



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Dossier consolidé

Projet de loi 6489

Projet de loi portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012

Date de dépôt : 17-10-2012

Date de l'avis du Conseil d'État : 24-12-2012

Liste des documents

Date	Description	Nom du document	Page
08-08-2013	Résumé du dossier	Résumé	<u>3</u>
17-10-2012	Déposé	6489/00	<u>5</u>
24-12-2012	Avis du Conseil d'Etat (21.12.2012)	6489/01	<u>20</u>
13-06-2013	Rapport de commission(s) : Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Rapporteur(s) :	6489/02	<u>23</u>
20-06-2013	Premier vote constitutionnel (Vote Positif) En séance publique n°40 Une demande de dispense du second vote a été introduite	6489	<u>28</u>
04-07-2013	Dispense du second vote constitutionnel par le Conseil d'Etat (04-07-2013) Evacué par dispense du second vote (04-07-2013)	6489/03	<u>31</u>
13-06-2013	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (22) de la reunion du 13 juin 2013	22	<u>34</u>
28-02-2013	Commission de la Santé et de la Sécurité sociale Procès verbal (14) de la reunion du 28 février 2013	14	<u>54</u>
23-08-2013	Publié au Mémorial A n°153 en page 2982	6489	<u>78</u>

Résumé

Projet de loi 6489

portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012

Le projet de loi a pour objet l'approbation de la convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, qui a été signée à Luxembourg en date du 22 juin 2012.

Cette convention bilatérale avec le Brésil remplacera notre ancienne convention avec ce pays, qui date de 1965, par un instrument de coordination plus moderne et plus adéquat, tenant compte des exigences et standards actuels en matière de droit international de la sécurité sociale.

Cette convention a pour objet de garantir les droits en matière de sécurité sociale des personnes qui ont été soumises successivement ou alternativement aux législations des deux Etats contractants.

Dans une large mesure la présente convention suit l'aménagement général des conventions bilatérales conclues jusqu'à présent par le Luxembourg et reprend les formules de coordination usuelles adoptées tant dans ces instruments que dans les règlements communautaires sur la coordination des régimes de sécurité sociale en Europe.

6489/00

N° 6489**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2012-2013

PROJET DE LOI

**portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre
le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du
Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012**

* * *

*(Dépôt: le 17.10.2012)***SOMMAIRE:**

	<i>page</i>
1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (15.10.2012)	1
2) Texte du projet de loi	2
3) Exposé des motifs	2
4) Fiche financière	4
5) Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République du Brésil.....	5

*

ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT

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

Sur le rapport de Notre Ministre des Affaires étrangères et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Article unique.– Notre Ministre des Affaires étrangères est autorisé à déposer en Notre nom à la Chambre des Députés le projet de loi portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012.

Château de Berg, le 15 octobre 2012

Le Ministre des Affaires étrangères,

Jean ASSELBORN

HENRI

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

Article unique.– Est approuvée la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012.

*

EXPOSE DES MOTIFS

Le présent projet de loi a pour objet l'approbation de la convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République fédérative du Brésil, qui a été signée à Luxembourg en date du 22 juin 2012.

Cette convention bilatérale avec le Brésil remplacera notre ancienne convention avec ce pays, qui date de 1965, par un instrument de coordination plus moderne et plus adéquat, tenant compte des exigences et standards actuels en matière de droit international de la sécurité sociale.

Cette convention a pour objet de garantir les droits en matière de sécurité sociale des personnes qui ont été soumises successivement ou alternativement aux législations des deux Etats contractants.

Dans une large mesure la présente convention suit l'aménagement général des conventions bilatérales conclues jusqu'à présent par le Luxembourg et reprend les formules de coordination usuelles adoptées tant dans ces instruments que dans les règlements communautaires sur la coordination des régimes de sécurité sociale en Europe.

Quant à son champ d'application matériel, la convention s'applique aux législations des deux Etats contractants relatives à l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie. Les autres branches de la sécurité sociale sont visées, mais uniquement en ce qui concerne la détermination de la législation applicable. L'accès aux assurances volontaires est par ailleurs réglé. La convention exclut expressément les législations concernant l'assistance sociale, les prestations aux victimes de guerre et les assurances complémentaires privées. Cette référence expresse aux assurances complémentaires privées a été intégrée dans le texte à la demande de la délégation brésilienne (article 2, alinéa 4). Pour le Luxembourg, il va sans dire que les régimes de pension complémentaires, ainsi que les contrats d'assurances privées n'entrent pas dans le champ d'application d'une convention qui règle la matière de la sécurité sociale.

