



Amendements gouvernementaux au projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique

Remarque : Le présent texte tient compte des observations du Conseil d'Etat formulées dans son avis du 2 avril 2021 et de l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier du 21 mai 2021.

Texte et commentaire des amendements

Amendement 1^{er}

L'article 3 du règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique (ci-après le « règlement »), tel que remplacé par l'article 1^{er} du projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique (ci-après le « projet de règlement »), est amendé comme suit :

1° L'alinéa 1^{er} est modifié comme suit :

- le terme « hôpitaux » est remplacé par les termes « centres hospitaliers » ;
- les termes « de Luxembourg-ville » sont remplacés par les termes « situés sur le territoire de la Ville de Luxembourg » ; et
- le terme « fera » est remplacé par le terme « fait ».

2° L'alinéa 2 est modifié comme suit :

- les termes « à Luxembourg-ville » sont remplacés par les termes « sur le territoire de la Ville de Luxembourg » ;
- le terme « hôpitaux » est remplacé par les termes « centres hospitaliers » ;
- le terme « fera » est remplacé par le terme « fait » ; et
- les termes « 1^{er} janvier 2024 » sont remplacés par les termes « 1^{er} janvier 2026 ».

Commentaire

Points 1° et 2°

Dans son avis du 2 avril 2021, le Conseil d'Etat note que « Le libellé de l'article 3 dans sa teneur proposée ne correspond cependant pas au libellé de l'article 3 repris au texte coordonné. En effet, selon l'article sous examen, l'article 3 emploie le terme « hôpitaux » tandis que l'article 3 repris au texte coordonné emploie les termes « centres hospitaliers ». » Et plus loin : « Le Conseil d'Etat estime que les auteurs ont effectivement visé les deux centres hospitaliers établis sur le territoire de la Ville de Luxembourg et suggère dès lors de remplacer à l'article 3 du règlement grand-ducal précité du 25 janvier 2019 le terme « hôpitaux » par les termes de « centres hospitaliers ».



Il est décidé de suivre le Conseil d'Etat et de remplacer au texte du projet de règlement le terme « hôpitaux » par les termes « centre hospitaliers ».

La référence à « Luxembourg-ville » est modifiée pour viser le territoire de la Ville de Luxembourg, ce qui nous paraît plus précis.

L'amendement tient également compte de l'observation légistique faite par la Haute Corporation à l'endroit de l'article 3 en remplaçant le terme « fera » par le terme « fait ».

Il est enfin proposé de reporter la date butoir pour la mise en place d'une garde avec ouverture en parallèle et en continu des services d'urgence des deux centres hospitaliers 24h/24 et 7j/7 au 1^{er} janvier 2026, alors que l'échéance du 1^{er} janvier 2024 ne saurait être tenue.

Amendement 2

Il est inséré un article 4 nouveau au projet de règlement avec la teneur suivante :

« Art. 4. A l'annexe du même règlement, le point 3.4 est modifié comme suit :

1° l'alinéa 1^{er} est complété comme suit :

« e.) un service d'assistance sociale. » ;

2° l'alinéa 2 est supprimé. »

Les articles subséquents sont renumérotés.

Commentaire

Selon le texte actuel, la disponibilité d'un assistant social ne s'applique pour les urgences qu'en journée et uniquement pour les jours ouvrables.

Or, le service d'urgence doit fonctionner 24h/24 et 7j/7 et la présence d'un assistant social est autant justifiée les samedis, dimanches et jours fériés, voire les nuits qu'en journée les jours ouvrables.

Il est dès lors proposé de modifier le texte pour tenir compte de cette donne et obliger l'établissement hospitalier de mettre cette ressource en continu à disposition du service d'urgence.

Amendement 3

A l'annexe, du même règlement, le point 3.5, inséré par l'article 4 (article 5 nouveau) du projet de règlement, est amendé comme suit :

1° Le terme « paragraphe » est remplacé par le terme « point » ; et

2° Les termes « le centre hospitalier » sont remplacés par le terme « l'établissement ».



Commentaire

Point 1°

Cet amendement tient compte d'une observation d'ordre légistique formulée par le Conseil d'Etat à l'endroit de l'ancien article 4.

Point 2°

Selon le Conseil d'Etat, « [l]e point 4.7 auquel il est renvoyé [par le nouveau point 3.5] emploie, dans sa version proposée, le terme « établissement » et non pas la notion de « centre hospitalier ». Dans un souci de cohérence interne du texte, il convient de mettre le libellé du point 3.5 en phase avec le libellé du point 4.7. »

Il est dès lors proposé de remplacer les termes « le centre hospitalier » par le terme « l'établissement ».

Amendement 4

A l'annexe, point 4.1, lettre a.), du même règlement, remplacé par l'article 5 (article 6 nouveau) du projet de règlement, les termes « à proximité directe ou au sein du » sont remplacés par les termes « dédié au ».

Commentaire

Dans son avis du 2 avril 2021, le Conseil d'Etat « renvoie à son avis n° 53.034 du 11 décembre 2018 portant sur le règlement grand-ducal précité du 25 janvier 2019, en projet, dans le cadre duquel il a considéré que la notion de « proximité directe » n'était pas définie avec la précision requise en exposant ce qui suit : « Le Conseil d'Etat suggère de faire abstraction des termes, « avec nécessité d'une proximité directe au service d'urgence ». En effet, la notion de « proximité directe » est équivoque et l'accessibilité rapide au service d'imagerie médicale découle déjà à suffisance de la phrase introductive qui exige une localisation sur le même site. »

Il note au demeurant qu'à la différence du projet de règlement, « le point 4.1, lettre a), [du texte coordonné] est libellé comme suit : « Service d'imagerie médicale, avec nécessité d'au moins une salle de radiographie standard et d'un scanner dédié au service d'urgence ». »

Il est décidé de reprendre au niveau du texte du projet de règlement la formulation du texte coordonné.



Amendement 5

Il est inséré un article 7 nouveau au projet de règlement avec la teneur suivante :

« Art. 7. A l'annexe, point 4.2, du même règlement, un nouvel alinéa 2 est inséré à la suite de l'alinéa 1^{er}, libellé comme suit :

« En complément à l'alinéa précédent, le médecin du service d'urgence doit pouvoir faire appel à tout moment et selon des modalités pré-établies au sein de chaque établissement à un médecin hospitalier spécialiste en ophtalmologie pour sécuriser une prise en charge adéquate du patient. » »

Les articles subséquents sont renumérotés.

Commentaire

Il convient de noter tout d'abord qu'il appartient aux établissements hospitaliers de garantir la continuité de service conformément aux dispositions de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ainsi que des règlements afférents. Il s'ensuit que c'est l'organisme gestionnaire qui est responsable d'assurer l'organisation médicale et la mise en œuvre des lignes de garde sur place et d'astreintes des services hospitaliers dont il a demandé l'autorisation d'exploitation.

Dans cette même veine, le point 4.2, alinéa 1^{er}, de l'annexe au règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique dispose que « [I]e médecin du service d'urgence doit pouvoir faire appel à tout moment et selon des modalités pré-établies au sein de chaque établissement à un médecin hospitalier pour tout service hospitalier autorisé de cet établissement. »

Or, depuis la mise en place du projet pilote d'indemnisation nationale pour les gardes sur place et astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et certains établissements spécialisés en novembre 2022, il est apparu que le médecin urgentiste doit pouvoir s'appuyer, en plus d'un médecin hospitalier par service hospitalier autorisé de l'établissement concerné, sur un médecin spécialiste en ophtalmologie.

Afin de tenir compte de cette nouvelle donne et dans le but de sécuriser la prise en charge du patient, il est proposé de compléter le point 4.2 de l'annexe en ce sens.

Amendement 6

A l'annexe, du même règlement, le point 4.3, alinéa 1^{er}, tel que remplacé par l'article 6 (article 8 nouveau) du projet de règlement, est complété par la phrase suivante :

« Un seul établissement hospitalier doit s'assurer de pouvoir réaliser en urgence en son sein et à tout moment les examens de radiologie interventionnelle. »



Commentaire

Alors qu'aux termes du point 4.3, alinéa 1^{er}, de l'annexe du règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique, « tout établissement hospitalier hébergeant un service d'urgence doit s'assurer de pouvoir réaliser en urgence en son sein et à tout moment un examen de radiologie conventionnelle, une échographie scanner thoraco-abdomino-pelvien et un scanner cérébral, ainsi qu'une Imagerie par résonance magnétique nucléaire », il n'en est pas de même pour les radiologies interventionnelles.

