



CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG 33, BD. GRANDE-DUCHESSE CHARLOTTE TÉL. 42148

CES/SP (73)

LA SANTE PUBLIQUE

A V I S

Luxembourg, le 6 juillet 1973

SOMMAIRE

	<u>Page</u> :
1. INTRODUCTION ET MANDAT.....	1
11. Les limites d'une politique sanitaire.....	1
12. Les objectifs visés par le présent avis.....	2
2. L'INVENTAIRE DE L'ETAT DE SANTE DE NOTRE POPULATION..	4
21. La fréquence et l'évolution des principales maladies.....	4
211. La tuberculose.....	4
212. Les autres maladies.....	5
213. Les taux de mortalité.....	6
214. L'évolution du taux de natalité.....	8
22. La situation actuelle de notre politique sani- taire.....	8
221. Les professions médicales.....	8
2211. Les causes de l'insuffisance en mé- decins omnipraticiens et en médecins dentistes, ainsi que de l'inégalité dans la répartition géographique.....	10
2212. Les moyens pour remédier à la situa- tion prédécrite.....	12
222. La pharmacie.....	14
223. Les autres professions paramédicales.....	16
2231. L'inventaire.....	16
2232. Les moyens pour améliorer la situation actuelle.....	17
224. La médecine curative.....	20
2241. La médecine extra-hospitalière.....	20
2242. La médecine hospitalière.....	23
22421. L'infrastructure hospitalière..	23

	Page :
22422. La législation hospitalière...	26
224221. L'infrastructure.....	26
224222. L'organisation interne des hôpitaux.....	28
225. L'institut d'hygiène et de Santé Publique..	29 a
226. L'organisation de la Santé Publique.....	30
2261. Le Gouvernement.....	30
2262. Le collège supérieur consultatif.....	31
2263. L'inspection sanitaire et la direc- tion de la Santé Publique.....	31
2264. L'inspection des hôpitaux.....	32
2265. Le collège médical.....	32
2266. Les autres organismes.....	32
2267. Les associations professionnelles....	33
227. La médecine préventive et sociale.....	33
2271. L'organisation actuelle de la méde- cine préventive.....	34
22711. Les actions individuelles.....	34
227111. La lutte contre la mortalité périnatale et infantile.....	34
227112. La médecine scolaire..	37
227113. Les autres actions in- dividuelles de médecine préventive.....	39
227114. La médecine du tra- vail.....	41
227115. La médecine sportive..	43
227116. L'avortement.....	45
227117. La coordination des ac- tions individuelles de médecine préventive.....	46

	<u>Page</u> :
227118. Les conclusions.....	48
22712. Les actions collectives.....	49
227121. Le contrôle des den- rées alimentaires.....	49
227122. La sauvegarde de l'en- vironnement.....	50
 3. LES CONCLUSIONS.....	 57
31. L'inventaire de l'état de santé de notre popula- tion.....	57
32. La situation actuelle de notre politique sani- taire.....	57
33. La pharmacie.....	58
34. Les autres professions paramédicales.....	59
35. La médecine curative.....	59
36. La médecine hospitalière.....	60
37. La législation hospitalière.....	61
38. L'institut d'hygiène et de Santé Publique.....	61
39. L'organisation de la Santé Publique.....	62
391. Le Gouvernement.....	62
392. Le collège supérieur consultatif.....	62
393. L'inspection sanitaire et la direction de la Santé Publique.....	62
394. L'inspection des hôpitaux.....	62
395. Le collège médical.....	63
396. Les autres organismes.....	63
397. Les associations professionnelles.....	63
40. La médecine préventive et sociale.....	63
401. Les actions individuelles.....	64
4011. La lutte contre la mortalité périna- tale.....	64
4012. La médecine scolaire.....	64

4013. Les autres actions individuelles de médecine préventive.....	65
4014. La médecine du travail.....	65
4015. La médecine sportive.....	66
4016. L'avortement.....	66
4017. La coordination des actions indivi- duelles de la médecine préventive....	66
402. Les actions collectives.....	67
4021. Le contrôle des denrées alimentaires.	67
4022. La protection de la nature.....	67
4023. La pollution de l'air.....	67
4024. La pollution du sol.....	68
4025. L'éducation sanitaire.....	68

1. INTRODUCTION ET MANDAT

Sur la demande de plusieurs de ses membres, inquiets de l'état présent en matière de santé, le Conseil Economique et Social, fort de l'article 2 de son statut organique, s'est saisi de sa propre initiative du problème de la santé publique, en vue de le soumettre à une analyse critique et constructive.

A cet effet, il a entendu Madame le Ministre de la Santé publique lui exposer les problèmes en matière de santé relevant du Gouvernement et en particulier de son département. Après un échange de vues sur la question, il a été décidé de constituer un Groupe de travail avec mandat de dresser un inventaire des problèmes qui se présentent et de proposer des solutions à court et à moyen terme en la matière.

En outre, le Groupe de travail a entendu les responsables du Ministère de la Santé Publique, différents médecins, dont les dirigeants de leurs organisations professionnelles, les délégués de l'entente des hôpitaux, ainsi que des délégués d'organisations paramédicales.

11. Les limites d'une politique sanitaire

Le présent avis n'a nullement l'ambition de vouloir proposer une politique atteignant tous les objectifs assignés à une politique sanitaire idéale et complète, telle qu'elle a été définie par l'Organisation mondiale de la santé et selon laquelle "la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".

D'après cette définition, la santé n'est pas simplement la négation de toute maladie ou infirmité, mais consiste en l'épanouissement total de l'individu sur les plans physique et mental et dans ses relations avec autrui.

C'est là certes l'objectif idéal à assigner à la politique sanitaire en général et à l'Organisation mondiale de la santé en particulier. Mais il faut bien admettre que cet état est loin d'être atteint, et qu'il faudra encore beaucoup d'efforts avant qu'il soit généralisé.

Sans vouloir perdre de vue qu'une véritable politique sanitaire doit, au-delà de la lutte contre les maladies et les infirmités, garantir un épanouissement total de l'individu, il importe d'autre part de rapprocher les objectifs ainsi définis des moyens disponibles.

Les exigences financières notamment de la médecine deviennent telles qu'elles nécessitent une approche économique des problèmes de la santé et limitent nécessairement l'éventail des options possibles. Il s'agira en l'occurrence d'atteindre des résultats partiels, mais qui seront autant d'étapes importantes vers le but une fois assigné.

Toutefois, même la réalisation de ces objectifs modestes exigera à l'avenir une prise de conscience de l'acuité des problèmes de la santé publique, de la gravité des failles dans notre politique sanitaire actuelle et une amélioration substantielle des crédits budgétaires à ce titre.

12. Les objectifs visés par le présent avis

Les efforts dans le domaine sanitaire devront se concentrer à l'avenir sur deux aspects de la médecine, celui de la médecine préventive et celui de la médecine curative.

Pour ce qui est de cette dernière, qui est en fait la médecine traditionnelle telle qu'elle est pratiquée depuis toujours chez nous, il s'agit surtout d'améliorer son organisation et ses services, ainsi que de compléter ses structures plutôt que d'innover en la matière.

La médecine préventive par contre, n'en est qu'à ses débuts. Son champ d'application touche à la protection contre la maladie, au renforcement de la résistance naturelle contre les maladies, aux mesures servant à promouvoir et à conserver la santé. Elle englobe également les problèmes concernant l'environnement, la lutte contre la pollution de notre milieu de vie, l'éducation sanitaire et hygiénique.

C'est dans cette direction que devra porter le plus gros des efforts à fournir, puisque la médecine préventive s'adonne à des tâches aussi variées que le dépistage précoce du cancer, des maladies de la circulation, des maladies du foie, du diabète, des maladies des reins. Elle devra également lutter contre l'emploi abusif et non contrôlé d'antibiotiques dans l'agriculture et combattre l'alcoolisme et la drogue.

Le Conseil Economique et Social reconnaît pleinement le rôle essentiel qui sera joué à l'avenir par la médecine préventive. Aussi s'est-il déjà préoccupé de cet aspect de la médecine, en proposant, dans son avis sur les problèmes de l'assurance-maladie, que la franchise non remboursable préconisée pour la prise en charge du petit risque par les assurés ne soit pas appliquée à l'occasion du recours à des mesures de médecine préventive. En outre, il a proposé d'abolir cette franchise en tout ou en partie pour les assurés des caisses de maladie qui suivent les recommandations de leurs caisses en matière de médecine préventive.

2. L'INVENTAIRE DE L'ETAT DE SANTE DE NOTRE POPULATION

Le Conseil Economique et Social a fait en 1970/71 une étude assez poussée sur l'état de santé de notre population. En raison de son importance, il a été jugé opportun, en vue de faciliter la lecture du présent avis, de faire figurer cette étude en annexe.

Les chapitres qui suivent ne contiennent que les conclusions de cette étude.

21. La fréquence et l'évolution des principales maladies

Le nombre des maladies infectieuses et parasitaires, et surtout, le nombre des décès dus à ces maladies sont en régression constante. Il serait cependant fallacieux d'en tirer la conclusion que ces sortes de maladies ne doivent plus être combattues.

211. La tuberculose

Si la tuberculose est régressive comme facteur de mortalité, son évolution en tant que facteur de morbidité est moins rassurante. Ainsi, le recul de la mortalité par tuberculose a été étonnant. En 1945, le nombre des décès par tuberculose pulmonaire a été de 145, en 1965 il n'a été que de 19 et en 1971 il n'a atteint que 10. Par contre, le nombre des cas nouveaux de tuberculose pulmonaire constatés n'accuse pas la même tendance. En 1963, le nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire a été chiffré à 129, en 1965 ce nombre a atteint 158, en 1968 il a été de 101 et en 1971 130 cas nouveaux de tuberculose pulmonaire ont été enregistrés.

Malgré les résultats incontestables de la lutte contre la tuberculose, cette dernière continue de préoccuper les milieux sanitaires. En effet, la main-d'oeuvre étrangère qui immigre dans notre pays, forme un groupe particulièrement exposé à cette maladie. Le pourcentage des tuberculeux parmi les travailleurs migrants est souvent le double de celui qui est constaté dans la population nationale.

212. Les autres maladies

Les maladies infectieuses et parasitaires les plus répandues en dehors de la tuberculose restent la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, la blennorrhagie, les salmonelloses autres que la typhoïde, et dans une mesure moindre l'hépatite infectieuse et la syphilis. A ces maladies s'ajoutent encore la grippe et la pneumonie.

Si, pendant les dernières années, ces maladies ont perdu beaucoup de leur virulence suite à l'emploi des antibiotiques, elles ont été remplacées par d'autres maladies dont la progression comme cause de décès devient alarmante. La situation a été la suivante en 1971 :

- les maladies de l'appareil circulatoire : 2.093 décès, soit environ 47 % du total des décès, dont 1.088 hommes et 1.005 femmes;
- tumeurs malignes, y compris les tumeurs des tissus lymphatiques et des organes hématopoïétiques : 866 décès, soit environ 19 % du total des décès, dont 533 hommes et 333 femmes;
- maladies de l'appareil digestif : 212 décès, soit environ 5 % du total des décès, dont 130 hommes et 82 femmes;
- les maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme : 149 décès, soit environ 3 % du total des décès, dont 43 hommes et 106 femmes;
- troubles mentaux : 88 décès, soit environ 2 % du total des décès, dont 47 hommes et 41 femmes;
- accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur : 89 décès, soit environ 2 % du total des décès, dont 72 hommes et 17 femmes;
- suicides et lésions volontaires faites à soi-même : 48 décès, soit environ 1 % du total des décès, dont 38 hommes et 10 femmes.

Ces maladies qui viennent d'être énumérées, ont constitué près de 80 % des causes des 4.402 décès enregistrés en 1971.

On peut dire que la progression de ces maladies comme cause de décès signifie très vraisemblablement aussi une progression de ces maladies comme facteur de morbidité.

Selon le rapport gouvernemental de 1971 sur l'évolution économique, financière et sociale du pays, environ 10 à 20 % de la population souffrent de rhumatisme, quelque 5.000 - 6.000 personnes sont atteintes de diabète et près de 15.000 personnes présentent des troubles mentaux d'un degré de gravité variable.

Le Conseil Economique et Social peut en conclure que les maladies infectieuses et parasitaires disparaissent de plus en plus pour être remplacées par des maladies spécifiques à notre civilisation et à notre mode de vie.

Le nombre des décès provoqués par des accidents de la circulation ne cesse de croître à un rythme inquiétant. La cause en est largement attribuable aux retards survenus dans l'adaptation du facteur humain à l'évolution de la technique.

L'évolution des accidents professionnels est régressive dans son ensemble, toutefois, les accidents mortels persistent à évoluer de manière erratique.

213. Les taux de mortalité

Le Conseil Economique et Social constate que notre pays connaît, avec la Belgique, la mortalité la plus élevée des Communautés européennes.

Le vieillissement de notre population constitue une explication du taux élevé de notre mortalité, mais elle reste partielle. En effet, la mortalité est au Luxembourg presque constamment supérieure à celle qui est enregistrée en République Fédérale d'Allemagne. Pourtant la proportion des personnes âgées y est en général plus élevée que chez nous, ce qui laisse à penser que l'état de santé des diverses couches d'âge pourrait être moins bon au Luxembourg qu'en République Fédérale d'Allemagne. Comme d'autre part au Luxembourg l'espérance de vie par âge est une des plus courtes et comme par conséquent les taux de

mortalité par âge sont les plus élevés, il est tentant d'en conclure que l'état de santé des diverses couches d'âge de notre population est un des moins bons en Europe.