Pour ce qui est de son champ d'application personnel, la convention s'applique aux personnes sans distinction de nationalité, qui sont ou ont été soumises à la législation de l'un ou des deux Etats contractants ainsi qu'à leurs ayants droit. La présente convention suit ainsi la conception adoptée dans les instruments bilatéraux récents conclus par le Grand-Duché qui eux n'ont pas repris non plus une limitation du champ d'application personnel aux seuls ressortissants des Parties contractantes et répond ainsi aux exigences posées par la jurisprudence de la Cour de justice européenne dans l'affaire GOTTARDO (référence C-55/00 du 15.1.2002).

A l'instar des autres instruments internationaux en matière de sécurité sociale, la présente convention énonce les principes fondamentaux en matière de coordination internationale des régimes de sécurité sociale, à savoir:

- de traitement, prévoyant que les assurés d'un Etat contractant et auxquels la convention est applicable sont soumis aux obligations et sont admis au bénéfice de la législation de l'autre Etat dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet Etat;
- l'exportation des prestations, prévoyant que les pensions acquises au titre de la législation d'un Etat contractant ne peuvent subir aucune réduction, modification, suppression ou suspension du fait que le bénéficiaire réside sur le territoire de l'autre Etat contractant;
- la totalisation des périodes d'assurance, prévoyant que les périodes accomplies dans les deux Etats contractants sont mises ensemble pour l'ouverture, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations.

A noter dans ce contexte que la convention prévoit à l'article 15 une règle de totalisation des périodes d'assurance accomplies dans un pays tiers avec lequel tant le Brésil que le Luxembourg ont conclu un instrument de coordination en matière de sécurité sociale.

L'accès à l'assurance pension volontaire est formulé à l'article 7 et à l'article 12 et permet aux ressortissants brésiliens qui se trouvent sur le territoire luxembourgeois de souscrire une assurance continuée. Dans ce genre d'assurance, les cotisations sont à charge des assurés.

Le principe général de l'assimilation des faits, à l'instar de ce qui est prévu dans le règlement (CE) 883/2004, est retenu pour la première fois dans une convention bilatérale conclue par le Luxembourg avec un pays d'Amérique latine (article 13). Il est entendu qu'une telle disposition ne saurait jouer que pour un fait générateur de droit (p. ex. accident, décès ...) et ne saurait être appliqué pour assimiler des périodes. Par ailleurs il y a lieu de bien préciser que l'assimilation des faits ne saurait non plus jouer pour la reconnaissance de l'invalidité, pour laquelle seule la législation nationale de l'Etat compétent reste applicable.

Le titre II de la convention, qui a trait à la détermination de la législation applicable, consacre le principe généralement admis suivant lequel la législation à laquelle le travailleur salarié ou indépendant est soumis est celle de l'Etat contractant sur le territoire duquel il exerce son activité professionnelle. S'agissant des gens de mer, la législation applicable est celle de l'Etat du pavillon du navire. Les fonctionnaires et le personnel assimilé sont soumis à la législation de l'Etat dont relève l'administration qui les occupe.

La présente convention retient également la dérogation habituelle au principe du pays d'emploi au profit des travailleurs qui sont occupés normalement sur le territoire d'un Etat et qui sont détachés par leur employeur sur le territoire de l'autre Etat pour y effectuer un travail limité par son objet et dans le temps. Dans ce cas, le travailleur reste soumis à la législation à laquelle il est assujéti normalement. Le détachement est en principe limité à deux années, à moins que des circonstances initialement non prévues n'imposent une prorogation, auquel cas l'affiliation peut être maintenue pour une nouvelle période d'une année au plus, sous réserve de l'accord des instances compétentes de l'Etat contractant sur le territoire duquel le travailleur est détaché. Les règles du détachement s'appliquent également aux indépendants.

Une autre dérogation concerne les salariés des entreprises de transports aériens pour lesquels la législation applicable est celle de l'Etat contractant sur le territoire duquel l'entreprise a son siège.

Finalement les autorités compétentes des Etats contractants ont la faculté de déroger, d'un commun accord, aux dispositions régissant la détermination de la législation applicable dans les cas où ces dispositions s'avèreraient inappropriées à l'égard d'une personne ou d'une catégorie de personnes.