Or, le Centre hospitalier du Luxembourg (CHL) dispose actuellement d'une radiologie interventionnelle assurant une astreinte, y compris pour les autres institutions hospitalières. Alors qu'il s'agit souvent d'urgences vitales nécessitant une disponibilité rapide des radiologues interventionnels, il est proposé de consacrer cette mission par voie réglementaire. Il est utile de préciser que cela n'empêche pas les autres centres hospitaliers disposant des ressources nécessaires de procéder à de tels examens, sans devoir passer par le CHL.

Amendement 7

A l'annexe, point 4.4, alinéas 1^{er}, 2 et 3, du même règlement, tels que remplacés par l'article 7 (article 9 nouveau) du projet de règlement, et alinéa 5 du même règlement, les termes « Échelle canadienne de Triage et de Gravité » sont remplacés par les termes « Échelle canadienne de triage et de gravité ».

Commentaire

L'amendement tient compte d'une observation d'ordre légistique formulée par le Conseil d'Etat à la page 5 de son avis du 2 avril 2021.

Amendement 8

A l'annexe, le point 4.5, dernier alinéa, du même règlement, tel que remplacé par l'article 8 (article 10 nouveau) du projet de règlement, est amendé comme suit :

1° le terme « de » avant les termes « d'engorgement » est supprimé ;

2° les termes « désigné ci-après «le ministre » » sont remplacés par les termes « ci-après « ministre » » ; et

3° les termes « de ce » sont remplacés par le terme « du ».

Commentaire

Cet amendement tient compte des observations formulées par le Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 8 (article 10 nouveau).



Amendement 9

A l'annexe, point 4.6.1, alinéa 3, du même règlement, tel que remplacé par l'article 10 (article 12 nouveau) du projet de règlement, les termes « Conseil scientifique du domaine de la Santé » sont remplacés par les termes « Conseil scientifique du domaine de la santé ».

Commentaire

L'amendement tient compte d'une observation d'ordre légistique formulée par le Conseil d'Etat à la page 5 de son avis du 2 avril 2021.

Amendement 10

A l'annexe, point 4.6.2, du même règlement, tel que remplacé par l'article 11 (article 13 nouveau) du projet de règlement, l'alinéa 4 est amendé comme suit :

1° les termes « qui précède » sont remplacés par le chiffre « 3 » ; et

2° les termes « Échelle canadienne de Triage et de Gravité » sont remplacés par les termes « Échelle canadienne de triage et de gravité ».

Commentaire

Cet amendement tient compte de plusieurs observations d'ordre légistique formulées par le Conseil d'Etat sous « Observations générales » et à l'endroit de l'article 11 (article 13 nouveau).

Amendement 11

A l'annexe, point 4.6.3, du même règlement, à l'alinéa 2, les termes « ou du médecin urgentiste » sont supprimés.

Commentaire

Le psychiatre fait déjà partie du personnel médical de garde et doit pouvoir garder le pouvoir décisionnel sur le psychologue et l'infirmier psychiatrique qui travaillent sous sa responsabilité.

Amendement 12

Il est inséré un article 15 nouveau au projet de règlement avec la teneur suivante :

« Art. 15. A l'annexe, points 4.6.4 et 4.6.5, du même règlement, les termes « Conseil scientifique du domaine de la Santé » sont remplacés par les termes « Conseil scientifique du domaine de la santé ». »

Les articles subséquents sont renumérotés.



Commentaire

Cet amendement tient compte d'une observation d'ordre légistique formulée par le Conseil d'Etat à la page 5 de son avis du 2 avril 2021.

Amendement 13

A l'annexe, le point 4.7, alinéa 3, du même règlement, tel qu'inséré par l'article 13 (article 16 nouveau) du projet de règlement, est amendé comme suit :

1° les termes « Ce plan » sont remplacés par les termes « Le plan blanc » ;

2° les termes « Haut-Commissariat à la Protection Nationale » sont remplacés par les termes « Haut-Commissariat à la protection nationale » ; et

3° les termes « du centre hospitalier » sont remplacés par les termes « de l'établissement ». »

Commentaire

Points 1° et 2

Cet amendement tient compte de plusieurs observations d'ordre légistique formulées par le Conseil d'Etat sous « Observations générales » et à l'endroit de l'article 13 (article 16 nouveau).

Point 3

Cet amendement est à lire ensemble avec l'amendement 2, point 2°. Pour des raisons de cohérence interne au texte, il est fait référence à la notion d'établissement, bien que la filière spécifique définie au point 4.7 s'applique aux seuls centres hospitaliers.

Amendement 14

Il est inséré un article 17 nouveau au projet de règlement avec la teneur suivante :

« Art. 17. A l'annexe, point 5, alinéa 2, du même règlement, les termes « Échelle canadienne de Triage et de Gravité » sont remplacés par les termes « Échelle canadienne de triage et de gravité ». »

Les articles subséquents sont renumérotés.

Commentaire

L'amendement tient compte d'une observation d'ordre légistique formulée par le Conseil d'Etat à la page 5 de son avis du 2 avril 2021.



Amendement 15

A l'annexe, point 5, dernier alinéa, tel que remplacé par l'article 14 (article 18 nouveau) du projet de règlement, le dernier alinéa est amendé comme suit :

1° la première phrase est complétée par les termes « au plus tard le premier jour ouvrable après la sortie du patient » ;

2° les termes « international classification of primary care » sont remplacés par les termes « International classification of primary care » et les termes « Organisation Mondiale de la Santé » sont remplacés par les termes « Organisation mondiale de la santé ».

Commentaire

Point 1°

Dans son avis du 21 mai 2021, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demande « l'intégration de la mention « le premier jour ouvrable après la sortie » pour la lettre de sortie qu'un établissement hospitalier doit envoyer au patient lorsque celui-ci quitte l'établissement. »

Selon le projet de règlement, un double du courrier doit pourtant être remis au patient, ce qui implique que cette remise se fasse au plus tard au moment de la sortie du patient.

Alors que le texte modifié ne prévoit plus de délai pour l'envoi du résumé clinique de la prise en charge du patient au service d'urgence au médecin traitant ou au médecin indiqué par le patient, il est proposé de prévoir la transmission de ce document au plus tard le premier jour ouvrable après la sortie du patient.

Point 2°

L'amendement tient compte d'une observation d'ordre légistique formulée par le Conseil d'Etat à la page 5 de son avis du 2 avril 2021.

Amendement 16

A l'annexe, point 7.2, deuxième tiret, du même règlement, inséré par l'article 16 (article 20 nouveau) du projet de règlement, les termes « deux ans » sont remplacés par les termes « 2 ans ».

Commentaire

Cet amendement tient compte de l'observation d'ordre légistique formulée à l'endroit de l'article 16 (article 20 nouveau).



Amendement 17

A l'annexe, point 7.3., du même règlement, inséré par l'article 16 (article 19 nouveau) du projet de règlement, les termes « International Classification of Primary Care » sont remplacés par les termes « International classification of primary care », les termes « Organisation Mondiale de la Santé » sont remplacés par les termes « Organisation mondiale de la santé » et les termes « Échelle canadienne de Triage et de Gravité » sont remplacés par les termes « Échelle canadienne de triage et de gravité ».

Commentaire

L'amendement tient compte d'une observation d'ordre légistique formulée par le Conseil d'Etat à la page 5 de son avis du 2 avril 2021.

Amendement 18

A l'annexe, point 7.4, deuxième tiret, du même règlement, inséré par l'article 16 (article 20 nouveau) du projet de règlement, les termes « 1^{er} contact médical » sont remplacés par les termes « premier contact médical » et les termes « Échelle canadienne de Triage et de Gravité » sont remplacés par les termes « Échelle canadienne de triage et de gravité ».

Commentaire

Cet amendement tient compte des observations d'ordre légistique formulées par le Conseil d'Etat sous « Observations générales » et à l'endroit de l'article 16 (article 20 nouveau).

Amendement 19

A l'annexe, le point 7.5 du même règlement, inséré par l'article 16 (article 20 nouveau) du projet de règlement, est amendé comme suit :

1° les termes « Échelle canadienne de Triage et de Gravité » sont remplacés par les termes « Échelle canadienne de triage et de gravité » ;

2° il est complété comme suit :

« - filière spécifique : nombre de patients traités dans la filière spécifique.

- filière spécifique : pourcentage de patients vus au service d'urgence traités dans la filière spécifique.

- filière spécifique : pourcentage de patients hospitalisés suite au passage dans la filière spécifique. »



Commentaire

Point 1°

L'amendement tient compte d'une observation d'ordre légistique formulée par le Conseil d'Etat à la page 5 de son avis du 2 avril 2021.

Point 2°

Cet amendement a pour objet de redresser une incohérence entre le texte du projet et le texte coordonné et à intégrer dans le projet de règlement les indicateurs relatifs à la filière spécifique.