Quant à la mortalité infantile, elle est encore trop défavorable, comparée à celle qui est relevée dans des pays ayant un niveau de vie identique au nôtre. Sur 4.443 naissances vivantes en 1971

- la mortalité foetale a été de 43 ou 9,6 pour 1.000 naissances vivantes;

- la mortalité périnatale a été de 53 ou 11,9 pour 1.000 naissances vivantes;

- la mortalité néonatale a été de 64 ou 14,4 pour 1.000 naissances vivantes;

- la mortalité post-néonatale a été de 27 ou 6 pour 1.000 naissances vivantes.

Pendant la période envisagée, il a été déclaré 91 décès d'enfants âgés de moins d'un an, ce qui représente un taux de mortalité infantile de 20,4 ‰ naissances vivantes. Une analyse de la mortalité périnatale, qui est la somme de la mortalité foetale tardive (après la 28e semaine de grossesse) et de la mortalité survenue pendant la lère semaine de la vie, révèle le chiffre de 92 décès ou 20,6 ‰ naissances vivantes. Ce dernier taux, bien qu'étant en baisse, est encore de loin supérieur au taux optimum de 12,5 ‰ fixé par le Dr. J.P. Pundel.

Sur un total de 134 décès foeto-infantiles, presque 70 % sont des décès périnataux.

Cette analyse montre clairement qu'il faut faire des efforts soutenus pour redresser cette situation. Ces efforts sont d'autant plus vitaux que le taux de natalité de notre population est en régression constante.

214. L'évolution du taux de natalité

Depuis le début du siècle, le Luxembourg voit ses naissances diminuer. Cette tendance s'est singulièrement renforcée pendant les dernières années.

Ainsi il a été enregistré 5.137 naissances vivantes en 1962, quelque 4.957 en 1967 et 4.443 en 1971.

Le taux de natalité correspondant a été de 15,9 ‰ en 1962, de 14,8 ‰ en 1967 et de 13,3 ‰ en 1969. La chute du taux de natalité a été surtout rapide à partir de 1965. Il est le plus bas de tous les pays de la CEE.

Cette réduction du taux de natalité a comme corollaire un vieillissement continu de la population.

En face d'une natalité décroissante et d'une mortalité élevée, une politique adéquate de la santé s'impose vraiment.

22. La situation actuelle de notre politique sanitaire

221. Les professions médicales

Une des préoccupations majeures dans toute politique sanitaire devra être le souci d'assurer à la population le recours à un nombre suffisant de médecins dans chaque discipline médicale.

Depuis 1958, notre pays a une des proportions de médecins par 1.000 habitants les moins élevées : 1,01 médecins contre 1,71 en Italie, 1,51 en Belgique, 1,48 en République Fédérale d'Allemagne, 1,18 en France, 1,14 aux Pays-Bas, 1,48 aux Etats-Unis et 2,10 en URSS.

Cette situation peu satisfaisante existe en dépit d'un accroissement constant du nombre total des médecins luxembourgeois qui est passé de 243 en 1950 à 365 en 1969. Cet accroissement s'accompagne toutefois d'un changement dans la structure du corps médical. En effet, le nombre des médecins spécialistes a augmenté par rapport au nombre des médecins omnipraticiens.

En 1950, le nombre des spécialistes était de 86 et celui des omnipraticiens de 157, alors qu'en 1969 le pays disposait de 230 spécialistes et de 135 omnipraticiens. Ces chiffres montrent non seulement la forte progression des médecins spécialistes, (+ 170 %), mais encore une réduction inquiétante des médecins omnipraticiens. En 1950, leur part pour l'ensemble des médecins était d'environ 60 %, tandis qu'en 1969 cette proportion n'était que d'environ 36 %.

Bien que cette évolution corresponde aux tendances de la médecine de notre époque, la régression rapide des médecins omnipraticiens n'en est pas moins alarmante, surtout si l'on tient compte du fait qu'une grande partie des omnipraticiens ont dépassé l'âge de 50 ans (+ 55 % en 1968).

La situation est encore plus grave dans le domaine de la médecine dentaire. En 1938, il y avait un médecin dentiste pour 3.106 habitants, tandis qu'en 1968 un médecin dentiste est compté pour 3.451 habitants. Sur les 106 médecins dentistes en fonction en 1968, près de 69 % ont été âgés de plus de 50 ans. La relève n'est pas assurée, le nombre des jeunes médecins dentistes et des étudiants en médecine dentaire n'étant pas assez élevé pour remplacer à l'avenir les praticiens âgés.

Le Conseil Economique et Social retient de ces données que :

- les effectifs en médecins exerçant dans notre pays sont insuffisants, ce qui peut expliquer en partie le niveau élevé de la mortalité générale;
- la proportion des médecins omnipraticiens diminue rapidement, ce qui ne manquera pas d'avoir de graves conséquences, surtout dans les régions rurales de notre pays;
- l'évolution des effectifs en médecins dentistes a atteint un seuil critique.

L'analyse de la répartition géographique des médecins résidant au Luxembourg, fait apparaître une forte inégalité. Sur 347 médecins, près de 45 % travaillaient à Luxembourg-Ville, près de 28 % dans le canton d'Esch et près de 9 % dans le canton de Diekirch. Dans les cantons ruraux, leur nombre descend dangereusement vers zéro.

De plus, le nombre des médecins installés à Luxembourg-Ville est en augmentation constante depuis 1938. Si la tendance des médecins à se fixer de préférence à Luxembourg-Ville devait se confirmer à l'avenir, le pays risquerait dans quelques années de ne plus avoir de médecins dans sa partie rurale, qui d'ores et déjà sbuffre d'un manque aigu de médecins.

2211. Les causes de l'insuffisance en médecins
omnipraticiens et en médecins dentistes,
ainsi que de l'inégalité dans la répartition
géographique

La médecine, pas plus que les autres activités, n'échappe à une spécialisation de plus en plus poussée. Si cette évolution est une des causes de la régression du nombre des omnipraticiens, elle n'en est toutefois pas l'unique. En effet, il faut y ajouter que les tâches confiées à des médecins omnipraticiens ont considérablement augmenté. Ainsi, ils interviennent dans la médecine préventive, étant chargés de pratiquer les vaccinations contre la variole, contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, de diriger entre autres les dispensaires de nourrissons et d'assurer le service médico-scolaire.

D'autre part, les omnipraticiens doivent exercer leur activité dans des conditions de travail beaucoup moins favora-

bles que celles que connaissent la plupart des médecins spécialistes. Alors que le médecin spécialiste peut le plus souvent travailler dans son cabinet ou dans une clinique bien équipée en personnel et en matériel, le médecin omnipraticien doit faire souvent des déplacements de plus en plus longs et de plus en plus fréquents en raison du manque de confrères. De plus, le dérangement que constituent les visites et les appels de nuit, semble décourager les jeunes d'un métier aussi noble qu'ingrat.

Enfin, toutes les adaptations des barèmes n'ont pas su atténuer suffisamment la différence de revenus entre médecins spécialistes et médecins omnipraticiens.

Bien qu'une politique de médecine préventive, telle qu'elle est envisagée par le Ministère de la Santé Publique, ne puisse être réalisée sans le concours des médecins omnipraticiens et que leur rôle actuel dans la sauvegarde de la santé soit des plus importants, l'opinion publique semble attacher plus de prestige à la fonction de médecin spécialiste qu'à celle de médecin omnipraticien.

Quant aux causes du manque des médecins dentistes, il importe de relever les frais de première installation de plus en plus élevés, ainsi que la confusion quant à la durée et au régime des études. La loi du 18 juin 1969 offre aux jeunes étudiants, à côté de l'ancien système de la collation des grades, la possibilité de passer les examens à l'étranger et de demander par la suite une homologation des études et des grades acquis à l'étranger. Or, le futur médecin dentiste qui opte pour l'homologation de son diplôme final d'enseignement supérieur étranger, devra au préalable acquérir le grade de docteur en médecine pour obtenir l'homologation d'un diplôme final étranger de docteur en médecine. C'est alors seulement qu'il sera autorisé à faire des études spécifiques de deux années au moins en médecine dentaire, sanctionnées par un examen final reconnu dans le pays d'origine.

Ainsi les étudiants sont forcés de faire jusqu'à neuf années d'études universitaires, alors que les étudiants inscrits au régime de la collation des grades n'auront qu'à accomplir six années d'études.

L'inégalité dans la répartition géographique des médecins s'explique surtout par les facilités que les grands centres peuvent offrir et qui sont notamment des déplacements moins longs pour rejoindre les malades, la disposition d'un centre hospitalier et la plus grande concentration de la clientèle.

2212. Les moyens pour remédier à la situation pré-
décrite

Le Conseil Economique et Social estime qu'il importe d'établir de prime abord un inventaire des besoins futurs en omnipraticiens, en médecins spécialistes et en médecins dentistes.

Cet état permanent des besoins serait à réviser annuellement, afin de tenir compte de l'évolution des différents facteurs qui déterminent les besoins. L'élaboration de ce plan ainsi que sa révision seraient à confier à une commission réunissant des représentants du Ministère de la Santé Publique, du Ministère de l'Education Nationale, du Collège Médical ainsi que des experts d'un centre hospitalier universitaire étranger.

Chaque étudiant désirant entamer ou poursuivre ses études en médecine devrait pouvoir consulter ce plan au Ministère de l'Education Nationale ou au Ministère de la Santé Publique pour s'orienter dans sa formation professionnelle.

En dehors de cet effort d'information, il s'impose une revalorisation de la fonction d'omnipraticien par un perfectionnement plus approfondi. Cette formation élargie serait sanctionnée par un titre accordé par l'Etat luxembourgeois sur attestation de la fréquentation de séminaires et de stages prescrits. La définition de ces stages devrait faire l'objet d'un règlement grand-ducal.

Les autorités escomptent une accélération du recrutement de médecins dentistes par une modification de la législation sur la collation des grades sans pour autant supprimer la dualité des régimes décrits ci-dessus.

Cependant le Conseil Economique et Social estime que ces mesures ne sont pas suffisantes pour pallier le manque de médecins dentistes. Aussi propose-t-il de créer des cliniques dentaires spécialisées dans l'application des prothèses sous la surveillance de médecins dentistes. De cette manière, ces derniers disposeraient de plus de temps pour faire de la médecine proprement dite et pour s'occuper de la médecine préventive en matière dentaire.

Quant à l'acquisition du titre de médecin spécialiste, elle paraît trop facile actuellement. Il est légitime en tout cas d'exiger que le futur spécialiste luxembourgeois soit à même de produire le titre de spécialiste acquis dans le pays où il a poursuivi sa formation médicale. Ce mode de formation peut, en effet, changer d'un pays à l'autre. En France ce sera par exemple le certificat d'études spéciales délivré à la suite d'un examen, tandis qu'en République Fédérale d'Allemagne ce sera la reconnaissance du titre délivré sans examen, mais uniquement sur la base des progrès du stage par le professeur ou par le médecin dirigeant (Chefarzt), c'est-à-dire celui qui a la mission officielle d'enseigner ou de s'occuper de la formation de spécialistes (Meister-Gesellensystem).

Les étudiants qui se destinent à devenir omnipraticiens, et les candidats, y compris les médecins établis, qui désirent acquérir le nouveau titre en suivant les stages et les séminaires dont il a été question plus haut, devraient bénéficier de subsides de formation.

Les critères d'attribution de ces subsides, comme d'ailleurs de tout autre subside accordé en matière de formation ou de stage médical ou pharmaceutique devraient faire l'objet d'une règle-

mentation. Ils devraient notamment tenir compte des besoins réels.

Les progrès rapides de l'art de guérir font du recyclage des médecins une nécessité incontestable.

Quant à l'amélioration de la répartition géographique des médecins omnipraticiens, il y aurait lieu de favoriser leur implantation par la mise à leur disposition de moyens permettant l'organisation rationnelle de leur travail et spécialement du service de permanence.

222. La pharmacie

La profession de pharmacien est réglée par l'ordonnance royale grand-ducale du 12 octobre 1841 portant organisation du service médical. Elle est complétée par la loi du 10 juillet 1901 sur l'exercice de l'art de guérir, par l'arrêté grand-ducal du 11 juin 1948, ainsi que par la loi du 17 décembre 1925 modifiée par les lois du 6 septembre 1933, du 21 juin 1946, du 10 avril 1951 et 24 avril 1954.

Les relations entre les pharmaciens et les caisses de maladie sont régies par le code des assurances sociales et notamment par les articles 66,67 et 308 bis.

D'après la législation, les pharmaciens achètent des marchandises pour les revendre avec profit, soit en nature, soit après les avoir travaillées et mises en oeuvre.

Des membres du Conseil Economique et Social estiment que le commerce pharmaceutique n'est pas une branche commerciale, mais un service public absolument indispensable à notre société, étant donné qu'il est d'un intérêt général et qu'il est soumis à une législation spéciale. A leur sentiment, toute idée de concurrence doit être exclue; le pharmacien ne devrait pas tenter d'élever son chiffre d'affaires par des offres avantageuses ou des moyens d'attraction employés dans le commerce proprement dit.

De plus, l'Etat et les organisations para-étatiques devraient pouvoir créer, en dehors des pharmacies du régime actuel, des pharmacies qui seraient gérées par des fonctionnaires qualifiés pour mieux contrôler, d'une part, l'abus de consommation des médicaments et, d'autre part, pour exercer une influence à la baisse des prix de la vente au détail des produits pharmaceutiques. Pareillement, la législation devrait permettre aux hôpitaux d'installer eux-mêmes leur propre service pharmaceutique.

D'autres membres sont d'avis que si certaines pharmacies devaient être étatisées et les pharmaciens fonctionnarisés pour en faire un service public, celui-ci fonctionnerait certainement avec une moindre rentabilité, car la raison d'être d'un service public est d'assurer un service optimum au prix le plus bas possible pour la collectivité, mais dont la rentabilité insuffisante écarte l'entreprise privée et dont la perte est reportée sur l'ensemble de la collectivité par le moyen de l'impôt.