Le titre III de la convention regroupe deux chapitres, dont l'un contient des règles spécifiques pour les prestations de soins de santé des bénéficiaires de pension et l'autre les règles applicables pour les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie.

Le chapitre I dispose que tout titulaire d'une seule pension luxembourgeoise et qui réside au Brésil a les mêmes droits qu'un bénéficiaire de pension brésilien pour jouir du système de santé brésilien, qui se caractérise par l'universalité des soins, qui est un droit et une obligation de tous les Etats fédéraux, assurée par la constitution fédérale brésilienne, sans aucune distinction. Un bénéficiaire d'une seule pension brésilienne qui réside au Luxembourg est en droit de souscrire une assurance maladie volontaire sans se voir appliquer une période de stage.

Le chapitre II fixe les modalités de calcul des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie. Les règles de coordination retenues s'inspirent largement de celles des règlements européens en matière de coordination des régimes de sécurité sociale, ainsi que des autres conventions bilatérales conclues par le Grand-Duché.

Dans les cas où une institution doit avoir recours à la totalisation des périodes d'assurance pour l'ouverture du droit, elle applique la formule de calcul „prorata temporis“ qui consiste à déterminer le montant théorique de la pension qui serait due à l'intéressé au titre de la législation qu'elle applique, si toutes les périodes prises en compte au moyen de la totalisation avaient été accomplies sous sa législation, puis à calculer le montant effectivement dû par elle au prorata des périodes accomplies sous sa législation par rapport à l'ensemble des périodes accomplies sous les législations des deux Etats contractants.

Si les périodes d'assurance accomplies dans un Etat contractant suffisent à elles seules pour ouvrir le droit à pension, l'institution de cet Etat effectue un double calcul. D'un côté, elle procède au calcul direct de la pension, qui consiste à déterminer le montant qui correspond à la durée des périodes d'assurance à prendre en compte au titre de la seule législation qu'elle applique, et de l'autre côté elle calcule la pension suivant la formule „prorata temporis“ décrite ci-dessus. Le montant le plus élevé résultant de ces deux calculs représente la prestation revenant à l'intéressé.

Il y a lieu de relever que lorsque la durée des périodes d'assurance accomplies dans un pays est inférieure à une année, la caisse de pension n'est pas tenue à appliquer la règle de la totalisation et

d'accorder une pension proratisée, les périodes sont toutefois prises en compte par l'autre Etat contractant.

D'autres dispositions de ce chapitre sont importantes pour l'application de la législation luxembourgeoise. C'est ainsi qu'en application du principe général de l'assimilation des faits (article 13), les faits et événements qui ont pour effet de prolonger la période de référence au cours de laquelle doit avoir été accompli le stage requis pour l'obtention d'une pension d'invalidité ou de survie sont également prises en considération lorsqu'ils sont survenus au Brésil. D'autre part (article 18), les dispositions relatives à la totalisation des périodes d'assurance sont également applicables aux fins de la mise en compte au titre de la législation luxembourgeoise de la période d'assurance suivant la naissance d'un enfant en faveur du parent qui se consacre à son éducation (années-bébés), à condition toutefois que l'intéressé ait été assujéti en dernier lieu à l'assurance pension luxembourgeoise. Des dispositions particulières relatives aux prestations brésiliennes (article 19) sont prévues en ce qui concerne la pension minimale brésilienne.

Le titre IV de la convention a trait aux dispositions diverses, usuellement reprises dans les instruments internationaux en matière de sécurité sociale. Pour l'essentiel, ces dispositions

- créent la base légale pour l'élaboration d'un arrangement administratif fixant les modalités d'application de la convention et pour désigner les organismes de liaison en vue de faciliter l'application de la convention;
- déterminent les échanges d'information entre les autorités compétentes sur l'évolution de leur législation nationale et sur les mesures prises pour l'application de la convention.

*

FICHE FINANCIERE

Le présent projet de loi n'a pas d'incidences sur le budget des dépenses de l'Etat. Il est entendu que l'impact financier est supporté par le budget de la sécurité sociale. A noter dans ce contexte que les conséquences financières sont neutres, étant donné que le Luxembourg est déjà lié par un instrument international (Convention sur la sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et les Etats-Unis du Brésil du 16 septembre 1965) et qu'en l'occurrence l'objet est de remplacer cette ancienne convention par un instrument plus moderne et plus adéquat.