Amendement 20

L'article 17, devenu l'article 21 nouveau, du projet de règlement, est remplacé comme suit :

« **Art. 20.** Le ministre ayant la Santé dans ses attributions et le ministre ayant le Budget dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. »

Commentaire

Alors que le projet a un impact sur le budget de l'Etat, il convient de viser le ministre ayant le Budget dans ses attributions pour exécuter le règlement en question, à côté du ministre de la Santé.



Amendements gouvernementaux au projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique

Remarques préliminaires:

- Les modifications apportées par le projet d'amendements gouvernementaux au projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 sont indiquées **en gras** et surlignées **en jaune** dans le texte coordonné ;
- Les modifications résultant des observations d'ordre légistique du Conseil d'Etat sont surlignées **en vert** dans le texte coordonné ;
- Les autres adaptations sont surlignées **en bleu** dans le texte coordonné.

Texte coordonné du projet de règlement

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu loi **modifiée** du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et notamment ses articles 4, paragraphe 7, et 10 ;

Vu la fiche financière ;

Vu l'avis du Collège médical ;

Vu l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier ;

~~Vu l'avis du Conseil supérieur de certaines professions de santé ;~~ **L'avis du Conseil supérieur de certaines professions de santé ayant été demandé ;**

~~Notre~~ **Le** Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport ~~de Notre~~ **du** Ministre de la Santé **et du Ministre des Finances**, et après délibération du Gouvernement en conseil ;

Arrêtons :

Art. 1^{er}. L'article 3 du règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique est remplacé par la disposition suivante :

~~« Art. 3.~~ **La mise en place d'une ouverture diurne de sept heures à dix-sept heures les jours ouvrables du service hospitalier d'urgence des deux hôpitaux centres hospitaliers de Luxembourg ville situés sur le territoire de la Ville de Luxembourg se fera fait au plus tard le 1^{er} juin 2021.**

La mise en place d'une garde ~~à Luxembourg ville~~ **sur le territoire de la Ville de Luxembourg** avec ouverture en parallèle et en continu des services d'urgence vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept des deux hôpitaux centres hospitaliers concernés se ~~fera fait~~ **au plus tard le 1^{er} janvier 2024-1^{er} janvier 2026.** »



Art. 2. Le point 1.2 de l'annexe du même règlement grand-ducal A l'annexe du même règlement, le point 1.2 est modifié comme suit :

1° le point f la lettre f.) est complétée ~~in fine~~ par les termes « ou locale » ;

2° à la suite ~~au point~~ de la lettre o.) est ~~ajouté~~ ~~inséré un point~~ une nouvelle lettre p.) libellée comme suit :

« p.) Une salle équipée pour l'accueil d'un patient suspect d'être atteint d'une pathologie infectieuse à transmission aérienne, disposant d'un système de filtration d'air de type filtre à particules aériennes à haute efficacité (Hepa) et si possible d'un sas. »

Art. 3. A l'annexe, point 2.1, du même règlement, ~~Les points lettres~~ p.), q.), r.), s.), t.), u.), v.) et k.) du point 2.1 de l'annexe du même règlement grand-ducal sont renommés ~~s k.), l.), m.), n.), o.), p.), q.)~~ et r.).

Art. 4. A l'annexe du même règlement, le point 3.4 est modifié comme suit :

1° l'alinéa 1^{er} est complété comme suit :

« e.) un service d'assistance sociale. » ;

2° l'alinéa 2 est supprimé.

Art. 45. A la suite de l'annexe, du point 3.4 de l'annexe, du même règlement grand-ducal, est ~~ajouté~~ ~~inséré~~ un nouveau point 3.5 libellé comme suit :

« 3.5 Personnel supplémentaire stratégique

En cas de mise en place de la filière telle que définie au ~~paragraphe~~ point 4.7, le nombre de médecins et de personnel soignant nécessaire à son fonctionnement doit y être mis à disposition par ~~le centre hospitalier~~ l'établissement. »

Art. 56. Le point a.) du point 4.1 de l'annexe du même règlement grand-ducal A l'annexe, point 4.1, du même règlement, la lettre a.) est remplacée par le libellé suivant :

« a.) Service d'imagerie médicale, avec nécessité d'au moins une salle de radiographie standard et d'un scanner ~~à proximité directe ou au sein du~~ dédié au service d'urgence, »

Art. 7. A l'annexe, point 4.2, du même règlement, un nouvel alinéa 2 est inséré à la suite de l'alinéa 1^{er}, libellé comme suit :

« En complément l'alinéa précédent, le médecin du service d'urgence doit pouvoir faire appel à tout moment et selon des modalités pré-établies au sein de chaque établissement à un médecin hospitalier spécialiste en ophtalmologie pour sécuriser une prise en charge adéquate du patient. »



Art. 68. Le premier alinéa du point 4.3 de l'annexe du même règlement grand-ducalA l'annexe, point 4.3, du même règlement, l'alinéa 1^{er} est remplacé par le texte suivant :

« Chaque établissement hospitalier hébergeant un service d'urgence doit s'assurer de pouvoir réaliser en urgence en son sein et à tout moment un examen de radiologie conventionnelle, une échographie, un scanner ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique nucléaire. **Un seul établissement hospitalier doit s'assurer de pouvoir réaliser en urgence en son sein et à tout moment les examens de radiologie interventionnelle.** »

Art. 79. Les trois premiers alinéas du point 4.4 de l'annexe du même règlement grand-ducalA l'annexe, point 4.4, du même règlement, les alinéas 1^{er}, 2 et 3 sont remplacés par le libellé suivant :

« La dernière version actualisée de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~**Échelle canadienne de triage et de gravité** est utilisée dans chaque service d'urgence permettant de définir cinq niveaux de priorités.

Tout infirmier occupant le poste d'Infirmier d'accueil et d'orientation doit avoir été formé à l'utilisation de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~**Échelle canadienne de triage et de gravité** et avoir au minimum une ancienneté d'un an dans un service d'urgence.

Les niveaux de priorité de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~**Échelle canadienne de triage et de gravité** doivent être connus du personnel médical et soignant travaillant au service d'urgence. »

Art. 810. Le dernier alinéa du point 4.5 de l'annexe du même règlement grand-ducalA l'annexe, point 4.5, du même règlement, le dernier alinéa est remplacé par le libellé suivant :

« Chaque centre hospitalier possède un protocole en cas ~~de~~ d'engorgement du service d'urgence et d'indisponibilité de lits d'hospitalisation appelé « Protocole hôpital sous tension » qu'il transmet pour information au ministre ayant la Santé dans ses attributions, ~~désigné ci-après « le ministre »~~**ci-après « ministre »**. L'activation ~~de cedu~~ « Protocole hôpital sous tension » est notifiée aux autres centres hospitaliers et au ministre. »

Art. 911. Dans la première phrase du point 4.6 de l'annexe du même règlement grand-ducalA l'annexe, point 4.6, première phrase, du même règlement, le terme « cinq » est remplacé par le terme « six ».

Art. 1012. Les deux derniers alinéas du point 4.6.1 de l'annexe du même règlement grand-ducalA l'annexe, point 4.6.1, du même règlement, les alinéas 3 et 4 sont remplacés par le libellé suivant :

« Chaque patient de plus de soixante-quinze ans doit bénéficier au sein du service d'urgence, d'un dépistage de sa fragilité gériatrique à l'aide d'un score internationalement reconnu selon les recommandations en vigueur du ~~Conseil scientifique du domaine de la Santé~~**Conseil scientifique du domaine de la santé**.

Tout patient de plus de soixante-quinze ans dont le score révèle qu'il est à risque doit bénéficier d'une évaluation par l'équipe gériatrique soit durant son séjour hospitalier, soit programmée à distance en concertation avec le médecin généraliste. »



Art. 1113. Les troisième et quatrième alinéas du point 4.6.2 de l'annexe du même règlement grand-ducal A l'annexe, point 4.6.2, du même règlement, les alinéas 3 et 4 sont remplacés par le libellé suivant :

« Conformément à l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, une convention entre chaque centre hospitalier et le centre hospitalier hébergeant le service national d'urgence pédiatrique précisant les critères d'admission et d'orientation entre ces établissements doit être rédigée, signée et transmise pour information au ministre.

