeurs doit être séparée de toute zone d'accès de l'établissement hospitalier. Elle doit être clairement signalée comme espace réservé aux fumeurs.“ “

La commission reprend cette proposition de texte du Conseil d'Etat.

Au point 3, le Conseil d'Etat recommande de faire abstraction à l'alinéa 7 du bout de phrase „âgés de moins de 16 ans accomplis“, qui est en contradiction avec le paragraphe 4 de l'article 6bis que l'article 4 du projet gouvernemental initial tendait à insérer dans la loi précitée du 11 août 2006 („âgés de moins de 18 ans accomplis“). Le Conseil d'Etat propose également de faire abstraction de ce bout de phrase, alors que dans les deux dispositions visées il suffit, dans l'esprit de la loi en projet, d'écrire qu'il y a lieu d'empêcher les mineurs

d'avoir accès respectivement au fumeur, voire au débit de boissons. L'indication de l'âge est dès lors superfétatoire.

Le Conseil d'Etat attire l'attention sur le fait que tant dans les fumeurs que dans les débits de boissons de petite taille, attirant potentiellement plus de fumeurs que de non-fumeurs, la concentration en fumée secondaire risque d'être particulièrement élevée et donc particulièrement nocive, que ce soit pour le fumeur qui la produit ou pour le non-fumeur qui s'aventurerait dans ces endroits. Il y a partant lieu, selon le Conseil d'Etat, d'avertir notamment les personnes à risque, dont les femmes enceintes et les personnes souffrant d'une pathologie cardio-vasculaire ou pulmonaire, du risque encouru. Le Conseil d'Etat estime qu'à cette fin un panneau aurait avantage à avertir à l'entrée des locaux à usage collectif où le tabagisme passif subsiste le public, et en particulier les personnes à risque précitées des risques encourus.

Le Conseil d'Etat propose de conférer au paragraphe 4 de l'article 6 de la loi précitée du 11 août 2006 la teneur suivante:

*„(4) Un panneau avertissant sur les risques encourus par le tabagisme passif doit être placé visiblement à l'entrée des fumeurs et zones fumeurs dont question aux paragraphes 2 et 3.“*

La commission se rallie à ces propositions du Conseil d'Etat.

#### Article 4 du texte gouvernement initial (supprimé)

Cet article prévoyait une exception à la règle de l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés. Cette exception ne concernait que les débits de boissons de petite taille; elle ne devait pas mettre pas en cause l'obligation de sécurité de l'employeur face à son personnel et elle est limitée dans le temps.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait siennes les considérations de santé publique développées par le Conseil d'Etat plaidant contre les exceptions prévues par le texte gouvernemental. Elle partage également l'argumentation juridique du Conseil d'Etat portant sur l'article 10bis de la Constitution ainsi que sur l'incompatibilité d'un système d'autorisation avec les principes d'un régime transitoire, argumentation qui a amené le Conseil d'Etat à annoncer qu'il refuserait la dispense du second vote constitutionnel si le texte gouvernemental était maintenu.

Voilà pourquoi, par voie d'amendement, la commission propose de supprimer l'article 4 dans son intégralité.

Suite à cette suppression, la numérotation des articles subséquents est avancée d'une unité.

#### Articles 4 et 5 (anciens articles 5 et 6)

Sans observation.

#### Article 6 nouveau

La commission propose d'ajouter un article 6 nouveau ainsi libellé:

*"Art. 6.- La présente loi entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014."*

Suite à la suppression du régime transitoire initialement prévu, la commission propose de prévoir un délai d'environ six mois entre le vote du texte et son entrée en vigueur. Il s'agit

d'une solution pragmatique devant permettre aux acteurs du secteur concerné de préparer leurs établissements aux nouvelles dispositions.

\*

A noter enfin qu'aux articles 2, 4 et 5, la commission procède à des précisions d'ordre matériel consistant à ajouter dans la phrase introductive, chaque fois à la suite de la mention de l'article à modifier, l'expression "de la loi précitée".

Les trois amendements retenus au cours de la présente réunion ainsi que le texte coordonné s'en dégageant sont adoptés par la commission à l'unanimité et seront transmis au Conseil d'Etat.

\*

Il est encore retenu que le Ministre de la Santé communiquera à la commission la liste des ingrédients chimiques et autres substances additives contenues dans les produits du tabac et que les fabricants sont tenus de notifier au département de la Santé.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale décide de faire droit à une demande d'entrevue de Mme le Directeur de la Fondation Cancer au sujet du présent projet de loi, compte tenu des intérêts de santé publique que représente cette association qui sont directement en relation avec la finalité du projet.

\*

Concernant différentes interventions au sujet du traitement des douleurs chroniques dans les hôpitaux, il est renvoyé aux négociations en cours ainsi qu'aux réponses détaillées que le Ministre de la Santé fournira à des questions parlementaires afférentes.

Luxembourg, le 15 mai 2013

Le Secrétaire,  
Martin Bisenius

La Présidente,  
Lydia Mutsch