



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Dossier consolidé

Projet de loi 6099

Projet de loi modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire

Date de dépôt : 14-01-2010

Date de l'avis du Conseil d'État : 23-03-2010

Auteur(s) : Monsieur Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé

Liste des documents

| Date | Description | Nom du document | Page |
|-------------|---|------------------------|-------------|
| 06-05-2010 | Résumé du dossier | Résumé | <u>3</u> |
| 14-01-2010 | Déposé | 6099/00 | <u>5</u> |
| 22-01-2010 | Corrigendum Ce document complète le document parlementaire N°6099/00 1) Dépêche de la Ministre aux Relations avec le Parlement au Président de la Chambre des Députés (22.1.2010) 2) Exposé [...] | 6099/01 | <u>8</u> |
| 23-03-2010 | Avis du Conseil d'Etat (23.3.2010) | 6099/02 | <u>17</u> |
| 25-03-2010 | Rapport de commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Rapporteur(s) : | 6099/03 | <u>20</u> |
| 05-05-2010 | Dispense du second vote constitutionnel par le Conseil d'Etat (05-05-2010) Evacué par dispense du second vote (05-05-2010) | 6099/04 | <u>27</u> |
| 25-03-2010 | Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (14) de la reunion du 25 mars 2010 | 14 | <u>30</u> |
| 11-02-2010 | Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (11) de la reunion du 11 février 2010 | 11 | <u>65</u> |
| 04-02-2010 | Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (10) de la reunion du 4 février 2010 | 10 | <u>78</u> |
| 08-06-2010 | Publié au Mémorial A n°89 en page 1642 | 6099 | <u>93</u> |

Résumé

RESUME

No 6099

Projet de loi

modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire

Le domaine de la médecine scolaire est régi actuellement par la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire. Sur base de cette loi, le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1990 a déterminé jusqu'à présent le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire.

Pour concrétiser la réorientation de la médecine scolaire aux concepts modernes de santé publique, le Ministre de la Santé a élaboré un projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire.

Ce projet de règlement grand-ducal est appelé à remplacer le règlement grand-ducal du 21 décembre 1990. Dans son avis du 17 février 2009 sur le projet de règlement grand-ducal, le Conseil d'Etat, dans ses observations finales, a rendu attentif à la nécessité d'élargir la base légale fournie actuellement par la loi précitée du 3 décembre 1987 en étendant le pouvoir réglementaire de l'Exécutif à la détermination tant du contenu et des formes du carnet de santé que de l'équipement standard des locaux et des centres destinés à effectuer des examens médicaux scolaires.

Cette adaptation est nécessaire alors que la matière de la santé relève d'une façon générale du domaine réservé par la Constitution à la loi formelle, et que les mesures réglementaires dans ce domaine ressortissent à l'article 32, paragraphe 3 de la norme fondamentale.

Etant donné d'une part que la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire habilite directement le Gouvernement à prendre des mesures réglementaires, et que d'autre part certaines dispositions dépassent l'habilitation accordée par le législateur, le projet vise à assurer la mise en conformité avec la norme fondamentale (article 32, paragraphe 3).

Par ailleurs, suite à l'entrée en vigueur de la loi du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, le projet de loi se propose également d'introduire la notion d'enseignement fondamental dans la loi du 2 décembre 1987.

6099/00

N° 6099

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2009-2010

PROJET DE LOI**modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant
réglementation de la médecine scolaire**

* * *

*(Dépôt: le 14.1.2010)***SOMMAIRE:**

| | <i>page</i> |
|---|-------------|
| 1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (28.11.2009)..... | 1 |
| 2) Exposé des motifs et commentaire des articles..... | 2 |
| 3) Texte du projet de loi..... | 2 |

*

ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT

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

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Article unique.– Notre Ministre de la Santé est autorisé à déposer en Notre nom à la Chambre des Députés le projet de loi modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire.

Château de Berg, le 28 novembre 2009

Le Ministre de la Santé,
Mars DI BARTOLOMEO

HENRI

*

EXPOSE DES MOTIFS ET COMMENTAIRE DES ARTICLES

Dans son avis du 17 février 2009, la Haute Corporation formulait à l'encontre du projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire, les observations finales suivantes:

„Faisant somme des différentes difficultés juridiques rencontrées, le Conseil d'Etat est d'avis qu'il y a lieu d'adapter la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire en amont des mesures réglementaires envisagées. A cet effet, le Conseil d'Etat propose le texte de loi suivant et donne à considérer que son présent avis vaut comme recouvrant également la loi en projet.“

Le projet de loi étend tout d'abord le pouvoir réglementaire de l'Exécutif à la détermination tant du contenu et des formes du carnet de santé que de l'équipement standard des locaux et des centres destinés à effectuer les examens médicaux. Cette adaptation est motivée alors que la matière de la santé relève d'une façon générale du domaine réservé par la Constitution à la loi formelle, et que les mesures réglementaires dans ce domaine ressortissent à l'article 32, paragraphe 3 de la norme fondamentale. Etant donné d'une part que la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire habilite directement un membre du Gouvernement de prendre des mesures réglementaires, et que d'autre part certaines dispositions dépassent l'habilitation accordée par le législateur, le texte sous projet vise à assurer la mise en conformité avec la norme fondamentale (article 32, paragraphe 3).

Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, le projet de loi se propose également d'introduire la notion d'enseignement fondamental dans la loi du 2 décembre 1987.

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

Art. 1er. A l'article 2 de la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire, les termes „de l'éducation préscolaire, des enseignements primaire, postprimaire ou supérieur“ sont remplacés par les termes „de l'enseignement fondamental, de l'enseignement secondaire“.

Art. 2. L'article 5 de la même loi prend la teneur suivante:

„Art. 5. Un règlement grand-ducal, en vue duquel l'avis du Collège médical est sollicité, détermine le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire prévus à l'article 4. Le même règlement détermine le contenu et les formes d'un carnet de santé.“

Art. 3. A l'article 6 de la même loi, le dernier alinéa est complété par la phrase suivante:

„Un règlement grand-ducal peut déterminer l'équipement standard de ces locaux et centres.“

6099/01

N° 6099¹

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2009-2010

PROJET DE LOI**modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant
réglementation de la médecine scolaire**

* * *

*Corrigendum**Ce document complète le document parlementaire 6099*

*

SOMMAIRE:

| | <i>page</i> |
|--|-------------|
| 1) Dépêche de la Ministre aux Relations avec le Parlement au Président de la Chambre des Députés (22.1.2010)..... | 1 |
| 2) Exposé des motifs et commentaire des articles | 2 |
| 3) Avis du Conseil d'Etat sur le projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico- socio-scolaire (17.2.2009) | 2 |

*

**DEPECHE DE LA MINISTRE AUX RELATIONS AVEC LE PARLEMENT
AU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES**

(22.1.2010)

Monsieur le Président,

A la demande du Ministre de la Santé, j'ai l'honneur de vous faire parvenir en annexe l'avis du Conseil d'Etat du 17 février 2009 sur le projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire.

Dans ce contexte, Monsieur le Ministre aimerait vous informer que le projet de loi No 6099 sous rubrique, déposé à la Chambre des Députés en date du 14 janvier 2010, est issu d'une proposition de la Haute Corporation reprise dans ses observations relatives au projet de règlement grand-ducal prémentionné (cf. pages 9 et 10 de l'avis en question).

Or, Monsieur le Ministre souligne que la proposition textuelle législative du Conseil d'Etat prévoyait des dispositions relatives à des sanctions pénales, alors que le projet gouvernemental ne les reprend pas.

Monsieur le Ministre de la Santé a complété l'exposé des motifs et le commentaire des articles du projet de loi dans ce sens et vous saurait gré de bien vouloir remplacer l'exposé des motifs et le commentaire des articles vous soumis lors du dépôt du projet de loi par le texte complété joint en annexe.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

*La Ministre aux Relations
avec le Parlement,
Octavie MODERT*

*

EXPOSE DES MOTIFS ET COMMENTAIRE DES ARTICLES

Dans son avis du 17 février 2009, la Haute Corporation formulait à l'encontre du projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire, les observations finales suivantes:

„Faisant somme des différentes difficultés juridiques rencontrées, le Conseil d'Etat est d'avis qu'il y a lieu d'adapter la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire en amont des mesures réglementaires envisagées. A cet effet, le Conseil d'Etat propose le texte de loi suivant et donne à considérer que son présent avis vaut comme recouvrant également la loi en projet.“

Le projet de loi étend tout d'abord le pouvoir réglementaire de l'Exécutif à la détermination tant du contenu et des formes du carnet de santé que de l'équipement standard des locaux et des centres destinés à effectuer les examens médicaux. Cette adaptation est motivée alors que la matière de la santé relève d'une façon générale du domaine réservé par la Constitution à la loi formelle, et que les mesures réglementaires dans ce domaine ressortissent à l'article 32, paragraphe 3 de la norme fondamentale. Etant donné d'une part que la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire habilite directement un membre du Gouvernement de prendre des mesures réglementaires, et que d'autre part certaines dispositions dépassent l'habilitation accordée par le législateur, le texte sous projet vise à assurer la mise en conformité avec la norme fondamentale (article 32, paragraphe 3).

Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, le projet de loi se propose également d'introduire la notion d'enseignement fondamental dans la loi du 2 décembre 1987.

Contrairement au texte tel que proposé par la Haute Corporation, le présent projet de loi ne contient toutefois pas de sanctions pénales.

*

AVIS DU CONSEIL D'ETAT SUR LE PROJET DE REGLEMENT GRAND-DUCAL déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire (17.2.2009)

En date du 20 octobre 2008, le Premier Ministre, Ministre d'Etat, a fait transmettre au Conseil d'Etat pour avis le projet de règlement grand-ducal sous rubrique, élaboré par le ministre de la Santé.

Le texte du projet de règlement était accompagné d'un exposé des motifs et d'un commentaire des articles.

Les avis du Collège médical et du Conseil supérieur de certaines professions de santé sont parvenus par dépêche du 9 janvier 2009 au Conseil d'Etat.

*

CONSIDERATIONS GENERALES

Le règlement grand-ducal sous revue trouve son fondement légal dans la première partie de l'article 5 de la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire. Il vise à remplacer le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1990 déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire.

La finalité du projet en vedette est d'adapter la médecine scolaire à l'évolution des besoins des jeunes, d'un côté, et des concepts de santé publique, de l'autre. A l'exposé des motifs, les auteurs signalent qu'„une vaste documentation comportant des textes de l'OMS, de la Commission européenne et du Conseil de l'Europe a été consultée ainsi que les modèles de santé scolaire ayant fait leur preuve dans d'autres pays européens“.

Parmi d'autres mesures, le projet de règlement sous avis vise à diminuer les examens médicaux systématiques pour cibler davantage les enfants à risque.

Par ailleurs, les auteurs du règlement en projet veulent renforcer les volets de la promotion de la santé et de l'éducation à la santé. Le Conseil d'Etat a pris connaissance d'une recherche¹ française en cette matière qui montre que „l'éducation pour la santé n'est pas une mission récente et nouvelle qui viendrait s'ajouter aux autres missions plus traditionnelles de l'école. En France, les origines des actions de santé en milieu scolaire remontent à la fin du XVIIIe siècle, sous la Convention. Plus tard, en 1887, une loi crée des services de santé scolaire dans l'enseignement primaire obligatoire, que certaines grandes villes ont d'ailleurs conservés sous la forme de „services municipaux de santé scolaire“. La lecture, par ailleurs, des bulletins administratifs parus dans la période allant de 1895 à 1917 montre que l'antialcoolisme était inscrit dans les programmes scolaires des écoles primaires, collèges et lycées, dès la fin du XIXe siècle. L'analyse de onze circulaires, parues entre 1895 et 1917, nous permet d'affirmer que l'importance de cette lutte n'avait pas échappé aux autorités de l'époque qui sollicitaient déjà les professeurs de philosophie, d'économie politique, d'histoire naturelle et de chimie pour sensibiliser les élèves aux ravages engendrés par l'alcoolisme. Ainsi, en 1877, le Ministère de l'Instruction publique avait diffusé 30.000 affiches sur les dangers des boissons alcoolisées.“

Le Conseil d'Etat constate que d'après le rapport 2007 du Ministère de la Santé, sous le chapitre de la division de la médecine scolaire, pendant l'année scolaire 2006/2007, 14.184 enfants de l'enseignement préscolaire et primaire furent examinés, dont 10,57% souffraient d'obésité et 6,93% d'une diminution de l'acuité visuelle. Pendant la même période, 15.220 élèves de l'enseignement secondaire subissaient un examen médical; leur taux d'obésité était de 12,67%, tandis que 5,56% souffraient d'un déficit visuel. En 2007, des campagnes de santé furent lancées parmi les jeunes, telles que „écoles sans tabac“ ou „gesond iessen, méi bewegen“.

Le Conseil d'Etat peut se déclarer d'accord à ce qu'une part plus large soit consacrée à la prévention et à la promotion de la santé dans les écoles; il se demande toutefois s'il ne convient pas davantage d'introduire des cours y relatifs dans la formation des enseignants, qui eux passent de nombreuses heures en compagnie de leurs élèves, alors que l'équipe médico-socio-scolaire les voit une fois par année pour de courts laps de temps.

Aussi ne faut-il pas sous-estimer, pour rester en bonne santé, le rôle majeur de la pratique de l'activité physique des jeunes. Rester assis sur une chaise pendant de longs moments au cours de la journée de classe est une condition qu'impose notre société. Heureusement, les récréations constituent d'excellentes occasions pour favoriser la santé par la pratique de l'activité physique et la cour d'école est, par ailleurs, l'endroit idéal et universel pour faire bouger les jeunes. La médecine scolaire n'est donc qu'un élément fort limité parmi d'autres pour contribuer au développement physique, social et intellectuel de l'enfant.

Le rôle classique de l'équipe médico-socio-scolaire consistant à faire des tests de tuberculine ou à rechercher des poux, particulièrement en période hivernale, devra donc changer pour englober entre autre un appui et des conseils aux enseignants, aux chefs de cantines scolaires et aux responsables des maisons-relais, où les enfants passeront de plus en plus de leur temps extrascolaire.

Le Conseil d'Etat tient encore à rappeler que l'organisation de la médecine scolaire au niveau préscolaire et primaire relève de la compétence des communes et est réalisée par des médecins agréés à cette fin, assistés par des assistants sociaux et des infirmières de la Ligue médico-sociale, à l'exception des villes de Luxembourg et d'Esch-sur-Alzette qui disposent de personnel propre pour ce service. Au niveau de l'enseignement secondaire, c'est la division de la médecine scolaire du ministère de la Santé qui en a la charge. Le Conseil d'Etat se doit de constater que la loi de base vise également les étudiants de l'enseignement supérieur, alors que ni le rapport susmentionné, ni le projet de règlement ne les mentionnent. Avec un nombre d'étudiants actuels de plus de 4.000, inscrits à l'Université du Luxembourg, il y aurait lieu de préciser également l'approche de santé publique face à cette communauté estudiantine.

Il convient de noter qu'au Luxembourg la participation aux examens et tests organisés dans le cadre de la médecine scolaire au niveau de l'enseignement secondaire est rendue obligatoire par le règlement grand-ducal du 23 décembre 2004 concernant l'ordre intérieur et la discipline dans les lycées et lycées techniques, dont l'article 26 prévoit que les „élèves se soumettent aux mesures et examens de médecine scolaire ...“; des dispenses peuvent être accordées pour motifs graves et sous certaines conditions.

*

¹ *L'Education à la santé en milieu scolaire „quelles approches des conduites addictives?“* Nelly Leselbaum, Université Paris-X

EXAMEN DU TEXTE

Préambule

Le préambule se réfère à l'article 36 de la Constitution. Ce renvoi à la Constitution est à supprimer alors qu'il est non seulement superfétatoire, mais encore erroné. Depuis que la santé appartient d'une façon générale au domaine réservé à la loi formelle, les mesures réglementaires dans ce domaine ressortissent à l'article 32, paragraphe 3 de la Constitution. Ce qui a comme conséquences:

1. Le texte ne peut réglementer „qu'aux fins, dans les conditions et suivant les modalités spécifiées par la loi“. On constatera à l'examen de certaines dispositions du texte sous revue qu'elles dépassent l'habilitation accordée par le législateur. Elles risquent donc d'encourir la sanction du juge.
2. L'article 32, paragraphe 3 de la Constitution ne permet pas au Grand-Duc de subdéléguer à un ministre le pouvoir lui délégué par le législateur. Le texte soumis ne respecte pas cette règle constitutionnelle. Il est vrai que dans certains cas la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire prévoit qu'il appartient à un membre du Gouvernement de prendre des mesures réglementaires. Toutefois, pour les raisons énoncées ci-avant, l'inconstitutionnalité de telles dispositions risque d'être sanctionnée.

En outre, étant donné que les communes sont responsables de la médecine scolaire dans l'enseignement fondamental, le Conseil d'Etat propose d'inclure le ministre de l'Intérieur au dernier visa.

Articles 1er et 2

L'article 1er n'a non seulement pas de valeur normative, mais il répète encore ce que l'article 1er de la loi de base dit déjà: „on entend par médecine scolaire l'ensemble des mesures de médecine préventive et des examens médicaux ... destinés à surveiller la santé et à promouvoir le bien-être des élèves“.

Selon le Conseil d'Etat, le contenu de l'article 2 relève plutôt de l'exposé des motifs. Il faut omettre qu'un texte normatif mentionne des recommandations de l'OMS ou des directives européennes sans les préciser, ou encore des partenaires du terrain sans les nommer. En plus, quels sont les secteurs visés par l'approche intersectorielle et quelles disciplines sont visées dans le multidisciplinaire? L'article 4 de la loi habilitante parle de „collaboration“ en citant au deuxième tiret, première phrase, les partenaires suivants: la commission scolaire, les services du ministère de l'Education nationale, les services de guidance, les commissions MPPS et les SPOS. Partant, le Conseil d'Etat suggère aux auteurs de renommer les articles 1er et 2 pour leur donner un caractère normatif et à défaut de les supprimer.

Article 3 (1er selon le Conseil d'Etat)

L'article 3 mentionne sous trois tirets différents le „bilan de santé“, le „bilan social“ et le „bilan de santé individuel“. Dans une description du concept de la santé, tel que défini par le préambule de 1946 à la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), „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“. Le Conseil d'Etat ne saurait partant s'accorder d'une dissociation du bilan de santé et du bilan social, toujours individuel de surcroît; car même si toute une classe est soumise aux bilans de santé, il ne s'agit pas d'établir un bilan de santé de la classe mais bien de chaque élève.

L'article 1er se lira donc comme suit:

„**Art. 1er.** La surveillance médico-sociale comprend les mesures et examens de médecine scolaire énumérés ci-après:

- les tests et mesures de dépistage, de contrôle systématiques, les examens bucco-dentaires, le bilan visuel et le bilan auditif;
- le bilan de santé systématique, y compris le volet social;
- le bilan de santé particulier;
- le contrôle du suivi des problèmes détectés; et
- l'entretien de santé.“

Article 4 (2 selon le Conseil d'Etat)

A l'article 4, une différence est faite entre les élèves de l'enseignement secondaire classique et de l'enseignement secondaire technique, sans que cette différence de traitement soit justifiée par ailleurs.

Article 5 (3 selon le Conseil d'Etat)

Cet article traite d'examen supplémentaires; s'il s'agit de la répétition de tests identiques à ceux décrits aux articles 7 et 8 (5 et 6 selon le Conseil d'Etat), le Conseil d'Etat peut se déclarer d'accord avec cette manière de faire. Si, par contre, il s'agit d'une investigation supplémentaire, il doit s'y opposer. Le rôle des mesures de santé publique est en effet de détecter des pathologies ou des déficiences; s'il y a détection de problèmes, il convient d'orienter l'élève, respectivement ses parents, vers leur médecin de famille, vers le pédiatre ou éventuellement vers un médecin spécialisé. En plus, le Conseil d'Etat estime qu'aucun examen supplémentaire ne peut se faire sans l'accord des parents ou du tuteur. En outre, dans une communauté scolaire et au sein d'une classe, le Conseil d'Etat voit mal comment garantir la discrétion et ne pas stigmatiser l'enfant dont l'état de santé requiert certes une attention particulière, mais une attention qui doit lui être portée dans un cadre plus approprié que l'école. L'article 5 ne peut pas trouver l'accord du Conseil d'Etat dans sa version actuelle et reste donc à être précisé.