Tout enfant dont le niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité **Échelle canadienne de triage et de gravité** se situe entre un et trois doit être vu en urgence par un médecin spécialiste en pédiatrie ou par un autre médecin spécialiste selon la pathologie qu'il présente. L'enfant après stabilisation est adressé, avec accord du médecin receveur, au service national d'urgence pédiatrique dans les plus brefs délais si son état clinique le justifie, selon les termes de la convention visée à l'alinéa **qui précède** 3. Si le service national ne peut l'accueillir, le transfert se fera vers un service spécialisé en pédiatrie à l'étranger ayant des capacités de prise en charge au moins similaires à celles du service national d'urgence pédiatrique. »

Art. 1214. La dernière phrase du point 4.6.3 de l'annexe du même règlement grand-ducal A l'annexe, point 4.6.3, du même règlement, la dernière phrase est remplacée par le texte suivant :

« Le psychologue et l'infirmier psychiatrique travaillent sous la responsabilité du psychiatre **ou du médecin urgentiste** de garde. »

Art. 15. A l'annexe, points 4.6.4 et 4.6.5, du même règlement, les termes « Conseil scientifique du domaine de la Santé » sont remplacés par les termes « Conseil scientifique du domaine de la santé ».

Art. 1316. Le point 4.7 de l'annexe du même règlement grand-ducal A l'annexe du même règlement, le point 4.7 est modifié comme suit:

1° son intitulé est libellé comme suit :

« 4.7 Afflux de patient / Situations de catastrophe / Filière spécifique » »

2° Au début de ce point sont **ajoutés** trois nouveaux alinéas libellés comme suit :

« Chaque établissement doit disposer d'un plan tel que défini dans le règlement grand-ducal du 21 février 2018 fixant la structure des plans de sécurité et de continuité de l'activité des infrastructures critiques. Ce plan, ci-après désigné par « plan blanc », doit notamment être adapté aux situations suivantes : afflux massif de victimes, accueil et prise en charge de patients contaminés radiologiques ou chimiques, pandémie.

Une filière spécifique est définie dans le plan blanc pour assurer une prise en charge rapide et adaptée de patients suspects de présenter un risque de transfert de contamination. Elle assure la protection du personnel et des autres patients vis-à-vis du risque en mettant en place une séparation par cohortes des patients et du personnel.

Ce plan **Le plan blanc** peut être déclenché selon la nature des événements par le directeur général **du centre hospitalier de l'établissement** qui en informe le ministre, ou sur décision du ministre ou du Haut-Commissariat à la Protection Nationale **Haut-Commissariat à la protection nationale.** »



Art. 17. A l'annexe, point 5, alinéa 2, du même règlement, les termes « Échelle canadienne de Triage et de Gravité » sont remplacés par les termes « Échelle canadienne de triage et de gravité ».

Art. 1418. Le dernier alinéa du point 5 de l'annexe du même règlement grand-ducal A l'annexe, point 5, du même règlement, le dernier alinéa est remplacé par le texte suivant :

« Un résumé clinique de la prise en charge du patient au service d'urgence est transmis au médecin traitant (ou au médecin indiqué par le patient) **au plus tard le premier jour ouvrable après la sortie du patient**. Sauf raison majeure, un double de ce courrier doit être remis au patient. Le motif de sollicitation du service d'urgence par le patient est codé selon la dernière version actualisée de la classification unique ICPC (« **international classification of primary care International classification of primary care** ») de l'**Organisation Mondiale de la Santé Organisation mondiale de la santé**. »

Art. 1519. Le point 6 de l'annexe du même règlement grand-ducal A l'annexe du même règlement, le point 6 est remplacé par le texte suivant :

« 6. Veille sanitaire

Chaque service d'urgence participe à la veille sanitaire en rapport avec la protection de la santé publique. Il recueille et transmet les informations demandées par le ministre dans les délais et selon les moyens de communication que ce dernier définit. »

Art. 1620. Suite au point 6 de l'annexe du même règlement grand-ducal A la suite de l'annexe, point 6, du même règlement, est ~~ajouté~~**inséré** un nouveau point 7 libellé comme suit :

« 7. Indicateurs d'activité et de processus des services d'urgence

Chaque établissement fournit annuellement au ministre un rapport annuel comportant :

7.1 Les indicateurs d'activité

- Le nombre de passages aux urgences par an.
- Le nombre de passages aux urgences par jour de la semaine.
- Le nombre de passages aux urgences par tranche horaire.

7.2 Le caractère démographique des patients

- Nombre d'enfants de 0 à moins de 3 mois admis aux urgences par an.
- Nombre d'enfants de 3 mois à moins de **deux ans 2 ans** admis aux urgences par an.
- Nombre d'enfants de 2 ans à moins de 8 ans admis aux urgences par an.
- Nombre d'enfants de 8 ans à moins de 16 ans admis aux urgences par an.
- Nombre patients de 75 ans et plus admis aux urgences par an.
- Distribution des admissions aux urgences par classes d'âge de 10 ans.
- Sexe des patients admis aux urgences.

7.3 Les indicateurs de processus : en amont du service d'urgence



- Mode d'entrée.
- Provenance du patient.
- Motif d'admission selon la classification la plus récente **International Classification of Primary Care** **International classification of primary care** (ICPC) de l'**Organisation Mondiale de la Santé** **Organisation mondiale de la santé**.
- Degré d'urgence : Distribution des patients admis par niveau de priorité de l'**Échelle canadienne de Triage et de Gravité** **Échelle canadienne de triage et de gravité** par an.

7.4 **Les** indicateurs de processus au et en aval du service d'urgence

- Pourcentage de patients bénéficiant d'un triage par l'infirmière d'accueil et d'orientation endéans 10 minutes.
- Délai moyen entre l'admission et le **1er contact médical** **premier contact médical** selon les 5 degrés d'urgence de l'**Échelle canadienne de Triage et de Gravité** **Échelle canadienne de triage et de gravité**.
- Durée moyenne de séjour aux urgences selon le niveau de l'**Échelle canadienne de Triage et de Gravité** **Échelle canadienne de triage et de gravité**.
- Durée moyenne de séjour aux urgences des patients de plus de 75 ans selon le niveau de l'**Échelle canadienne de Triage et de Gravité** **Échelle canadienne de triage et de gravité**.
- Délai moyen entre la décision médicale de sortie et la sortie effective du patient du service d'urgence
- Délai d'obtention des résultats de laboratoire.
- Délai d'obtention des comptes-rendus d'imagerie médicale.
- Nombre d'hospitalisations et pourcentage par rapport aux admissions.
- Taux mensuel d'occupation des lits-portes.
- Ratio de patients admis au service d'urgence par médecin par heure.
- Ratio de patients admis au service d'urgence par soignant par heure.

7.5 **Les** indicateurs des filières de prise en charge

- filière AVC: Délai moyen entre l'heure de début des symptômes neurologiques et l'heure d'admission au service d'urgence.
- filière AVC: Délai moyen entre l'heure d'admission au service d'urgence et la thrombolyse.
- filière AVC: Pourcentage de patients de la filière AVC transférés vers la stroke unit de niveau 2.
- filière coronarienne: délai moyen entre l'admission au service d'urgence et la coronarographie.
- filière coronarienne: pourcentage de patients de la filière coronarienne Stemi-positifs transférés à l'INCCI.
- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans ayant bénéficié d'un scoring de fragilité gériatrique.



- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans hospitalisés suite au passage au service d'urgence.
- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans avec score de fragilité pathologique bénéficiant d'une demande d'évaluation gériatrique ultérieure.
- filière pédiatrique: pourcentage de patients pédiatriques transférés au service hospitalier national de pédiatrie selon les 5 degrés de l'**Échelle canadienne de Triage et de Gravité**.
- filière pédiatrique: pourcentage de patients pédiatriques vus par un médecin spécialiste en pédiatre.
- filière psychiatrique: nombre de patients admis pour tentative de suicide.
- filière psychiatrique: pourcentage de patients psychiatriques hospitalisés suite au passage au service d'urgence.
- filière psychiatrique: pourcentage de patients psychiatriques ambulatoires avec proposition de prise en charge ambulatoire.
- **filière spécifique : nombre de patients traités dans la filière spécifique.**
- **filière spécifique : pourcentage de patients vus au service d'urgence traités dans la filière spécifique.**
- **filière spécifique : pourcentage de patients hospitalisés suite au passage dans la filière spécifique. »**

Art. 1721. Le ministre ayant la Santé dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le ministre ayant la Santé dans ses attributions et le ministre ayant le Budget dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.



Amendements gouvernementaux au projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique

Remarques préliminaires:

- Les modifications apportées par le projet de règlement grand-ducal au règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 sont indiquées en **gras** dans le texte coordonné ;
- Les modifications apportées par le projet d'amendements gouvernementaux au projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 sont indiquées en **gras** et surlignées en **jaune** dans le texte coordonné (mis à part celles déjà contenues dans le texte coordonné accompagnant le projet de règlement initial et non répercutées dans le projet de règlement même);
- Les modifications résultant des observations d'ordre légistique du Conseil d'Etat sont indiquées en **gras** et surlignées en **vert** dans le texte coordonné ;
- Les modifications comprises dans le texte coordonné du règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 accompagnant le texte du projet initial, mais non renseignées dans le texte du projet de règlement initial sont surlignées en **bleu**

Texte coordonné du règlement grand-ducal modifié du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique

Art. 1^{er}. Les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique doivent répondre aux exigences et aux normes déterminées à l'annexe du présent règlement.