La coexistence de ces deux régimes n'irait pas sans provoquer des inconvénients majeurs pour les pharmacies du régime actuel. Ces dernières resteraient en effet assujetties à la législation actuelle et aux servitudes qu'elle comporte.

Sous ce rapport, il faut citer le service de nuit, le service du dimanche et des jours fériés qui exigent du pharmacien une certaine disponibilité au service de ses compatriotes, l'obligation de tenir constamment tous les produits désignés dans la pharmacopée, la responsabilité civile et pénale à raison de la préparation et de la distribution des médicaments.

De plus, le pharmacien ne peut pas faire de publicité pour les médicaments qu'il vend, la loi l'obligeant à s'en tenir strictement aux ordonnances du médecin.

Afin de surveiller les pharmaciens, la loi a réglé strictement le nombre des pharmacies en fonction du nombre des habitants d'une localité ou d'une région.

Or, la pharmacie privée ne saurait supporter ces servitudes sans une rémunération adéquate sous peine d'être déclarée en faillite.

De ce fait, ces membres du Conseil Economique et Social estiment qu'un régime public ne saurait coexister avec un régime privé qui a pourtant fait ses preuves.

Quant à la fonction de grossiste en produits pharmaceutiques, elle consiste à garantir l'existence d'un stock suffisant de tous les produits pharmaceutiques dont le pays peut avoir besoin. Ce stock devrait être accessible à tout moment aux pharmaciens, ce qui suppose l'organisation d'un service de permanence et d'urgence qui fait actuellement défaut.

223. Les autres professions paramédicales

2231. L'inventaire

Il existe une pénurie caractérisée en personnel qualifié dans les différentes professions paramédicales. Conscient de ce manque, le législateur a pris des mesures ayant pour but d'améliorer la formation et de favoriser le recrutement du personnel paramédical.

Force est de constater que ces initiatives n'ont pas encore pu sortir des effets satisfaisants. Ainsi le Grand-Duché compte par exemple seulement une assistante d'hygiène sociale pour 10.000 habitants, alors que la norme OMS serait d'une assistante d'hygiène sociale pour 4.000 habitants. Cela est d'autant plus décourageant que les besoins en personnel paramédical iront en croissant, en raison d'une part du progrès de la médecine et d'autre part de la réduction de la durée du travail.

Aussi le doublement du nombre des assistantes sociales est-il une condition indispensable à la réalisation des mesures de médecine préventive qui sont proposées dans le chapitre 2271.

D'une façon générale une couverture paramédicale insuffisante ne manquera pas d'avoir des répercussions néfastes sur l'exécution de la politique sanitaire. Elle risquera de compromettre la bonne marche des hôpitaux, l'organisation efficace des soins à domicile ainsi que la mise en place de la médecine préventive.

Le Conseil Economique et Social espère que les lois et règlements récemment votés ainsi que les conventions conclues au sujet de la profession d'aide-soignant, de l'amélioration des rémunérations et de l'organisation de la profession d'infirmier contribueront à atténuer dans une certaine mesure, dans un avenir raisonnable, les insuffisances décrites plus haut.

2232. Les moyens pour améliorer la situation actuelle

Le Conseil Economique et Social est d'avis qu'il serait opportun de compléter les mesures prises jusqu'ici par l'établissement d'un état permanent des besoins en personnel paramédical qui serait révisé périodiquement à l'instar de ce qui est proposé dans le chapitre concernant les professions médicales. Ce tableau important serait un élément capital de l'orientation des jeunes vers les professions paramédicales. Cet inventaire serait établi par la commission qui serait également compétente pour les professions médicales. Cette commission dans laquelle les services de l'orientation scolaire et de l'orientation professionnelle seraient représentés, aiguillerait les candidats vers les professions pour lesquelles ils seront, d'une part, les plus doués et pour lesquelles il y aura, d'autre part, le plus de pénurie.

Quiconque le désire, devrait pouvoir consulter cet état, soit au Ministère de l'Education Nationale, soit au Ministère de la Santé Publique.

Il reste encore à déterminer, selon les besoins de ces professions en permanente évolution, un programme de formation continue, ainsi que les modalités de son application. Les progrès rapides de l'art de guérir font du recyclage une nécessité de plus en plus impérieuse.

Les programmes doivent être étudiés de manière à répondre à l'âge et à la formation antérieure des candidats. Actuellement il y a encore beaucoup d'échecs. Faut-il en conclure que les programmes et les méthodes d'enseignement ne répondent pas encore à ces critères ?

En outre, la formation doit devenir plus polyvalente, de manière à permettre de passer sans trop de difficultés d'une profession paramédicale à une autre. A cet effet, la formation continue devrait prévoir des "passerelles" en nombre suffisant.

Le perfectionnement et le recyclage devront être facilités par des subventions de formation ad hoc, s'ajoutant à la rémunération régulièrement perçue.

Finalement, il se pose encore le problème de la formation des formateurs.

Il est clair que le niveau des traitements et l'intégration équitable de ces traitements dans la hiérarchie et la structure salariales sont des facteurs importants du recrutement du personnel. A cet égard, des efforts ont été faits dont il faudra attendre les résultats.

Un problème qui subsiste est celui du travail à mi-temps. L'introduction généralisée de ce système pourrait suppléer, dans une certaine mesure, à la pénurie en personnel paramédical travaillant à plein temps et permettre une meilleure organisation des horaires de travail, notamment dans le secteur hospitalier. A cet égard, il y aurait lieu d'adapter notre législation notamment sociale en vue de favoriser le travail à mi-temps.

Pour le secteur sanitaire le Conseil Economique et Social demande que le Gouvernement charge d'urgence un Groupe de travail composé des responsables de l'ONT, du Ministère de la Santé Publique des organisations médicales et paramédicales, d'élaborer des mesures concrètes pour garantir une introduction rapide du travail à mi-temps.

Il faudrait aussi créer auprès de l'Office national du travail un bureau chargé de recruter du personnel à mi-temps, pour donner les soins à domicile dont il sera question plus loin.

Une profession aux multiples activités en pleine évolution doit offrir à toute assistante d'hygiène sociale la possibilité d'adapter et de renouveler ses connaissances périodiquement par la fréquentation de cours de recyclage.

En ce qui concerne l'organisation du travail des assistantes d'hygiène sociale, il subsiste le danger que le travail purement administratif ne l'emporte de plus en plus sur l'activité purement sociale. Le travail de dactylographie, de classification et de statistique, etc., devrait à l'avenir être confié à du personnel administratif tenu au secret professionnel, tout comme les assistantes d'hygiène sociale elles-mêmes.

Un allègement des charges administratives permettrait également de maintenir la polyvalence des assistantes d'hygiène sociale qui consiste dans le fait qu'elles travaillent pour le compte des ministères, de la Croix-Rouge et d'autres oeuvres telles que les ligues contre la tuberculose et le cancer. Ce système a fait ses preuves depuis des années et il sera le meilleur garant de la mise en oeuvre et de la réalisation du programme de médecine préventive. Une spécialisation trop poussée dans ce domaine n'ajouterait rien à l'efficacité de la profession, mais risquerait de gêner fortement le travail social dans son déroulement normal. Sous ce rapport, le Conseil Economique et Social doit constater que différents projets de lois et de règlements concernant des activités sociales bien limitées, prévoient la création de postes d'assistantes d'hygiène sociale. Si le recours au service d'une assistante d'hygiène sociale spécialisée pouvait se justifier dans l'un ou l'autre domaine, il faudrait toutefois, pour les raisons évoquées plus haut, se garder de multiplier leur nombre.

224. La médecine curative

2241. La médecine extra-hospitalière

La médecine a un caractère libéral au Luxembourg et elle repose sur les cinq principes suivants :

- le libre choix du médecin par le malade;
- le secret professionnel selon le serment d'Hippocrate;
- la liberté thérapeutique ou liberté pour le médecin de prescrire tous les soins qu'il juge utiles;
- la participation de l'assuré au coût des soins et le paiement direct du malade au médecin;
- la rémunération à l'acte.

Ces principes fondamentaux de la médecine libérale sont consacrés et respectés notamment dans notre législation sur les assurances sociales.

Les associations professionnelles des médecins estiment généralement que le respect de ces principes garantit le mieux la qualité des soins et le caractère humain des relations entre le médecin et le malade.

Elles ajoutent qu'il est dans l'intérêt des assurés sociaux de sauvegarder ce mode d'exercice de la médecine et d'en assurer un développement harmonieux.

A l'heure actuelle des voix de plus en plus nombreuses s'élèvent pour contester ces principes notamment pour des raisons d'ordre social.

Le paiement des honoraires à l'acte est notamment contesté pour le motif qu'il expose les médecins à la tentation de multiplier le plus possible les actes médicaux et qu'il se traduit par un accroissement excessif des prestations médicales à rembourser par la sécurité sociale.

D'après ces critiques, il ne serait pas prouvé que le paiement des honoraires à l'acte garantisse la meilleure qualité des soins.

Les adversaires de la rémunération à l'acte font encore valoir qu'elle ne se couvre pas nécessairement avec l'intérêt des médecins eux-mêmes. Ainsi le système actuel est loin d'avoir rendu la fonction de l'omnipraticien plus attractive. Aussi pourrait-on imaginer d'autres solutions en accord avec la sécurité sociale pour garantir une plus grande stabilité de revenus aux omnipraticiens même dans les régions les moins peuplées.

La situation des médecins spécialistes est différente. Leurs interventions médicales semblent justifier la rémunération à l'acte.

Or, il apparaît de plus en plus que l'exercice de la médecine en groupe, la création de cabinets de groupe ou la constitution d'équipes de médecins spécialisés sont difficilement compatibles avec le libre choix du médecin et qu'ils rendent la rémunération à l'acte très difficile.

Il serait vain de ne pas reconnaître, d'un autre côté, que la pratique de la médecine de groupe peut avoir des effets bénéfiques pour les traitements du malade.

D'une façon générale, le Conseil Economique et Social estime qu'il n'est pas exact que le niveau élevé des revenus d'un médecin soit toujours en proportion des soins qu'il donne à ses malades.

La discussion au sein du corps médical sur le problème de la rémunération à l'acte n'a pas non plus abouti à des avis unanimes.

Les diagnostics de plus en plus poussés dans l'intérêt du malade requièrent nécessairement des équipes de spécialistes. Or, un tel diagnostic ne s'analyse en définitive pas en une addition d'actes à rémunérer séparément, mais constitue un ensemble d'actes connexes et indissociables à rémunérer par un forfait.

Il s'ensuit que le domaine où le système de la rémunération à l'acte est praticable se restreint ainsi par le fait même de l'évolution de la médecine moderne.

Il n'en reste pas moins vrai que la grande majorité des interventions médicales n'ont pas changé et que la plupart des médecins ne voient aucune nécessité, ni aucune utilité, de modifier le mode de paiement de leurs honoraires.

Ils redoutent toujours une trop grande emprise de la sécurité sociale sur l'exercice de la médecine. Ils craignent notamment qu'un régime de rémunérations forfaitaires n'aboutisse tôt ou tard à la fonctionnarisation de leur profession et à une étatisation de la médecine avec tous les inconvénients qui en résulteraient non seulement pour les médecins dans l'exercice de leur art, mais avant tout pour les malades.

Au sentiment du Conseil Economique et Social, la discussion entre partenaires et adversaires de la rémunération à l'acte aboutit à la conclusion que le maintien du régime actuel des rémunérations médicales gagnerait à être tempéré par l'introduction ou l'adoption de rémunérations forfaitaires du moins pour certaines prestations médicales comportant une coopération pluridisciplinaire ou la médecine exercée en groupe.

Ce nouveau système de rémunération comporte le maintien du contrôle des prestations médicales.

Sous ce rapport, le Conseil Economique et Social entend rappeler son avis du 3 février 1970 sur la réforme de l'assurance-maladie dans lequel il a souligné la nécessité de renforcer le contrôle des prestations médicales et pharmaceutiques. Ce contrôle qui a pour seul but d'éviter les abus n'a pas pu fonctionner d'une façon satisfaisante en raison notamment du manque de médecins contrôleurs. Si le statut de fonctionnaire de l'Etat est tel qu'il n'attire plus assez de médecins, les pouvoirs publics devraient sortir des chemins battus et proposer aux médecins établis de conclure un contrat individuel à durée déterminée.

2242. La médecine hospitalière

22421. L'infrastructure hospitalière

Le pays comptait en 1971 quelque 28 établissements hospitaliers de toute nature qui ont une capacité de 3.959 lits. Ces établissements ont le caractère d'établissement public, semi-public ou privé sans que le patient remarque toutefois la différence de statut dans le traitement médical et hôtelier.

La comparaison internationale se base sur l'indice lits-population. Sous ce rapport, le Luxembourg semble se classer assez bien après la Suède qui le devance toutefois largement.

Cette comparaison est certainement trop générale pour pouvoir donner une réponse à la question de savoir si la population est bien desservie partout en soins hospitaliers.

Aussi faudrait-il analyser cet indice lits-population dans les trois régions du centre, du sud et du nord. D'après des renseignements fournis par le Ministère de la Santé Publique cet indice aurait été en 1971 de 6,66 au centre, 6,44 au sud et 6,70 au nord.

Les indices changeront certainement après la mise en service du nouvel hôpital municipal à Luxembourg, les agrandissements entamés par les cliniques de Wiltz, d'Ettelbruck et d'Esch-sur-Alzette ainsi que la construction d'un nouvel hôpital envisagée à Differdange/Niedercorn.