Article 6 (4 selon le Conseil d'Etat)

L'article 6 prévoit la possibilité pour les parents des jeunes du premier cycle de l'enseignement fondamental d'accompagner leur enfant lors de la surveillance médico-scolaire. Le Conseil d'Etat reconnaît la bonne volonté des auteurs dans cette disposition et leur effort pour faire participer les parents, mais il donne à considérer que la plupart d'eux travaillent et il se demande s'il ne faut pas, en plus, prévoir des rencontres avec les parents absents d'enfants chez qui une pathologie ou une anomalie a été dépistée.

Article 7 (5 selon le Conseil d'Etat)

Sans observation.

Articles 8 et 10 (6 et 7 selon le Conseil d'Etat)

Quant aux dispositions des articles 8 et 10, et suite aux propositions faites à l'endroit de l'article 3, le Conseil d'Etat suggère de les regrouper sous un seul article 6.

En ce qui concerne le point 2 de l'article 8, le Conseil d'Etat propose d'en faire un article 7 à part, ayant trait à la collaboration entre l'équipe médico-socio-scolaire et le personnel enseignant, l'inspecteur ou le directeur de l'établissement scolaire ou les services spécialisés du ministère de l'Education nationale.

Partant il propose la rédaction suivante:

„**Art. 6.** Le bilan de santé comprend:

1) des éléments cliniques:

a) l'anamnèse

Le médecin scolaire recueille les renseignements soit directement auprès des personnes investies de l'autorité parentale si elles assistent au bilan de santé, soit directement auprès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'élève majeur soit par l'intermédiaire du carnet de santé de l'élève ou d'un questionnaire confidentiel. A cet effet, un entretien individuel avec chaque élève est obligatoire.

L'anamnèse porte essentiellement sur:

- les antécédents familiaux et héréditaires (notamment pour le premier bilan de santé);
- les antécédents pathologiques personnels;
- les habitudes et modes de vie: alimentation, activité physique, sommeil, loisirs etc.;
- l'environnement de vie;
- l'hygiène personnelle;
- les comportements à risque;
- les éventuels traitements en cours;

b) les tests et mesures de dépistage et de contrôle systématiques tels que définis à l'article 7;

c) l'examen somatique est effectué par le médecin de l'équipe médico-socio-scolaire.

Il se fait de façon standardisée. Il est ciblé sur certains aspects prioritaires suivant l'âge, le développement et les besoins spécifiques de l'élève. Il est complété, si nécessaire, d'après les indications de l'anamnèse, de l'observation ou de l'inspection médicale;

- 2) des éléments sociaux:
 - a) l'établissement par l'assistant d'hygiène sociale de l'équipe médico-socio-scolaire du bilan social, qui comprend des indications familiales, économiques, culturelles et comportementales;
 - b) l'analyse de la situation sociale de l'élève afin de dépister des problèmes éventuels;
 - c) l'identification, en cas de problèmes sociaux, des ressources de l'élève, des aides disponibles, des services compétents avec un énoncé des recommandations pour résoudre la problématique dépistée;
- 3) des conseils de santé, qui s'orientent d'après les besoins des élèves;
- 4) un entretien individuel, adapté à l'âge et aux besoins de l'élève, destiné à faciliter l'établissement de l'anamnèse et à permettre de conseiller efficacement l'élève, sur base de grilles d'entretien établies pour servir de guidance.

Art. 7. Avant le début des examens médicaux, l'équipe médico-socio-scolaire se concerta avec:

- le personnel enseignant concerné de l'enseignement fondamental;
- le service de psychologie et d'orientation scolaires de l'enseignement secondaire;
- le cas échéant, avec le service social communal concerné.

A la fin de l'établissement des bilans de santé systématiques, l'équipe médico-socio-scolaire réunit les personnes concernées en vue de les informer des résultats globaux et en vue d'octroyer des conseils de santé généraux.

L'inspecteur de l'enseignement fondamental ou le directeur d'un établissement scolaire peuvent signaler à l'équipe médico-socio-scolaire les élèves ayant des problèmes de santé.

Pour les élèves présentant des déficiences de santé, une collaboration est établie suivant les besoins avec les services spécialisés du ministère de l'Education nationale et avec l'Office national de l'enfance.“

Article 9 (8 selon le Conseil d'Etat)

L'article sous examen précise l'attention particulière à porter sur tel ou tel aspect lors des différents examens. Le Conseil d'Etat estime que ces dispositions, qui se trouvent en partie déjà intégrées à l'annexe II, auront avantage à être précisées au niveau de cette annexe. Le point 1 de l'article 9 est donc à supprimer et cet article se lira comme suit:

„**Art. 8.** Le contenu sommaire des différents bilans de santé systématiques est repris à l'annexe II du présent règlement. Les explications détaillées sur les tests à utiliser et sur le recueil standardisé des données sont retenues dans un guide d'accompagnement élaboré par la Division de la médecine scolaire de la Direction de la Santé.“

Articles 11 et 12 (9 selon le Conseil d'Etat)

Les articles 11 et 12 traitent du bilan de santé individuel et du contrôle du suivi des problèmes détectés. Le Conseil d'Etat propose de regrouper le contenu de ces articles dans un seul article 9 et de définir ces mesures comme „examens de santé particuliers“ qui se feront à la fois pour les élèves absents lors du dépistage de toute la classe et pour assurer le suivi des enfants „à risque“. Un tel procédé évitera une trop grande stigmatisation de l'élève.

Cet article aura la teneur suivante:

„**Art. 9.** Des bilans de santé particuliers sont réalisés pour:

- des élèves absents lors de l'examen systématique de l'ensemble des élèves d'une classe;
- des élèves ayant besoin d'une plus grande surveillance de leur état de santé.“

Articles 13 et 14 (10 et 11 selon le Conseil d'Etat)

Sans observation.

Article 15

Cet article traite du carnet médical scolaire individuel.

La loi modifiée du 20 juin 1977 ayant pour objet 1) d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge; 2) de modifier la législation existante en matière d'allocations de naissance a instauré le carnet de santé pour les enfants jusqu'à 2 ans et a même prévu la pénalisation en cas de mauvais usage de ce carnet.

La loi du 15 mai 1984 introduisant des examens médicaux systématiques pour les enfants âgés de deux à quatre ans a étendu l'usage de ce carnet de santé pour cette catégorie d'âge.

Le Collège médical soulève dans son avis la question pertinente: „Pourquoi ne pas continuer le carnet de santé remis à la naissance?“, et rend en plus attentif au fait qu'un fichier standard informatisé n'est pas encore disponible et pose le problème de la protection des données.

Le Conseil d'Etat, tel qu'il l'a proposé dans les considérations générales, suggère que la loi de base détermine la documentation à mettre en place, le cas échéant, sous forme de carnet de santé et d'en régler l'accès. Pour tout nouveau fichier incluant des données personnelles, la législation sur la protection des données est à respecter scrupuleusement.

Article 16

Cet article prévoit de définir par règlement ministériel les missions de l'équipe scolaire. Or, vu que la Santé relève du domaine réservé par la Constitution à la loi, le Grand-Duc ne peut pas déléguer son pouvoir réglementaire inscrit à l'article 32(3) de la Constitution à un membre du gouvernement qu'il autoriserait à agir par voie de règlement ministériel. Il convient donc d'inscrire les missions dans le projet de règlement sous avis. Cette observation vaut également pour les règlements ministériels prévus aux articles 18 et 20. Par ailleurs, l'article sous revue est redondant par rapport à l'article 6 de la loi de base du 2 décembre 1987. Partant, le Conseil d'Etat recommande vivement d'en prévoir la suppression.

Article 17

Sans observation.

Article 18

L'article sous examen impose aux communes et aux lycées de mettre en permanence un local à disposition de l'équipe médico-socio-scolaire et il dépasse ainsi largement le cadre dressé par la loi, qui prévoit à l'article 6 que la „médecine scolaire se pratique dans des locaux appropriés soit dans les établissements scolaires, soit dans des centres aménagés à cette fin“. Le Conseil d'Etat doit donc s'opposer à cette disposition. Il suggère par contre de prévoir une disposition légale qui assure un équipement minimum de ce local.

Articles 19 à 24 (13 à 18 selon le Conseil d'Etat)

Sans observation particulière, à part l'obligation d'omettre le règlement ministériel à l'article 20 (14 selon le Conseil d'Etat).

*

OBSERVATIONS FINALES

Faisant somme des différentes difficultés juridiques rencontrées, le Conseil d'Etat est d'avis qu'il y a lieu d'adapter la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire en amont des mesures réglementaires envisagées. A cet effet, le Conseil d'Etat propose le texte de loi suivant et donne à considérer que son présent avis vaut comme recouvrant également la loi en projet:

*

**„PROJET DE LOI
modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant
réglementation de la médecine scolaire**

Art. 1er. A l'article 2 de la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire, les termes „de l'enseignement universitaire, de l'éducation préscolaire, des enseignements primaire, postprimaire ou supérieur“ sont remplacés par les termes „de l'enseignement fondamental, de l'enseignement secondaire“.

Art. 2. L'article 5 de la même loi prend la teneur suivante:

„**Art. 5.** Un règlement grand-ducal, en vue duquel l'avis du Collège médical est sollicité, détermine le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire prévus à l'article 4. Le même règlement détermine le contenu et les formes d'un carnet de santé.

L'article 25 de la loi modifiée du 20 juin 1977 ayant pour objet 1) d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge; 2) de modifier la législation existante en matière d'allocations de naissance est applicable au carnet de santé visé à l'alinéa qui précède.“

Art. 3. A l'article 6 de la même loi, le dernier alinéa est complété par la phrase suivante:

„Un règlement grand-ducal peut déterminer l'équipement standard de ces locaux et centres.“ “

Ainsi délibéré en séance plénière, le 17 février 2009.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Georges SCHROEDER

6099/02

N° 6099²

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2009-2010

PROJET DE LOI**modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant
réglementation de la médecine scolaire**

* * *

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

(23.3.2010)

Par dépêche du 29 janvier 2010, le Premier Ministre, Ministre d'Etat, a soumis à l'avis du Conseil d'Etat le projet de loi sous rubrique, élaboré par le ministre de la Santé. Au texte du projet de loi étaient joints un exposé des motifs et un commentaire des articles.

*

Le projet de loi sous avis fait suite à l'avis du Conseil d'Etat du 17 février 2009 portant sur le projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire. Dans cet avis, le Conseil d'Etat avait proposé le texte du projet de loi sous avis, afin de fournir une base légale à toutes les dispositions du projet de règlement précité et de tenir compte de la notion d'enseignement fondamental introduite par la loi du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental.

*

EXAMEN DES ARTICLES*Article 1er*

Il y a lieu de corriger une erreur matérielle survenue dans l'avis précité du Conseil d'Etat et de formuler le libellé de l'article 1er comme suit:

„**Art. 1er.** A l'article 2 de la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire, les termes „de l'éducation préscolaire, des enseignements primaire, postprimaire ou supérieur“ sont remplacés par les termes „de l'enseignement fondamental, secondaire ou supérieur“.“

Articles 2 et 3

Sans observation.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 23 mars 2010.

Le Secrétaire général,

Marc BESCH

Le Président,

Georges SCHROEDER

Service Central des Imprimés de l'Etat

6099/03

N° 6099³

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2009-2010

PROJET DE LOI

**modifiant la loi du 2 décembre 1987
portant réglementation de la médecine scolaire**

* * *

**RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA SANTE
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

(25.3.2010)

La Commission se compose de: Mme Lydia MUTSCH, Présidente; Mme Claudia DALL'AGNOL, Rapportrice; Mme Sylvie ANDRICH-DUVAL, MM. Eugène BERGER, Jean COLOMBERA, Mme Lydie ERR, M. Jean HUSS, Mme Martine MERGEN, MM. Paul-Henri MEYERS, Jean-Paul SCHAAF, Marc SPAUTZ et Carlo WAGNER, Membres.

*

PROCEDURE LEGISLATIVE

Le projet de loi 6099 modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire a été déposé à la Chambre des Députés par M. le Ministre de la Santé, Mars Di Bartolomeo, en date du 14 janvier 2010.

Dans sa réunion du 4 février 2010, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des Députés a désigné Mme Claudia Dall'Agnol comme rapportrice du projet de loi et entendu la présentation de M. le Ministre de la Santé. Le 11 février 2010, la commission s'est penchée sur le projet de règlement grand-ducal appelé à remplacer le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1990 déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire. Suite à l'analyse de l'avis du Conseil d'Etat du 23 mars 2010, la commission a adopté le présent rapport lors de sa réunion du 25 mars 2010.

*

CONTEXTE

Dans le cadre de la santé publique, la médecine scolaire revêt une importance particulière.

Elle vise essentiellement à assurer un contrôle et un suivi réguliers de l'état de santé des enfants et des adolescents, afin de détecter et de traiter dans un stade précoce toutes sortes de problèmes ou de troubles pouvant d'une façon ou d'une autre hypothéquer leur développement personnel et leur carrière scolaire ou même professionnelle. Notons que le concept de santé doit ici être entendu tel que défini par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme „un état de complet bien-être physique, mental et social“, et qui „ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité“. En suivant cette optique, il est clair que la médecine scolaire ne peut pas se contenter du contrôle d'un certain nombre de paramètres physiques, mais doit plutôt s'efforcer de prendre en considération une multitude d'aspects de la personnalité de l'enfant et de l'adolescent.

*

OBJET DU PROJET DE LOI

Le domaine de la médecine scolaire est régi actuellement par la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire. Sur base de cette loi, le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1990 a déterminé jusqu'à présent le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire.

Suite à une large concertation entre experts au cours des dernières années, il a été constaté qu'il convient à présent d'adapter la médecine scolaire aux besoins des jeunes et aux concepts modernes de santé publique. L'idée principale est de transformer la médecine scolaire en véritable „santé à l'école“. Il s'agira de cibler davantage les enfants à risque pour lesquels le suivi devra être intensifié.

Par ailleurs, une plus large part devra être consacrée à la promotion de mesures préventives aidant les jeunes à rester en bonne santé, notamment par une alimentation équilibrée, la pratique d'activités physiques et la prise de conscience des comportements à risque à éviter.

Pour concrétiser cette réorientation de la médecine scolaire, le Ministre de la Santé a élaboré un projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire.

Ce projet de règlement grand-ducal est appelé à remplacer le règlement grand-ducal précité du 21 décembre 1990. Dans son avis du 17 février 2009 sur le projet de règlement grand-ducal, le Conseil d'Etat, dans ses observations finales, a rendu attentif à la nécessité d'élargir la base légale fournie actuellement par la loi précitée du 3 décembre 1987 en étendant le pouvoir réglementaire de l'Exécutif à la détermination tant du contenu et des formes du carnet de santé que de l'équipement standard des locaux et des centres destinés à effectuer des examens médicaux scolaires.

Cette adaptation est nécessaire alors que la matière de la santé relève d'une façon générale du domaine réservé par la Constitution à la loi formelle, et que les mesures réglementaires dans ce domaine ressortissent à l'article 32, paragraphe 3 de la norme fondamentale.

Etant donné d'une part que la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire habilite directement le Gouvernement à prendre des mesures réglementaires, et que d'autre part certaines dispositions dépassent l'habilitation accordée par le législateur, le projet vise à assurer la mise en conformité avec la norme fondamentale (article 32, paragraphe 3).

Par ailleurs, suite à l'entrée en vigueur de la loi du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, le projet de loi se propose également d'introduire la notion d'enseignement fondamental dans la loi du 2 décembre 1987.

*

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

Dans son avis précité sur le projet de règlement grand-ducal, le Conseil d'Etat avait lui-même formulé une proposition textuelle législative traduisant la finalité juridique ci-dessus exposée, en annonçant que son avis sur le projet de règlement grand-ducal vaudrait également comme recouvrant cette loi en projet.

Or, le Conseil d'Etat avait prévu des sanctions pénales en rendant applicable au carnet de santé l'article 25 de la loi modifiée du 20 juin 1977 ayant entre autres pour objet d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge – loi qui, il convient de le noter, a été abrogée entretemps suite à l'introduction du statut unique par la loi du 13 mai 2008.

Le présent projet gouvernemental s'écarte toutefois de la proposition de texte du Conseil d'Etat dans la mesure où il ne contient pas de sanctions pénales. Il ne reprend donc pas intégralement le texte proposé par le Conseil d'Etat, de sorte que ce dernier a dû émettre un avis propre sur le projet de loi.

A part la correction d'une erreur matérielle survenue dans son avis concernant le règlement grand-ducal susmentionné, la Haute Corporation, dans son avis du 23 mars 2010, n'a pas formulé d'observation.

*

TRAVAUX EN COMMISSION

Le projet de loi sous rubrique ayant un caractère purement formel, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale a exprimé le souhait de ne pas se limiter à l'instruction du seul projet de loi, mais de se pencher également sur le projet de règlement grand-ducal qui en fait est à l'origine du projet de loi et qui constitue au fond la réforme de la médecine scolaire. Cette démarche s'imposait d'autant plus qu'en novembre 2008, la Chambre a débattu en séance publique des mesures de réforme à entreprendre dans le domaine de la médecine scolaire dans le cadre d'une interpellation.

Aussi la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des Députés a-t-elle entendu la présentation et discuté les différents aspects du projet de règlement grand-ducal et des avis afférents émis par le Conseil d'Etat et les organismes consultatifs compétents.

Le projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire

Depuis l'entrée en vigueur de la loi de base du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire et du règlement grand-ducal d'exécution y relatif, les conceptions en matière de santé publique ont beaucoup évolué. La promotion de la santé, le maintien de la santé et la prévention des maladies sont aujourd'hui au centre des préoccupations des responsables dans ce domaine. A cet égard, un rôle de plus en plus important est destiné à la médecine scolaire.

Des études récentes ont révélé que les enfants et adolescents sont exposés à des risques de santé, parfois graves et difficiles comme par exemple l'obésité, l'abus de drogues licites, la consommation de drogues illicites et en particulier l'ensemble des problèmes relevant de la dimension médico-psycho-sociale.

L'objet de la réforme est de préserver la médecine scolaire dans ses bases tout en l'adaptant aux nouvelles attentes et exigences de manière à répondre aux défis se posant dans un environnement social en permanente évolution.

Au Luxembourg, on peut dire que la médecine scolaire prend en quelque sorte la relève du système très intensif de surveillance légale obligatoire des femmes enceintes et des enfants en bas âge. La médecine scolaire à son tour a institué une surveillance très étroite des enfants et adolescents scolarisés, garantissant notamment la prise en charge d'enfants issus de milieux socio-économiques plus défavorisés. Ainsi, la médecine scolaire aménage une possibilité unique d'offrir une prise en charge médicale de façon égalitaire à tous les enfants et adolescents scolarisés, indépendamment de leur statut social. Le niveau de surveillance institué par notre médecine scolaire est à qualifier comme se situant largement au-dessus de la moyenne européenne.

Dans le cadre de l'élaboration de la présente réforme le Ministère de la Santé a consulté des experts internationaux qui, sans équivoque, se sont prononcés pour une augmentation de la qualité du système existant. En même temps, ils se sont prononcés contre toute velléité d'abandonner notre système de médecine scolaire au profit d'une intégration de la surveillance médicale des jeunes dans le système national de santé. Dans les pays appliquant ce dernier modèle, le taux de participation est largement inférieur au taux de 98% dont notre pays peut se prévaloir.

A l'avenir, il conviendra d'accorder une grande importance et des moyens croissants à la promotion de la santé, à la prévention et à la détection précoce de maladies. Il faudra améliorer à la fois la qualité des interventions, le recueil des données selon un modèle standardisé et l'évaluation des résultats.

Une importance particulière reviendra à la nécessité de déterminer avec précision les examens médicaux auxquels l'enfant est soumis en fonction de son âge et compte tenu de son évolution psychosociale. Actuellement des critiques s'adressent au fait que des examens répétés d'enfants majoritairement en bonne santé n'ont guère d'utilité et qu'il est préférable de mieux cibler les enfants présentant des risques réels.

Une autre finalité de la réforme est d'améliorer la collaboration de la médecine scolaire avec les autres professionnels entourant l'enfant et en particulier le personnel enseignant, les psychologues, les SPOS et d'autres services spécialisés de l'Education nationale. Aussi bien pour les élèves que pour le personnel enseignant, l'école constitue un cadre de vie où la santé peut et doit être protégée et promue

activement. La sensibilisation de tous les membres de la communauté scolaire est importante pour réaliser des objectifs de santé des enfants et adolescents en âge scolaire.