Art. 2. Le règlement grand-ducal modifié du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence est abrogé.

Art. 3. La mise en place d'une ouverture diurne de sept heures à dix-sept heures les jours ouvrables du service hospitalier d'urgence des deux **hôpitaux centres hospitaliers de Luxembourg-villesitués sur le territoire de la Ville de Luxembourg** se **fera** au plus tard le 1^{er} **janvier juin 2020 2021**.

La mise en place d'une garde **à Luxembourg-ville sur le territoire de la Ville de Luxembourg** avec ouverture en parallèle et en continu des services d'urgence vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept des deux **hôpitauxcentres hospitaliers** concernés se **fera** ~~se fera~~ au plus tard le **1^{er} janvier 2024-1^{er} janvier 2026**.



Art. 4. Notre ministre de la Santé, Notre ministre des Finances et Notre ministre de la Sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.



Annexe

1. Normes architecturales

Le service d'urgence est composé d'une partie administrative et d'une partie technique qui forment un ensemble continu et cohérent des points de vue architectural et fonctionnel.

L'ensemble des locaux du service d'urgence est accessible aux personnes à mobilité réduite.

L'ensemble des locaux du service d'urgence doit permettre de garantir l'intimité des patients.

La conception architecturale du service d'urgence doit permettre une gestion efficace des flux de patients valides et de patients alités.

Le service d'urgence dispose d'une entrée clairement identifiée permettant l'accès vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Cette entrée comporte deux accès séparés, l'un piéton et l'autre pour ambulances, couvert, chauffé, pouvant être fermé.

1.1 Partie administrative.

La partie administrative se compose au minimum :

- a.) D'un espace de réception des patients et de réalisation des formalités administratives permettant un accueil garantissant la confidentialité.
- b.) D'une salle d'attente assise pour les patients et leurs accompagnants.
- c.) Des installations sanitaires publiques hommes et femmes séparées, dont au moins une installation sanitaire accessible aux personnes à mobilité réduite.
- d.) D'un espace avec table à langer.
- e.) Des installations sanitaires pour le personnel du service d'urgence, hommes et femmes séparées.
- f.) Des bureaux adaptés aux besoins des médecins.
- g.) D'un bureau destiné au chef soignant du service.
- h.) Des locaux de travail adaptés aux besoins du personnel soignant.
- i.) D'une pièce de repos et repas pour le personnel permettant d'accueillir de manière assise au moins la moitié du personnel en poste du service d'urgence.



- j.) D'une pièce de repos (agrémentée d'un lit) par médecin travaillant de minuit à 6 heures du matin, située dans une partie attenante au service d'urgence.

1.2 Partie technique.

La zone technique est composée d'un ensemble d'espaces et de pièces qui permettent la prise en charge des patients.

Chaque espace ou pièce a une vocation définie mais doit être polyvalent pour l'accueil des patients.

Chaque espace ou pièce sauf celui mentionné aux points k) et o) ci-dessous doit disposer d'un site de lavage de mains.

La partie technique du service d'urgence comprend au minimum:

- a.) Une pièce à accès sécurisé hébergeant une réserve de médicaments et de matériel médical permettant de faire face aux urgences.
- b.) Au minimum deux pièces dédiées à l'accueil et au triage des patients.
- c.) Des salles d'examen polyvalentes et de soins, avec arrivées fixes d'oxygène, air et vide.
- d.) Une salle dédiée constituée de deux espaces de déchoquage d'au moins 25 m² chacun, permettant la préservation, la stabilisation et la restauration des fonctions vitales, avec arrivées fixes d'oxygène, air et vide, à l'exception du service national d'urgence pédiatrique qui ne peut disposer que d'un espace de déchoquage.
- e.) Une salle d'accueil dédiée aux urgences pédiatriques, avec arrivées fixes d'oxygène, air et vide (sauf pour le service national d'urgence pédiatrique dont l'ensemble des salles a vocation à accueillir les patients de moins de seize ans et le cas échéant jusqu'à dix-huit ans).
- f.) Une pièce équipée pour la petite chirurgie réalisée sous anesthésie locorégionale ou locale.**
- g.) Une pièce équipée pour la pose de plâtre, ou à défaut un chariot mobile dédié à la pose de plâtre.
- h.) Un espace proche de l'entrée permettant un triage supplémentaire si besoin, avec accès fixes d'oxygène et vide.
- i.) Une salle permettant l'accueil d'un patient souffrant de troubles psychiatriques (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique) avec des fenêtres sécurisées.
- j.) Une salle de bain permettant de prodiguer des soins d'hygiène au patient même alité.
- k.) Des locaux pour le stockage du linge, du matériel, des vêtements et un coffre permettant de stocker les objets de valeur des patients. Ces locaux peuvent être partagés avec un autre service.



- l.) Si le service d'urgence dispose de lits-portes, chaque lit-porte est équipé de matériel de surveillance adapté à un patient nécessitant un suivi continu des paramètres vitaux et relié à un dispositif de monitoring centralisé. Chaque lit-porte possède un accès fixe d'oxygène, air et vide et est équipé d'un système d'appel.
- m.) Les salles d'examen, les espaces de déchoquage et la salle d'examen d'urgence pédiatrique doivent permettre l'utilisation d'appareils mobiles d'imagerie médicale (radiographie et échographie).
- n.) Un espace d'attente pour patients allongés sur brancard.
- o.) Une salle permettant de recevoir les accompagnants.
- p.) Une salle équipée pour l'accueil d'un patient suspect d'être atteint d'une pathologie infectieuse à transmission aérienne, disposant d'un système de filtration d'air de type filtre à particules aériennes à haute efficacité (Hepa) et si possible d'un sas.**

2. Equipements spécifiques

2.1 Equipement médical

Chaque service d'urgence, doit disposer de matériel adapté permettant les prises en charge des urgences vitales de l'adulte et de l'enfant, à l'exception du service d'urgence pédiatrique qui se limitera à l'équipement pédiatrique.

L'équipement minimum obligatoire pour chaque service d'urgence est composé des éléments suivants :

- a.) Trois appareillages de ventilation artificielle permettant une ventilation contrôlée et assistée ainsi que la pression expiratoire positive, dont un appareillage mobile permettant le transport du malade. (deux appareils pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).
- b.) Un appareil permettant la ventilation non invasive (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).
- c.) Trois appareils de monitoring électrocardioscopique dont un au moins mobile (sauf le service hospitalier national d'urgence pédiatrique: deux appareils adaptés aux enfants dont au moins un mobile).
- d.) Trois défibrillateurs avec écran pour le monitoring du rythme cardiaque, dont au moins un mobile (deux défibrillateurs pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).
- e.) Six pousses-seringues pourvus de batteries (quatre pousse-seringues pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).



f.) Trois appareils permettant le monitoring en continu en O₂ et CO₂, dont au moins un mobile (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique: deux appareils adaptés aux enfants dont au moins de transport).

g.) Trois aspirateurs électriques de mucosité (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique: un appareil adapté aux enfants).

h.) Deux électrocardiographes permettant l'enregistrement selon les douze dérivations connectables au réseau informatique de l'établissement (sauf le service hospitalier national d'urgence pédiatrique : un appareil adapté aux enfants).

i.) Le matériel de réanimation cardio respiratoire de l'enfant et de l'adulte.

j.) Des sources d'oxygène portable permettant le transport intra hospitalier.

~~p.)~~ **k.)** Un appareil de massage cardiaque (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).

~~q.)~~ **l.)** Deux plateaux d'intubation classique pour enfants et deux pour adultes (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique) et vidéolaryngoscope.

~~r.)~~ **m.)** Insufflateurs manuels.

~~s.)~~ **n.)** Du matériel permettant l'accès veineux périphérique, l'accès intra-osseux et vasculaire central.

~~t.)~~ **o.)** Un réchauffeur pour transfusion rapide.

~~u.)~~ **p.)** Un système de couverture chauffante.

~~v.)~~ **q.)** Un appareil de mesure instantanée de l'hémoglobine.

~~k.)~~ **r.)** Un nombre adapté de brancards permettant la réanimation cardiopulmonaire et équipés de barrières dont au moins un bariatrique. Le brancard bariatrique n'est pas exigé dans le service hospitalier national d'urgence pédiatrique.

2.2 Equipement logistique

Le service d'urgence doit disposer des moyens suivants :

a) Postes de travail équipés de logiciel informatique spécifique aux urgences permettant la tenue des dossiers médicaux et de soins, horodatés, couplés à l'échelle nationale de tri unique compatibles avec l'environnement informatique de l'hôpital et le Dossier de Soins Partagés, dans chaque salle d'examen et de soins ainsi que dans chaque pièce dédiée à l'accueil et au triage des patients et dans les bureaux des médecins et personnels de soins.