Si ce programme est réalisé, la pénurie en lits paraît jugulée dans l'immédiat à l'exception des lits gériatriques. Sous ce rapport, la réalisation des projets envisagés et visant à adjoindre à certains établissements hospitaliers des sections de gériatrie devrait être accélérée.

Cette réalisation s'impose du fait qu'à la suite du vieillissement de notre population, le pourcentage des lits occupés par des malades ayant dépassé l'âge de 60 ans est en augmentation constante. La situation actuelle en effet empêche une utilisation adéquate des lits d'hôpital et immobilise une grande partie du personnel paramédical qui pourrait être remplacé par des aides-soignantes dans les stations de gériatrie.

Les stations gériatriques annexées aux hôpitaux pourraient ainsi dégager l'hôpital général.

De plus, il est établi que des personnes atteintes de certaines affections sont souvent forcées d'avoir recours aux soins d'un hôpital en raison du manque d'un service approprié et généralisé de soins à domicile. L'organisation d'un tel service se

justifierait d'autant plus qu'il aboutirait en même temps à une diminution des frais. En effet, les membres des associations de médecins consultés ont admis que 20 à 30 % des hospitalisés pourraient continuer leur traitement à domicile, ce qui augmenterait le nombre des lits disponibles.

Quant à l'aménagement hôtelier des établissements hospitaliers, il se présente comme suit en 1971 : 28,5 % des lits sont installés en chambres individuelles et 44,4 % des lits en chambres à deux lits. Ainsi quelque 27 % des lits se sont trouvés en des chambres à plus de deux lits.

Quant à l'équipement technique, il a été qualifié par certains représentants du corps médical consultés par le Conseil Economique et Social comme répondant aux exigences d'une médecine moderne.

Il subsiste toutefois de graves lacunes qui touchent surtout à l'absence d'une législation hospitalière, ainsi qu'aux insuffisances notamment des services d'urgence et de laboratoire.

De plus, le pays manque de données pour analyser la situation financière des hôpitaux et pour établir un prix de revient pour les différents hôpitaux.

Une telle étude est néanmoins indispensable pour asseoir la planification hospitalière sur des bases solides. Aussi le Conseil Economique et Social estime-t-il que le Ministère de la Santé Publique devrait hâter cette étude pour pouvoir fixer les priorités dans le domaine sanitaire. Cette étude devrait comporter également des indications sur l'évolution démographique, l'infrastructure hospitalière, le nombre et la nature des hospitalisations, la durée du séjour, le taux d'occupation des lits, la mobilité géographique et la structure d'âge de la population.

Une certaine spécialisation des hôpitaux serait souhaitable afin d'éviter que des installations coûteuses n'enregistrent un taux d'occupation insuffisant. Dans ce même ordre d'idées, le Conseil Economique et Social souhaite voir s'établir une plus grande coordination notamment dans les travaux médicaux, les services administratifs, la réservation des lits. A cette fin, il y aurait lieu d'étudier si le recours à un centre d'informa-tique pour toutes les cliniques du pays n'aboutirait pas à une coordination plus poussée des secteurs public, semi-public et privé.

La coopération avec les grands centres hospitaliers situés dans les zones frontalières devra être développée pour arriver à une division du travail garantissant l'hospitalisation des per-sonnes qui ne peuvent pas être traitées dans nos hôpitaux pour des raisons techniques (spécialisation, cas trop rares).

22422. La législation hospitalière

224221. L'infrastructure

La nécessité de doter le pays d'une législation hospitalière n'est plus contestée, alors qu'il subsiste encore des divergences sur les modalités de son application pratique. Actuellement un projet de loi portant organisation hospitalière est discuté à la Commission paritaire des prestations hospitalières et dans d'autres commissions. Le projet prévoit qu'un plan hospitalier national répondant aux besoins sanitaires régionaux et locaux sera établi par règlement grand-ducal après avis du conseil des hôpitaux et sur la base des données à fournir par la carte sani-taire du Grand-Duché.

Le Conseil Economique et Social estime qu'il est indispen-sable de créer une législation hospitalière répondant aux exigences de la médecine moderne et garantissant à tous les malades un traitement efficace.

Cette législation devrait être assortie d'un plan hospitalier national adapté constamment aux besoins et s'inscrivant dans le plan de l'aménagement du territoire.

Au sentiment du Conseil Economique et Social, le plan hospitalier national devrait être élaboré par le collège supérieur consultatif dont la mission et les attributions seront exposées sub. 2262.

Seules devraient être retenues dans ce plan les créations, les transformations ou les extensions de tout établissement hospitalier ainsi que de tout service d'un établissement hospitalier qui répondraient aux normes fixées par la loi hospitalière. De plus, elles devraient être autorisées par le Ministre de la Santé Publique après consultation obligatoire du collège supérieur consultatif et du collège médical.

De cette façon, la coordination de toutes les activités hospitalières pourrait être garantie.

Il va sans dire que la création, la transformation ou l'extension de tout établissement ou service non retenu au plan, devraient être autorisées par le Ministre de la Santé Publique après consultation des collèges mentionnés plus haut. Les critères d'octroi des autorisations devraient viser à éviter les doubles emplois non fondés sur les besoins, ce qui mènerait à un gaspillage des deniers publics.

Dans le même ordre d'idées, il faudrait subordonner l'octroi éventuel de subventions publiques à l'inscription de l'activité hospitalière au plan hospitalier national.

Le Conseil Economique et Social approuve une certaine centralisation des activités hospitalières dans les trois centres principaux d'Esch-sur-Alzette, de Luxembourg et d'Ettelbruck, pour autant que les autres établissements régionaux soient conçus de manière à appuyer les médecins exerçant dans les régions et notamment à favoriser le travail de groupe.

224222. L'organisation interne des
hôpitaux

La nouvelle législation devrait définir la notion de médecin hospitalier et régler l'exercice de la profession médicale à l'hôpital. Au sentiment du Conseil Economique et Social, la nouvelle législation devrait garantir une présence médicale permanente dans les différents services de l'hôpital. De plus, elle devrait disposer que tous les établissements hospitaliers occuperaient des médecins à plein temps dans les différentes disciplines.

Pendant une période transitoire, la loi devrait disposer que les établissements hospitaliers engageraient des médecins qui, bien qu'ils restent prestataires de services en profession libérale, s'engageraient cependant, par contrat, à faire des permanences dans les hôpitaux. Cette solution transitoire ne serait toutefois pas applicable dans les disciplines de la radiologie, de la médecine biologique et de l'anesthésie-réanimation qui devraient être exercées par des médecins à plein temps.

Dans le but de faciliter le travail tant des médecins que du personnel paramédical, la nouvelle législation devrait prévoir des services structurés par disciplines ou par disciplines connexes.

Elle devrait créer les moyens pour arriver à une meilleure coordination des divers services et notamment du service des urgences. L'occupation de médecins à plein temps dans les établissements hospitaliers contribuerait certainement à un meilleur fonctionnement de ce service.

La législation devrait également organiser la participation des médecins et des paramédicaux à la gestion médicale de l'hôpital. Une telle participation contribuerait à réaliser une utilisation plus rationnelle des moyens mis à la disposition des médecins par l'hôpital pour l'exercice de leur profession.

Le corps médical hospitalier serait à entendre en son avis pour toutes les décisions prises sur le plan médical et médico-administratif.

Dans une première étape, la législation devrait prévoir l'application de règles uniformes d'administration et de gestion des hôpitaux.

Le Conseil Economique et Social rappelle qu'il est indispensable de créer une législation hospitalière garantissant à tous les malades un traitement efficace. Cet objectif comporte une organisation de l'hôpital qui garantit à chacun qu'il reçoit effectivement les soins nécessaires pour rétablir sa santé défaillante ou pour prévenir cette défaillance et qu'il bénéficie d'un séjour aussi confortable que possible, et cela, quels que soient ses conditions financières, son origine sociale, sa maladie et les moyens à mettre en oeuvre.

Le Conseil Economique et Social est d'avis que ce but ne saurait être atteint que par la suppression du régime des classes tarifaires actuellement appliqué dans nos hôpitaux. Tout en estimant que le choix d'une des classes par le malade n'influence guère la qualité des soins médicaux et des services d'économie, il redoute l'effet psychologique découlant du régime actuel. Il admet toutefois que le régime de la classe unique pourrait être complété par l'introduction d'une classe de luxe. Tout en garantissant à chaque malade, quelle que soit sa situation financière, un traitement médical optimal, un tel régime devrait répartir la charge plus équitablement au point de vue social.

En effet, les malades hospitalisés en classe de luxe paieraient plus cher les services hôteliers. La différence de classe devrait se traduire uniquement par des signes accessoires et étrangers à la médecine et aux soins.

225. L'institut d'hygiène et de Santé Publique

L'exercice de la médecine curative et préventive n'est pas imaginable sans le concours de laboratoires scientifiques. En dehors de laboratoires privés, cette fonction de laboratoire d'analyses médicales incombe essentiellement à l'institut d'hygiène et de Santé Publique.

Le Conseil Economique et Social a pris note que les différents services de l'institut sont améliorés tant par une spécialisation du personnel scientifique (histo-pathologie, cancérologie, microbiologie, chimie biologique, chimie alimentaire, génie de l'environnement) que par la formation du personnel technique. Il apprécie également la collaboration qui existe entre l'institut et le service de la transfusion sanguine de la Croix-Rouge qui, tout en évitant les doubles emplois, garantit par le recoupement inévitable des analyses la sécurité de ces dernières.

Le Conseil Economique et Social se demande si l'institut ne devrait pas remplir dans une certaine mesure une fonction de coordination des activités déployées par les laboratoires établis dans le pays. Une telle coordination est indispensable pour empêcher le suréquipement tout en assurant la prestation de tous les services nécessaires.

Sous ce rapport, le Conseil Economique et Social demande qu'une permanence soit assurée dans les différents services de l'institut de manière à éviter, en cas d'urgence, les dimanches et jours fériés, le recours aux laboratoires spécialisés de l'étranger. A cette fin, le nombre du personnel scientifique et technique de l'institut serait à augmenter en conséquence.

226. L'organisation de la Santé Publique

2261. Le Gouvernement

Il n'est point douteux que le Gouvernement et notamment le Ministère de la Santé Publique verront augmenter considérablement leurs tâches respectives. La Santé Publique se trouve désormais au centre des préoccupations politiques, d'autant plus que les problèmes de la pollution de l'environnement se posent avec plus d'acuité que par le passé. Il s'ensuit qu'il faut dépasser la mission traditionnellement dévolue à la Santé Publique qui doit devenir un ministère d'une importance égale à celle des grands ministères.

Ceci entraîne nécessairement des répercussions sur l'organisation et la conception de la politique sanitaire.

En premier lieu, il devient nécessaire de renforcer l'effectif du Ministère de la Santé Publique, dans le sens d'une diversification des fonctions et des qualifications, de manière que les problèmes puissent être abordés d'une façon globale et non seulement technique.

Ce renforcement doit s'accompagner d'une organisation institutionnelle de la collaboration avec les divers ministères sur les compétences desquels le Ministre de la Santé Publique pourrait empiéter. Il s'agit notamment des Ministères du Travail et de la Sécurité Sociale, de l'Education Nationale et des Finances.

Ce résultat devra être obtenu par la création d'un conseil interministériel, dont feraient partie les ministères énumérés.

D'autre part, la conception de la politique sanitaire ne devrait plus se faire en vase clos. Tous les milieux intéressés doivent désormais y participer. A cet effet, le Ministre de la Santé Publique devra être assisté par un collègue supérieur consultatif (voir chapitre suivant).

Les décisions concernant les grandes orientations de la politique sanitaire seraient à prendre par le Gouvernement réuni en conseil sur proposition du conseil interministériel et après consultation du collège supérieur.

Quant à l'exécution des décisions prises, elle incombera chaque fois au ministère compétent.

2262. Le collège supérieur consultatif

Le collège supérieur consultatif à créer serait chargé de conseiller le Ministère de la Santé Publique dans l'élaboration de la politique sanitaire. Il devrait comprendre, en dehors des représentants du Ministère de la Santé Publique, des experts, des délégués des organisations professionnelles, médicales et paramédicales, des délégués des autres organisations professionnelles, ainsi que des délégués des organismes s'occupant d'hygiène sociale.

Un certain nombre de commissions pourrait être constitué au sein du collège. Ces commissions comprendraient des membres du collège supérieur ainsi qu'en cas de besoin des experts.

Ces commissions s'occuperaient entre autres des investissements en matière sanitaire, de l'orientation et de la formation médicale et paramédicale, des problèmes de l'environnement, de la médecine préventive.

2263. L'inspection sanitaire et la direction de la Santé Publique

La direction de la Santé Publique et l'inspection sanitaire devraient exercer des fonctions distinctes. La conception de la politique sanitaire devrait se faire au niveau gouvernemental, l'organisation et l'exécution incomberaient à la direction de la Santé Publique. Le rôle de l'inspection sanitaire serait de surveiller l'exécution des décisions gouvernementales et de conseiller le Ministre de la Santé Publique, le collège médical, les administrations de l'Etat et les communes.

Eu égard à l'importance du service de l'inspection sanitaire, il serait opportun d'augmenter le nombre des médecins-inspecteurs afin qu'ils puissent exercer efficacement leurs pouvoirs d'intervention.

2264. L'inspection des hôpitaux

Le Conseil Economique et Social estime qu'il est indispensable de créer une inspection des hôpitaux qui aurait pour mission de contrôler notamment les activités du personnel médical et paramédical à l'hôpital et les équipements hospitaliers. Elle collaborerait avec les caisses de maladie pour surveiller l'application judicieuse de la tarification des soins et pour rechercher les abus en matière de prestations médicales à l'hôpital.