Compte tenu de ce qui précède le projet de règlement propose la suppression de la distinction entre examen systématique, d'une part, et bilan de santé, d'autre part. En effet, dans le passé l'examen systématique s'est limité à un examen physique sans prendre en considération les composantes psychiques et sociales de la santé. Cette distinction artificielle n'a plus lieu d'être maintenue au regard précisément de l'importance devant désormais revenir à la dimension psychosociale. A l'avenir, les professionnels de santé scolaire devront assurer une présence régulière sur le terrain et un contrôle régulier du suivi des problèmes détectés devra être assuré. Au plan national, il s'agira de garantir une harmonisation des actions de médecine scolaire grâce à une définition précise des tests et bilans de santé suivant des âges clés.

Les observations de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Suite à la présentation du contexte et des modalités du projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des Députés a approuvé les orientations de la réforme projetée de la médecine scolaire, qui devrait permettre à l'avenir un suivi plus ciblé et plus efficace des enfants qui en ont besoin.

Au cours de ses discussions, la commission s'est toutefois montrée préoccupée du caractère trop expéditif des examens de médecine scolaire par des médecins qui, de par le rythme des examens leur imposé, se trouvent forcément limités dans leur fonction. S'y ajoute qu'actuellement encore aucune nomenclature tarifaire n'est prévue qui permettrait de rémunérer les médecins pour des travaux de coordination avec d'autres professionnels entourant l'enfant.

Dans ce contexte se pose également la question de savoir si la médecine scolaire ne devrait pas être exercée à titre principal par des médecins intégrés dans le système scolaire, mieux placés pour assurer le suivi médical, et non pas par des médecins généralistes externes.

Pour ce qui est des locaux nécessaires pour l'exercice de la médecine scolaire selon des normes et critères harmonisés, la commission a relevé la nécessité d'en tenir compte lors de la planification de nouveaux bâtiments scolaires.

Enfin, la Commission prend note que le Ministère vise une réorientation plus complète de la médecine scolaire – réorientation nécessitant une démarche en plusieurs phases. Il est à prévoir que le développement continu de la médecine scolaire vers un système intégré de santé à l'école aboutira en fin de compte également à une véritable réforme de la loi de base du 2 décembre 1987. Lors de la définition des nouvelles orientations, et pour autant que les communes sont impliquées, il sera également nécessaire de discuter le dossier au préalable au sein du syndicat intercommunal Syvicol et de tenir compte dans la mesure du possible de ses recommandations.

*

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale, à l'unanimité, recommande à la Chambre des Députés d'adopter le présent projet de loi dans la teneur qui suit:

*

**TEXTE PROPOSE PAR LA COMMISSION DE LA SANTE
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

**PROJET DE LOI
modifiant la loi du 2 décembre 1987
portant réglementation de la médecine scolaire**

Art. 1er. A l'article 2 de la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire, les termes „de l'éducation préscolaire, des enseignements primaire, postprimaire ou supérieur“ sont remplacés par les termes „de l'enseignement fondamental, secondaire ou supérieur“.

Art. 2. L'article 5 de la même loi prend la teneur suivante:

„**Art. 5.** Un règlement grand-ducal, en vue duquel l'avis du Collège médical est sollicité, détermine le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire prévus à l'article 4. Le même règlement détermine le contenu et les formes d'un carnet de santé.“

Art. 3. A l'article 6 de la même loi, le dernier alinéa est complété par la phrase suivante:

„Un règlement grand-ducal peut déterminer l'équipement standard de ces locaux et centres.“

Luxembourg, le 25 mars 2010

La Présidente,
Lydia MUTSCH

La Rapportrice,
Claudia DALL'AGNOL

Service Central des Imprimés de l'Etat

6099/04

N° 6099⁴

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2009-2010

PROJET DE LOI

**modifiant la loi du 2 décembre 1987
portant réglementation de la médecine scolaire**

* * *

**DISPENSE DU SECOND VOTE CONSTITUTIONNEL
PAR LE CONSEIL D'ETAT**

(4.5.2010)

Le Conseil d'Etat,

appelé par dépêche du Premier Ministre, Ministre d'Etat, du 26 avril 2010 à délibérer sur la question de dispense du second vote constitutionnel du

PROJET DE LOI

**modifiant la loi du 2 décembre 1987
portant réglementation de la médecine scolaire**

qui a été adopté par la Chambre des députés dans sa séance du 20 avril 2010 et dispensé du second vote constitutionnel;

Vu ledit projet de loi et l'avis émis par le Conseil d'Etat en sa séance du 23 mars 2010;

se déclare d'accord

avec la Chambre des députés pour dispenser le projet de loi en question du second vote prévu par l'article 59 de la Constitution.

Ainsi décidé en séance publique du 4 mai 2010.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Georges SCHROEDER

Service Central des Imprimés de l'Etat

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Session ordinaire 2009-2010

MB/YH

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 25 mars 2010

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation des procès-verbaux des réunions du 11 février, des 4 mars et 11 mars 2010
2. 6099 Projet de loi modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire
 - Rapportrice : Madame Claudia Dall'Agnol
 - Examen de l'avis du Conseil d'Etat
 - Présentation et adoption d'un projet de rapport
3. 6062 Projet de loi transposant, pour les professions de médecin, de médecin-dentiste, de médecin-vétérinaire, de pharmacien et de certains autres professions de santé, les dispositions de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et de la directive 2006/100/CE portant adaptation de certaines directives dans le domaine de la circulation des personnes, en raison de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie, et modifiant
 1. la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire;
 2. la loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien;
 3. la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé;
 4. la loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmiers et d'infirmières et réglementant la collaboration entre le Ministère de l'Education nationale et le Ministère de la Santé
 - Rapportrice : Madame Claudia Dall'Agnol
 - Examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat (voir document de travail synoptique)

*

Présents : M. Eugène Berger, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Jean Huss, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé
M. Laurent Jomé, du Ministère de la Santé

M. Martin Bisenius, de l'Administration parlementaire

Excusées : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Lydie Err

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. **Approbation des procès-verbaux des réunions du 11 février, des 4 mars et 11 mars 2010**

Les procès-verbaux des réunions des 11 février, 4 mars et 11 mars 2010 sont approuvés.

*

Sur proposition de Mme la Présidente Lydia Mutsch, le Ministre de la Sécurité sociale Mars Di Bartolomeo présente quelques informations sur le déroulement de la réunion du Comité quadripartite du 24 mars 2010.

Suite à de larges consultations avec les partenaires sociaux et prestataires de services durant la phase préparatoire au cours de laquelle tous les partis intéressés ont été associés au processus décisionnel, le Ministère de la Santé a présenté au comité quadripartite ses options quant à l'approche et les lignes directrices de la réforme de l'assurance maladie, la dernière grande réforme de cet important volet de notre sécurité sociale remontant à la loi du 27 juillet 1992.

A présent, les services de la Sécurité sociale sont chargés de couler les options retenues dans un projet de loi dont le Conseil de Gouvernement devrait pouvoir être saisi début mai 2010, après une nouvelle consultation des partenaires intéressés. Ce projet suivra ensuite l'instruction législative et devrait pouvoir entrer en vigueur fin 2010.

Le projet comportera, au niveau de tous les acteurs du système de santé, toute une série de mesures visant à préparer le système pour les défis du futur et à assurer ainsi sa pérennité. Il s'agira d'une réforme d'envergure et d'une portée certaine. Cette réforme prend en quelque sorte le relais des campagnes de sensibilisation et de responsabilisation menées au cours des dernières années. Ces campagnes ont certes donné quelques résultats, mais à présent il s'agit d'adapter le cadre légal et réglementaire notamment pour dépasser certains blocages et pour instituer la transparence nécessaire au bon fonctionnement du système.

Concrètement, la réforme impliquera des modifications importantes au Livre 1^{er} du Code de la Sécurité sociale relatif à l'Assurance maladie; par ailleurs des modifications substantielles interviendront également dans la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. Un projet de loi à part concernera les droits des patients et introduira la médiation dans le secteur de la santé.

Pour un bref aperçu des principales mesures prévues, il est renvoyé aux schémas Powerpoint présentés au Comité quadripartite (voir annexe).

Il est retenu que le projet de loi sera présenté à la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale dès le dépôt à la Chambre des Députés.

2. **6099** **Projet de loi modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire**

Le projet de loi n'a pas donné lieu à observations du Conseil d'Etat dans son avis du 23 mars 2010, hormis le redressement rédactionnel de l'article 1^{er} que la Commission reprend.

La rapportrice Mme Claudia Dall'Agnol présente son projet de rapport qui est adopté par la Commission à l'unanimité.

3. **6062** **Projet de loi transposant, pour les professions de médecin, de médecin-dentiste, de médecin-vétérinaire, de pharmacien et de certains autres professions de santé, les dispositions de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et de la directive 2006/100/CE portant adaptation de certaines directives dans le domaine de la circulation des personnes, en raison de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie, et modifiant**
1. la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire;
2. la loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien;
3. la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé;
4. la loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmiers et d'infirmières et réglementant la collaboration entre le Ministère de l'Education nationale et le Ministère de la Santé

Le projet de loi a pour objet de transposer en droit national les dispositions de la directive 2005/36/CE et celles de la directive 2006/100/CE portant adaptation de certaines directives dans le domaine de la circulation des personnes, en raison de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie, en ce qui concerne les professions réglementées sectorielles dans le domaine de la santé que sont les professions de médecin, de médecin-dentiste, de médecin-vétérinaire et de pharmacien, d'infirmier responsable de soins généraux et de sage-femme. Ces professions réglementées sectorielles sont exclues du champ d'application de la loi du 19 juin 2009 ayant pour objet la transposition de la directive 2005/36/CE pour ce qui est a) du régime général de reconnaissance des titres de formation et des qualifications professionnelles b) de la prestation temporaire de service.

Le projet de loi précise également les modalités de la libre prestation de services de certaines professions de santé.

Le représentant gouvernemental souligne la complexité du présent projet de transposition dans la mesure où a été choisie une approche horizontale réunissant dans un seul instrument légal de transposition les dispositions de la

directive concernant plusieurs professions. Par ailleurs, le Gouvernement a profité de la transposition de la directive modifiée 2005/36/CE pour apporter plusieurs autres modifications aux lois réglementant les professions de médecin, de médecin-dentiste, de médecin-vétérinaire et de pharmacien.

La Commission procède à l'examen des articles sur base d'un document de travail établi par le secrétariat de la Commission, juxtaposant le texte gouvernemental et les observations formulées par le Conseil d'Etat dans son avis du 18 décembre 2009.

Article I

Cet article apporte une importante série de modifications à la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire.

Point 1

Ce point introduit un nouvel article 1^{er}.

Le terme de « diplômes, certificats ou autres titres » est remplacé par celui de « titres de formation » et la notion de « formation médicale de base » est introduite. Il est tenu compte des droits acquis reconnus par la directive 2005/36/CE.

Les titres de formation de médecin avec formation médicale de base délivrés par un autre Etat membre de l'Union européenne et répondant aux critères de formation fixés par la directive 2005/36/CE continueront à bénéficier d'une reconnaissance automatique et sont dispensés de la procédure d'homologation luxembourgeoise.

Le projet de loi prévoit que les titres de formation de médecin délivrés par un pays non membre de l'Union européenne ne seront homologués au Luxembourg que si notamment les dispositions prévues à l'article 3, paragraphe 3 de la même directive sont respectées.

Or, le Conseil d'Etat relève que le paragraphe 2 de l'article 2 de la directive prévoit que chaque Etat membre peut permettre sur son territoire, selon sa réglementation, l'exercice d'une profession réglementée au sens de l'article 3, paragraphe 1^{er}, point a), aux ressortissants des Etats membres titulaires de qualifications professionnelles qui n'ont pas été obtenues dans un Etat membre. Pour les professions relevant du titre III, chapitre III, cette première reconnaissance se fait dans le respect des conditions minimales de formation visées audit chapitre. Le paragraphe 3 de l'article 3 dispose qu'« est assimilé à un titre de formation tout titre de formation délivré dans un pays tiers dès lors que son titulaire a, dans la profession concernée, une expérience professionnelle de trois ans sur le territoire de l'Etat membre qui a reconnu ledit titre conformément à l'article 2, paragraphe 2, et certifiée par celui-ci ». Le paragraphe 3 de l'article 3 a donc trait à la reconnaissance automatique par un Etat membre de l'Union européenne d'un titre de formation qui n'a pas été délivré par un autre Etat membre, mais qui a été délivré par un pays tiers et reconnu par un autre Etat membre de l'Union européenne. En outre, il subordonne cette reconnaissance à une expérience professionnelle de 3 ans dans cet autre Etat membre.

Dès lors, le Conseil d'Etat estime que le maintien de cette condition pour une

homologation n'a pas de raison d'être alors que, quand celle-ci est remplie, le requérant est dispensé de l'homologation.

Par contre, le Conseil d'Etat considère qu'il y a lieu d'inclure à l'endroit de la reconnaissance de titres de formation avec dispense de la procédure d'homologation luxembourgeoise les titres de formation qui n'ont pas été obtenus dans un Etat membre de l'Union européenne, mais qui y ont fait l'objet d'une assimilation, dans le respect des conditions minimales de formation et après certification d'une expérience professionnelle de trois ans sur le territoire de l'Etat membre qui a reconnu ledit titre.

En ce qui concerne l'annexe V de la directive, qui a un caractère purement technique, le Conseil d'Etat peut s'accommoder d'une transposition par référence reconduisant la pratique initialement retenue dans la loi modifiée du 29 avril 1983 à l'endroit de cet article. Il aurait préféré la transposition complète de cette annexe par voie de règlement grand-ducal. En aucun cas, la transposition prospective de directives modificatives ultérieures n'est acceptable. Le Conseil d'Etat ne peut pas approuver une transposition par référence de dispositions qui ne sont pas d'ordre technique, en l'occurrence celle des articles 23 et 24 de la directive. Cette approche par référence qui nuit à la lisibilité du texte législatif est à éviter.

Compte tenu de toutes ces considérations, le Conseil d'Etat propose de donner au point b) le libellé suivant:

« b) il doit être titulaire

– soit d'un des titres de formation de médecin avec formation médicale de base délivrés par un autre Etat membre de l'Union européenne et visés à l'annexe V, point 5.1.1 de la directive modifiée 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et répondant aux critères de formation y prévus, sous réserve des dispositions prévues aux articles 1^{er}bis de la présente loi; ces titres de formation sont dispensés de la procédure d'homologation prévue par la loi modifiée du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur.

Est assimilé à un titre de formation au sens du premier alinéa tout titre de formation délivré dans un pays tiers dès lors que son titulaire a, dans la profession concernée, une expérience professionnelle de trois ans sur le territoire de l'Etat membre qui a reconnu ledit titre dans le respect des conditions et critères précités.

– soit d'un des titres de formation de médecin délivrés par un pays tiers, à condition que le titre de formation ait été homologué conformément aux dispositions de la loi modifiée du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur, qu'il sanctionne le même cycle d'études que le titre de formation qui donne droit à l'exercice de la profession de médecin aux nationaux du pays qui l'a délivré et qu'il confère à son titulaire le droit d'y exercer la profession de médecin. L'homologation se fait dans le respect des conditions minimales de formation suivantes:

1. L'admission à la formation médicale de base suppose la possession d'un diplôme ou certificat donnant accès, pour les études en cause, aux établissements universitaires.

2. La formation médicale de base comprend au total au moins six années d'études ou 5 500 heures d'enseignement théorique et pratique dispensées dans une université ou sous la surveillance d'une université.

Pour les personnes ayant commencé leurs études avant le 1^{er} janvier 1972, la formation visée à l'alinéa qui précède peut comporter une formation pratique de niveau universitaire de six mois effectuée à temps plein sous le contrôle des autorités compétentes.

3. La formation médicale de base garantit que l'intéressé a acquis les connaissances et les compétences suivantes:

a) connaissance adéquate des sciences sur lesquelles se fonde la médecine, ainsi qu'une bonne compréhension des méthodes scientifiques, y compris des principes de la mesure des fonctions biologiques, de l'appréciation des faits établis scientifiquement et de l'analyse de données;

b) connaissance adéquate de la structure, des fonctions et du comportement des êtres humains, en bonne santé et malades, ainsi que des rapports entre l'état de santé de l'homme et son environnement physique et social;

c) connaissance adéquate des matières et des pratiques cliniques lui fournissant un aperçu cohérent des maladies mentales et physiques, de la médecine sous ses aspects préventifs, diagnostique et thérapeutique, ainsi que de la reproduction humaine;

d) expérience clinique adéquate sous surveillance appropriée dans des hôpitaux. »

*

Compte tenu de la prise de position du représentant gouvernemental, la Commission se rallie en principe aux vues du Conseil d'Etat au sujet de la méthode de transposition par référence de la directive. Il s'en suit que les dispositions de la directive qui ne sont pas d'ordre purement technique devront être reprises dans le texte légal même. Il en résultera une meilleure lisibilité du texte qui, en revanche, sera sensiblement plus long.

Le point b) est donc repris dans la teneur proposée par le Conseil d'Etat, sous réserve de l'amendement ponctuel suivant:

Au deuxième alinéa du premier tiret du point 6), le Conseil d'Etat propose de prévoir qu'"est assimilé à un titre de formation au sens du premier alinéa tout titre de formation délivré dans un pays tiers dès lors que son titulaire a, dans la profession concernée, une expérience professionnelle de trois ans sur le territoire de l'Etat membre qui a reconnu ledit titre dans le respect des conditions et critères précités."

Au sujet de ce texte, le représentant du Ministère de la Santé fait valoir que, sous peine d'une ouverture trop large susceptible d'abus, cette assimilation ne peut pas être introduite au niveau de la formation médicale de base, mais uniquement dans le chef d'un titulaire d'une formation spécifique en médecine générale ou d'une formation de médecin spécialiste.

Après un échange de vues, la Commission se rallie à ces vues; par conséquent par voie d'amendement il est proposé de transférer l'alinéa précité du premier tiret du point b) au deuxième tiret du point c) traitant précisément des titres de formation spécifique en médecine générale ou de médecin spécialiste.

Ce tiret aura donc la teneur amendée suivante :

" – soit d'un titre de formation sanctionnant une formation spécifique en médecins générale ou une formation de médecin spécialiste délivré par un Etat non membre de l'Union européenne, dès lors que son titulaire a, dans la profession concernée, une expérience professionnelle de trois ans sur le territoire d'un Etat membre qui a reconnu ledit titre dans le respect des conditions et critères précités:".

Ce nouveau libellé assure également implicitement que le titulaire en question dispose d'un droit d'exercer la médecine dans le pays d'origine

*

Afin de préserver la lisibilité du texte, le Conseil d'Etat propose de régler la situation des droits acquis grâce à une formation antérieure ne répondant pas aux critères de formation requis par l'insertion de dispositions transitoires dans un chapitre 8 qui serait intitulé « Dispositions transitoires » et auquel serait incorporé un article 55 nouveau qui prendrait la teneur suivante:

« **Art. 55.** Les titres de formation donnant accès aux activités de médecin et à l'exercice de celles-ci au Luxembourg, qui sont délivrés par un Etat membre de l'Union européenne et qui ne répondent pas à l'ensemble des critères de formation requis par cette loi, sont reconnus comme faisant preuve d'une qualification suffisante lorsqu'ils sanctionnent une formation qui a commencé avant les dates de référence visées à l'annexe V, points 5.1.1.; 5.1.2.; 5.2.2; 5.3.2.; 5.3.3.; 5.4.2.; 5.5.2. et 5.6.2. de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Cette disposition s'applique par analogie aux dispositions visées à l'article 23, paragraphes 2, 3, 4 et 5 de la directive 2005/36/CE relatifs à la reconnaissance des titres de formation antérieurs délivrés par l'ancienne République démocratique allemande, l'ancienne Tchécoslovaquie, la République tchèque, la Slovaquie, l'ancienne Union Soviétique, l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie, l'ancienne Yougoslavie et la Slovénie.

Le Luxembourg reconnaît le titre de médecin spécialiste délivré par l'Espagne aux médecins spécialistes qui ont achevé une formation spécialisée avant le 1^{er} janvier 1995, alors même que cette formation ne répondrait pas aux critères de formation requis par cette loi, pour autant que le titre de formation délivré par les autorités espagnoles atteste que l'intéressé a passé avec succès l'épreuve de compétence professionnelle spécifique organisée dans le cadre des mesures exceptionnelles de reconnaissance prévues par la législation espagnole dans le but de vérifier que l'intéressé possède un niveau de compétence comparable à celui des médecins possédant des titres de médecin spécialiste définis pour l'Espagne, à l'annexe V, points 5.1.2. et 5.1.3. de la directive 2005/36/CE précitée. »

La Commission reprend cette proposition du Conseil d'Etat. Les dispositions transitoires en question seront introduites dans la loi de base du 29 avril 1983 par un point 44 nouveau de l'article 1er du projet de loi.