- b) Equipement digital permettant la pratique de la télémédecine composée de matériel informatique, audio et vidéo permettant la réalisation au lit du malade de consultations et examens audiovisuels à distance, ainsi que la transmission sécurisée de données médicales.
- c) Liens fonctionnels et procédures permettant un accès rapide à la banque de sang gérée par l'établissement hospitalier.

En cas de panne électrique, l'ensemble des matériels électriques sus mentionnés doit être automatiquement connecté à la source autonome électrique de l'établissement hospitalier.

Le service d'urgence doit disposer d'au moins une ligne téléphonique indépendante du central téléphonique de l'établissement hospitalier lui permettant de communiquer directement avec l'extérieur de l'établissement hospitalier et inversement.

3. Ressources humaines et organigramme

3.1 Gestion du service

L'organisation et la gestion du service sont assurés par un binôme médico-soignant composé d'un médecin du service, appelé médecin chef de service, et d'un chef soignant.

Le chef soignant est chargé de la gestion du personnel soignant, de la gestion administrative du service d'urgence et des liens avec le directeur des soins et le directeur administratif et financier.

Le médecin chef de service coordonne et planifie l'action médicale au sein du service d'urgence et assure le lien avec le directeur médical de l'établissement et le cas échéant, le médecin coordinateur. Il est responsable du planning de garde des médecins intervenants dans le service d'urgence.

3.2 Personnel médical

La garde médicale est continue vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept et s'effectue au sein même du service d'urgence.

Est présent au minimum, vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans les locaux du service d'urgence, un médecin titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique en médecine générale ou d'une spécialité en médecine reconnue au Luxembourg.

Pour exercer au service d'urgence, le médecin doit y exercer régulièrement sur base d'un contrat avec l'hôpital.

Des médecins pourront de façon ponctuelle effectuer des gardes dans le service d'urgence après accord du médecin chef de service et du directeur médical et selon le règlement de chaque hôpital.

Le nombre de médecins par service d'urgence doit être adapté à une prise en charge de qualité et permettre de garantir la sécurité des patients se présentant au service d'urgence. Un médecin ne peut prendre en charge, sur trois mois lissés, plus de quarante-huit patients par vingt-quatre heures.



3.3 Personnel soignant.

Le personnel soignant se compose de chefs soignants, d'infirmiers et d'aides-soignants.

Le nombre de personnel soignant doit être adapté à une prise en charge de qualité et permettre de garantir la sécurité des patients se présentant aux services d'urgence.

Chacune des fonctions suivantes doit être assurée par au moins un infirmier:

- a.) Tri et orientation des malades.
- b.) Coordination et gestion des flux et des filières de patients.
- c.) Prise en charge du flux des patients valides.
- d.) Prise en charge du flux des patients alités.
- e.) Prise en charge du déchoquage.
- f.) Prise en charge des lits portes.
- g.) Gestion des lits et de la sortie des patients.

L'équipe infirmière présente au service d'urgence ne doit pas compter plus de deux infirmiers non affectés à temps plein au service d'urgence, représentant au plus 50 % de l'équipe infirmière en poste sauf en cas de catastrophe sanitaire ou plan blanc.

Le nombre d'aides-soignants doit permettre d'assurer simultanément la prise en charge des patients au sein de la zone de prise en charge des urgences et des lits-portes.

3.4 Personnel administratif, logistique et social

L'établissement hospitalier doit mettre à disposition du service d'urgence en nombre suffisant pour assurer une prise en charge de qualité :

- a.) Des agents dédiés à l'accueil administratif.
- b.) Un service de transport des malades.
- c.) Une équipe de nettoyage.
- d.) Un service de sécurité.

e.) Un service d'assistance sociale.

Un assistant social doit être disponible pour les urgences en journée pendant les jours ouvrables.



3.5 Personnel supplémentaire stratégique

En cas de mise en place de la filière telle que définie au **paragraphe point 4.7**, le nombre de médecins et de personnel soignant nécessaire à son fonctionnement doit y être mise à disposition par **le centre hospitalier/l'établissement**.

4. Normes fonctionnelles

4.1 Services présents

L'établissement hospitalier exploitant un service hospitalier d'urgence doit au minimum comporter les services et unités de soins ci-dessous qui sont localisés sur le même site:

- a.) Service d'imagerie médicale, avec nécessité **d'au moins une salle de radiographie standard et d'un scanner d'une proximité directe du dédié** au service d'urgence ~~d'au moins une salle de radiographie standard et d'un scanner~~,
- b.) Service de médecine interne générale,
- c.) Service de traumatologie,
- d.) Service de chirurgie viscérale,
- e.) Service de soins intensifs et anesthésie,
- f.) Service de psychiatrie aigue,
- g.) Plateau technique de chirurgie

Le service d'urgence doit avoir organisé des liens fonctionnels avec ces services et unités de soins afin d'assurer la coordination et la sécurité des prises en charge des patients.

Chaque service d'urgence doit disposer d'un protocole fixant les modalités de transfert inter-hospitaliers du service d'urgence vers un service d'un autre hôpital, le cas échéant dans un service national.

4.2 Accès aux compétences médicales

Le médecin du service d'urgence doit pouvoir faire appel à tout moment et selon des modalités pré-établies au sein de chaque établissement à un médecin hospitalier pour tout service hospitalier autorisé de cet établissement.

En complément l'alinéa précédent, le médecin du service d'urgence doit pouvoir faire appel à tout moment et selon des modalités pré-établies au sein de chaque établissement à un médecin hospitalier spécialiste en ophtalmologie pour sécuriser une prise en charge adéquate du patient.

L'hôpital organise sur prescription médicale le transfert du patient dans les services nationaux pour lesquels la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière



prévoit une obligation de permanence 24 h /24 et 7j/7 respectivement un lien fonctionnel avec le service des urgences.

Les médecins hospitaliers visés à l'alinéa 1^{er} doivent pouvoir fournir un avis médical sur place ou à distance dès que la demande leur en est faite et se rendre, si nécessaire, au service d'urgence dans un délai adapté à l'état clinique du patient.

Lorsqu'après avis du médecin hospitalier visé à l'alinéa 1^{er} une décision d'hospitalisation est prise, ni la consultation de ce médecin ni la réalisation d'examens complémentaires non indispensables à la prise en charge ne doivent retarder l'admission du patient dans le service d'hospitalisation, sauf raison médicale justifiée.

4.3 Accès aux examens d'imagerie et de laboratoire

Chaque établissement hospitalier hébergeant un service d'urgence doit s'assurer de pouvoir réaliser en urgence en son sein et à tout moment un examen de radiologie conventionnelle, une échographie, un scanner ~~thoraco-abdomino-pelvien et un scanner cérébral~~, ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique nucléaire. **Un seul établissement hospitalier doit s'assurer de pouvoir réaliser en urgence en son sein et à tout moment les examens de radiologie interventionnelle.**

Le délai d'obtention d'un examen d'imagerie est fonction du degré d'urgence de l'état du patient.

Le délai maximum de réalisation d'un examen après la demande du médecin urgentiste au radiologue est d'une heure sauf en cas d'urgence réelle ou suspectée annoncée par le médecin urgentiste où le délai doit être réduit au minimum.

Le compte-rendu écrit de scanner, d'échographie ou d'IRM doit être fourni au maximum une demi-heure après la réalisation de l'examen sauf urgence avérée où le compte-rendu écrit est remis immédiatement au médecin du service d'urgence.

Les résultats d'examens de laboratoire doivent être disponibles et validés au maximum une heure après l'arrivée du prélèvement au laboratoire, sauf impossibilité technique justifiée.

4.4 Tri unique

La dernière version actualisée de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~ **Échelle canadienne de triage et de gravité** est utilisée dans chaque service d'urgence permettant de définir cinq niveaux de priorités.

Tout infirmier occupant le poste d'Infirmier d'accueil et d'orientation doit avoir été formé à l'utilisation de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~ **Échelle canadienne de triage et de gravité** et avoir au minimum une ancienneté d'un an dans un service d'urgence.

Les niveaux de priorité de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~ **Échelle canadienne de triage et de gravité** doivent être connues du personnel médical et soignant travaillant au service d'urgence.



Tout patient se présentant au service d'urgence doit bénéficier du tri dès son arrivée aux urgences.

La prise en charge des patients au services d'urgence est réalisée en fonction du niveau de priorité de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~ **Échelle canadienne de triage et de gravité**.

4.5 Flux des patients.

Il existe pour chaque service d'urgence deux circuits permettant la gestion des flux de patients valides et alités : l'un dit debout et l'autre couché.