2265. Le collège médical

Le rôle du collège médical consisterait d'une part à élaborer des avis techniques concernant les professions médicales et paramédicales, ainsi que la santé publique et d'autre part à siéger en matière disciplinaire à l'égard de toutes les personnes qualifiées pour l'exercice de la médecine.

2266. Les autres organismes

Au sentiment du Conseil Economique et Social, le collège vétérinaire, le service d'inspection générale vétérinaire, le laboratoire de médecine vétérinaire et l'inspection des viandes seraient à rattacher au Ministère de la Santé Publique plutôt qu'à celui de l'Agriculture, étant donné que ces institutions ont pour mission de protéger la santé de la population.

2267. Les associations professionnelles

Il existe différentes associations représentant les professions médicales et paramédicales. De l'avis du Conseil Economique et Social, il faudrait donner à toutes ces organisations la possibilité d'avoir une vue globale des problèmes qui se posent en matière de politique sanitaire. A cette fin, il y aurait lieu d'assurer leur représentation au sein du collège supérieur consultatif proposé ci-dessus.

Ainsi ces associations professionnelles n'auraient plus à se limiter uniquement à la défense des intérêts matériels de leurs membres, mais elles pourraient élargir leurs activités.

Le collège supérieur consultatif représentant ainsi tous les services et toutes les organisations s'occupant de questions de politique sanitaire pourrait ouvrir le dialogue à tous les échelons et arriver plus facilement à une coordination des efforts dispersés.

227. La médecine préventive et sociale

Au chapitre 1 de cet avis, le Conseil Economique et Social a souligné plus particulièrement l'importance qu'il croit devoir attacher à la médecine préventive dans la politique de la santé à poursuivre au cours des prochaines années dans notre pays.

Par médecine préventive, le Conseil Economique et Social n'entend pas seulement le dépistage précoce des maladies et certaines actions préventives comme les vaccinations, mais il vise tous les aspects préventifs et éducatifs de l'action en faveur de la santé de la population.

Il se rend bien compte, comme il l'a souligné au chapitre 12., que la médecine préventive n'en est qu'à son début et qu'elle ne se développera qu'au fur et à mesure que sera acquise une meilleure connaissance épidémiologique des troubles de la santé qui peuvent être éliminés.

Dans les chapitres qui vont suivre, le Conseil Economique et Social entend suivre le même cheminement que pour la médecine curative : il examinera d'abord la situation actuelle, constatera les déficiences et proposera des remèdes à court et à moyen terme.

2271. L'organisation actuelle de la médecine préventive

La médecine préventive est actuellement réalisée par des actions multiples entreprises par plusieurs ministères, par plusieurs administrations et par des services privés. Ces actions ont le caractère soit collectif lorsqu'elles s'attaquent aux causes des pollutions, soit individuel lorsqu'elles s'adressent à des groupes de personnes bien déterminés.

22711. Les actions individuelles

227111. La lutte contre la mortalité périnatale et infantile

Le Conseil Economique et Social a constaté au chapitre 213. que la mortalité infantile est encore trop défavorable comparée à celle qui est notée dans les pays aussi évolués. Conscient de cette grave déficience, le Ministère de la Santé Publique a pris dans le passé certaines mesures pour rendre la lutte contre la mortalité périnatale et infantile plus efficace. Il a créé une commission spéciale pour étudier les causes de la mortalité infantile. Sans attendre les résultats de cette enquête, il a commencé par prendre des mesures préventives contre la rubéole en chargeant l'institut d'hygiène et de Santé Publique de commencer la recherche des anti-corps chez les jeunes femmes.

Depuis la mise en oeuvre de l'examen prénuptial qui est prescrit par la loi du 19 décembre 1972 pour tous ceux qui veulent se marier au Grand-Duché de Luxembourg, toutes les futures mamans seront à l'avenir soumises à la recherche de cet anti-corps. Si à moyen terme pratiquement tous les cas de rubéole peuvent être décelés, il s'agira encore de trouver un moyen de vaccination **contre** ce fléau dont tout effet tératogène est absent.

L'examen prénuptial permettra également le dépistage de la phénylcétonurie pour lequel l'institut d'hygiène et de Santé Publique est équipé.

L'examen prénuptial permet en outre d'éliminer les difficultés sérieuses qui résultent du fait que le facteur rhésus du père n'est pas le même que celui de la mère. L'isoimmunisation RH qui en résulte peut être prévenue grâce à l'injection d'immunoglobuline anti-D mise à la disposition de la Croix-Rouge luxembourgeoise.

Il subsiste toutefois dans cette lutte contre la mortalité périnatale et infantile de grandes lacunes. Ainsi, s'il est établi que la presque totalité des femmes enceintes se soumettent volontairement à des examens médicaux, il faudrait toutefois en arriver à des consultations prénatales au moins une fois par mois durant la grossesse. Ces consultations devraient être favorisées par une loi disposant que l'allocation de naissance n'est accordée qu'aux seules femmes qui se soumettent à cet examen mensuel durant leur grossesse.

L'organisation de l'accouchement de la femme à grand risque devrait obligatoirement se faire dans des maternités en présence d'un gynécologue et d'un pédiatre. Cette dernière condition serait automatiquement remplie si le législateur suivait le Conseil Economique et Social dans sa proposition visant à inscrire dans la future loi hospitalière la fonction du médecin à plein temps pour certaines disciplines.

Une loi devrait également prévoir la généralisation de l'examen médical systématique par un pédiatre dans les 24 heures suivant la naissance et avant la sortie de la maternité.

Ce double examen se situerait avant ceux que les mères peuvent faire faire actuellement dans les dispensaires de nourrissons, établis par la Croix-Rouge luxembourgeoise, en collaboration avec les communes, dans toutes les localités du pays.

Ces consultations de nourrissons devraient être rendues obligatoires au cours des deux premières années de vie du nouveau-né. A cette fin, ces consultations qui se font sous la direction du médecin et qui sont assurées administrativement par les assistantes d'hygiène sociale devront être réorganisées. Comme le travail d'organisation repose essentiellement sur les assistantes d'hygiène sociale, dont les tâches sont multiples, le Conseil Economique et Social y reviendra dans un chapitre à part.

Lors de l'examen pédiatrique fait à la maternité, le résultat en serait inscrit sur une fiche sanitaire qui serait remise à la mère pour pouvoir servir tant pour le médecin de famille que pour le médecin dirigeant le dispensaire de nourrissons de la Croix-Rouge luxembourgeoise. Copie de cette fiche serait à adresser à l'assistante d'hygiène sociale chargée de la coordination visée page 46, sub. 227117.

Un autre moyen dans la lutte contre la mortalité infantile consiste dans la généralisation, à travers le pays, de cours de puériculture que la Croix-Rouge luxembourgeoise organise actuellement à une échelle réduite, faute d'un nombre suffisant d'assistantes d'hygiène sociale.

La réorganisation des consultations de nourrissons, auparavant régulièrement fréquentées par la moitié des enfants âgés entre 0 et 2 ans, s'impose également pour la raison qu'au cours des dernières années, leur fréquentation a diminué. Or, leur mission est importante en tant qu'elle permet d'établir le bilan de santé, notamment pour les enfants en bas âge, présentant des déficiences physiques ou mentales. Le traitement de ces déficiences

est d'autant plus prometteur que cet examen et par conséquent le dépistage ont lieu le plus tôt possible.

La mission des consultations de nourrissons devrait être également élargie par l'introduction d'un examen périodique des enfants de 2 à 4 ans. Au dire des médecins responsables de la santé publique, un examen à cet âge clé de la vie de l'enfant serait pourtant d'une importance capitale.

En vue d'arrêter la régression des consultations pour nourrissons, qui dans l'esprit de beaucoup de gens ne sont pas appréciées à leur juste valeur, des mesures devraient être prises. Un premier effort pour attirer un nombre croissant d'enfants dans ces centres de consultation a été tenté lorsque ces centres furent chargés de la vaccination anti-polyomyélitique.

Au sentiment du Conseil Economique et Social, la réorganisation des consultations de nourrissons devrait s'intégrer dans la structure générale de la médecine préventive applicable à partir de la naissance de l'enfant jusqu'à sa sortie de l'école.

227112. La médecine scolaire

Dans l'organisation de la surveillance médicale des enfants, le service médical scolaire s'insère logiquement à la suite des examens médicaux pratiqués après l'accouchement, dans les dispensaires de nourrissons et, si les propositions afférentes sont réalisées, des examens à pratiquer sur les enfants âgés de 2 à 4 ans.

Actuellement le service médical scolaire s'étend aux écoles maternelles, aux écoles primaires publiques et privées, aux établissements d'enseignement secondaire publics et privés, à l'Institut Pédagogique et à l'Institut d'Etudes Techniques, à l'Ecole des Arts et Métiers et à l'Enseignement Professionnel, à l'exception des centres régionaux et des écoles professionnelles ménagères et de commerce privées.

Le Conseil Economique et Social constate qu'une partie des enfants et des adolescents restent encore privés de la surveillance médicale et il demande que les lacunes évoquées plus haut disparaissent.

Quant aux missions qui incombent au service médico-scolaire, elles n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières années. En effet, en dehors de l'examen général et de l'examen dentaire, il est pratiqué systématiquement un dépistage audio-métrique, orthophonique et ophtalmologique, ainsi que le dépistage des scoliozes et autres déformations partout où fonctionne le service médico-scolaire.

Si la mission de la médecine scolaire est bien définie, il n'en reste pas moins que l'organisation, aux dires même du Ministère de la Santé Publique, laisse à désirer.

Ainsi ce service, qui est dirigé par des médecins et qui repose administrativement sur les assistantes d'hygiène sociale employées par la Croix-Rouge et la Ligue contre la Tuberculose, souffre du manque tant de médecins que d'assistantes d'hygiène sociale. Les médecins, à l'exception du médecin de la Ville de Luxembourg qui est engagé à plein temps, des pédiatres ou des praticiens sans formation spécialisée font de la médecine scolaire à côté de leur activité principale. Pour cette raison l'examen médical proprement dit est, aux dires des responsables du Ministère de la Santé Publique, "sous la forme actuelle trop superficiel et trop partiel puisqu'il néglige totalement l'aspect psychologique et mental de l'enfant".

A la place d'une médecine scolaire encore fragmentaire, il faudrait instaurer une médecine qui place résolument l'enfant au centre de l'hygiène scolaire pendant toute la durée de sa scolarité. Une telle orientation rend nécessaire une modification de la conception du rôle du médecin scolaire et des examens pratiqués.

Ainsi, les examens ne devraient plus être annuels, mais être effectués aux âges-clef de la vie scolaire : notamment à l'entrée à l'école maternelle, à l'entrée à l'école primaire, avant l'entrée dans un établissement d'enseignement secondaire, moyen et professionnel, au moment de l'orientation scolaire ou professionnelle de l'adolescent. Pendant l'enseignement secondaire, un examen médical devrait avoir lieu tous les deux ans.

De plus, la médecine scolaire devrait s'insérer bien davantage dans la vie scolaire (participation du médecin scolaire au conseil de discipline, au groupe d'études chargé de discuter de l'orientation des élèves) et dans la vie familiale (entretien avec les parents). Le médecin scolaire pourrait ainsi contribuer à une meilleure adaptation de l'enfant à l'école et de l'école à l'enfant. Un tel rapprochement des médecins scolaires, des enseignants et des parents ne manquerait pas d'avoir comme effet de faciliter la préparation de l'avenir professionnel, familial et social des futurs citoyens.

Une condition nécessaire et indispensable d'une telle réforme de la médecine scolaire consiste dans une augmentation du nombre des médecins scolaires et des assistantes d'hygiène sociale.

Le Conseil Economique et Social estime même que le médecin scolaire devrait parfaire sa formation en suivant des cours spécialisés en médecine scolaire, et qu'il faudrait engager plusieurs médecins à plein temps pour garantir une surveillance satisfaisante de la santé somatique, psychique, mentale et sociale des enfants couverts par le service de la médecine scolaire.

227113. Les autres actions individuelles de médecine préventive

La couverture de la population entière n'est certainement pas atteinte, même s'il existe certaines actions de médecine préventive qui visent des groupes bien déterminés. Ainsi, les centres d'audiométrie de Luxembourg, d'Esch-sur-Alzette et

d'Ettelbruck ont été créés dans le but de procéder à l'examen audio-métrique des personnes dures d'oreilles adressées à ces services par un médecin et de choisir en cas d'appareillage la prothèse auditive qui convient le mieux à ces personnes.

Il existe également des dispensaires d'hygiène mentale à Luxembourg et à Ettelbruck. La mission de ces centres devrait être élargie et la surveillance de la lutte contre la toxicomanie devrait leur incomber. Un premier pas semble être fait dans cette direction par l'engagement d'un médecin-inspecteur spécialisé en psychiatrie.

D'un autre côté, il faut rappeler encore que la Ligue luxembourgeoise contre la Tuberculose entretient dans les principaux centres du pays des dispensaires anti-tuberculeux qui sont ouverts à toute la population et que l'Etat dispose d'une voiture équipée en vue du dépistage de la tuberculose.

La lutte contre la tuberculose a enregistré des succès remarquables. En dépit des variations parfois brusques du nombre de cas de tuberculose d'une année à l'autre, cette maladie est dans son ensemble en régression, et cela malgré l'accroissement constant du nombre déjà élevé des travailleurs étrangers, qui constituent un groupe social particulièrement menacé.

Les résultats pourraient cependant être encore meilleurs, si le dépistage de la tuberculose pouvait être généralisé et systématisé.

Mais, alors que le dépistage a pu être réglementé chez les enfants et les adolescents depuis l'école primaire jusqu'à la fin de la scolarité secondaire, moyenne ou professionnelle, il ne s'étend qu'à une fraction largement insuffisante des adultes.