*

En ce qui concerne les titres de formation sanctionnant une formation spécifique en médecine générale ou une formation de médecin spécialiste délivrés par un pays tiers, il suffira qu'ils soient reconnus par les autorités compétentes d'un Etat membre de l'Union européenne pour être reconnus au Luxembourg. Le texte

gouvernemental n'assortit cette reconnaissance d'aucune condition supplémentaire. Ni la condition d'un droit à l'exercice de la spécialisation dans le pays qui a reconnu le titre de formation ni la nécessité d'une expérience professionnelle comme prévue à l'article 3, paragraphe 3 de la directive ne sont mentionnées.

Le Conseil d'Etat recommande encore de prévoir à l'endroit du 2^e tiret du point c) du paragraphe 1^{er} de l'article 1^{er} que la reconnaissance du titre de formation est intervenue en respectant au moins les dispositions de la directive modifiée 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et aux directives modificatives ultérieures.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale fait valoir que la teneur amendée ci-dessus conférée au point c), deuxième tiret, répond implicitement à cette recommandation du Conseil d'Etat.

*

Le point e) tient compte de l'article 53 de la directive qui innove par rapport aux directives ayant existé jusqu'à présent dans le domaine de la reconnaissance des qualifications professionnelles et qui dispose que « les bénéficiaires de la reconnaissance des qualifications professionnelles doivent avoir les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession dans l'Etat membre d'accueil ».

Le Conseil d'Etat renvoie au commentaire des articles de la loi du 19 juin 2009 précitée dans lequel il a été précisé que « cet article ne fait pas partie des dispositions de la directive qui instaurent la procédure de reconnaissance. Si besoin est, les connaissances linguistiques doivent être évaluées après l'octroi de la reconnaissance (que celle-ci soit accordée de manière automatique, après comparaison de la formation suivie par le migrant et des exigences nationales correspondantes, ou bien après qu'une mesure de compensation ait été appliquée avec succès au migrant). (...) En aucun cas l'évaluation des connaissances linguistiques ne peut servir à vérifier les qualifications principales du professionnel migrant. (...)

La disposition repose donc sur le principe de proportionnalité. Il s'ensuit que le niveau de connaissances linguistiques requis doit être adapté à l'exercice de l'activité professionnelle en question. Le niveau de connaissances exigé ne peut être identique pour toutes les professions; en outre, à l'intérieur d'une même profession, il ne peut être le même pour chaque mode particulier de pratique de la profession. Ainsi, un pharmacien qui travaille en contact avec le public devrait avoir une maîtrise des langues différentes d'un confrère travaillant comme pharmacien industriel dans une unité de production. Les professionnels migrants peuvent prouver leur niveau de connaissances linguistiques par tout moyen, sans restriction. Un professionnel ayant suivi une partie de sa formation dans un Etat membre donné devrait être supposé avoir une connaissance suffisante de la langue. Des tests de langue ou des certificats de connaissances linguistiques délivrés par des instituts reconnus au niveau national (comme le *Goethe Institut* ou le département de langues d'une université) devraient également être considérés comme des moyens de preuve suffisants. En vertu du principe de proportionnalité, même si les tests de langue ne sont pas exclus, ils ne peuvent pas être utilisés de manière systématique ni de façon standardisée. »

Dans cet ordre d'idées, le Conseil d'Etat rappelle que la Commission européenne a demandé en juin 2009 à la Grèce de modifier sa législation qui impose aux

professeurs qualifiés ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne d'avoir une excellente connaissance de la langue grecque. L'obligation générale faite à tous les professeurs étrangers d'avoir une excellente connaissance de la langue grecque indépendamment du cadre dans lequel ils exercent leur profession et du domaine de leurs activités d'enseignement est considérée par la Commission européenne comme disproportionnée.

En disposant au point e) que le médecin doit avoir les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession, soit en allemand, soit en français, et comprendre la langue luxembourgeoise ou acquérir les connaissances lui permettant de la comprendre, le projet de loi gouvernemental reste prudent à cet égard tout en tenant compte de la nécessité du médecin de comprendre ses patients parlant une des trois langues officielles du pays, en l'occurrence le luxembourgeois.

Le Conseil d'Etat se demande toutefois si un médecin qui a les connaissances requises en allemand, comprend le luxembourgeois mais ne parle ni ne comprend un seul mot de français, a les connaissances linguistiques nécessaires pour pouvoir exercer correctement la médecine au Luxembourg.

Le Conseil d'Etat préfère donner à cette disposition le libellé suivant:

« Il doit avoir les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession, soit en allemand, soit en français, et comprendre les trois langues administratives du Grand-Duché de Luxembourg ou acquérir les connaissances lui permettant de les comprendre. »

Le texte gouvernemental prévoit que, les modalités de compréhension de la langue luxembourgeoise peuvent être précisées par règlement grand-ducal. Le Conseil d'Etat admet qu'il s'agit de vérifier le niveau des compétences linguistiques. Sous peine d'opposition formelle, le Conseil d'Etat demande de préciser le terme de « modalités de compréhension », ou de supprimer cette disposition qui, telle que formulée actuellement, est trop floue pour permettre au Grand-Duc de prendre un règlement qui soit conforme aux exigences de l'article 32 de la Constitution.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale procède à un large échange de vues sur ce point important du projet de loi.

D'une façon générale, plusieurs intervenants soulignent l'importance de connaissances linguistiques suffisantes dans le chef des médecins exerçant leur profession en contact avec les patients. Un niveau suffisant de connaissances linguistiques est la condition préalable à une communication valable entre patient et médecin, communication qui a un rôle déterminant dans l'établissement du diagnostic. Inversement, le défaut de connaissances linguistiques peut se traduire par une communication insuffisante et ainsi être à l'origine de graves erreurs médicales. Il faut être conscient du fait que toute approximation dans la communication entre patient et médecin peut avoir des conséquences fatales.

Plus concrètement, la Commission constate que la proposition de texte du Conseil d'Etat, par rapport au texte gouvernemental initial, comporte en quelque sorte une extension des connaissances requises en ce sens que ce texte exige non seulement la compréhension de la langue luxembourgeoise, mais la compréhension ou l'acquisition des connaissances nécessaires à la compréhension des trois langues administratives du pays.

En revanche, pour des raisons juridiques formelles, le Conseil d'Etat demande, sous peine d'opposition formelle, de supprimer l'habilitation prévue au texte gouvernemental de préciser par règlement grand-ducal les modalités de compréhension de la langue luxembourgeoise.

En conclusion de l'échange de vues, la Commission

- a) tend à reprendre la proposition de texte du Conseil d'Etat
- b) se prononce toutefois pour le maintien d'une base habilitante permettant, avec le degré de précision souhaitée par le Conseil d'Etat, de déterminer par voie réglementaire à la fois le contenu et le niveau des connaissances linguistiques requises ainsi que les modalités de contrôle de ces connaissances.

A l'appui du point b), la Commission, compte tenu des informations fournies par M. le Ministre de la Santé, fait valoir que notre pays est confronté à un afflux croissant de médecins étrangers auxquels en principe l'autorisation d'exercer ne peut être refusée. En revanche, il s'agit d'instituer des moyens juridiques valables permettant pour le moins de faire évaluer par l'autorité qui accorde l'autorisation d'exercer les connaissances linguistiques du requérant, ceci en tenant compte de l'équilibre entre la plus-value médicale dans le chef de certains requérants et les intérêts légitimes et la sécurité des patients.

M. le Ministre de la Santé cite dans ce contexte des discussions menées notamment dans le cadre des travaux préparatoires pour la réforme de l'assurance-maladie au sujet de la pratique des médecins souvent qualifiée de "city-hoppers", pratique consistant dans le fait par des médecins étrangers d'installer un deuxième ou même un troisième cabinet dans des pays autres que leur pays de résidence en essayant de ne profiter que des aspects lucratifs des systèmes de santé étrangers tout en se dérochant aux obligations telles que par exemple la garde obligatoire.

L'ensemble de ces considérations amène la Commission à inviter le Ministre de la Santé à approfondir cet aspect important du projet de loi et à présenter une proposition de texte amendé pour la prochaine réunion. Dans cette proposition d'amendement, le rôle du Collège médical et son expertise dans les procédures à instituer devraient être renforcés.

Point 2

Au point 2 figurent deux articles nouveaux, un article 1^{er} bis et un article 1^{er} ter.

Le Conseil d'Etat relève que le projet fait figurer dans ce point un article 1^{er} bis dont le contenu ne correspond pas au commentaire y relatif ni aux références qui lui sont faites aux points b) et c) de l'article 1^{er}(1) à l'endroit du point 1.

Cet article semble avoir comme objet de donner une base légale à deux règlements grand-ducaux, prévoyant des indemnités pour certains médecins en voie de formation, à savoir les médecins en voie de formation spécifique en médecine générale au Luxembourg et les médecins en voie de spécialisation à l'étranger.

En premier lieu, le Conseil d'Etat note que le terme « les étudiants en médecine » est un terme trop vague et insiste pour que le cercle des bénéficiaires de cette

aide soit davantage précisé.

Le Conseil d'Etat relève que le texte reste par ailleurs muet sur les principes de ces aides et leurs montants. Or, l'allocation d'aides financières doit tenir compte de deux articles constitutionnels, à savoir l'article 23, alinéa 3 („La loi règle tout ce qui est relatif à l'enseignement et prévoit, selon des critères qu'elle détermine, un système d'aides financières en faveur des élèves et étudiants.“) et l'article 103 („Aucune gratification à charge du trésor ne peut être accordée qu'en vertu de la loi.“). Selon le Conseil d'Etat, leur respect exige que le principe de ces aides ainsi que les critères d'allocation soient fixés dans la loi. Le Conseil d'Etat ajoute que, s'il est vrai que l'article 32, paragraphe 3 de la Constitution donne pouvoir au Grand-Duc de prendre des règlements et arrêtés dans le domaine des matières réservées à la loi par la Constitution, il faut encore que ces règlements et arrêtés soient pris „aux fins, dans les conditions et suivant les modalités spécifiées par la loi“.

De l'avis du Conseil d'Etat, le texte actuel du projet de loi ne répond pas à cette exigence et, par conséquent, il doit donc y marquer son opposition formelle. La même observation de principe vaut à l'égard des montants des aides, quelque forme que prennent ces dernières. C'est le texte de la loi qui doit fixer sinon des montants précis, du moins les maxima des aides des différentes catégories.

Le Conseil d'Etat propose de donner à cet article le numéro 1^{er} ter et de le libeller comme suit:

*« **Art. 1^{er} ter.** Les médecins résidant au Luxembourg ou inscrits à l'Université du Luxembourg et poursuivant une formation spécifique en médecine générale ou une formation de médecin spécialiste telles que prévues à l'article 1^{er} peuvent bénéficier d'une aide financière à fixer par règlement grand-ducal ne pouvant dépasser le montant de ... euros. »*

La Commission se rallie aux considérations juridiques du Conseil d'Etat. Elle considère toutefois qu'il y a lieu de préciser par voie d'amendement qu'il s'agit d'une aide financière mensuelle. Par ailleurs, sur proposition du Ministère de la Santé, le plafond de l'aide financière à inscrire dans le texte légal est fixé à 4.000.- euros, ce qui procure encore une marge suffisante par rapport à la valeur nominale actuelle de l'aide qui s'élève à approximativement 2.700.- euros.

L'article 1^{er} sera donc libellé in fine comme suit:

"... peuvent bénéficier d'une aide financière mensuelle à fixer par règlement grand-ducal ne pouvant dépasser le montant de 4.000 (quatre mille) euros:"

L'article 1^{er} ter deviendra l'article 1^{er} bis et ne donne pas lieu à observation. Cet article traduit le principe des droits acquis figurant à l'article 10 de la directive.

Point 3

Ce point introduit un nouvel article 2. Au paragraphe 1, le texte gouvernemental prévoit que le Ministre peut subordonner l'autorisation à l'obligation pour le candidat de faire un stage d'adaptation ou de suivre une formation continue.

Le Conseil d'Etat propose de remplacer le terme de formation continue par celui de formation complémentaire et de remplacer la formulation « de faire un stage d'adaptation ou de suivre une formation continue » par « de faire un stage

d'adaptation qui peut être accompagné d'une formation complémentaire ». En effet, cette formation complémentaire n'est pas à assimiler à la formation médicale continue habituelle à laquelle tout médecin doit se soumettre.

Le Conseil d'Etat souligne dans ce même contexte que le terme de formation complémentaire est par ailleurs celui qui est repris dans ce contexte par la directive dans la définition du terme « stage d'adaptation ».

Le Conseil d'Etat signale que cette modification du texte devra être répétée à d'autres endroits du projet de loi (Art. I, point 12 art. 9(1), Art. I, point 24 art. 22, Art. I, point 32 art. 32ter, Art. I, point 37 art. 40 et Art. II, point 3 art. 2).

Après un échange de vues, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale se prononce pour la reprise du texte proposé par le Conseil d'Etat.

Une proposition visant le remplacement de l'expression "formation complémentaire" par celle de "formation supplémentaire" n'est pas reprise dans la mesure où le qualificatif "complémentaire" semble plus approprié pour montrer que la finalité du stage et de la formation consiste prioritairement à combler des lacunes éventuelles constatées dans la formation du médecin requérant l'autorisation d'exercer.

Le paragraphe 2 prévoit une autorisation temporaire d'exercice dans le cadre de stages de formation, de doctorats et de remplacements.

Il y a lieu selon le Conseil d'Etat de distinguer entre remplaçants d'un médecin, d'une part, médecins en voie de formation et doctorants, d'autre part, l'autorisation temporaire d'exercice étant donnée à des finalités et conditions différentes selon la situation. Si cette autorisation déroge aux dispositions de l'article 1^{er} paragraphe 1^{er}, point c), elle ne déroge pas au point b) puisque dans tous les cas de figure les remplaçants doivent être des médecins ayant terminé avec succès leur formation médicale de base.

Le Conseil d'Etat considère que les matières abandonnées au pouvoir réglementaire dans la dernière phrase de ce point sont équivoques et doivent être reformulées.

Compte tenu de ces considérations, le Conseil d'Etat propose de formuler comme suit le paragraphe 2 et d'ajouter un nouveau paragraphe 3:

« (2) Par dérogation aux dispositions de l'article 1^{er}, paragraphe 1^{er}, sous c), le ministre ayant dans ses attributions la Santé, dénommé ci-après le ministre, peut accorder l'autorisation temporaire d'exercer les activités de médecin:
– aux étudiants en médecine ou aux médecins effectuant un stage de formation dans le cadre de la formation spécifique en médecine générale ou de la formation de spécialisation;
- aux doctorants.

Un règlement grand-ducal fixe les conditions d'accès, l'organisation et les conditions de réussite du stage ainsi que les conditions de travail du médecin ou étudiant en médecine effectuant le stage.

(3) Par dérogation aux dispositions de l'article 1^{er}, paragraphe 1^{er}, sous c), le ministre peut accorder l'autorisation temporaire d'exercer les activités de médecin à titre de remplaçant d'un médecin établi au Luxembourg, aux médecins ou

*étudiants en médecine, ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ayant terminé avec succès une partie de leur formation spécifique en médecine générale ou de leur formation de spécialisation.
Un règlement grand-ducal fixe les modalités du remplacement ainsi que les conditions à remplir et la procédure à suivre pour obtenir l'autorisation de remplacement. »*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale décide de reprendre en principe le texte proposé par le Conseil d'Etat.

Toutefois, elle s'interroge sur la portée exacte de la notion "d'étudiant en médecine" figurant au paragraphe 2 à la fois du texte gouvernemental et dans celui proposé par le Conseil d'Etat.

Bien qu'existant déjà dans la législation actuelle, cette notion semble poser problème au regard de la possibilité pour le Ministre de la Santé d'accorder une autorisation temporaire d'exercer à des étudiants en médecine. Ne s'agit-il pas plutôt des médecins en voie de formation qui sont visés, c'est-à-dire ceux qui ont accompli leur formation de base et qui sont soit en cours de formation spécifique de médecine générale, soit en cours de formation de médecin-spécialiste?

Ce point est tenu en suspens en vue d'une clarification par les experts du Ministère de la Santé pour la prochaine réunion.

Le paragraphe 3 (4 selon le Conseil d'Etat) ne donne pas lieu à observation.

Point 4

Sans observation.

Point 5

Ce point introduit un nouvel article 4.

Les deux premiers paragraphes restent inchangés par rapport à l'ancien article 4. Ceci étant, le Conseil d'Etat note que la clause que le médecin doit exercer dans son pays d'origine dans le cadre d'un régime de sécurité sociale impose une restriction qui n'est pas prévue par la directive. Le Conseil d'Etat demande donc, sous peine d'opposition formelle, de supprimer cette restriction. En ordre subsidiaire, le Conseil d'Etat constate que l'exercice dans le cadre d'un régime de sécurité sociale n'est exigé que pour les médecins généralistes, qui seraient ainsi discriminés par rapport aux médecins spécialistes.

Le Conseil d'Etat ajoute que la directive prévoit que le caractère temporaire et occasionnel de la prestation est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de la durée de la prestation, de sa fréquence, de sa périodicité et de sa continuité. Selon la jurisprudence, ce caractère temporel et occasionnel n'exclut pas la possibilité pour le prestataire de services, au sens du Traité, de se doter, dans l'Etat membre d'accueil, de l'infrastructure, y compris un bureau, un cabinet ou une étude, nécessaire aux fins de l'accomplissement de sa prestation. Enfin, le prestataire est dispensé de l'inscription à un organisme de sécurité sociale de droit public pour régler avec un organisme assureur les comptes afférents aux activités exercées au profit des assurés sociaux.

Le Conseil d'Etat en déduit que la transposition de la directive permettra donc

des exceptions au conventionnement obligatoire des médecins dont l'ampleur sera à apprécier au cas par cas par le ministre de la Santé.

Le Conseil d'Etat relève encore qu'un règlement grand-ducal devra déterminer les conditions et modalités d'exercice de la prestation de services. Tant que notamment les modalités concernant la déclaration préalable relative à la prestation ne seront pas modifiées dans le règlement grand-ducal du 25 novembre 1983 fixant les conditions et les modalités de la prestation de services du médecin et du médecin-dentiste, la transposition de la directive restera incomplète. Le Conseil d'Etat rappelle que la transposition de la directive aurait dû se faire pour le 20 octobre 2007 au plus tard.

La Commission procède à un échange de vues. Différentes options sont envisagées; à savoir soit suivre le Conseil d'Etat et supprimer la condition de l'exercice de la médecine dans le cadre d'un régime de sécurité sociale dans le pays d'origine du médecin ressortissant d'un autre Etat membre de l'Union européenne, soit étendre cette condition également aux médecins spécialistes.

Le Ministère de la Santé est chargé de faire vérifier les implications respectives de ces options au niveau de la Sécurité sociale et de présenter une proposition de texte au cours de la prochaine réunion.

*

Compte tenu de l'urgence du projet de loi, et à la demande de M. le Ministre de la Santé, la Commission poursuivra l'instruction du projet de loi au cours de la prochaine réunion du jeudi 15 avril 2010, à 9.00 heures, en tranchant d'abord les points tenus en suspens et ensuite avec l'objectif de clôturer l'examen des articles.

Dans cette même réunion sera présenté et adopté le projet de rapport concernant le projet de loi 5899 relatif à l'assurance accident.