La gestion des lits d'hospitalisation doit être réalisée par le gestionnaire de lit selon des protocoles décisionnels mis en place dans chaque établissement.

Chaque ~~centre établissement~~ hospitalier ~~doit posséder~~ possède un protocole en cas ~~de~~ d'engorgement du service d'urgence et ~~de disponibilité~~ d'indisponibilité de lits d'hospitalisation appelé « Protocole hôpital sous tension » **qu'il transmet pour information au ministre ayant la Santé dans ses attributions, désigné ci-après « le ministre » ci-après « ministre »**. L'activation ~~de~~ **cedu** « Protocole hôpital sous tension » **est notifiée aux autres centres hospitaliers et au ministre**.

4.6 Filières de prises en charges spécifiques

Chaque service d'urgence, à l'exception du service national d'urgence pédiatrique, doit mettre en place au minimum les ~~cinq~~ **six** filières décrites aux alinéas suivants :

4.6.1 Filière gériatrique.

Cette filière concerne les patients de soixante-quinze ans et plus.

Chaque établissement doit mettre en place une filière permettant la prise en charge adaptée, efficace et rapide de patients de plus de soixante-quinze ans.

Chaque patient de plus de soixante-quinze ans doit bénéficier au sein du service d'urgence, d'un dépistage de sa fragilité **gériatrique** à l'aide d'un score internationalement **reconnu par l'infirmier d'accueil et d'orientation (type Score ISAR (Identification of Senior At Risk))** selon les recommandations en vigueur du ~~Conseil scientifique du domaine de la Santé~~ **Conseil scientifique du domaine de la santé**.

Tout patient de plus de soixante-quinze ans dont le score révèle qu'il est à risque doit bénéficier **d'une évaluation par l'équipe gériatrique soit durant son séjour hospitalier, soit programmée à distance en concertation avec le médecin généraliste** d'un avis gériatrique ou durant son séjour au service d'urgence ou programmé à distance.

4.6.2 Filière pédiatrique

La filière pédiatrique concerne les patients de moins de 16 ans et le cas échéant jusqu'à dix-huit ans.



Chaque établissement doit mettre en place une filière permettant la prise en charge adaptée, efficace et rapide de patients de moins de seize ans et le cas échéant jusqu'à dix-huit ans.

Conformément à l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, une convention entre chaque centre hospitalier et le centre hospitalier hébergeant le service national d'urgence pédiatrique précisant les critères d'admission **et d'orientation entre ces établissements dans ce dernier** doit être rédigée **et**, signée **et transmise pour information au ministre**.

Tout enfant dont le niveau de priorité de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~ **Échelle canadienne de triage et de gravité** se situe entre un et trois doit ~~être bénéficiaire d'un avis vu en urgence~~ **être bénéficiaire d'un avis vu en urgence** par un **médecin spécialiste en pédiatrie ou par un autre médecin spécialiste selon la pathologie qu'il présente**. ~~L'enfant après réanimation stabilisation est adressé, après~~ avec accord du médecin receveur, au service national d'urgence pédiatrique dans les plus brefs délais **si son état clinique le justifie, selon les termes de la convention visée à l'alinéa qui précède** ~~3. ou par défaut, si celui-ci~~ **Si le service national d'urgence pédiatrique** ne peut l'accueillir, **le transfert se fera vers** un service spécialisé en pédiatrie à l'étranger ayant des capacités de prise en charge au moins similaires à celles du service national d'urgence pédiatrique.

Tout enfant vu pour le même motif à deux reprises aux urgences en moins de vingt-quatre heures doit être vu par un pédiatre en urgence ou adressé au service national d'urgence pédiatrique pour avis spécialisé.

4.6.3 Filière psychiatrique

Chaque établissement doit mettre en place une filière permettant la prise en charge adaptée, efficace et rapide de patients présentant une pathologie psychiatrique et veiller à ce que le parcours de soins assure la sécurisation des patients à risque pour eux-mêmes ou autrui.

Chaque patient présentant une pathologie psychiatrique, doit pouvoir bénéficier après examen par le médecin du service d'urgence et à la demande de celui-ci, d'un entretien psychiatrique effectué soit par un psychologue soit par un infirmier psychiatrique soit encore par un psychiatre. Le psychologue et l'infirmier psychiatrique travaillent sous la responsabilité du psychiatre ~~ou du médecin urgentiste~~ de garde.

4.6.4 Filière Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

Chaque établissement possède un protocole de prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux ischémiques avec indication de thrombolyse ou thrombectomie selon les recommandations en vigueur du ~~Conseil scientifique du domaine de la Santé~~ **Conseil scientifique du domaine de la santé**.

4.6.5 Filière coronaropathie.

Chaque établissement possède un protocole de prise en charge des « ST-segment elevation myocardial infarction » (STEMI) selon les recommandations en vigueur du ~~Conseil scientifique du domaine de la Santé~~ **Conseil scientifique du domaine de la santé**.



4.6.6 Filière gynéco-obstétrique

Chaque établissement possède un protocole de prise en charge spécifique à la gynécologie et l'obstétrique.

4.7 Afflux de patient / Situations de catastrophe / Filière spécifique

Chaque établissement doit disposer d'un plan tel que défini dans le règlement grand-ducal du 21 février 2018 fixant la structure des plans de sécurité et de continuité de l'activité des infrastructures critiques. Ce plan, ci-après désigné par « plan blanc », doit notamment être adapté aux situations suivantes : afflux massif de victimes, accueil et prise en charge de patients contaminés radiologiques ou chimiques, pandémie.

Une filière spécifique est définie dans le plan blanc pour assurer une prise en charge rapide et adaptée de patients suspects de présenter un risque de transfert de contamination. Elle assure la protection du personnel et des autres patients vis-à-vis du risque en mettant en place une séparation par cohortes des patients et du personnel.

Le plan blanc peut être déclenché selon la nature des événements par le directeur général du centre hospitalier de l'établissement qui en informe le ministre, ou sur décision du ministre ou du Haut-Commissariat à la Protection Nationale Haut-Commissariat à la protection nationale.

Le personnel affecté aux urgences doit connaître le fonctionnement du « Plan Blanc » de son établissement, y compris en cas de menace chimique, radiologique, nucléaire et connaître le rôle et les missions qui sont les siennes lors de son déclenchement.

Un exercice de mise en œuvre du « Plan Blanc » est effectué annuellement au sein de chaque établissement.

Un exercice d'accueil de patients contaminés radioactifs ou chimiques est mis en place annuellement à l'accueil du service d'urgence de chaque établissement.

5. Dossier médical et courrier de sortie

L'ensemble des données médicales et soignantes de tout patient pris en charge dans le service des urgences doit être consigné dans un dossier informatisé horodaté.

Le dossier médical et soignant du service d'urgence comporte le motif d'admission, le niveau de priorité de l'**Échelle canadienne de Triage et de Gravité Échelle canadienne de triage et de gravité**, l'histoire de la maladie, les antécédents et allergies, l'examen cliniques, les résultats des examens paracliniques, des hypothèses diagnostiques ou une conclusion ainsi que les soins et traitements entrepris au service d'urgence et les traitements de sortie.

Un résumé clinique de la prise en charge du patient au service d'urgence courrier de sortie est envoyé transmis le jour même au médecin traitant du patient (ou au médecin indiqué par le patient), reprenant les éléments du dossier médical au plus tard le premier jour ouvrable après la sortie du patient. Sauf



raison majeure, un double de ce courrier doit être remis au patient. **Le motif de sollicitation du service d'urgence par le patient est codé selon la dernière version actualisée de la classification unique ICPC (« international classification of primary care / International classification of primary care ») de l'Organisation Mondiale de la Santé / Organisation mondiale de la santé.**

6. Veille sanitaire ~~Base des données sanitaires et indicateurs d'activité et de processus des services d'urgence~~

Chaque service d'urgence participe à la veille sanitaire **en rapport avec** ~~visant à~~ la protection de la santé publique ~~;~~ ~~il~~ recueille et transmet les informations demandées par **le ministre l'autorité compétente** dans les délais et selon les moyens de communication que ~~cette~~ ~~dernière~~ définit.