Cependant, la question de savoir s'il ne faut pas soumettre certaines professions à un examen radiologique obligatoire est posée. Le rapport présenté par le Ministre de la Santé Publique

à la Chambre des Députés lors des débats budgétaires pour l'année 1970 propose d'examiner un groupe prioritaire très important dans le cadre des examens préventifs périodiques des fonctionnaires et des employés publics, examens qui ne se limitent toutefois pas à la tuberculose. D'autres groupes prioritaires seraient à examiner obligatoirement sur la base de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1952, portant abrogation de la loi du 18 mai 1902, concernant l'institution des médecins-inspecteurs et l'exercice de leurs attributions et nouvelle organisation du service des médecins-inspecteurs.

Au sentiment du Conseil Economique et Social, le problème du dépistage de la tuberculose chez les adultes pourrait être plus facilement résolu dans le cadre des examens préventifs périodiques obligatoires à l'intention de la population active dont il sera question plus loin.

En ce qui concerne la lutte contre le cancer, il existe à la maternité de l'Etat un centre de dépistage précoce du cancer du col de l'utérus chez les femmes. De plus, le Gouvernement se propose de réaliser un petit centre de diagnostic histologique du cancer dans les anciens bâtiments de l'institut d'hygiène et de Santé Publique.

Ce centre pourrait peu à peu faire toutes les analyses cancérologiques du pays.

227114. La médecine du travail

- Les jeunes travailleurs

Après les examens à l'âge préscolaire et scolaire et après l'examen lors de la préorientation et de l'orientation professionnelle, dont il a été question plus haut, les apprentis et les jeunes travailleurs doivent encore passer l'examen d'aptitude à l'emploi, ainsi que des examens périodiques de surveillance.

Ces examens sont prévus par la loi concernant la protection des jeunes travailleurs. Ils n'ont pas encore pu sortir tous leurs effets du fait que le règlement grand-ducal d'exécution n'a pas encore été pris. Un projet de règlement grand-ducal a cependant été élaboré et avisé par le collège médical.

L'examen médical prévu dans cette législation est destiné à déceler les contre-indications relatives à l'un ou à l'autre secteur professionnel et doit permettre d'assurer la réorientation immédiate du jeune travailleur.

Au sentiment du Conseil Economique et Social, il serait nécessaire de hâter la procédure législative en la matière et d'inscrire dans cette législation que l'examen devrait être pratiqué par un médecin du travail.

Sous ce rapport, le Conseil Economique et Social voudrait souligner qu'il est indispensable de procéder à des examens systématiques de santé générale de tous les jeunes travailleurs.

- L'examen d'embauchage et de médecine du travail

L'examen d'embauchage est postérieur à l'examen d'aptitude à l'emploi.

Le Conseil Economique et Social note avec satisfaction que la sidérurgie et la plupart des entreprises nouvellement implantées dans le pays ont créé des services médicaux du travail qui pratiquent ce genre d'examen. Ils ont également appris avec satisfaction que les services médicaux de la sidérurgie ont entamé des recherches en ergonomie.

D'autre part, le Conseil Economique et Social souhaite que l'examen d'embauchage soit généralisé et que les services médicaux du travail soient institués par la voie législative.

Sous ce rapport, le Conseil Economique et Social apprécie à sa juste valeur le projet de loi élaboré en la matière et il constate que quelques médecins ont été formés à l'initiative du Ministère de la Santé Publique.

Le Conseil Economique et Social voudrait voir hâter la procédure législative en la matière.

- Les travailleurs migrants

Le contrôle médical des étrangers est organisé sur la base de la loi du 28 mars 1972. Selon cette loi tout étranger entrant dans le Grand-Duché de Luxembourg peut dorénavant être obligé à se soumettre à un contrôle médical, alors que tout étranger qui se propose de résider au Grand-Duché plus de trois mois devra se soumettre à ce contrôle dans les huit jours de son entrée au Grand-Duché de Luxembourg.

La loi n'a pas encore pu sortir tous ses effets du fait que les mesures administratives et de mise en pratique de cette décision se sont heurtées à de nombreuses difficultés.

Le Conseil Economique et Social a pu apprendre que les travaux y relatifs sont sur le point d'aboutir et que le contrôle médical des étrangers pourra effectivement être pratiqué.

227115. La médecine sportive

Par règlement grand-ducal du 22 avril 1969 il a été institué un contrôle médical obligatoire et périodique des sportifs licen-

ciés pratiquant un sport de compétition au sein des fédérations sportives agréées par le Gouvernement. Un règlement ministériel du 24 avril 1969 en a défini l'organisation administrative et technique.

Ce contrôle médico-sportif obligatoire qui comporte un examen médical général et des tests d'aptitude s'applique

- à tout titulaire d'une licence dès qu'il a atteint l'âge de 13 ans;
- à l'occasion de la délivrance de la première licence si le sportif est âgé de 13 ans et plus;
- à l'occasion de chaque transfert payant;
- à tout sportif licencié ayant atteint l'âge de 16, 19, 25, 30 et 33 ans et ensuite annuellement à partir de 35 ans.

23.197 licenciés étaient recensés en 1972, environ 35 % d'entre eux doivent passer un examen médico-sportif conformément aux stipulations de la loi. Si l'on considère que 7.129 sportifs licenciés ont été examinés en 1972, l'on constate qu'environ 88 % ont effectivement passé ces examens.

Le Conseil Economique et Social ne peut que souscrire pleinement à la pratique de ce contrôle médico-sportif, qui constitue, sans aucun doute, une mesure très efficace en matière de médecine préventive. Encore, est-il permis de se demander, si ce contrôle ne devrait pas être étendu aux enfants de moins de 13 ans qui s'adonnent au sport de compétition.

Pour renforcer encore ce contrôle, il serait cependant indispensable que les différentes fédérations sportives communiquent chaque année, au Commissariat Général aux Sports, une liste nominative de leurs licenciés, afin qu'un contrôle plus efficace puisse être exercé par les responsables de ce service médico-sportif.

227116. L'avortement

D'après l'état actuel de notre droit, médicalement parlant, l'avortement est l'interruption volontaire et artificielle d'une grossesse normale, dans le seul but de supprimer le produit de la conception.

Il existe des cas pathologiques (par exemple : cancer du col de l'utérus, grossesse extra utérine etc.) qui rendent nécessaires des actes thérapeutiques ne pouvant respecter le produit de la conception. Dans ces cas on se trouve en dehors de la sphère de l'avortement punissable.

Entre autres du fait de la loi qui réprime l'avortement, celui-ci reste clandestin.

Il est impossible d'évaluer avec certitude le nombre des avortements qui se pratiquent chaque année dans notre pays. Les chiffres estimatifs varient du simple au triple.

La vérité se situe probablement entre les deux extrêmes, c'est-à-dire entre une évaluation trop optimiste et une évaluation trop pessimiste.

Le Conseil Economique et Social estime qu'il faut combattre les véritables causes du malaise social et familial d'où est née la pratique des avortements.

Les progrès de la médecine doivent être utilisés au maximum pour que les enfants soient mis au monde dans les conditions les plus satisfaisantes possibles et pour que les malformations congénitales soient prévenues dans toute la mesure du possible.

Tout doit être mis en oeuvre pour que les enfants puissent vivre et grandir dans les conditions matérielles et morales indispensables à leur développement physique, intellectuel et moral.

Ceci exige une amélioration de la situation de la famille légitime, une modification profonde du statut de l'enfant naturel et un élargissement des possibilités d'adoption.

Cela présuppose également l'introduction dans les différentes branches de l'enseignement d'un cours d'éducation sexuelle bien comprise et la poursuite de ces efforts d'éducation sexuelle à l'intention des adultes par des moyens appropriés.

Actuellement la libéralisation de l'avortement est discutée dans tous les pays qui nous entourent. Cette discussion fait apparaître que le problème d'un assouplissement de la législation sur l'avortement punissable est extrêmement controversé tant au point de vue juridique que médical.

Le Conseil Economique et Social estime pour sa part que les mesures législatives, administratives, médicales, éducatives et sociales les plus appropriées doivent être prises pour faire disparaître les causes profondes de la pratique des avortements.

Dans ce contexte et compte tenu de l'évolution législative dans les pays qui nous entourent, le Conseil Economique et Social aimerait voir aborder dans notre pays le problème d'un assouplissement de la législation sur l'avortement punissable.

227117. La coordination des actions individuelles de médecine préventive

En attendant la généralisation de l'examen de médecine préventive pour adultes, il serait possible d'améliorer notablement la médecine préventive en coordonnant les actions de médecine préventive esquissées dans les chapitres qui précèdent.

Le moyen paraît assez simple, si l'on a recours au service de l'assistante d'hygiène sociale qui collabore avec les différents médecins dans les différents services de médecine préventive. En effet, dans un petit pays, les assistantes d'hygiène sociale sont chargées des travaux administratifs et autres dans presque tous les services sociaux et médico-sanitaires implantés dans un secteur géographique bien déterminé.

L'assistante d'hygiène sociale est devenue ainsi polyvalente. Cette polyvalence de l'assistante d'hygiène sociale de secteur a largement contribué à éviter des doubles emplois notamment dans le travail social.

Il s'agirait à l'avenir de maintenir ce principe de la polyvalence et de l'appliquer davantage en médecine préventive.

Aussi, le Conseil Economique et Social estime-t-il qu'il faudrait continuer à s'appuyer dans l'organisation des services médicaux et sociaux sur l'assistante d'hygiène sociale de secteur plutôt que de créer des services spécialisés.

Dans cette optique le développement des activités médico-sociales dans les secteurs présupposerait toutefois la création d'un organisme de liaison chargé de la coordination des activités des assistantes d'hygiène sociale, qu'elles soient en charge d'un secteur géographique, d'une commune, d'un service spécialisé ou d'une entreprise.

La tâche principale de ce service consisterait à éviter les doubles emplois et à promouvoir la collaboration entre les services en orientant les demandes vers les services compétents pour les traiter.

La coordination des services de médecine préventive et des services sociaux serait assurée par l'intermédiaire d'un fichier central qui serait tenu sous la responsabilité d'une assistante d'hygiène sociale secondée par une secrétaire.

La prise en charge d'une famille par une assistante d'hygiène sociale de secteur, d'un service spécialisé, d'une commune ou d'une entreprise devrait être signalée à l'assistante d'hygiène sociale chargée de tenir le fichier de coordination.

Il va sans dire qu'une telle organisation rend nécessaire le recrutement d'un nombre suffisant d'assistantes d'hygiène sociale tel qu'il a été défini au chapitre 2232 de cet avis.

Le Conseil Economique et Social demande au législateur de bien vouloir étudier cette proposition qui a pour seul but de rendre les services de médecine préventive, actuellement en vigueur, plus efficaces et plus rationnels.

227118. Les conclusions

En passant en revue les différentes actions individuelles de médecine préventive, le Conseil Economique et Social se rend compte que la plupart des adultes ne sont pas systématiquement soumis à un examen de médecine préventive. Il regrette cette lacune dans notre organisation sanitaire, d'autant plus qu'il est établi que le nombre de décès suite aux accidents, aux affections cardiovasculaires, digestives, articulaires ou dentaires, au diabète, aux abus d'alcool ou de tabac pourrait être réduit par une action préventive.

Pour cette raison, le Conseil Economique et Social répète qu'il faudrait tenter de généraliser l'examen préventif à l'intention de la population active. Un premier élément de cet examen (bilan de santé) pourrait consister dans l'analyse de sang des personnes soumises à l'examen prénuptial et des donateurs de sang de la Croix-Rouge luxembourgeoise.

Le Conseil Economique et Social invite le Gouvernement à charger une commission spéciale d'élaborer des propositions au sujet de l'examen médical périodique des personnes adultes.

En attendant les conclusions de cette commission, le Conseil Economique et Social demande que soit réalisée la proposition faite dans son avis du 5 février 1970 sur la réforme des caisses de maladie. Selon cette proposition, la franchise prévue pourrait être abolie en tout ou en partie pour les assurés qui suivent les recommandations des caisses de maladie en matière de médecine préventive.

22712. Les actions collectives

227121. Le contrôle des denrées alimentaires

Notre pays dispose d'une législation en matière de contrôle des denrées alimentaires très étendue.

Le Conseil Economique et Social voudrait souligner que la surveillance régulière et systématique de la fabrication, de la manipulation et de la vente des denrées alimentaires s'impose inévitablement de nos jours. Ainsi par exemple le commerce de certains produits tels que les insecticides et fongicides à usage domestique ainsi que les produits d'entretien et de nettoyage contenant des solvants et des composés chimiques toxiques doit être réglementé dans notre pays. Mais il ne suffit pas de légiférer en la matière, il faut aussi créer les moyens pour appliquer la législation. Par la suite, il s'agit encore de les perfectionner au fur et à mesure que les inventions en chimie progressent et qu'elles rendent plus complexes les examens des denrées alimentaires.

Sous ce rapport, le Conseil Economique et Social se demande-t-il si le service du contrôle des denrées alimentaires est suffisamment équipé en hommes et en matériel pour assurer un contrôle efficace sur toutes les denrées vendues et offertes sur le marché national.

Il est vrai qu'à cause de l'étroitesse de notre pays, le Luxembourg ne peut pas mettre sur pied un appareil perfectionné qui restera forcément sous-employé. Pour cette raison, le pays devrait négocier des accords de collaboration avec les services de contrôle officiels des denrées alimentaires des pays qui nous entourent et devrait rechercher un accord avec les pays des Communautés européennes.