Luxembourg, le 15 avril 2010

Le secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexes : schémas Powerpoint – Présentation Quadripartite



Comité Quadripartite

24 mars 2010



Principes

- Programme gouvernemental & Quadripartite 2009
- Maintien des bases du système avec recadrage et adaptation
 - Conventionnement obligatoire
 - Médecine libérale
 - Budgétisation des hôpitaux
- Visée à court terme:
 - Equilibre financier 2011
 - Recadrer les automatismes de croissance des dépenses
 - Légitimation des dépenses
- Visée à moyen et long terme:
 - Financement durable
 - Organisation et fonctionnement du système de soins
 - « Compétitivité » et préparation du système pour les défis du futur
- Concentration sur les prestations en nature



Soins primaires

- Priorité aux soins primaires/soins de 1^{er} recours
 - Mesures incitatives
- Introduction du médecin de référence
 - Base volontaire
 - Généraliste et spécialiste
 - Missions de suivi et orientation
 - Pathologies et maladies chroniques
- Précision des missions et du fonctionnement des polycliniques
 - Notamment par rapport aux urgences et aux maisons médicales
- Evaluation et valorisation renforcée des maisons médicales



Financement du secteur hospitalier

- Maintien de la budgétisation avec réforme des mécanismes
 - Budgets sur deux ans
 - Révision des normes de dotation en personnel
 - Forfaitisation de certaines prestations ou types de dépenses
 - Introduction de postes budgétaires sectoriels
 - Enveloppe budgétaire globale
- Comptabilité analytique
 - Service/Patient
 - à définir par la CNS (avec RGD)
- Reconsidérer les projets en cours d'autorisation quant à leurs missions et envergure
- Révision de la procédure d'autorisation des services

26 mars 2010



Développement du secteur hospitalier

- Chirurgie ambulatoire: plan d'action de développement
 - Adaptation de ressources et de structures existantes
 - Eviter les doubles emplois
 - Action sur les infrastructures, les nomenclatures et les tarifs
- Gestion de l'offre médicale
 - Droit d'exercer et conventionnement fixé par droit européen
 - Agrément hospitalier: numéris clausus fixé dans le budget en fonction des services autorisés
- Lien médecin-hôpital
 - Renforcer les missions du Conseil médical
 - Préciser contenu du contrat d'agrément (év. par RGD)
 - Préciser missions du médecin coordinateur (év. par RGD)



Loi sur les établissements hospitaliers

- Créer la base pour
 - Centres de compétences
 - Filières de soins
 - Activités fédérées/mutualisées
 - Services médicaux
 - Pharmacie, stérilisation, informatique, laboratoires, ...
 - Médecin coordinateur
- Préciser les normes hospitalières
 - Normes procédurales, références internationales (notamment documentation)
- Adaptation des mécanismes, responsabilités et missions
- Révision globale de la loi en préparation



Médicaments

- Maintien du référencement au système belge
- Ouverture cadrée à la pratique de substitution et à une base de remboursement
- Introduction d'une taxe de la part des titulaires pharmaceutiques
 - Analogie système belge
- Etablissements d'aide et de soins
 - Soit abattement majoré des pharmaciens
 - Soit ouverture aux officines hospitalières



Laboratoires

- Fédération de l'activité laboratoire hospitalière
- Définition d'un standard d'interopérabilité et d'échange des données
- Recadrage de la tarification
 - Adaptation de la nomenclature
 - Adaptation de la lettre-clé
- Flexibilisation du statut des labos privés
- Harmonisation fonctionnement hospitalier-privé
 - Labos hospitaliers sont soumises aux règles extrahospitalières pour l'activité correspondante avec décote compensatoire



Nomenclature

- Clarifier cadre des nomenclatures
 - Procédure standardisée de validation et de révision
 - Nomenclature de référence
- Commission de nomenclature
 - Globalement maintien de la composition
 - Adapter les procédures
- Création d'une Cellule d'expertise médicale
 - Préparation et suivi Commission de nomenclature
 - Subsidairement Conseil scientifique, CNS, ...
 - Définition des bonnes pratiques médicales
 - Indépendante avec autorité partagée MSS et MiSa



Tarification

- Modulation de certains mécanismes et pratiques
 - supplément 1^{ère} classe
 - vase communicant
 - tarification par analogie
 - assistance opératoire
 - méd. en voie de formation
 - location d'appareils
- Incitatifs ciblés en vue du pilotage du système
- Rémunération des prestataires de soins
 - Paiement à l'acte
 - Ouverture cadrée vers capitation, vacation et salariat



Tiers payant

- Tiers payant volontaire
 - Ouverture pour la profession médicale
 - Mesures incitatives
- Tiers payant obligatoire
 - Maintien du périmètre actuel
 - Tiers payant social
 - Possibilité d'extension par RGD
- Mesures accompagnatrices
 - Information périodique des assurés sur les services prestés
 - Développement de l'informatisation



Gouvernance informatique

Agence nationale de coordination et de gestion informatique dans le domaine de la Santé

- Hospitalier et extrahospitalier; implication des acteurs concernés
- Missions
 - d'assurer une concertation et une coordination active
 - d'assurer la gestion de tous les projets informatiques transversaux
 - d'assurer une standardisation des outils et des méthodes
 - de développer et de gérer un dossier du patient global et unique
 - de mettre à disposition des outils de gestion et de prescription
 - d'assurer une planification pluriannuelle des investissements et des projets
 - de développer un schéma directeur informatique pour le domaine de la Santé
 - de constituer à des fins d'analyse statistique une base de données centrale
- Transfert progressif de ressources existantes



Documentation

- Mettre en place le dossier médical informatisé et standardisé
- Adopter des standards de documentation reconnus en vue de la pilotabilité et de la gouvernance du système
- Mettre en place un réseau structuré/coordonné d'analyse et de contrôle des données de santé et des soins
 - Préliminaire à l'Observatoire de la Santé
- Améliorer l'information des usagers et des prestataires
- Assurer la protection des données personnelles



Organes

- Création d'une Cellule d'expertise médicale
 - Préparation et suivi de la Commission de nomenclature
 - Possibilité d'intégration du Conseil scientifique
- Réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale
 - Adaptation ponctuelle des missions
 - Renforcer l'action dans la pratique
- Réforme de la Commission de surveillance
 - Efficience et praticabilité des procédures
- Médiation médicale
 - Projet de loi en préparation au sujet des droits du patient
- Système *No fault* en examen (le cas échéant loi à part)



Dépenses maternité

- Intégration des dépenses maternité dans le dispositif normal de l'assurance maladie
 - Problème : augmentation disproportionnée des frais de maternité
 - prestations en nature et dispenses de travail
 - Résultats attendus : limitation de l'évolution actuelle
 - responsabilisation des partenaires sociaux
 - prise de conscience des assurés et des prestataires
- Participation de l'Etat sera maintenue
 - démarrage: clause de révision et mesures de garantie



Etat des lieux de la démarche

- Organisation et financement du système de santé
 - Prise en compte des travaux préliminaires
 - Choix ciblés dans les différents domaines
 - Pilotabilité et financement durable à moyen terme
 - Recadrer les automatismes
 - Activer le potentiel de maîtrise de l'évolution des coûts
- Risque: évolution régionale et transfrontalière
 - Directive européenne en suspens
 - Système de qualité vs. la mobilité des patients et des prestataires
 - Compétitivité limitée, notamment au niveau des coûts



Financement 2011

- Démarches en cours
 - Pacte de stabilité et *Stand still* (cf. QP 2009)
 - CNS: considération du potentiel d'épargne
 - Commission de nomenclature: approche prudente
- Equilibre financier 2011
 - Evolution de la situation économique et mesures nationales (mai)
 - Analyse de la situation CNS 2010 et prévision 2011 (juin)
 - Reconstitution progressive de la réserve minimale obligatoire
- Epargner 5% au niveau global
 - Négociations avec les prestataires et les partenaires sociaux
 - Mesures ciblées
 - *La solidarité exige un apport de chacun*



Calendrier prévisionnel

| | |
|-----------|--|
| 15.03.10 | Rapports des groupes de travail |
| 24.03.10 | Quadripartite |
| 20.04.10 | Finalisation de l'avant-projet de loi |
| 23.04.10 | Présentation en Conseil de gouvernement |
| 04.05.10 | Etat de la Nation |
| Début mai | Finalisation du projet de loi |
| Mi-mai | Approbation en Conseil de gouvernement |
| Mi-mai | Dépôt du projet de loi → procédure législative |
| 19.05.10 | Journée Santé : L'Hôpital de demain |
| 27.10.10 | Quadripartite |
| Nov./déc. | Vote de la loi par la Chambre des députés |
| 1.1.2011 | Entrée en vigueur de la loi (avec dispositions transitoires) |



Comité Quadripartite – 24 mars 2010

Conclusion

26 mars 2010

19



MERCI DE VOTRE ATTENTION

26 mars 2010

20



CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2009-2010

MB/YH

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 11 février 2010

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 4 février 2010
2. 6099 Projet de loi modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire
 - Rapportrice : Madame Claudia Dall'Agnol
 - Présentation du projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire
3. 6062 Projet de loi transposant, pour les professions de médecin, de médecin-dentiste, de médecin-vétérinaire, de pharmacien et de certains autres professions de santé, les dispositions de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et de la directive 2006/100/CE portant adaptation de certaines directives dans le domaine de la circulation des personnes, en raison de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie, et modifiant
 1. la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire;
 2. la loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien;
 3. la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé;
 4. la loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmiers et d'infirmières et réglementant la collaboration entre le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé
 - Rapportrice : Madame Claudia Dall'Agnol
 - Continuation de l'examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Emile Eicher remplaçant M. Marc Spautz, Mme Lydie Err, M. Jean Huss, Mme Martine Mergen, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé
M. Laurent Jomé, Dr. Jolande Wagener, Ministère de la Santé

M. Martin Bisenius, Greffe de la Chambre des Députés

Excusés : M. Paul-Henri Meyers, M. Marc Spautz

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. **Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 4 février 2010**

Le procès-verbal de la réunion du 4 février 2010 est approuvé.

2. **6099 Projet de loi modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire**

Avant de procéder à la présentation du projet de règlement grand-ducal précité, Monsieur le Ministre de la Santé Mars Di Bartolomeo en retrace les antécédents et le cadre général.

Dans le cadre de la santé publique, la médecine scolaire revêt une importance particulière. Ce domaine est régi par la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire. Sur base de cette loi, le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1990 a déterminé le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire.

Suite à une large concertation entre experts au cours des dernières années, il a été constaté qu'il convient à présent d'adapter la médecine scolaire aux besoins des jeunes et aux concepts modernes de santé publique. L'idée principale est de transformer la médecine scolaire en véritable "santé à l'école". Il s'agira de cibler davantage les enfants à risque pour lesquels le suivi devra être intensifié. Par ailleurs, une plus large part devra être consacrée à la promotion de mesures préventives aidant les jeunes à rester en bonne santé, notamment par la pratique d'activités physiques.

Pour concrétiser cette réorientation de la médecine scolaire, le Ministre de la Santé a élaboré un projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire.

Ce projet de règlement grand-ducal est appelé à remplacer le règlement grand-ducal précité du 21 décembre 1990.

Dans son avis sur le projet de règlement grand-ducal, le Conseil d'Etat, dans ses observations finales, a rendu attentif à la nécessité d'élargir la base légale fournie actuellement par la loi précitée du 3 décembre 1987 en étendant le pouvoir réglementaire de l'Exécutif à la détermination tant du contenu et des formes du

carnet de santé que de l'équipement standard des locaux et des centres destinés à effectuer des examens médicaux scolaires.

Cette adaptation est nécessaire alors que la matière de la santé relève d'une façon générale du domaine réservé par la Constitution à la loi formelle, et que les mesures réglementaires dans ce domaine ressortissent à l'article 32, paragraphe 3 de la norme fondamentale.

Etant donné d'une part que la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire habilite directement le Gouvernement de prendre des mesures réglementaires, et que d'autre part certaines dispositions dépassent l'habilitation accordée par le législateur, le texte sous projet vise à assurer la mise en conformité avec la norme fondamentale (article 32, paragraphe 3).

Par ailleurs, suite à l'entrée en vigueur de la loi du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, le projet de loi se propose également d'introduire la notion d'enseignement fondamental dans la loi du 2 décembre 1987.

Dans son avis précité sur le projet de règlement grand-ducal, le Conseil d'Etat avait lui-même formulé une proposition textuelle législative traduisant la finalité juridique ci-dessus exposée en annonçant que son avis sur le projet de règlement grand-ducal vaudrait également comme recouvrant cette loi en projet.

Or, le présent projet gouvernemental s'écarte de la proposition de texte du Conseil d'Etat dans la mesure où il ne contient pas de sanctions pénales.

Le Conseil d'Etat par contre avait prévu des sanctions pénales en rendant applicable au carnet de santé l'article 25 de la loi modifiée du 20 juin 1977 ayant entre autres pour objet d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge.

En d'autres termes, le projet gouvernemental ne reprend pas intégralement le texte proposé par le Conseil d'Etat, de sorte que ce dernier devra encore émettre un avis sur le projet de loi.

Au cours de la dernière réunion, plusieurs membres de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale ont exprimé le souhait que la Commission ne se limite pas à l'instruction du seul projet de loi dont le contenu est d'ordre purement formel, mais se penche également sur le projet de règlement grand-ducal qui en fait est à l'origine du projet de loi et qui constitue au fond la réforme de la médecine scolaire. La présente réunion est précisément destinée à répondre à ce souhait.

La représentante du Ministère de la Santé, le docteur Jolande Wagener, présente les lignes directrices de la réforme de la médecine scolaire telles qu'elles se dégagent du projet de règlement grand-ducal précité. Pour l'essentiel de ses explications, il est renvoyé à l'exposé des motifs (voir annexe)..

Depuis l'entrée en vigueur de la loi de base du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire et du règlement grand-ducal d'exécution y relatif, les conceptions en matière de santé publique ont beaucoup évolué. La promotion de la santé, le maintien de la santé et la prévention des maladies sont aujourd'hui au centre des préoccupations des responsables dans ce domaine. A cet égard, un rôle de plus en plus important est destiné à la médecine scolaire.

Des études récentes ont révélé que les enfants et adolescents sont exposés à des risques de santé, parfois graves et difficiles comme par exemple l'obésité, l'abus de drogues licites, la consommation de drogues illicites et en particulier l'ensemble des problèmes relevant de la dimension médico-psycho-sociale. L'objet de la réforme est de préserver la médecine scolaire dans ses bases tout en l'adaptant aux nouvelles attentes et exigences de manière à répondre aux défis se posant dans un environnement social en permanente évolution.

Au Luxembourg on peut dire que la médecine scolaire prend en quelque sorte la relève du système très intensif de surveillance légale obligatoire des femmes enceintes et des enfants en bas âge. La médecine scolaire à son tour a institué une surveillance très étroite des enfants et adolescents scolarisés, garantissant notamment aussi la prise en charge d'enfants issus de milieux socio-économiques plus défavorisés. Ainsi la médecine scolaire aménage une possibilité unique d'offrir une prise en charge médicale de façon égalitaire à tous les enfants et adolescents scolarisés, indépendamment de leur statut social. Le niveau de surveillance institué par notre médecine scolaire est à qualifier comme se situant largement au-dessus de la moyenne européenne.

Dans le cadre de l'élaboration de la présente réforme le Ministère de la Santé a consulté des experts internationaux qui, sans équivoque, se sont prononcés pour une augmentation de la qualité du système existant. En même temps, ils se sont prononcés contre toute velléité d'abandonner notre système de médecine scolaire au profit d'une intégration de la surveillance médicale des jeunes dans le système national de santé. Dans les pays appliquant ce dernier modèle, le taux de participation est largement inférieur au taux de 98% dont notre pays peut se prévaloir.

A l'avenir, il conviendra d'accorder une grande importance et des moyens croissants à la promotion de la santé, à la prévention et à la détection précoce de maladies. Il faudra améliorer à la fois la qualité des interventions, le recueil des données selon un modèle standardisé et l'évaluation des résultats.

Une importance particulière reviendra à la nécessité de déterminer avec précision les examens médicaux auxquels l'enfant est soumis en fonction de son âge et compte tenu de son évolution psycho-sociale. Actuellement des critiques s'adressent au fait que des examens répétés d'enfants majoritairement en bonne santé n'ont guère d'utilité et qu'il est préférable de mieux cibler les enfants présentant des risques réels.

Une autre finalité de la réforme est d'améliorer la collaboration de la médecine scolaire avec les autres professionnels entourant l'enfant et en particulier le personnel enseignant, les psychologues, le SPOS et d'autres services spécialisés de l'Éducation nationale. Aussi bien pour les élèves que pour le personnel enseignant l'école constitue un cadre de vie où la santé peut et doit être protégée et activement promue. La sensibilisation de tous les membres de la communauté scolaire est importante pour réaliser des objectifs de santé des enfants et adolescents en âge scolaire.

Compte tenu de ce qui précède le projet de règlement propose la suppression de la distinction entre examen systématique, d'une part, et bilan de santé, d'autre part. En effet, dans le passé l'examen systématique s'est limité à un examen physique sans prendre en considération les composantes psychiques et sociales de la santé. Cette distinction artificielle n'a plus lieu d'être maintenue au regard précisément de l'importance devant désormais revenir à

la dimension psycho-sociale. A l'avenir les professionnels de santé scolaire devront assurer une présence régulière sur le terrain et un contrôle régulier du suivi des problèmes détectés devra être assuré. Au plan national il s'agira de garantir une harmonisation des actions de médecine scolaire grâce à une définition précise des tests et bilans de santé suivant des âges clés.

*

A la suite de cet exposé la commission procède à un échange de vues dont il y a lieu de retenir succinctement ce qui suit:

- Est regretté le caractère beaucoup trop expéditif des examens de médecine scolaire par des médecins qui de par le rythme des examens leur imposé se trouvent forcément limités dans leur fonction. A cet égard, le commentaire de l'article 16 fait état d'un minimum de dix minutes que le médecin devrait consacrer en moyenne au bilan de santé de chaque élève. La question se pose de savoir s'il n'y a pas lieu d'intégrer cette norme dans le texte-même du règlement grand-ducal. La dotation en personnel médical et autre assurant la médecine scolaire devra être adaptée à l'évolution du nombre des enfants. Dans ce contexte, l'experte du Ministère de la Santé remarque qu'un des problèmes réside dans le fait qu'actuellement encore aucune nomenclature tarifaire n'est prévue qui permettrait de rémunérer les médecins pour des travaux de coordination avec d'autres professionnels entourant l'enfant.
- Dans ce contexte est également soulevé la question de savoir si la médecine scolaire ne devrait pas être exercée à titre principal par des médecins intégrés dans le système scolaire, mieux placés pour assurer le suivi médical, et non pas par des médecins généralistes externes.
- Est relevée la nécessité de tenir compte lors de la planification de nouveaux bâtiments scolaires des besoins en locaux nécessaires pour l'exercice de la médecine scolaire selon des normes et critères harmonisés. Les responsables du Ministère de la Santé peuvent à cet égard faire état d'une plus grande disponibilité des responsables communaux à tenir compte des besoins de la médecine scolaire et de se faire conseiller à cet égard, ceci dès la phase de planification de nouveaux bâtiments.
- La formation initiale et continue des médecins scolaires et des autres professionnels de santé participant à ce service devra permettre de mieux les préparer aux missions et aux rôles particuliers qu'ils ont à assurer en médecine scolaire. Il s'agira aussi de rendre la qualité de la médecine scolaire plus visible en faisant valoriser l'engagement et l'énergie remarquables qui y sont investis. A cet effet, il est envisagé d'organiser des journées-conférences interprofessionnelles.
- Dans les établissements d'enseignement secondaire une permanence peut être assurée par un(e) infirmier/infirmière. Cette personne ne doit toutefois n'est pas être intégrée dans la structure hiérarchique de l'établissement en question, mais doit exercer sa fonction sous la responsabilité et la tutelle du Ministère de la Santé. Dans l'enseignement fondamental une permanence est instituée dans les plus grandes villes; il s'agira d'améliorer les structures permanentes pour les petites et moyennes communes.
- En matière de santé mentale, il faudra œuvrer dans le sens d'une amélioration des outils de détection précoce des problèmes susceptibles de survenir chez les jeunes. Il s'agira de sensibiliser les intervenants aux aspects de la santé mentale, ceci afin

d'éviter des diagnostics erronés ou l'absence de diagnostic. Passer à côté d'un diagnostic dans ce domaine peut en effet gravement hypothéquer l'avenir personnel de l'enfant.