~~Chaque établissement doit pouvoir fournir annuellement au ministre ayant la Santé dans ses attributions un rapport annuel comportant :~~

~~6.1 Les indicateurs d'activité :~~

- ~~— Le nombre de passages aux urgences par an.~~
- ~~— Le nombre de passages aux urgences par jour de la semaine.~~
- ~~— Le nombre de passages aux urgences tranche horaire.~~

~~6.2 Le caractère démographique des patients :~~

- ~~— Nombre enfants 0-2 ans admis aux urgences par an.~~
- ~~— Nombre enfants 2-18 ans admis aux urgences par an.~~
- ~~— Nombre patients de 75 ans et plus admis aux urgences par an.~~
- ~~— Distribution des admissions aux urgences par classes d'âge de 10 ans.~~
- ~~— Sexe des patients admis aux urgences.~~

~~6.3 Les indicateurs de processus : en amont du service d'urgence~~

- ~~— Mode d'entrée.~~
- ~~— Provenance du patient.~~
- ~~— Motif d'admission selon la classification la plus récente International Classification of Primary Care (ICPC) de la World Health Organization.~~
- ~~— Degré d'urgence : Distribution des niveaux de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité par an.~~

~~6.4 les indicateurs de processus: délais:~~

- ~~— Délai admission tri infirmier d'accueil et d'orientation.~~
- ~~— Délai admission-1^{er} contact médical.~~



- Délai de premier contact médical en fonction du niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Durée de séjour aux urgences en fonction du niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Durée de séjour aux urgences des patients de plus de soixante-quinze ans corrélée au niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Délai de réalisation et d'obtention des résultats pour une demande de biologie.
- Délai de réalisation pour une radiographie simple.
- Délai de réalisation et d'obtention des résultats pour un examen d'imagerie médicale (échographie, scan, IRM, etc.).
- Délai d'obtention d'un avis spécialisé.
- Temps de passage aux urgences par niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.

6.5 les indicateurs de processus : en aval du service d'urgence (valeur absolue et pourcentage)

- Nombre d'hospitalisations et pourcentage par rapport aux admissions.
- Taux mensuel d'utilisation des lits portés.
- Ambulance : délai entre appel et arrivée.
- Délai entre la prise de décision de l'hospitalisation et la sortie effective du service d'urgence.
- Fréquence et motif (classification ICD10 codage à 4 caractères) de transferts dans des établissements hospitaliers situés à l'étranger.
- Taux de réadmission du patient dans les vingt-quatre heures et quarante-huit heures suivant sa sortie du service d'urgence.

7. Indicateurs d'activité et de processus des services d'urgence

Chaque établissement fournit annuellement au ministre un rapport annuel comportant :

7.1 Les indicateurs d'activité

- **Le nombre de passages aux urgences par an.**
- **Le nombre de passages aux urgences par jour de la semaine.**
- **Le nombre de passages aux urgences par tranche horaire.**

7.2 Le caractère démographique des patients

- **Nombre d'enfants de 0 à moins de 3 mois admis aux urgences par an.**
- **Nombre d'enfants de 3 mois à moins de deux ans admis aux urgences par an.**
- **Nombre d'enfants de 2 ans à moins de 8 ans admis aux urgences par an.**
- **Nombre d'enfants de 8 ans à moins de 16 ans admis aux urgences par an**



- Nombre patients de 75 ans et plus admis aux urgences par an.
- Distribution des admissions aux urgences par classes d'âge de 10 ans.
- Sexe des patients admis aux urgences.

7.3 Les indicateurs de processus : en amont du service d'urgence

- Mode d'entrée.
- Provenance du patient.
- Motif d'admission selon la classification la plus récente ~~International Classification of Primary Care~~ International classification of primary care (ICPC) de ~~la World Health Organization~~ Organisation mondiale de la santé.
- Degré d'urgence : Distribution des patients admis par niveau de priorité de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~ Échelle canadienne de triage et de gravité par an.

7.4 ~~les~~ Les indicateurs de processus au et en aval du service d'urgence

- Pourcentage de patients bénéficiant d'un triage par l'infirmière d'accueil et d'orientation en moins de 10 minutes.
- Délai moyen entre l'admission et le ~~1er contact médical~~ premier contact médical selon les 5 degrés d'urgence de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~ Échelle canadienne de triage et de gravité.
- Durée moyenne de séjour aux urgences selon le niveau de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~ Échelle canadienne de triage et de gravité.
- Durée moyenne de séjour aux urgences des patients de plus de 75 ans selon le niveau de l'~~Échelle canadienne de Triage et de Gravité~~ Échelle canadienne de triage et de gravité.
- Délai moyen entre la décision médicale de sortie et la sortie effective du patient du service d'urgence
- Délai d'obtention des résultats de laboratoire.
- Délai d'obtention des compte-rendus d'imagerie médicale.
- Nombre d'hospitalisations et pourcentage par rapport aux admissions.
- Taux mensuel d'occupation des lits-portes.
- Ratio de patients admis au service d'urgence par médecin par heure.



- Ratio de patents admis au service d'urgence par soignant par heure.

7.5 Les indicateurs des filières de prise en charge

- filière AVC: Délai moyen entre l'heure de début des symptômes neurologiques et l'heure d'admission au service d'urgence.
- filière AVC: Délai moyen entre l'heure d'admission au service d'urgence et la thrombolyse.
- filière AVC: Pourcentage de patients de la filière AVC transférés vers la stroke unit de niveau 2.
- filière coronarienne: délai moyen entre l'admission au service d'urgence et la coronarographie.
- filière coronarienne: pourcentage de patients de la filière coronarienne Stemi-positifs transférés à l'INCCI.
- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans ayant bénéficié d'un scoring de fragilité gériatrique.
- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans hospitalisés suite au passage au service d'urgence.
- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans avec score de fragilité pathologique bénéficiant d'une demande d'évaluation gériatrique ultérieure.
- filière pédiatrique: pourcentage de patients pédiatriques transférés au service hospitalier national de pédiatrie selon les 5 degrés de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- filière pédiatrique: pourcentage de patients pédiatriques vus par un médecin spécialiste en pédiatre.
- filière psychiatrique: nombre de patients admis pour tentative de suicide.
- filière psychiatrique: pourcentage de patients psychiatriques hospitalisés suite au passage au service d'urgence.
- filière psychiatrique: pourcentage de patients psychiatriques ambulatoires avec proposition de prise en charge ambulatoire.
- filière spécifique : Nnombre de patients traités dans la filière spécifique
- filière spécifique : Ppourcentage de patients vus au service d'urgence traités dans la filière spécifique
- filière spécifique : pourcentage de patients hospitalisés suite au passage dans la filière spécifique »



Amendements gouvernementaux au projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique

Fiche Financière

Les présents amendements prévoient dorénavant une présence en continu (24/7) d'un service d'assistance sociale pour les urgences, alors qu'à l'heure actuelle, il s'agit d'une disponibilité exigée uniquement en journée pendant les jours ouvrables. Malgré l'actuelle exigence de disponibilité en journée, il n'y a pas de dotation spécifique prévue pour le service d'assistance sociale eu égard au service d'urgence.

Il résulte de ce qui précède que la disponibilité en continu et la dotation y relative impliquera des frais à hauteur de 3.040.464,20 €.

La base de calcul appliquée est celle des négociations budgétaires entre les établissements hospitaliers et la CNS concernant la demande de nouveaux postes. Elle prend en compte la grille salariale d'un assistant social mise en place par la Commission des Normes de la FHL et la CNS, ayant une ancienneté de 4 à 6 ans.

Le besoin en ETP est basé sur un calcul des heures supplémentaires à couvrir:

- Entre 8.00 heures et 18.00 heures : 10 heures / jour pour 365 jours = 3650 heures / an
- Entre 18.00 heures et 8.00 heures : 14 heures / jour pour 365 jours = 5110 heures / an

Selon le document de la commission des normes, 1512,32 heures net par an (présence sur place) sont prévues pour le personnel administratif en 2023.

$$3650 / 1512,32 = 2,41 \text{ ETP}$$

$$5110 / 1512,32 = 3,38 \text{ ETP}$$

$$2.41 * 116.066€ (\text{montant brut} + \text{charges patronales}) = 279.719,06€ / \text{an}$$

$$3.38 * 116.066€ (\text{montant brut} + \text{charges patronales}) = 392.303,00€ / \text{an}$$

S'y ajoute un supplément pour la nuit, dimanche et jour férié de 88.093,99 €.

Ceci représente donc une charge de 760.116,05 € par établissement. Les charges pour les 4 centres hospitaliers disposant d'un service d'urgences s'élèvent donc à $760.116,05€ * 4 = 3.040.464,20 €$

Le présent projet n'a pas d'incidence sur le projet de loi n°8277 autorisant l'État à participer au financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et dans les établissements hospitaliers spécialisés et portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Celui-ci a pour but de couvrir le financement des gardes sur place et des astreintes des médecins hospitaliers dans les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2026 pour un total de 34 gardes sur place et de 96 astreintes, en plus d'une



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

réserve de 4 gardes et de 10 astreintes. Le projet de règlement grand-ducal lié au projet de loi, n'implique pas de dépassement du montant indiqué dans la fiche financière relative au projet de loi n°8277.