D'autre part, le Conseil Economique et Social estime qu'il est indispensable qu'une harmonisation des législations en matière de contrôle alimentaire intervienne sur le plan des Communautés européennes. En effet, la disparité des législations nationales en la matière ne comporte pas seulement un effet de distorsion des conditions de concurrence, mais surtout des menaces pour la santé des habitants des pays de la Communauté.

Actuellement, le laboratoire de contrôle des produits alimentaires procède aux analyses de la viande et des produits de viande, du lait et des produits laitiers, des glaces de consommation, des vins et boissons similaires, des conserves de poissons, des produits cosmétiques, des stupéfiants, des produits hallucinogènes, ainsi que des résidus de pesticides.

227122. La sauvegarde de l'environnement

- La protection de la nature

Depuis quelques années, les problèmes liés à la protection de l'environnement sont discutés dans tous les pays industrialisés et sont devenus une préoccupation dominante de la vie politique.

Le Conseil Economique et Social ne méconnaît pas qu'il faut poursuivre, d'une part, les efforts en vue de favoriser un développement économique et social harmonieux dans notre pays et, d'autre part, apporter dans ces efforts une attention accrue à la protection de la nature.

Sous ce rapport, le Conseil Economique et Social regrette que depuis 1948 la surface boisée de notre pays ait diminué de 10 % et que cette évolution continue à l'heure actuelle. La diminution est absolument contraire à nos besoins vitaux élémentaires. En une période où la pollution de l'air s'aggrave, où la consommation d'eau augmente sans cesse et où cette eau est de plus en plus salie, il importe de préserver notre patrimoine forestier qui joue le rôle d'un réservoir d'oxygène et d'un épurateur de l'air pollué.

Dans cette optique, le Conseil Economique et Social demande que non seulement les parcelles déboisées soient reboisées mais qu'une aforrestation appropriée soit entreprise notamment dans la partie industrialisée du pays.

Comme la forêt est reconnue comme être un facteur de détente et de récréation, le Conseil Economique et Social propose de créer dans notre pays des parcs naturels et des réserves naturelles.

- La pollution de l'eau

L'eau est un facteur important de la santé. Dans notre pays il est heureusement devenu un service public auquel toutes les maisons sont raccordées.

La qualité des eaux a toujours été contrôlée par les services compétents du Ministère de la Santé qui ont exercé un contrôle sévère notamment dans les communes dont l'alimentation en eau a laissé à désirer au point de vue hygiénique.

Si au point de vue de l'eau potable, la situation paraît satisfaisante, il n'en est point ainsi pour la pollution des eaux de surface. Actuellement les grands cours d'eau contiennent des sels, du phénol, de la poussière de charbon, du savon calcaire, de l'ammoniaque, des combinés sulfureux, des acides et des bases, du purin, des engrais synthétiques, du DDT, des biocides, de l'arsenic, du mercure, des cancérigènes comme les goudrons, des hydrocarbures et d'autres substances nuisibles.

La pollution de nos cours d'eau est étroitement liée à l'évacuation et à l'épuration des eaux usées. S'il est vrai que toutes les agglomérations dont la population dépasse 1.000 habitants et 80 % des autres localités sont pourvues d'un réseau d'évacuation des eaux usées, il subsiste un problème d'épuration pour des agglomérations qui réalisent seulement des épurations mécaniques partielles des eaux usées et que quelques agglomérations disposent uniquement d'une épuration biologique complète.

L'effort d'investissement qui a été consenti par l'Etat pour réaliser cette épuration des eaux usées se justifie d'autant plus que les eaux polluées ont menacé l'alimentation en eau potable du pays.

Le Conseil Economique et Social demande que des mesures plus énergiques soient prises envers ceux qui déchargent des ordures ou jettent des déchets dans les cours d'eau et se demande s'il ne faudrait pas inciter par des faveurs fiscales les entreprises à filtrer et à nettoyer les eaux usées avant l'évacuation. De plus, le Conseil Economique et Social demande au législateur d'interdire tout dépôt d'ordures et de déchets dans les régions du grès et dans les alentours du barrage sous peine de très fortes sanctions pénales.

- La pollution de l'air

La pollution de l'air est également un facteur nuisible à la santé. Si les sources de pollution augmentent sans cesse dans notre pays, il n'en reste pas moins vrai qu'à l'heure actuelle la pollution n'a pas encore pris des proportions inquiétantes.

Parmi les sources de la pollution qui n'ont cessé d'augmenter il y a lieu de citer d'abord les combustibles ménagers et les chauffages individuels souvent mal réglés. Il faudra également compter parmi les pollueurs de l'air les voitures automobiles qui circulent dans les villes.

A l'avenir il y aurait lieu de prendre des mesures en vue d'arrêter cette pollution. Ces mesures pourraient consister à favoriser à l'avenir le chauffage au gaz partout où le gaz naturel est disponible. Par ailleurs, il faudrait fixer certaines normes pour les chaudières à mazout et les soumettre à un contrôle périodique obligatoire.

En ce qui concerne les gaz d'échappement des voitures, le Conseil Economique et Social se demande s'il ne faudrait pas munir les voitures d'un dispositif anti-pollution tel qu'il a été introduit aux Etats-Unis d'Amérique.

Quant à la pollution de l'air provoquée par les entreprises, elle devrait être évitée par une double action. D'une part, il y aurait lieu de prévoir dans l'aménagement du territoire des zones industrielles séparées des zones d'habitation, dans lesquelles les nouvelles industries pourraient s'établir.

D'autre part, il faudrait encourager les entreprises existantes à effectuer des investissements en vue de réduire la pollution de l'air. Sous ce rapport, le législateur luxembourgeois pourrait utilement s'inspirer des législations allemande et française qui ont introduit une disposition fiscale et notamment un amortissement accéléré au profit des investissements réduisant la pollution de l'air et du bruit.

- La pollution du sol

La pollution du sol résulte notamment des déchets solides et liquides. Déjà les seuls déchets ménagers atteignent dans notre pays 300 tonnes par jour. A ce tonnage il faudrait encore ajouter les déchets industriels, les décombres, les carcasses de voitures, les pneus usés et les résidus d'huile.

Ces déchets sont encore trop souvent déposés dans des décharges non contrôlées. Or, ces décharges non contrôlées ont des effets négatifs sur la santé, notamment par la multiplication des mouches et des rongeurs qui sont des vecteurs de maladies.

Pour cette raison, le Conseil Economique et Social ne saurait que souscrire à toutes les initiatives qui sont prises pour organiser, sur le plan régional, des décharges contrôlées. Il demande qu'une étude sérieuse soit entreprise en vue d'introduire les méthodes modernes et hygiéniques de la destruction des ordures par la création d'une usine d'incinération combinée à une installation de compostage.

- La lutte contre le bruit

Il est universellement admis que le bruit peut avoir des influences néfastes sur la santé et provoquer notamment des modifications du rythme cardiaque, des névroses, des troubles végétatifs et psychiques ou encore des lésions organiques.

Pour remédier à ces inconvénients, le Conseil Economique et Social appuie le projet de règlement type relatif à la protection contre le bruit élaboré au Ministère de l'Intérieur tout en insistant sur la nécessité de faire adopter, par les communes, des règlements adaptés à leurs besoins.

- La radio protection

Le nombre des appareils renfermant des sources radio-actives utilisés dans l'industrie et en médecine n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années.

L'utilisation de ces appareils n'a toutefois été possible qu'à la suite d'une procédure d'autorisation, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Ainsi, le service de la radio-protection qui fonctionne au sein du Ministère de la Santé Publique a surveillé régulièrement les sources radio-actives et s'est occupé à former un groupe d'intervention spécialisé.

En conclusion du chapitre sur la protection de l'environnement le Conseil Economique et Social propose de créer un comité inter-ministériel pour les problèmes de l'environnement, qui s'appuierait, pour les problèmes sanitaires, sur un service central fonctionnant auprès du Ministère de la Santé Publique. Cette proposition ne vise pas à créer une nouvelle administration, mais à renforcer les services existant actuellement au sein de ce Ministère.

- L'éducation sanitaire

Dans la médecine préventive, une place importante revient à l'éducation sanitaire. Le Conseil Economique et Social ne méconnaît pas qu'au cours des dernières années, des efforts concrets ont été déployés d'une part par le Ministère de la Santé Publique et d'autre part par la Croix-Rouge luxembourgeoise.

En effet, le Ministère de la Santé Publique a entrepris une large campagne d'éducation sanitaire par des émissions journalières aux éditions luxembourgeoises de Radio Luxembourg, par l'organisation d'expositions d'éducation sanitaire, par l'élaboration de leçons sanitaires pour les écoles primaires.

La Croix-Rouge, de son côté, édite un mensuel "La Revue de la Jeunesse" par lequel elle essaie d'apprendre aux écoliers les règles de l'hygiène et de la santé et elle distribue annuellement lors de la semaine de la Croix-Rouge dans chaque ménage une brochure sur un thème sanitaire déterminé.

Au sentiment du Conseil Economique et Social ces actions d'éducation sanitaire devraient être élargies. Aussi, propose-t-il la création d'un comité national d'éducation sanitaire qui aurait pour mission de préparer un programme d'éducation sanitaire pour écoliers et pour adultes et d'étudier les moyens les plus appropriés pour en assurer la diffusion souhaitée.

3. LES CONCLUSIONS

En conclusion, le Conseil Economique et Social rappelle qu'il n'a nullement l'ambition de vouloir proposer des mesures atteignant tous les objectifs assignés à une politique sanitaire, idéale et complète telle qu'elle a été définie par l'organisation mondiale de la santé.

Sans vouloir perdre de vue qu'une véritable politique sanitaire doit, au delà de la lutte contre les maladies et les infirmités, garantir un épanouissement total de l'individu, il importe d'autre part de rapprocher les objectifs ainsi définis des moyens disponibles.

Les exigences financières limitant nécessairement l'éventail des options possibles, le Conseil Economique et Social propose d'atteindre des résultats partiels qui seront autant d'étapes importantes vers une politique sanitaire complète.

31. L'inventaire de l'état de santé de notre population

Les principales maladies sont en régression.

32. La situation actuelle de notre politique sanitaire

Le Conseil Economique et Social constate un manque de médecins omnipraticiens et de médecins dentistes ainsi qu'une inégalité dans la répartition géographique des médecins.

Il propose les remèdes suivants :

- d'établir un inventaire permanent des besoins futurs en omnipraticiens, en médecins spécialistes et en médecins dentistes par une commission réunissant des représentants du Ministère de la Santé Publique, du Ministère de l'Education Nationale, du collège médical ainsi que des experts d'un centre hospitalier universitaire étranger;

- de revaloriser la fonction de médecin omnipraticien par la délivrance d'un titre spécial après la fréquentation de séminaires prescrits;

- de créer des cliniques dentaires spécialisées pour appliquer les prothèses sous la surveillance d'un médecin dentiste;

- d'exiger du futur médecin spécialiste luxembourgeois la production d'un titre de spécialiste acquis dans le pays où il a poursuivi sa formation médicale;

- d'allouer des subsides de formation aux médecins omnipraticiens qui désirent acquérir le nouveau titre dont question;

- de favoriser l'implantation de médecins omnipraticiens dans la partie rurale du pays.

33. La pharmacie

- Des membres du Conseil Economique et Social estiment que le commerce pharmaceutique n'est pas une branche commerciale, mais un service public qui s'oppose à toute idée de concurrence. Ils proposent de créer, en dehors des pharmacies du régime actuel, des pharmacies qui seraient gérées par des fonctionnaires.

- D'autres membres sont d'avis que si certaines pharmacies devaient être étatisées et les pharmaciens fonctionnarisés pour en faire un service public, la coexistence des deux régimes comporterait des inconvénients majeurs du fait que les pharmacies traditionnelles resteraient assujetties aux servitudes résultant de la législation actuelle.

- Le Conseil Economique et Social demande que le stock détenu par les grossistes devrait être accessible à tout moment aux pharmaciens, ce qui suppose l'organisation d'un service de permanence et d'urgence qui fait actuellement défaut.

34. Les autres professions paramédicales

- Le Conseil Economique et Social constate un manque de personnel paramédical et notamment d'assistantes d'hygiène sociale compromettant la réalisation des mesures de médecine préventive.

Le Conseil Economique et Social propose comme remèdes :

. de dresser un inventaire permanent des besoins futurs par la même commission dont question pour les médecins;

. d'établir un programme de formation et de recyclage pour le personnel paramédical;

. de charger d'urgence un Groupe de travail d'élaborer des mesures concrètes pour une introduction rapide du travail à mi-temps dans le secteur sanitaire;

. de maintenir et de renforcer la polyvalence des assistantes d'hygiène sociale et de limiter, dans la mesure du possible, la création de postes d'assistantes d'hygiène sociale spécialisées;

. de réaliser la norme d'une assistante sociale pour 4.000 habitants.

35. La médecine curative

- Au terme d'une discussion entre partenaires et adversaires de la médecine libérale et notamment de la rémunération à l'acte, le Conseil Economique et Social aboutit à la conclusion que le maintien du régime actuel des rémunérations médicales gagnerait à être tempéré par l'introduction ou l'adoption de rémunérations forfaitaires, du moins pour certaines prestations médicales comportant une coopération pluridisciplinaire ou la médecine exercée en groupe.

Ce nouveau système de rémunération comporte le maintien du contrôle des prestations médicales, qui n'a pas pu fonctionner d'une façon satisfaisante en raison notamment du manque de médecins contrôleurs. Le Conseil Economique et Social demande aux pouvoirs publics de proposer aux médecins établis de conclure un contrat individuel à durée déterminée pour effectuer ces contrôles.