- Un projet à plus long terme consiste dans la mise en place d'un carnet de santé informatisé accompagnant l'enfant du bas âge jusque à l'âge d'adolescent. Dans ce contexte on peut dire que les avis émis dans le cadre de la médecine scolaire – de l'ordre de 30 à 40% des enfants examinés – font en général l'objet d'un suivi adéquat surtout s'il y a urgence, ceci par les services de médecine scolaire en contact avec le médecin destinataire de l'avis.
- L'article 16 prévoit que les missions et le rôle de chaque membre de l'équipe médico-socio-scolaire ainsi que le fonctionnement de l'équipe seront définis par règlement ministériel. De même l'article 18 prévoit que les critères d'espace et d'aménagement, d'hygiène, de salubrité et de discrétion des locaux de médecine scolaire seront fixés dans un règlement ministériel. Suite à un échange vues, la commission retient que les compléments en question seront ultérieurement introduits dans le règlement grand-ducal lui-même, ceci afin de disposer d'un seul et unique instrument réglementaire intégré et d'éviter ainsi la dispersion des normes applicables en médecine scolaire dans des dispositifs réglementaires séparés.
- Le Conseil d'Etat a relevé que la loi de base vise également les étudiants de l'enseignement supérieur, qui ne sont cependant plus mentionnés dans le projet de règlement grand-ducal. Il est remarqué à cet égard qu'il semble difficile d'englober de façon obligatoire des adultes dans le système de médecine scolaire faisant l'objet du présent projet de règlement grand-ducal. L'Université de Luxembourg, dans la mesure où elle intervient dans la formation spécifique des médecins-généralistes pourra également s'investir dans la sensibilisation de ces derniers et des futurs enseignants à la médecine scolaire.

Pour conclure, Monsieur le Ministre de la Santé souligne que tous les aspects de la réforme de la médecine scolaire ne peuvent être pris en compte d'un seul coup dans le présent instrument réglementaire. La réorientation de la médecine scolaire nécessite une démarche en plusieurs phases. Le contenu du présent projet de règlement fait l'objet d'un accord avec les acteurs du terrain, à l'exception des problèmes subsistant en matière de tarification. Finalement, il est à prévoir que le développement continu de la médecine scolaire vers un système intégré de santé à l'école aboutira en fin de compte également à une réforme de la loi de base du 2 décembre 1987. Lors de la définition des nouvelles orientations, et pour autant que les communes sont impliquées, il sera également nécessaire de discuter le dossier au préalable au sein du syndicat intercommunal Syvicol et de tenir compte dans la mesure du possible de ces recommandations.

3. **6062** **Projet de loi transposant, pour les professions de médecin, de médecin-dentiste, de médecin-vétérinaire, de pharmacien et de certains autres professions de santé, les dispositions de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et de la directive 2006/100/CE portant adaptation de certaines directives dans le domaine de la circulation des personnes, en raison de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie, et modifiant**
- 1. la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire;**
 - 2. la loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation**

d'exercer la profession de pharmacien;

3. la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé;

4. la loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmiers et d'infirmières et réglementant la collaboration entre le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé

Ce point est reporté à une prochaine réunion.

*

La prochaine réunion aura lieu jeudi, le 4 mars 2010 à 9.00 heures et sera consacrée à la présentation par M. le Ministre de la Sécurité sociale Mars Di Bartolomeo du cadre de référence pour l'élaboration d'une réforme du système de pension.

Luxembourg, le 8 mars 2010

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexe : exposé des motifs



- ANNEXE -

29.9.2008

Projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire.

Exposé des motifs

Pris en exécution de la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire, les dispositions du présent projet ont pour objet de remplacer celles contenues au règlement grand-ducal du 21 décembre 1990 déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire, tel que modifié par règlement grand-ducal du 20 novembre 1993.

En effet, depuis l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal en 1990, la société a beaucoup évolué de même que les besoins des enfants et des jeunes. D'autre part depuis 1987 les conceptions en matière de santé publique ont beaucoup évolué. Promotion de la santé, maintien de la santé et prévention des maladies en sont aujourd'hui des éléments clés. C'est dans cette optique qu'un rôle des plus importants revient à la médecine respectivement la santé scolaire.

Des études récentes, (par exemple l'étude sur « l'excès de poids chez les adolescents au Grand-Duché de Luxembourg » et les études HBSC), ont montré que nos enfants et adolescents n'échappent pas aux problèmes de santé que constituent e.a. le surpoids et l'obésité, l'abus de drogues licites et la consommation de drogues illicites, le mal-être, les comportements sexuels à risque etc. Par ailleurs, les équipes médico-socio-scolaires ont constaté une augmentation des problématiques médico-psycho-sociales chez les élèves.

Devant ces problèmes les attentes tant des médecins et des professionnels de santé que des élèves, des parents et des écoles vis-à-vis de la médecine scolaire se sont accrues avec des exigences de meilleure qualité et de pertinence des actions engagées.

Face aux nouveaux défis, la médecine scolaire doit chercher à donner des réponses adaptées en mettant la santé et de bien-être de l'élève au centre de toutes les préoccupations. Une réorientation de la médecine scolaire vers des objectifs de santé scolaire est urgente et indispensable. Elle permettra de mieux répondre aux besoins de santé globale des élèves et d'assurer un rôle de référent santé. A côté de la surveillance médico-sociale redéfinie, incluant la détection de pathologies physiques et psycho-sociales, la surveillance et la promotion de la santé en milieu scolaire jouera un rôle essentiel. Elle contribuera à créer des conditions propices aux modes de vies favorables à la santé et aidera au développement de la personnalité et des compétences des élèves ce qui facilitera, entre autre, la réussite scolaire.

Le programme gouvernemental de 2004 insiste, en matière de programmes et d'actions de prévention, sur une approche multidisciplinaire englobant les aspects de santé physique, psychique et sociale ainsi que sur une prise en compte accrue des besoins spécifiques des enfants et des jeunes. Une harmonisation des activités de médecine scolaire est souhaitée de même qu'une amélioration du suivi tant médical que social.



Pour préparer cette réforme, le Ministère de la Santé et la division de la médecine scolaire de la direction de la Santé ont pu s'appuyer sur une collaboration exemplaire des services de médecin scolaire communaux et de la Ligue Luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales.

Afin d'enrichir la réflexion sur la médecine scolaire au Luxembourg, une vaste documentation comportant des textes de l'OMS, de la Commission européenne et du Conseil de l'Europe a été consultée ainsi que les modèles de santé scolaire ayant fait leur preuve dans d'autres pays européens. Le programme de l'OMS « la santé pour tous au 21^{ème} siècle » propose aux Etats des buts à atteindre. Plusieurs de ces buts visés concernent plus particulièrement la santé des jeunes, l'amélioration de la santé mentale, un environnement physique sain et sûr, l'adoption des modes de vie plus sains, la création de cadres favorables à la santé. Des programmes et plans nationaux déjà existants ou en élaboration comme celui sur l'alimentation saine et l'activité physique avec le plan d'action « Gesond iessen, méi bewegen », la santé mentale, la santé sexuelle et les maladies sexuellement transmissibles, le plan antitabac, la prévention des maladies cardio- et cérébro-vasculaires etc. constituent des références pour les activités de promotion de la santé. Soutenus par une formation continue adéquate, les membres de l'équipe médico-socio-scolaire peuvent ainsi transmettre des messages cohérents et reconnus scientifiquement.

Actuellement, certains tests et examens médicaux systématiques de même que leur contenu sont soumis à des critiques de la part des médecins scolaires et des professionnels de santé. Leur efficacité et leur pertinence ne sont pas toujours évidentes alors que leur réalisation accapare les moyens en personnel et en temps. Il ne reste plus suffisamment de disponibilités pour s'attaquer aux nouvelles priorités. Certains affirment que faire un screening répété d'enfants majoritairement en bonne santé, ne sert à rien et qu'il vaut mieux cibler les populations à risque en évitant cependant toute mesure discriminatoire.

Pour faire face à ces critiques et plaider en faveur du maintien d'un système de surveillance de la santé des enfants en âge scolaire, une revue détaillée de la littérature internationale concernant les systèmes de santé de différents pays, et notamment les services de prévention à l'attention des enfants et des adolescents a été entreprise. Partout le rôle important de la prévention et la promotion de la santé pour les enfants et les adolescents notamment pour les moins favorisés a été souligné.

Tous les pays accordent une grande importance et des moyens croissants à la promotion de la santé, la prévention et la détection précoce des maladies. On insiste sur la qualité des interventions, le recueil standardisé et l'analyse des données recueillies ainsi que sur l'évaluation des actions menées. Sur le plan de la santé publique, il en résulte une meilleure connaissance de l'état de santé de la population ainsi que des facteurs qui influencent la santé.

Dans certains pays, le système de surveillance de la santé de l'enfant est incorporé dans le système national de santé alors que les mesures de la médecine scolaire offrent des services complémentaires.

Au Luxembourg, la surveillance régulière de la santé des enfants en bas-âge est assurée en grande majorité par les médecins pédiatres. Les examens, tels qu'ils sont prévus par la loi du 15 mai 1984 introduisant des examens médicaux systématiques pour les enfants âgés de deux à quatre ans ainsi que par le règlement grand-ducal du 8 décembre 1977 portant sur les modalités des examens médicaux et de l'examen dentaire de la femme enceinte et de l'examen postnatal de la mère, ainsi que sur le carnet de maternité sont probablement moins bien suivis



par les parents étant donné qu'ils ne sont pas assortis d'un incitatif financier. Le présent règlement grand-ducal prévoit dès lors la possibilité d'examiner également les enfants n'ayant pas fait l'objet d'un contrôle sur base des instruments précités. Au-delà de l'âge de 4 ans, les examens préventifs obligatoires, qui s'adressent à l'ensemble de la population scolarisée, sont organisés dans le cadre de la médecine scolaire.

Dans les pays où certains examens préventifs à participation volontaire sont proposés comme par exemple en Allemagne, en Ecosse, aux USA, les médecins pédiatres et spécialistes pour adolescents se montrent très préoccupés du faible taux de participation des enfants et jeunes gens. Ainsi, en Allemagne, les examens ciblant les enfants de 4 et 5 ans, ne sont pas utilisés par 35% des enfants. 60% des enfants socio-économiquement moins privilégiés n'en profitent pas. (Ref. ÖGDG). En Ecosse, 40% des enfants ciblés ne profitent pas des examens de prévention proposés. Ce taux de non-participation augmente d'une manière significative avec l'âge de l'enfant. Le pourcentage de participation des adolescents est extrêmement faible. Il y a notamment une sous-utilisation des services par les enfants et les jeunes défavorisés.

Or, ce sont justement les services de médecine ou de santé scolaire qui offrent une possibilité d'atteindre de façon égalitaire tous les enfants et les jeunes, indépendamment de leur statut social et de leurs origines. C'est grâce à la médecine scolaire que la promotion de la santé, la surveillance de la santé et une prise en charge précoce dans cette population à haut risque peut être faite qu'il s'agisse de pathologies diverses, de modes de vie peu propices à la santé ou d'un développement psychosocial préjudiciable.

C'est surtout pour ces raisons que le maintien d'un système de surveillance des enfants à certains âges-clés du développement et de la scolarité des élèves reste indispensable à condition de définir le contenu des tests et examens systématique d'après des références de consensus international et des lignes directrices d'experts en la matière.

Le programme de surveillance et de screening devra être cohérent et prendre en considération l'enfant dans sa globalité ainsi que son cadre de vie et cela dans une approche interdisciplinaire.

Les changements prévus pour le règlement.

Le service de médecine ou santé scolaire entend affirmer son rôle de référent santé et devenir un des principaux moteurs pour protéger l'enfant et surveiller sa santé dans sa globalité en institutionnalisant la concertation avec les différents intervenants sur le terrain ainsi qu'en favorisant le partenariat de même que la collaboration intersectorielle et multidisciplinaire. L'approche globale de la santé de l'élève implique qu'au-delà du strict examen médical, on tienne compte du milieu scolaire et communautaire dans lequel l'enfant ou l'adolescent évolue.

La promotion de la santé en milieu scolaire devient un axe d'intervention prioritaire. Tant pour les élèves que pour le personnel enseignant l'école constitue un cadre de vie où la santé peut et doit être protégée, soutenue et promue. L'implication, la collaboration et la responsabilisation de tous les membres de la communauté scolaire sont importantes pour réaliser des objectifs de santé des enfants en âge scolaire.

Les équipes médico-socio-scolaires participent en tant que partenaires et experts de santé scolaire au développement de projets de santé à l'école. En cas de besoin, ils deviennent initiateurs de projets notamment en sensibilisant la communauté scolaire aux problèmes existants et en les motivant à une action concertée.



Le règlement grand-ducal actuellement applicable fait une distinction entre examens systématiques et bilans de santé, qui sont deux examens de nature différente. L'examen systématique se limite à un examen physique sans prendre en considération les composantes psychiques et sociales de la santé.

Le présent projet de règlement grand-ducal supprime toutefois cette distinction qui nuit à la qualité des examens. S'il prévoit une diminution de la fréquence des interventions systématiques chez tous les élèves, il accentue également le suivi des enfants chez lesquels des problèmes ont été détectés.

Dans l'enseignement fondamental le nombre d'examens médicaux effectués systématiquement chez tous les élèves passe de cinq à trois; dans l'enseignement secondaire et secondaire technique il passe de trois à deux. Tous ces examens sont des bilans de santé. L'entretien individuel, adapté à l'âge de l'élève fait partie de chaque bilan de santé.

Les tests systématiques annuels sont supprimés dans l'enseignement fondamental, ils sont par contre maintenus dans le contexte des bilans de santé.

Le nombre des examens bucco-dentaires effectués par le médecin dentiste est réduit dans les différents ordres d'enseignement. Il passe de 8 examens à 6 dans l'enseignement fondamental. Un seul examen bucco-dentaire est prévu dans l'enseignement secondaire et secondaire technique.

Pour la détermination du contenu des tests systématiques et des bilans de santé, une étude rigoureuse de la littérature internationale existante a été faite.

Ainsi, le contenu des bilans de santé est défini de façon différenciée pour les différents âges clés de l'enfant et de l'adolescent en prenant comme références des lignes directrices et des recommandations d'autorités reconnues au niveau international. Le contenu tient compte des aspects spécifiques liés à la croissance et au développement global de même qu'aux facteurs liés à la scolarité afin de permettre aux élèves de suivre l'enseignement dans les meilleures conditions possibles.

Un comité de pilotage de santé scolaire soumettra le contenu des activités de médecine scolaire à une révision régulière en accord avec les évidences scientifiques et les besoins nationaux.

La concertation avec le personnel enseignant (titulaire de la classe), les psychologues et/ ou le SPOS et les autres services spécialisés de l'Education nationale sera améliorée. Elle permettra la prise en considération des multiples aspects qui influencent la santé globale des élèves.

L'entretien de santé permet aux jeunes d'exprimer leurs besoins, de trouver une écoute attentive et d'obtenir des conseils. Un bilan de santé individuel peut leur être proposé si nécessaire. Le texte prend également soin de définir le bilan social, qui est effectué en cas de besoin.

Pour créer des conditions indispensables à la réalisation des objectifs de médecine scolaire, certaines modifications sont indispensables:

- Les rôles et les missions des membres de l'équipe médico-socio-scolaire seront clairement définis par règlement ministériel de même que son fonctionnement.



- L'attribution de l'agrément au(x) médecin(s) scolaire(s) faisant partie de l'équipe médico-socio-scolaire sera liée à la signature d'un contrat précisant les missions du médecin, sa disponibilité pour l'exercice de la médecine scolaire, les modalités de rémunération (tarification horaire) et la formation continue.
- Les professionnels de santé scolaire assurent une présence régulière sur le terrain.
- Les locaux nécessaires pour l'exercice de la médecine scolaire doivent répondre à des critères qui seront précisés par règlement ministériel.
- La collaboration entre tous les acteurs est visée.

Le projet de règlement grand-ducal, qui entend également redresser certaines autres insuffisances, prévoit :

- un contrôle régulier du suivi des problèmes détectés,
- une amélioration de l'accompagnement médico-social et psycho-social dans une approche interdisciplinaire et intersectorielle,
- une harmonisation des actions de médecine scolaire dans l'ensemble du pays grâce à une définition rigoureuse du contenu des tests et bilans de santé suivant des âges clé et une cohérence des interventions sur le terrain par l'établissement de protocoles d'action et de lignes directrices communes,
- une standardisation du recueil des données et de l'établissement des statistiques afin d'obtenir des résultats fiables, comparables et évaluables, ce qui permet une meilleure connaissance de l'état de santé des élèves et de son évolution et contribue à définir des priorités d'action en santé publique ainsi qu'à mesurer l'efficacité des mesures prises,
- l'élaboration d'un concept national de promotion de la santé en milieu scolaire,
- une évaluation rigoureuse des actions effectuées.

La formation initiale et continue des médecins scolaires et des professionnels de santé devra permettre de mieux les préparer aux missions et aux rôles particuliers qu'ils ont à assurer en médecine scolaire ; ceci afin de pouvoir garantir une médecine scolaire performante à même d'offrir des services de qualité.

Le règlement grand-ducal reprend l'idée du protocole d'action en cas de survenue de maladies transmissibles et actualise la détermination des durées d'éviction scolaire pour le malade et pour tout enfant vivant en contact du malade.

10

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Session ordinaire 2009-2010

MB/AF

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 04 février 2010

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du projet de procès-verbal du 28 janvier 2010
2. 6099 Projet de loi modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire
 - Désignation d'un rapporteur
 - Présentation du projet de loi
3. 6062 Projet de loi transposant, pour les professions de médecin, de médecin-dentiste, de médecin-vétérinaire, de pharmacien et de certains autres professions de santé, les dispositions de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et de la directive 2006/100/CE portant adaptation de certaines directives dans le domaine de la circulation des personnes, en raison de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie, et modifiant
 1. la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire;
 2. la loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien;
 3. la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé;
 4. la loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmiers et d'infirmières et réglementant la collaboration entre le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé
 - Rapportrice: Madame Claudia Dall'Agnol
 - Présentation et examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Lydie Err, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé
M. Laurent Jomé, du Ministère de la Santé
M. Martin Bisenius, du Greffe de la Chambre des Députés

Excusés : M. Eugène Berger, M. Jean Huss

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. **Approbation du projet de procès-verbal du 28 janvier 2010**

Le procès-verbal de la réunion du 28 janvier 2010 est approuvé.

Suite à une question concernant l'amendement 26 adopté au cours de la dernière réunion à l'endroit de l'article 153 CSS, il est précisé qu'au-delà du léger surplus de financement solidaire introduit par le prédit amendement, il n'a pas été possible d'obtenir l'adhésion consensuelle des employeurs à un financement solidaire intégral de l'assurance accident par le biais de l'introduction d'un taux unique de cotisation. Le Gouvernement avait initialement proposé de s'engager dans cette voie mais s'est heurté à l'opposition des employeurs des secteurs bénéficiant actuellement des taux les plus favorables.

2. **6099 Projet de loi modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire**

Madame Claudia Dall'Agnol est désignée comme rapportrice du projet de loi.

Monsieur le Ministre de la Santé Mars Di Bartolomeo procède à la présentation du projet de loi.

Dans le cadre de la santé publique, la médecine scolaire revêt une importance particulière. Ce domaine est régi par la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire. Sur base de cette loi, le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1990 a déterminé le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire.

Suite à une large concertation entre experts au cours des dernières années, il a été constaté qu'il convient à présent d'adapter la médecine scolaire aux besoins des jeunes et aux concepts modernes de santé publique. L'idée principale est de transformer la médecine scolaire en véritable "santé à l'école". Il s'agira de cibler davantage les enfants à risque pour lesquels le suivi devra être intensifié. Par ailleurs, une plus large part devra être consacrée à la promotion de mesures préventives aidant les jeunes à rester en bonne santé, notamment par la pratique d'activités physiques.

Pour concrétiser cette réorientation de la médecine scolaire, le Ministre de la Santé a élaboré un projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire.

Ce projet de règlement grand-ducal est appelé à remplacer le règlement grand-ducal précité du 21 décembre 1990.

Dans son avis sur le projet de règlement grand-ducal, le Conseil d'Etat, dans ses observations finales, a rendu attentif à la nécessité d'élargir la base légale fournie actuellement par la loi précitée du 3 décembre 1987 en étendant le pouvoir réglementaire de l'Exécutif à la détermination tant du contenu et des formes du carnet de santé que de l'équipement standard des locaux et des centres destinés

à effectuer des examens médicaux scolaires.

Cette adaptation est nécessaire alors que la matière de la santé relève d'une façon générale du domaine réservé par la Constitution à la loi formelle, et que les mesures réglementaires dans ce domaine ressortissent à l'article 32, paragraphe 3 de la norme fondamentale.

Etant donné d'une part que la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire habilite directement le Gouvernement de prendre des mesures réglementaires, et que d'autre part certaines dispositions dépassent l'habilitation accordée par le législateur, le texte sous projet vise à assurer la mise en conformité avec la norme fondamentale (article 32, paragraphe 3).

Par ailleurs, suite à l'entrée en vigueur de la loi du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, le projet de loi se propose également d'introduire la notion d'enseignement fondamental dans la loi du 2 décembre 1987.