*

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE
entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République fédérative du Brésil

Le Grand-Duché de Luxembourg

et

la République Fédérative du Brésil

animés du désir de régler les relations réciproques entre les deux Etats dans le domaine de la sécurité sociale,

ONT DECIDE de conclure une convention de sécurité sociale et sont convenus des dispositions suivantes:

TITRE I

Dispositions générales

Article 1er

Définitions

1. Pour l'application de la présente convention les termes ci-après ont la signification suivante:
 - a) „*législation*“:
les lois et règlements visés au paragraphe 1 de l'article 2 de la présente convention;
 - b) „*autorité compétente*“:
en ce qui concerne le Brésil: le Ministre d'Etat de la Prévoyance Sociale; et
en ce qui concerne le Luxembourg: le Ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale;
 - c) „*institution compétente*“:
institution ou organisme chargé d'appliquer, en totalité ou en partie, les législations visées au paragraphe 1 de l'article 2 de la présente convention;
 - d) „*organisme de liaison*“:
organisme de coordination et d'information entre les institutions compétentes des Parties contractantes qui intervient dans l'application de la présente convention et dans l'information aux intéressés sur les droits et obligations qui découlent de l'application de cette convention;
 - e) „*prestation*“:
toute pension, revenu ou toute autre prestation en espèces, y compris toute allocation supplémentaire, majoration de revalorisation ou d'indexation découlant de l'application des législations visées au paragraphe 1 de l'article 2 de la présente convention;
 - f) „*période d'assurance*“:
période de cotisation ou période reconnue en tant que telle par la législation sous laquelle elle a été accomplie, ainsi que toute autre période reconnue par cette législation comme équivalente à une période d'assurance;
 - g) „*ayant droit*“:
toute personne définie ou admise en tant que tel par la législation des Parties au titre des prestations attribuées.
2. Les autres termes utilisés dans la présente convention ont la signification qui leur est attribuée en vertu de la législation applicable.

*Article 2****Champ d'application matériel***

1. La présente convention s'applique:
 - I. Pour le Brésil à la législation du régime général de sécurité sociale et des régimes propres de prévoyance sociale des travailleurs du secteur public en ce qui concerne les prestations suivantes:
 - a) pension vieillesse;
 - b) pension d'invalidité; et
 - c) pension décès.
 - II. Pour le Luxembourg aux législations concernant
 - a) l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie; et
 - b) par rapport au Titre II de la présente convention seulement, l'assurance maladie, l'assurance accident du travail et maladie professionnelle et les prestations de chômage.
2. La présente convention s'applique également à toutes les lois et à tous les règlements qui modifient, complètent ou remplacent les législations énumérées au paragraphe 1 du présent article.
3. La présente convention s'appliquera à toute loi ou à tout règlement futurs qui étend les législations visées au paragraphe 1 à de nouvelles catégories de bénéficiaires, si dans un délai de six mois à partir de la publication officielle desdits actes, la Partie contractante qui a modifié sa législation ne fait savoir à l'autre Partie contractante que la convention ne leur est pas applicable.
4. La présente convention ne s'applique ni aux prestations de l'assistance sociale, ni aux prestations en faveur des victimes de guerre, ni aux assurances complémentaires privées.

*Article 3****Champ d'application personnel***

Les dispositions de la présente convention sont applicables aux personnes qui sont ou ont été soumises à la législation de l'une ou des deux Parties contractantes, ainsi qu'à leurs ayants droits légaux.

*Article 4****Egalité de traitement***

Les personnes visées à l'article 3 sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de chacune des Parties contractantes dans les mêmes conditions que les ressortissants de cette Partie.

*Article 5****Levée de la clause de résidence***

1. Les pensions de vieillesse, d'invalidité ou de survie acquises au titre de la législation d'une Partie contractante ne peuvent subir aucune réduction ou modification, ni suspension ou suppression du fait que le bénéficiaire réside ou séjourne sur le territoire de l'autre Partie contractante.
2. Les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie dues en vertu de la législation de l'une des Parties contractantes sont payées aux ressortissants de l'autre Partie contractante qui résident sur le territoire d'un Etat tiers, aux mêmes conditions que les ressortissants de la première Partie contractante.