36. La médecine hospitalière

- En matière d'infrastructure hospitalière, le Luxembourg semble se classer assez bien dans la comparaison internationale après la Suède qui toutefois le devance. Si le programme de construction et d'agrandissement de Wiltz, d'Ettelbruck, d'Esch-sur-Alzette et de Differdange/Niedercoorn est réalisé, la pénurie en lits paraît jugulée dans l'immédiat à l'exception des lits de gériatrie.

- Le Conseil Economique et Social constate toutefois d'autres lacunes très graves qui sont l'absence

- . d'une législation hospitalière;
- . de services d'urgence;
- . et de services de laboratoire.

- Une étude sur la situation financière des hôpitaux est indispensable pour asseoir la planification hospitalière sur des bases solides.

- Une certaine spécialisation des hôpitaux serait souhaitable afin d'éviter que des installations coûteuses n'enregistrent un taux d'occupation insuffisant.

- La coopération avec les grands centres hospitaliers situés dans les zones frontalières devra être développée pour arriver à une division du travail garantissant l'hospitalisation des personnes qui ne peuvent pas être traitées au Luxembourg pour des raisons techniques.

- Le Conseil Economique et Social approuve une certaine centralisation des activités hospitalières dans les trois centres principaux d'Esch-sur-Alzette, de Luxembourg et d'Ettelbruck, pour autant que les autres établissements régionaux soient conçus de manière à appuyer les médecins exerçant dans les régions et notamment à favoriser le travail de groupe.

37. La législation hospitalière

- La nouvelle législation devrait :

- . définir la notion de médecin hospitalier et régler l'exercice de la profession médicale à l'hôpital;
- . garantir une présence médicale permanente dans les différents services de l'hôpital;
- . prévoir des services structurés par discipline ou par discipline connexe;
- . créer les moyens pour arriver à une meilleure coordination des services et notamment du service des urgences;
- . supprimer le régime des classes tarifaires actuellement appliqué dans les hôpitaux. Le Conseil Economique et Social admet toutefois que le régime de la classe unique pourrait être complété par l'introduction d'une classe de luxe, la différence de classe devant se traduire uniquement par des signes accessoires et étrangers à la médecine et aux soins.

38. L'institut d'hygiène et de Santé Publique

Le Conseil Economique et Social demande qu'une permanence soit assurée dans les différents services de cet institut et que le nombre de son personnel scientifique et technique soit augmenté en conséquence.

39. L'organisation de la Santé Publique

391. Le Gouvernement

Le Conseil Economique et Social propose la création d'un conseil interministériel pour améliorer la collaboration entre le Ministère de la Santé Publique et les divers ministères sur lesquels ses compétences pourraient empiéter.

392. Le collège supérieur consultatif

La conception de la politique sanitaire ne devrait plus se faire en vase clos. Tous les milieux intéressés devraient désormais y participer. A cette fin, le Conseil Economique et Social propose la création d'un collège supérieur consultatif chargé de conseiller le Ministère de la Santé Publique dans l'élaboration de la politique sanitaire.

393. L'inspection sanitaire et la direction de la Santé Publique

La conception de la politique sanitaire devrait se faire au niveau gouvernemental, l'organisation et l'exécution incomberaient à la direction de la Santé Publique. Le rôle de l'inspection sanitaire serait de surveiller l'exécution des décisions gouvernementales et de conseiller le Ministre de la Santé Publique, le collège médical, les administrations de l'Etat et les communes.

394. L'inspection des hôpitaux

Le Conseil Economique et Social propose de créer une inspection des hôpitaux. Elle aurait pour mission de contrôler notamment les activités du personnel médical et paramédical à l'hôpital et les équipements hospitaliers.

395. Le collège médical

Le collège médical aurait pour mission d'une part d'élaborer des avis techniques concernant les professions médicales et paramédicales et d'autre part de siéger en matière disciplinaire à l'égard de toutes les personnes qualifiées pour l'exercice de la médecine.

396. Les autres organismes

Le Conseil Economique et Social estime que le collège vétérinaire, le service d'inspection générale vétérinaire, le laboratoire de médecine vétérinaire et l'inspection des viandes seraient à rattacher au Ministère de la Santé Publique plutôt qu'à celui de l'Agriculture.

397. Les associations professionnelles

Toutes les associations professionnelles médicales et paramédicales devraient être représentées au collège supérieur consultatif pour participer à un dialogue et pour arriver plus facilement à une coordination des efforts dispersés.

40. La médecine préventive et sociale

Le Conseil Economique et Social souligne particulièrement l'importance qu'il croit devoir attacher à la médecine préventive dans la politique de la santé à poursuivre au cours des prochaines années dans notre pays.

Il examine l'organisation de la médecine préventive sous l'aspect des actions individuelles et des actions collectives.

401. Les actions individuelles

4011. La lutte contre la mortalité périnatale

Le Conseil Economique et Social propose les remèdes suivants:

- des consultations prénatales au moins une fois par mois durant la grossesse par une loi disposant que l'allocation de naissance n'est accordée qu'aux seules femmes qui se soumettent à cet examen;

- l'accouchement de la femme à grand risque devrait obligatoirement se faire dans des maternités en présence d'un gynécologue et d'un pédiatre;

- une loi devrait prévoir la généralisation de l'examen médical systématique par un pédiatre dans les 24 heures suivant la naissance et avant la sortie de la maternité;

- les consultations pour nourrissons effectuées principalement dans les dispensaires de la Croix-Rouge devraient être réorganisées et leurs fréquentations rendues obligatoires jusqu'à l'âge de deux ans de l'enfant;

- un examen-bilan de la santé devrait se faire pour chaque enfant âgé entre deux et quatre ans;

- les cours de puériculture seraient à généraliser dans tout le pays.

4012. La médecine scolaire

L'examen "sous la forme actuelle trop superficielle et trop partielle puisqu'il néglige totalement l'aspect psychologique et mental de l'enfant", est à remplacer par des examens aux âges clef dans toutes les branches de l'enseignement scolaire, sauf dans l'enseignement secondaire où il devrait avoir lieu tous les deux ans.

Le médecin scolaire devrait faire partie obligatoirement des commissions d'orientation, de discipline et des assemblées de parents.

Une condition nécessaire et indispensable d'une telle réforme de la médecine scolaire consiste dans une augmentation du nombre des médecins scolaires et des assistantes d'hygiène sociale.

De plus, le Conseil Economique et Social estime que le médecin scolaire devrait parfaire sa formation en suivant des cours spécialisés dans la médecine scolaire et que l'Etat devrait engager plusieurs médecins à plein temps pour garantir une surveillance satisfaisante de ce service.

4013. Les autres actions individuelles de médecine préventive

Il y aurait lieu de donner plus d'ampleur aux services de l'audiométrie, aux dispensaires d'hygiène mentale, aux dispensaires antituberculeux. Le Conseil Economique et Social propose d'introduire des examens préventifs périodiques obligatoires pour adultes et demande qu'un centre de diagnostic pour le cancer soit créé.

4014. La médecine du travail

Le Conseil Economique et Social demande que la procédure législative prévoyant l'examen des jeunes travailleurs soit hâtée et que l'examen d'embauchage soit généralisé.

Il demande en outre le recrutement de médecins spécialisés dans la médecine du travail.

4015. La médecine sportive

Le Conseil Economique et Social désire que l'examen médico-sportif soit rendu obligatoire pour tous les candidats qui pratiquent le sport compétitif quel que soit leur âge et que les fédérations sportives soient tenues de communiquer annuellement la liste de leur licenciés au Commissariat aux Sports pour pouvoir exercer un contrôle médical efficace.

4016. L'avortement

Le Conseil Economique et Social estime que les mesures législatives, administratives, médicales, éducatives et sociales les plus appropriées doivent être prises pour faire disparaître les causes profondes de la pratique des avortements.

Dans ce contexte et compte tenu de l'évolution législative dans les pays qui nous entourent, le Conseil Economique et Social aimerait voir aborder dans notre pays le problème d'un assouplissement de la législation sur l'avortement punissable.

4017. La coordination des actions individuelles de la médecine préventive

En attendant la généralisation de l'examen de médecine préventive pour adultes, le Conseil Economique et Social pense qu'il serait possible d'améliorer notablement la médecine préventive en coordonnant les actions de médecine préventive esquissées dans son avis.

A cette fin, il faudrait continuer à s'appuyer dans l'organisation des services médicaux et sociaux sur les services des assistantes d'hygiène sociale de secteur plutôt que de créer des services spécialisés.

Dans cette optique, il propose la création d'un organisme de liaison (par l'intermédiaire d'un fichier central qui serait tenu sous la responsabilité d'une assistante sociale secondée d'une secrétaire) chargé de la coordination des activités des assistantes d'hygiène sociale, qu'elles soient en charge d'un secteur géographique, d'une commune, d'un service spécialisé ou d'une entreprise.

402. Les actions collectives

4021. Le contrôle des denrées alimentaires

Le Conseil Economique et Social estime qu'il ne suffit pas de légiférer en cette matière, mais de créer également les moyens pour appliquer la législation. Il estime qu'il est indispensable qu'une harmonisation des législations en matière de contrôle alimentaire intervienne sur le plan des Communautés européennes.

4022. La protection de la nature

Le Conseil Economique et Social préconise la création de parcs naturels. Il demande que des mesures énergiques soient prises contre des personnes qui déchargent les ordures dans les cours d'eau et se demande s'il ne faudrait pas inciter par des faveurs fiscales les entreprises à filtrer et à nettoyer les eaux usées avant l'évacuation.

4023. La pollution de l'air

Le Conseil Economique et Social demande d'étudier l'introduction d'un dispositif antipolluant pour les voitures automobiles et demande que des normes soient prescrites pour les chaudières de chauffage à mazout.

En ce qui concerne la pollution de l'air provoquée par les entreprises, le Conseil Economique et Social demande d'une part que des zones industrielles séparées des zones d'habitation soient

prévues dans l'aménagement du territoire et d'autre part que des entreprises soient encouragées à effectuer des investissements par des incitations fiscales telles qu'elles sont pratiquées en Allemagne et en France.

4024. La pollution du sol

Le Conseil Economique et Social demande qu'une étude sérieuse soit entreprise en vue d'introduire des méthodes modernes et hygiéniques de la destruction des ordures par la création d'une usine d'incinération combinée à une installation de compostage.

Le Conseil Economique et Social propose de créer un comité interministériel pour les problèmes de l'environnement qui s'appuierait, pour les problèmes sanitaires, sur un service central fonctionnant auprès du Ministre de la Santé Publique.

4025. La lutte contre le bruit

Le Conseil Economique et Social appuie le projet de règlement type relatif à la protection contre le bruit, élaboré au Ministère de l'Intérieur, tout en insistant sur la nécessité de faire adopter, par les communes, des règlements adaptés à leurs besoins.

4026. L'éducation sanitaire

Le Conseil Economique et Social demande que les actions entreprises actuellement par la direction de la Santé Publique et la Croix-Rouge soient élargies. A cette fin, il propose la création d'un comité national d'éducation sanitaire qui aurait pour mission de préparer un programme d'éducation sanitaire pour écoliers et pour adultes et d'étudier les moyens les plus appropriés pour en assurer la diffusion souhaitée.

En conclusion, le Conseil Economique et Social ne méconnaît pas que la réalisation des objectifs esquissés dans le présent avis comportera une charge financière substantielle tant pour le budget de l'Etat, les organismes de l'assurance-maladie, que pour les assurés. Il estime néanmoins que les objectifs d'une politique sanitaire améliorée justifieront la mise en oeuvre de ces moyens accrus.

Résultats du vote :

membres présents : 20
ont voté pour : 17
ont voté contre : 3
abstentions : -

Le Secrétaire Général

Jean Moulin

Le Président

Antoine Weiss



CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG 33, BD. GRANDE-DUCHESSE CHARLOTTE TÉL. 42148

CES/SP (73)

Amendements présentés par M. G. THEIS

Membre effectif du Conseil Economique

et Social

- Amendement No 1

Page 32, le point 2266 se lisant comme suit serait à biffer :

"Les autres organismes

Au sentiment du Conseil Economique et Social, le collège vétérinaire, le service d'inspection générale vétérinaire, le laboratoire de médecine vétérinaire et l'inspection des viandes seraient à rattacher au Ministère de la Santé Publique plutôt qu'à celui de l'Agriculture, étant donné que ces institutions ont pour mission de protéger la santé de la population. "

Cet amendement fut rejeté par 15 voix contre 3 et 5 abstentions.

- Amendement Nò 2

Page 63, le point 396 se lisant comme suit serait à biffer :

"Les autres organismes

Le Conseil Economique et Social estime que le collège vétérinaire, le service d'inspection générale vétérinaire, le laboratoire de médecine vétérinaire et l'inspection des viandes seraient à rattacher au Ministère de la Santé Publique plutôt qu'à celui de l'Agriculture. "

Cet amendement fut rejeté par 15 voix contre 3 et 5 abstentions.

- Amendement No 3 (Annexe Statistique)

Page 80, remplacer le deuxième alinéa par le texte suivant :

" La sécurité du travail dans les entreprises relevant de la section industrielle de l'association d'assurance contre les accidents est mise en oeuvre par des prescriptions dont l'inobservation peut être passible de sanctions. Pour l'Agriculture, par contre, il n'existe que des recommandations, en raison du fait que la profession agricole s'exerce dans des situations où le risque est différent de celui connu dans les autres activités. Il convient donc de donner aux recommandations d'ores et déjà établies la publicité voulue et la vulgarisation nécessaire. Toutefois, en ce qui concerne la mise sur le marché de nouvelles machines agricoles, des prescriptions assorties de sanctions pourraient, dans une certaine mesure, contribuer à améliorer la sécurité dans l'agriculture. "

Cet amendement fut rejeté par 14 voix contre 3 et 3 abstentions.

Le Secrétaire Général

Le Président

Jean Moulin

Antoine Weiss