Dans son avis précité sur le projet de règlement grand-ducal, le Conseil d'Etat avait lui-même formulé une proposition textuelle législative traduisant la finalité juridique ci-dessus exposée en annonçant que son avis sur le projet de règlement grand-ducal vaudrait également comme recouvrant cette loi en projet.

Or, le présent projet gouvernemental s'écarte de la proposition de texte du Conseil d'Etat dans la mesure où il ne contient pas de sanctions pénales.

Le Conseil d'Etat par contre avait prévu des sanctions pénales en rendant applicable au carnet de santé l'article 25 de la loi modifiée du 20 juin 1977 ayant entre autres pour objet d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge.

En d'autres termes, le projet gouvernemental ne reprend pas intégralement le texte proposé par le Conseil d'Etat, de sorte que ce dernier devra encore émettre un avis sur le projet de loi.

Au cours d'un bref échange de vues, plusieurs membres de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale expriment le souhait que la Commission ne se limite pas à l'instruction du seul projet de loi dont le contenu est d'ordre purement formel mais de se pencher également sur le projet de règlement grand-ducal qui en fait est à l'origine du projet de loi et qui constitue au fond la réforme de la médecine scolaire. Cette démarche s'impose d'autant plus qu'en 2008 la Chambre a débattu en séance publique sur les mesures de réforme à entreprendre dans le domaine de la médecine scolaire dans le cadre d'une interpellation.

Monsieur le Ministre de la Santé est disposé à présenter le projet de règlement grand-ducal, avisé par le Conseil d'Etat et les organismes consultatifs compétents et se trouvant donc en cours de finalisation, à la Commission et n'exclut pas de tenir encore compte, le cas échéant, de propositions qui s'avéreraient très pertinentes.

Le texte du projet de règlement grand-ducal est distribué séance tenante, la Commission se fera encore communiquer l'exposé des motifs et le texte du règlement grand-ducal précité du 21 décembre 1990 qui sera remplacé.

La présentation en question figurera à l'ordre du jour de la prochaine réunion du

11 février 2010.

3. **6062 Projet de loi transposant, pour les professions de médecin, de médecin-dentiste, de médecin-vétérinaire, de pharmacien et de certains autres professions de santé, les dispositions de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et de la directive 2006/100/CE portant adaptation de certaines directives dans le domaine de la circulation des personnes, en raison de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie, et modifiant**
- 1. la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire;**
 - 2. la loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien;**
 - 3. la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé;**
 - 4. la loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmiers et d'infirmières et réglementant la collaboration entre le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé**

Il est rappelé que la Commission a entendu une première présentation sommaire du projet de loi dans sa réunion du 29 octobre 2009. Cette présentation a été documentée par une note de synthèse du Ministère de la Santé, annexée au procès-verbal de ladite réunion.

Le représentant du Ministère de la Santé procède à une nouvelle présentation. Pour l'essentiel de sa présentation, il est renvoyé à la note précitée (cf. annexe 1) ainsi qu'aux explications très détaillées figurant à l'exposé des motifs.

Complémentairement, il y a lieu de retenir encore les éléments suivants:

- Le présent projet de loi a comme objectif une transposition sectorielle de la directive européenne 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. La transposition vise donc les professions réglementées sectorielles dans le domaine de la santé. Les professions réglementées du secteur de la santé (médecin, médecin-dentiste, médecin-vétérinaire, pharmacien, professions de santé) ont en effet été exclues de la transposition générale horizontale de ladite directive par la loi-cadre du 19 juin 2009 qui a défini le régime général de reconnaissance des diplômes.

La transposition en question implique la modification des lois de base régissant les professions précitées. Ces adaptations concernent principalement les domaines suivants:

- la reconnaissance des diplômes délivrés dans un pays tiers,
- la libre prestation de services, principe s'appliquant dorénavant à toutes les professions relevant de la directive,
- les modalités d'exercice de la profession, en particulier l'application du principe de proportionnalité tel qu'il a été dégagé par la jurisprudence de la CJCE en matière de connaissances linguistiques,
- l'assimilation de certains ressortissants d'un Etat non membre de l'Union européenne aux nationaux.

Au-delà de la transposition proprement dite de la directive, le projet introduit encore diverses modifications, notamment de la loi modifiée du 29 avril 1983

concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. Les explications orales y relatives du représentant gouvernemental se recouvrent grosso modo avec la note ci-annexée; il y est renvoyé.

Suite à la présentation du projet de loi, il est précisé par Mme la Présidente Lydia Mutsch que préalablement à la présente réunion les membres de la Commission ont obtenu communication d'un document de travail synoptique, juxtaposant le texte gouvernemental et les observations du Conseil d'Etat. Le texte de la loi modifiée précitée du 29 avril 1983 a également été communiquée à la Commission.

Avant d'entamer l'examen détaillé des articles sur base du document synoptique précité, la Commission procède à un échange de vues général, dont il y a lieu de retenir ce qui suit:

Le projet de loi prévoit que le médecin établi au Luxembourg en qualité de médecin généraliste est obligé de participer au service de remplacement tel qu'il est déterminé dans une convention à conclure entre l'Etat et l'organisation professionnelle nationale la plus représentative des médecins, à savoir l'AMMD, convention à publier au Mémorial.

Cette solution de la négociation entre l'Etat et l'AMMD des modalités du service de remplacement demeure l'option prioritaire; toutefois si l'Etat et la prédite organisation ne parviennent pas à un accord, les modalités de l'organisation du service de remplacement, visant à assurer la continuité des soins, sont arrêtées par règlement grand-ducal.

L'obligation des médecins de participer au service de garde a déjà été légalement consacrée par la loi du 2 août 1977 concernant l'exercice de la profession de médecin et a été reprise dans la loi précitée du 29 avril 1983. Toutefois, le règlement grand-ducal d'exécution qui devait être pris pour en déterminer le fonctionnement et les modalités pratiques n'a été élaboré qu'en 2009 et a été communiqué au Conseil d'Etat le 10 juin 2009.

Il est entendu qu'un objectif prioritaire de la réglementation doit être d'assurer une participation juste et équitable de tous les médecins au service de garde. Il s'agira d'écartier la possibilité de médecins de se dérober à cette obligation, y compris dans le chef de médecins exerçant à temps partiel dans plusieurs pays.

Il est encore précisé que le service de garde officiel dans les maisons médicales doit impérativement se faire dans un ordre de roulement faisant intervenir tous les médecins concernés; il est entendu que parallèlement le libre exercice de la profession médicale permet à chaque médecin d'assurer dans son propre cabinet médical autant de gardes qu'il le juge opportun.

Il est retenu que la Commission obtiendra communication des textes réglementaires régissant actuellement cette question.

Interrogé sur des problèmes pouvant se poser dans le domaine du service de garde en médecine dentaire, M. le Ministre de la Santé Mars Di Bartolomeo précise qu'un service de garde afférent fonctionne en continu au Centre Hospitalier de Luxembourg du samedi à 14 heures au dimanche à 18 heures. Le service est assuré à tour de rôle par tous les dentistes du pays.

Si en général les urgences en médecine dentaire sont ressenties comme

pénibles par les concernés, il faut toutefois constater que les véritables urgences faisant effectivement appel à la médecine dentaire sont plutôt rares. Des statistiques on peut déduire que le faible nombre de cas ne peut guère légitimer la mise en place d'un service de garde intégralement décentralisé en médecine dentaire. En revanche, il faut savoir qu'en cas d'accident affectant aussi la dentition (par exemple fracture de la mâchoire) l'accidenté est accueilli et pris en charge à l'hôpital de garde. Une douleur aiguë due à un problème dentaire qui se manifesterait en dehors des heures d'ouverture usuelles des cabinets dentaires est susceptible d'être provisoirement prise en charge par le médecin du service de remplacement en médecine générale ou par une policlinique hospitalière, ou, à défaut, par l'hôpital de garde.

La Commission procède à un échange de vues sur la problématique d'une éventuelle association de personnes exerçant les professions de médecin, médecin-dentiste, pharmacien ou autre profession de santé sous le statut d'une personne morale (p. ex.: société commerciale).

La constitution de sociétés commerciales dans le secteur de la santé est actuellement discutée dans le domaine des laboratoires d'analyses médicales. Par contre, cette question n'est pas à l'ordre du jour en ce qui concerne le corps médical ou les pharmacies. On ne peut toutefois exclure que ce sujet pourrait gagner en actualité, notamment dans le contexte d'une éventuelle modification de la loi de base du 10 août 1915 sur les sociétés commerciales, dans l'hypothèse où une telle modification prévoirait pour les professions libérales en général une ouverture autorisant la constitution de personnes morales de droit commercial.

Il faut préciser qu'à l'heure actuelle le fait par des médecins d'une même spécialité de se réunir dans des "groupes médicaux" a uniquement le caractère d'un groupement de fait de personnes physiques visant à mettre en commun, pour des raisons organisationnelles évidentes, des moyens matériels et diagnostiques. Tous les actes médicaux accomplis au sein d'un tel groupe restent strictement liés à une relation individualisée entre le patient et le médecin. Au plan médical, les groupements en question doivent donc obéir à une organisation horizontale et, par ailleurs, être avisés au préalable par le Collège Médical.

En ce qui concerne les pharmacies, des arrêts récents de la CJCE relatifs au régime de propriété des pharmacies ont posé le principe que le droit communautaire (liberté d'établissement et circulation des capitaux) ne s'oppose pas à une réglementation nationale qui empêche des personnes n'ayant pas la qualité de pharmacien de détenir et d'exploiter des pharmacies. La jurisprudence admet donc en l'espèce que l'exploitation d'une pharmacie par un non-pharmacien peut représenter un risque pour la santé publique, en particulier pour la sûreté et la qualité de la distribution des médicaments aux patients. En d'autres termes, la CJCE reconnaît aux pays nationaux le droit d'insister sur le maintien d'une relation retraçable entre le pharmacien et le patient. (Arrêts C-171/07 et C-172/07 du 19 mai 2009; cf. communiqué de presse afférent en annexe 2)

Transposée à l'exercice de la médecine, cette jurisprudence devrait faire valoir également des réserves certaines à l'égard de toute approche commerciale dans l'exercice de la profession de médecin. Ainsi il faut rappeler que l'autorisation d'exercer la médecine est par définition attachée au médecin - personne physique - en non pas à une personne morale de quelque nature qu'elle soit. Le principe fondamental à respecter en tout état de cause est celui du maintien de la transparence dans la relation entre patient et médecin, tout acte médical devant

toujours pouvoir être identifié quant à son auteur, faute de quoi il ne serait plus possible d'en imputer la responsabilité.

Il ne faut pas oublier non plus qu'une démarche d'inspiration trop commerciale s'exprimerait négativement sur la faculté de planification, notamment dans le secteur hospitalier, et implicitement donc également au niveau de la sécurité sociale.

En pratique, on doit relever que les groupements de médecins, dans la forme actuelle de "groupe médical", posent souvent des interrogations par rapport au principe de la relation individuelle entre patient et médecin, notamment en ce qui concerne la pratique de la facturation commune et la prise en charge alternante du patient par l'un ou l'autre médecin membre du groupe.

Pour conclure, il est retenu que le département de la Santé se doit de suivre de près ce dossier et toute évolution susceptible d'altérer notre système de santé.

La Commission s'interroge sur la possibilité de canaliser l'afflux surfait de médecins dans certaines spécialités dans lesquelles notre pays connaît une nette surdensité. Il est clair qu'il n'est pas possible de maîtriser ce phénomène par le biais de l'attribution des autorisations d'exercer la médecine.

En revanche, le seul moyen efficace pour parvenir à un certain rééquilibrage réside dans une collaboration rationnelle entre la CNS et les établissements hospitaliers. Ces derniers ont un rôle clé à assumer. Ils doivent éviter de "surchauffer" le système en agréant le même spécialiste dans une spécialité déterminée et en particulier dans celles nécessitant un appareillage médical lourd, uniquement disponible dans le milieu hospitalier. Le rôle des hôpitaux doit par contre être celui d'un facteur stabilisateur du système, ceci par le biais d'une coordination efficace des besoins. D'où aussi le souci du département de la Santé de favoriser une collaboration beaucoup plus poussée des hôpitaux afin de contrecarrer le risque d'excès à cet égard.

Au cours de la prochaine réunion du 11 février 2010, la Commission entamera l'examen détaillé du projet de loi.

Annexes : 2

Luxembourg, le 10 février 2010

Le secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

- ANNEXE A -

Note aux membres de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

N° 6062

Projet de loi transposant, pour les professions de médecin, de médecin-dentiste, de médecin-vétérinaire, de pharmacien et de certaines autres professions de santé, les dispositions de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et de la directive 2006/100/CE portant adaptation de certaines directives dans le domaine de la circulation des personnes, en raison de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie, et modifiant

1. la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
2. la loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien ;
3. la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ;
4. la loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmiers et d'infirmières et réglementant la collaboration entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Santé.

Le projet de loi a pour objet de transposer en droit national les dispositions de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles en ce qui concerne les professions de médecin, de médecin-dentiste, de médecin vétérinaire, de pharmacien et de certaines autres professions de santé.

L La mise en œuvre en droit national de la directive 2005/36/CE implique dès lors de procéder à des adaptations au niveau des lois régissant les professions citées ci-avant.

Ces adaptations concernent avant tout les domaines suivants :

1. reconnaissance des diplômes délivrés dans un pays tiers

Le nouveau régime applicable aux professions «sectorielles» (article 3 §3 de la directive) assimile les titres de formation obtenus dans des pays tiers, et reconnus par un premier État membre (conformément à l'article 2, paragraphe 2 de la directive), à des titres de formation communautaires, lorsque son titulaire a dans la profession concernée une expérience professionnelle de trois ans sur le territoire de l'État-membre qui a reconnu le diplôme.

2. libre prestation de services

Les dispositions concernant le principe de la libre prestation de service s'appliquent désormais à toutes les professions relevant de la directive. En ce qui concerne les professions médicales, ces dispositions ne nécessitent que peu de modifications au niveau de la loi de base de 1983. Toutefois, une modification plus substantielle du règlement grand-ducal d'exécution s'impose. En ce qui concerne par contre la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, le projet de loi vise à modifier les dispositions existantes. En outre, le projet se propose

d'introduire des dispositions relatives à la libre prestation de services dans la loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien.

Pour les autres professions de santé qui ne bénéficient pas d'une reconnaissance automatique, la directive précise les modalités selon lesquelles les États membres peuvent subordonner, à titre dérogatoire, la prestation de services sur leur territoire à un contrôle préalable des qualifications du prestataire de services. Ce contrôle préalable est prévu au projet de loi pour ces autres professions de santé (à l'exclusion des professions d'infirmier et de sage-femme), ceci afin d'éviter des dommages graves pour la santé du bénéficiaire du service pouvant résulter, le cas échéant, de déficiences au niveau des qualifications du prestataire.

La directive prévoit en outre que les États membres ne sauraient restreindre, pour des raisons liées aux qualifications professionnelles, la libre prestation de services sous le titre professionnel d'origine lorsque le bénéficiaire est légalement établi dans un autre État membre.

3. modalités d'exercice de la profession – connaissances linguistiques (article 53 de la directive)

Les anciennes directives concernant les professions médicales, la profession de pharmacien ainsi que les professions de santé qui bénéficient d'une reconnaissance automatique reconnaissent implicitement la nécessité pour le professionnel d'avoir des connaissances linguistiques suffisantes pour pouvoir exercer sa profession, mais s'étaient toutefois refusé à l'imposer directement au professionnel. Par contre elles avaient imposé à l'État membre d'accueil l'obligation de faire en sorte que le migrant acquière les connaissances linguistiques nécessaires.

La nouvelle disposition, qui s'applique tant dans le cadre de l'établissement que de la prestation de services, reprend la jurisprudence de la CJCE. Elle traduit la proportionnalité. Cela signifie que les tests linguistiques, sans être exclus de manière absolue, ne peuvent en aucun cas être pratiqués de manière systématique ni standardisée.

Toujours est-il que l'évaluation des connaissances linguistiques ne fait pas partie de la procédure de reconnaissance des qualifications professionnelles, mais constitue, sous réserve de la proportionnalité, une exigence pour l'accès à la profession.

La formulation retenue au texte du projet de loi est la suivante :

Le candidat « doit avoir les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession, soit en allemand, soit en français, et comprendre la langue luxembourgeoise ou acquérir les connaissances lui permettant de la comprendre. Les modalités de compréhension de la langue luxembourgeoise peuvent être précisées par règlement grand-ducal. »

4. Finalement, le texte du projet a encore pour objectif d'assimiler certains ressortissants d'un Etat-non membre aux nationaux.

Parmi les citoyens des pays tiers, deux catégories bénéficient du système européen de reconnaissance des qualifications professionnelles et jouissent des mêmes droits que tout citoyen de l'UE s'agissant de la reconnaissance des qualifications professionnelles.

La première catégorie comprend les ressortissants de pays tiers qui sont membres de la famille d'un citoyen UE. Ils jouissent, à ce titre, des mêmes droits que les citoyens UE en ce qui concerne la reconnaissance des qualifications professionnelles, dans la mesure où le membre de la famille ayant la nationalité d'un pays communautaire s'installe ou réside dans un État membre autre que celui dont il est ressortissant (voir directive 2004/38/CE, JO L 158 du 30.4.2004).

La seconde catégorie inclut les ressortissants de pays tiers qui ont obtenu le statut de résidents de longue durée.

II. Le projet de loi ne se cantonne toutefois pas à la seule transposition de la directive 2005/36/CE ; il vise également à modifier, sinon à adapter les textes de lois relatifs aux professions médicales respectivement à certaines professions de santé, de même que la loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmiers et d'infirmières et réglementant la collaboration entre le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé.

1. loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

a) traitement des patients

Si l'article 43 de la loi hospitalière consacre la médecine palliative en milieu hospitalier, le présent projet la consacre également en milieu extrahospitalier. Cette nouvelle disposition souligne la nécessité pour le médecin de préserver dans la mesure du possible la qualité de la survie du patient ainsi que son droit de mourir en dignité.

b) usage du titre de fonction.

Il appartient désormais au Collège médical d'autoriser l'usage de titres de fonction conférés par des autorités ou institutions universitaires étrangères.

c) service de remplacement

Sur base d'une convention conclue entre l'Etat et l'association des médecins et médecins-dentistes cette dernière est chargée de l'organisation et du fonctionnement du service en question. En cas de désaccord entre les parties un règlement grand-ducal déterminera les modalités de l'organisation dudit service.

Le service de remplacement est limité aux médecins-généralistes. Quant au médecin-dentiste, il sera tenu, comme par le passé, « *de participer au service médical d'urgence* ». L'idée du collège médical, qui suggère d'étendre le service de remplacement aux médecins-dentistes, n'a pas été retenue.

d) modification des dispositions concernant la suspension du droit d'exercer en cas d'inaptitude du professionnel rendant dangereux l'exercice de sa profession pour lui-même et pour les patients.

Le texte prévoit une procédure d'urgence qui permet au ministre de la Santé de suspendre avec effet immédiat l'autorisation d'exercer de ce professionnel lorsque la continuation de son activité professionnelle risque d'exposer la santé ou la sécurité des patients à un dommage grave. Sur proposition du collège médical, le ministre peut également soumettre le droit d'exercer à certaines restrictions.

e) reprise d'activité professionnelle

Il s'agit de conditions applicables en cas de reprise d'exercice suite à un arrêt prolongé d'activité professionnelle.

f) institution d'un registre professionnel et d'un annuaire électronique

Dans l'intérêt du bon fonctionnement de l'administration et des échanges d'informations dans le cadre de la coopération administrative, il est proposé d'instituer un registre professionnel central auprès du ministre de la Santé.

Les données de base relatives à ces mêmes professionnels sont mises à la disposition du public sous forme d'un annuaire électronique qui fournit les renseignements sur l'autorisation.

Dans un esprit d'harmonisation, le projet vise à introduire des dispositions relatives à l'institution d'un registre professionnel et d'un annuaire électronique tant dans la loi du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien que dans la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

g) assurance obligatoire

Le projet introduit le principe de l'obligation pour tout médecin, médecin-dentiste ou vétérinaire en exercice de souscrire une police d'assurance couvrant l'ensemble de ses activités professionnelles.

h) exercice en groupe

Le texte définit les conditions que doivent remplir les médecins et médecins-dentistes désireux d'exercer ensemble leur profession.

i) sanctions pénales

Le texte du projet se propose d'introduire une sanction pénale en cas d'incitation à l'exercice illégal de la médecine respectivement de non-observation des conditions légales prévues en cas de reprise d'activité professionnelle ou de prestation de service.

2. loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

L'article 19, paragraphe (1) de la loi du 26 mars 1992 charge le conseil supérieur d'édicter un code de déontologie pour les professions de santé qui est à approuver par le ministre de la Santé.

Etant donné que cette disposition, alors qu'elle délègue à une autorité autre que le Grand-Duc l'exécution de la loi, est contraire à la norme fondamentale (articles 11, paragraphe (6) et 36 de la Constitution), il est proposé de confier au pouvoir exécutif la mission d'édicter un code de déontologie sur avis du conseil supérieur.

3. la loi du 11 janvier 1995 portant réorganisation des écoles publiques et privées d'infirmiers et d'infirmières et réglementant la collaboration entre le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé.

Les missions de la commission chargée de la reconnaissance des diplômes étrangers (article 12) sont étendues afin de pouvoir procéder à une vérification des qualifications professionnelles du prestataire (*des professions de santé à l'exclusion de celles d'infirmier et de sage-femme*) avant la première prestation de services.

Luxembourg, le 23 octobre 2009

Laurent Jomé

Conseiller de direction 1^{ère} classe

СЪД НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ ОБЩНОСТИ
TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS
SODNÍ DVŮR EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ
DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABERS DOMSTOL
GERICHTSHOF DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN
EUROOPA ÜHENDUSTE KOHUS
ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ
COURT OF JUSTICE OF THE EUROPEAN COMMUNITIES
COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
CÚIRT BHREITHIÚNAIS NA gCOMHPHOBAL EORPACH
CORTE DI GIUSTIZIA DELLE COMUNITÀ EUROPEE
EIROPAS KOPIENU TIESA



LUXEMBOURG

EUROPOS BENDRIŲ TEISINGUMO TEISMAS
AZ EURÓPAI KÖZÖSSÉGEK BÍRÓSÁGA
IL-QORTI TAL-GIUSTIZZJA TAL-KOMUNITAJET EWROPEJ
HOF VAN JUSTITIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
TRYBUNAŁ SPRAWIEDLIWOŚCI WSPÓLNOT EUROPEJSKICH
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DAS COMUNIDADES EUROPEIAS
CURTEA DE JUSTIȚIE A COMUNITĂȚILOR EUROPENE
SÚDNY DVOR EURÓPSKYCH SPOLOČENSTEV
SODISČE EVROPSKIH SKUPNOSTI
EUROOPAN YHTEISÖJEN TUOMIOISTUIN
EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS DOMSTOL

- ANNEXE 2 -

Presse et Information

COMMUNIQUÉ DE PRESSE n° 44/09

19 mai 2009

Arrêts de la Cour dans l'affaire C-531/06 et dans les affaires jointes C-171/07 e.a.

*Commission / Italie
Apothekerkammer des Saarlandes e.a.*

LA DÉTENTION ET L'EXPLOITATION D'UNE PHARMACIE PEUVENT ÊTRE RÉSERVÉES AUX SEULS PHARMACIENS

Les législations italienne et allemande prévoyant une telle règle sont justifiées par l'objectif visant à garantir un approvisionnement en médicaments de la population sûr et de qualité

Aujourd'hui, la Cour de justice a clôturé deux séries d'affaires relatives au régime de propriété des pharmacies.

Ces affaires portent principalement sur le problème de savoir si le droit communautaire s'oppose aux dispositions contenues dans les législations italienne et allemande qui prévoient que seuls des pharmaciens peuvent détenir et exploiter une pharmacie.

Les affaires jointes C-171/07 et C-172/07 (Apothekerkammer des Saarlandes e.a.) ont pour origine l'autorisation qui a été accordée par le ministère compétent du Land de la Sarre à la société anonyme néerlandaise DocMorris d'exploiter à partir du 1^{er} juillet 2006 une pharmacie à Sarrebruck en tant que succursale. La décision du ministère est contestée devant le tribunal administratif du Land de la Sarre par plusieurs pharmaciens et leurs associations professionnelles pour non-conformité avec la législation allemande qui réserve aux seuls pharmaciens le droit de détenir et d'exploiter une pharmacie.

Le tribunal administratif a saisi la Cour afin de savoir si les dispositions du traité relatives à la liberté d'établissement doivent être interprétées en ce sens qu'elles s'opposent à une telle législation.

Par ailleurs, dans l'affaire C-531/06 (Commission / Italie), la Commission demande notamment à la Cour de constater que, en réservant la détention et l'exploitation des pharmacies privées aux seuls pharmaciens, l'Italie a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu du droit communautaire.

Dans ses arrêts de ce jour, la Cour relève que l'exclusion des non-pharmaciens de la possibilité d'exploiter une pharmacie ou d'acquérir des participations dans des sociétés d'exploitation de pharmacies constitue une restriction à la liberté d'établissement et à la libre circulation des capitaux.

Cette restriction peut néanmoins être justifiée par l'objectif visant à assurer un approvisionnement en médicaments de la population sûr et de qualité.

Lorsque des incertitudes subsistent quant à l'existence ou à l'importance de risques pour la santé des personnes, il importe que l'État membre puisse prendre des mesures de protection sans avoir à attendre que la réalité de ces risques soit pleinement démontrée. En outre, l'État membre peut prendre les mesures qui réduisent, autant que possible, un risque pour la santé publique, y compris, plus précisément, un risque pour l'approvisionnement en médicaments de la population sûr et de qualité.

Dans ce contexte, la Cour souligne le caractère très particulier des médicaments, les effets thérapeutiques de ceux-ci les distinguant substantiellement des autres marchandises.

Ces effets thérapeutiques ont pour conséquence que, si les médicaments sont consommés sans nécessité ou de manière incorrecte, ils peuvent gravement nuire à la santé, sans que le patient soit en mesure d'en prendre conscience lors de leur administration.

Une surconsommation ou une utilisation incorrecte de médicaments entraîne, en outre, un gaspillage de ressources financières qui est d'autant plus dommageable que le secteur pharmaceutique engendre des coûts considérables et doit répondre à des besoins croissants, tandis que les ressources financières pouvant être consacrées aux soins de santé ne sont, quel que soit le mode de financement utilisé, pas illimitées.

Compte tenu de la faculté reconnue aux États membres de décider du niveau de protection de la santé publique, ces derniers peuvent exiger que les médicaments soient distribués par des pharmaciens jouissant d'une indépendance professionnelle réelle.

Il ne saurait être nié qu'un pharmacien poursuit, à l'instar d'autres personnes, l'objectif de la recherche de bénéfices. Cependant, en tant que pharmacien de profession, il est censé exploiter la pharmacie non pas dans un objectif purement économique, mais également dans une optique professionnelle. Son intérêt privé lié à la réalisation de bénéfices se trouve ainsi tempéré par sa formation, par son expérience professionnelle et par la responsabilité qui lui incombe, étant donné qu'une éventuelle violation des règles légales ou déontologiques fragilise non seulement la valeur de son investissement, mais également sa propre existence professionnelle.

À la différence des pharmaciens, les non-pharmaciens n'ont pas, par définition, une formation, une expérience et une responsabilité équivalentes à celles des pharmaciens. Dans ces conditions, il convient de constater qu'ils ne présentent pas les mêmes garanties que celles fournies par les pharmaciens.

Par conséquent, un État membre peut estimer, dans le cadre de sa marge d'appréciation, que l'exploitation d'une pharmacie par un non-pharmacien peut représenter un risque pour la santé publique, en particulier pour la sûreté et la qualité de la distribution des médicaments au détail.

Il n'est pas établi non plus qu'une mesure moins restrictive que l'exclusion des non-pharmaciens permettrait d'assurer, de manière aussi efficace, le niveau de sûreté et de qualité d'approvisionnement en médicaments de la population qui résulte de l'application de cette règle.

Eu égard à sa marge d'appréciation, un État membre peut estimer qu'il existe un risque que des règles moins restrictives visant à assurer l'indépendance professionnelle des pharmaciens telles qu'un système de contrôles et de sanctions soient méconnues dans la pratique, étant donné que l'intérêt d'un non-pharmacien à la réalisation de bénéfices ne serait pas modéré d'une manière

équivalente à celui des pharmaciens indépendants et que la subordination de pharmaciens, en tant que salariés, à un exploitant pourrait rendre difficile pour ceux-ci de s'opposer aux instructions données par cet exploitant.

La Cour conclut que les libertés d'établissement et de circulation des capitaux ne s'opposent pas à une réglementation nationale qui empêche des personnes n'ayant pas la qualité de pharmaciens de détenir et d'exploiter des pharmacies.

Relevant que non seulement l'exclusion des non-pharmaciens de l'exploitation d'une pharmacie privée peut être justifiée mais aussi l'interdiction, pour les entreprises de distribution de produits pharmaceutiques, de prendre des participations dans des pharmacies communales, la Cour rejette également le recours en manquement introduit par la Commission à l'encontre de l'Italie.

Document non officiel à l'usage des médias, qui n'engage pas la Cour de justice.

Langues disponibles : BG, ES, CS, DE, EL, EN, FR, IT, HU, NL, PL, PT, RO, SK

Le texte intégral des arrêts se trouve sur le site Internet de la Cour

<http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=FR&Submit=rechercher&numaff=C-531/06>

<http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=FR&Submit=rechercher&numaff=C-171/07>

Généralement ils peuvent être consultés à partir de 12 heures CET le jour du prononcé.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter Marie-Christine Lecerf

Tél : (00352) 4303 3205 - Fax : (00352) 4303 3034

Des images du prononcé de l'arrêt sont disponibles sur EbS "Europe by Satellite", service rendu par la Commission européenne, Direction générale Presse et Communication,

L-2920 Luxembourg, Tél: (00352) 4301 35177 - Fax : (00352) 4301 35249

ou B-1049 Bruxelles, Tél : (0032) 2 2964106 - Fax: (0032) 2 2965956

6099



RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 89

8 juin 2010

Sommaire

| | |
|---|------------------|
| Loi du 18 mai 2010 modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire | page 1642 |
| Règlement grand-ducal du 18 mai 2010 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 3 février 1998 portant exécution de directives des C.E. relatives à la réception des véhicules à moteur et de leurs remorques ainsi que des tracteurs agricoles et forestiers à roues | 1642 |
| Arrêté ministériel du 18 mai 2010 concernant l'ouverture d'une enquête sur l'utilité du remembrement des terres agricoles et forestières sises dans les communes de Clervaux, Heinerscheid et Munshausen | 1643 |
| Convention sur l'obtention des preuves à l'étranger en matière civile ou commerciale, signée à La Haye, le 18 mars 1970 – Information additionnelle par la Bosnie-et-Herzégovine en ce qui concerne son autorité centrale; modification de l'autorité par l'Ecosse | 1643 |
| Protocole et échange de lettres y relatif, signés à Bruxelles, le 10 novembre 2009, modifiant la Convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Royaume d'Espagne tendant à éviter les doubles impositions en matière d'impôts sur le revenu et sur la fortune et à prévenir la fraude et l'évasion fiscales, signée à Madrid, le 3 juin 1986 – Entrée en vigueur | 1644 |
| Convention entre le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg et le Gouvernement de l'Etat du Qatar tendant à éviter les doubles impositions et à prévenir la fraude fiscale en matière d'impôts sur le revenu et sur la fortune, le Protocole, ainsi que l'échange de lettres y relatif, signés à Luxembourg, le 3 juillet 2009 – Entrée en vigueur | 1644 |

Loi du 18 mai 2010 modifiant la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire.

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

Notre Conseil d'Etat entendu;

De l'assentiment de la Chambre des Députés;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 20 avril 2010 et celle du Conseil d'Etat du 4 mai 2010 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote;

Avons ordonné et ordonnons:

Art. 1^{er}. A l'article 2 de la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire, les termes «de l'éducation préscolaire, des enseignements primaire, postprimaire ou supérieur» sont remplacés par les termes «de l'enseignement fondamental, secondaire ou supérieur».

Art. 2. L'article 5 de la même loi prend la teneur suivante:

«**Art. 5.** Un règlement grand-ducal, en vue duquel l'avis du Collège médical est sollicité, détermine le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire prévus à l'article 4. Le même règlement détermine le contenu et les formes d'un carnet de santé.»

Art. 3. A l'article 6 de la même loi, le dernier alinéa est complété par la phrase suivante:

«Un règlement grand-ducal peut déterminer l'équipement standard de ces locaux et centres.»

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Mémorial pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

Le Ministre de la Santé,
Mars Di Bartolomeo

Palais de Luxembourg, le 18 mai 2010.
Henri

*La Ministre de l'Education nationale
et de la Formation professionnelle,*
Mady Delvaux-Stehres

Doc. parl. 6099; sess. ord. 2009-2010.

Règlement grand-ducal du 18 mai 2010 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 3 février 1998 portant exécution de directives des C.E. relatives à la réception des véhicules à moteur et de leurs remorques ainsi que des tracteurs agricoles et forestiers à roues.

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

Vu l'article 2, paragraphe 4, de la loi modifiée du 14 février 1955 concernant la réglementation de la circulation sur toutes les voies publiques;

Vu l'avis de la Chambre de Commerce;

Les avis de la Chambre d'Agriculture et de la Chambre des Métiers ayant été demandés;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre du Développement durable et des Infrastructures et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1^{er}. La série des directives énumérées à l'article 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 3 février 1998 portant exécution de directives des C.E. relatives à la réception des véhicules à moteur et de leurs remorques ainsi que des tracteurs agricoles et forestiers à roues est complétée par les directives suivantes:

| Directive | Dénomination | Journal officiel de l'Union européenne |
|------------------|--|---|
| 2009/57/CE | Directive du Parlement européen et du Conseil, du 13 juillet 2009, relative aux dispositifs de protection en cas de renversement des tracteurs agricoles ou forestiers à roues | L261 3 octobre 2009 |
| 2009/75/CE | Directive du Parlement européen et du Conseil, du 13 juillet 2009, relative aux dispositifs de protection en cas de renversement de tracteurs agricoles ou forestiers à roues (essais statiques) | L261 3 octobre 2009 |
| 2009/139/CE | Directive du Parlement européen et du Conseil, du 25 novembre 2009, relative aux inscriptions réglementaires des véhicules à moteur à deux ou trois roues | L322 9 décembre 2009 |
| 2009/144/CE | Directive du Parlement européen et du Conseil, du 30 novembre 2009, concernant certains éléments et caractéristiques des tracteurs agricoles ou forestiers à roues | L27 30 janvier 2010 |

Art. 2. A l'article 1^{er} du même règlement, les références aux directives suivantes sont supprimées: 77/536/CEE; 79/622/CEE; 82/953/CEE; 88/413/CEE; 89/173/CEE; 89/680/CEE; 93/34/CEE; 1999/25/CE; 1999/40/CE; 1999/55/CE et 2000/1/CE.

Art. 3. Notre Ministre du Développement durable et des Infrastructures est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.

*Le Ministre du Développement durable
et des Infrastructures,
Claude Wiseler*

Palais de Luxembourg, le 18 mai 2010.
Henri

Dir. 2009/57/CE, 2009/75/CE, 2009/139/CE et 2009/144/CE.

Arrêté ministériel du 18 mai 2010 concernant l'ouverture d'une enquête sur l'utilité du remembrement des terres agricoles et forestières sises dans les communes de Clervaux, Heinerscheid et Munshausen.

*Le Ministre de l'Agriculture,
de la Viticulture
et du Développement rural,*

Vu l'article 15 de la loi modifiée du 25 mai 1964 concernant le remembrement des biens ruraux;

Vu la délibération concordante des conseils communaux de Clervaux, Heinerscheid et Munshausen en date des 28 avril, 12 et 13 juin 2008;

Vu la proposition de l'Office national du remembrement en date du 26 février 2010;

Considérant qu'il est utile de procéder à un remembrement des biens ruraux dans le cadre des travaux d'intérêt général que constitue la liaison routière dite transversale de Clervaux et notamment en application de l'article 19bis de la loi modifiée du 25 mai 1964 concernant le remembrement des biens ruraux;

Arrête:

Art. 1^{er}. Il sera procédé par l'Office national du remembrement à une enquête sur l'utilité du remembrement des terres agricoles et forestières des parties des sections cadastrales A de Clervaux, D de Reuler et E de Ursfelt de la commune de Clervaux, des parties des sections cadastrales D de Fischbach et E de Grindhausen de la commune de Heinerscheid et des parties de la section cadastrale C de Marnach de la commune de Munshausen et des parties de la section cadastrale AD de Boxhorn de la commune de Wincrange, ancienne commune d'Asselborn.

Art. 2. Les plans cadastraux indiquant la délimitation provisoire du périmètre de remembrement sont déposés au siège de l'Office national du remembrement.

Art. 3. Les propriétaires des terres comprises dans ledit périmètre sont constitués en association syndicale de remembrement.

Art. 4. Le présent arrêté sera publié au Mémorial.

Luxembourg, le 18 mai 2010.

*Le Ministre de l'Agriculture,
de la Viticulture
et du Développement rural,
Romain Schneider*

Convention sur l'obtention des preuves à l'étranger en matière civile ou commerciale, signée à La Haye, le 18 mars 1970. – Information additionnelle par la Bosnie-et-Herzégovine en ce qui concerne son autorité centrale; modification de l'autorité par l'Ecosse.

Il résulte d'une notification de l'Ambassade Royale des Pays-Bas qu'en date du 16 avril 2010 la Bosnie-et-Herzégovine a notifié l'information additionnelle suivante en ce qui concerne son autorité centrale:

Ministère de la Justice de Bosnie-et-Herzégovine
Place de la Bosnie-et-Herzégovine n° 1
71000 Sarajevo
Tél.: 00387/33/223-501, 00387/33/281-506
Fax: 00387/33/223-504
Site internet: www.mpr.gov.ba

En outre, en date du 22 avril 2010 le Royaume-Uni a modifié comme suit l'autorité pour l'Ecosse:

Gouvernement écossais
 UE & la branche du droit international
 2W St. Andrew's House
 EDIMBOURG EH1 3DG
 Ecosse, Royaume-Uni
 Courriel: Alan.Finlayson@scotland.gsi.gov.uk
 Tél.: +44 (131) 244 2417
 Fax: +44 (131) 244 4848

Protocole et échange de lettres y relatif, signés à Bruxelles, le 10 novembre 2009, modifiant la Convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Royaume d'Espagne tendant à éviter les doubles impositions en matière d'impôts sur le revenu et sur la fortune et à prévenir la fraude et l'évasion fiscales, signée à Madrid, le 3 juin 1986. – Entrée en vigueur.

Les conditions requises pour l'entrée en vigueur des Actes désignés ci-dessus, approuvés par la loi du 31 mars 2010 (Mémorial 2010, A, n° 51, pp. 830 et ss.) ayant été remplies en date du 16 avril 2010, lesdits Actes entrèrent en vigueur à l'égard des deux Parties contractantes le 16 juillet 2010, conformément à l'article II du Protocole.

Conformément à son article II, paragraphe 2, les dispositions du Protocole seront applicables aux années d'imposition commençant le ou après le 1^{er} janvier de l'année civile suivant immédiatement l'année de l'entrée en vigueur du Protocole.

Convention entre le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg et le Gouvernement de l'Etat du Qatar tendant à éviter les doubles impositions et à prévenir la fraude fiscale en matière d'impôts sur le revenu et sur la fortune, le Protocole, ainsi que l'échange de lettres y relatif, signés à Luxembourg, le 3 juillet 2009. – Entrée en vigueur.

Les conditions requises pour l'entrée en vigueur des Actes désignés ci-dessus, approuvés par la loi du 31 mars 2010 (Mémorial 2010, A, n° 51, pp. 830 et ss.) ayant été remplies en date du 9 avril 2010, les Actes sont entrés en vigueur à l'égard des deux Parties contractantes à la même date, soit le 9 avril 2010, conformément à l'article 29, paragraphe 1 de la Convention.

Conformément à l'article 29, paragraphe 2, la Convention sera applicable:

- a) en ce qui concerne les impôts retenus à la source, aux revenus attribués le ou après le 1^{er} janvier de l'année civile suivant immédiatement l'année au cours de laquelle la Convention entrera en vigueur;
- b) en ce qui concerne les autres impôts sur le revenu et les impôts sur la fortune, aux impôts dus pour toute année d'imposition commençant le ou après le 1^{er} janvier de l'année civile suivant immédiatement l'année au cours de laquelle la Convention entrera en vigueur.