*Article 6****Clauses de réduction ou de suspension***

1. Les clauses de réduction ou de suspension prévues par la législation d'une Partie contractante, en cas de cumul d'une prestation avec d'autres prestations de sécurité sociale ou avec un autre revenu du

fait de l'exercice d'une activité professionnelle, sont opposables aux bénéficiaires, même s'il s'agit de prestations acquises sous la législation de l'autre Partie contractante ou d'un revenu obtenu d'une activité professionnelle exercée sur le territoire de l'autre Partie contractante.

2. Toutefois, aux fins de l'application du paragraphe 1 du présent article, ne doivent pas être prises en compte les prestations de même nature qui sont liquidées par les institutions compétentes des deux Parties contractantes, conformément aux dispositions du chapitre deux du titre III de la présente convention.

Article 7

Admission à l'assurance facultative continuée

1. Si la législation d'une Partie contractante subordonne l'admission à l'assurance facultative continuée à la résidence sur le territoire de cette Partie, les personnes qui résident sur le territoire de l'autre Partie contractante peuvent être admises à l'assurance facultative continuée à condition qu'elles aient été soumises, à un moment quelconque de leur activité antérieure, à la législation de la première Partie contractante en qualité de travailleur.

2. Si la législation d'une Partie contractante subordonne l'admission à l'assurance facultative continuée à l'accomplissement de périodes d'assurance, les périodes d'assurance accomplies sous la législation de l'autre Partie contractante sont prises en compte, dans la mesure nécessaire, comme s'il s'agissait de périodes d'assurance accomplies sous la législation de la première Partie contractante.

TITRE II

Dispositions déterminant la législation applicable

Article 8

Règle générale

La législation applicable est déterminée conformément aux dispositions suivantes:

- a) les travailleurs salariés occupés sur le territoire d'une Partie contractante sont, en ce qui concerne cette activité salariale, soumis exclusivement à la législation de cette Partie contractante;
- b) les travailleurs non salariés qui exercent leur activité professionnelle sur le territoire d'une Partie contractante sont soumis à la législation de cette Partie, même s'ils résident sur le territoire de l'autre Partie contractante;
- c) les gens de mer qui exercent leur activité professionnelle à bord d'un navire battant pavillon d'une Partie contractante sont soumis à la législation de cette Partie;
- d) les fonctionnaires et le personnel assimilé sont soumis à la législation de la Partie contractante dont relève l'administration qui les occupe.

Article 9

Règles particulières

Les principes posés aux points a) et b) de l'article 8 de la présente convention comportent les exceptions suivantes:

- a) Les travailleurs salariés qui exercent une activité sur le territoire d'une Partie contractante et qui sont détachés par l'employeur, dont ils relèvent normalement, sur le territoire de l'autre Partie contractante afin d'y effectuer un travail pour le compte de leur employeur, demeurent soumis à la législation de la première Partie, à condition que la durée prévisible de ce travail n'excède pas vingt-quatre mois.
- b) Les personnes qui exercent normalement une activité non salariée sur le territoire d'une Partie contractante et qui effectuent un travail sur le territoire de l'autre Partie contractante, demeurent

- soumises à la législation de la première Partie contractante, à condition que la durée prévisible de ce travail n'exécède pas vingt-quatre mois.
- c) Si la durée visée aux points a) et b) se prolonge au-delà de vingt-quatre mois, la législation de la première Partie continue d'être applicable pour une nouvelle période de douze mois au plus, à condition que l'autorité compétente de la deuxième Partie, ou l'organisme désigné par cette autorité, ait donné son accord avant la fin de la première période de vingt-quatre mois.
 - d) Les travailleurs salariés au service d'une entreprise de transports aériens ayant son siège sur le territoire de l'une des Parties contractantes, et occupés en qualité de personnel navigant, sont soumis à la législation de la Partie sur le territoire de laquelle l'entreprise a son siège. Toutefois, dans le cas où l'entreprise possède sur le territoire de l'autre Partie une succursale ou une représentation permanente, les travailleurs occupés par celle-ci sont soumis à la législation de la Partie sur le territoire de laquelle la succursale ou la représentation permanente se trouve.
 - e) Les ressortissants d'une Partie contractante employés par le Gouvernement de cette Partie contractante sur le territoire de l'autre Partie contractante, mais qui ne sont pas exemptés de la législation de l'autre Partie contractante en vertu des conventions mentionnées au point a) de l'article 10, seront soumis exclusivement à la législation de la première Partie contractante.

Article 10

Missions diplomatiques et postes consulaires

Les membres des missions diplomatiques et postes consulaires sont soumis à l'application des dispositions suivantes:

- a) La présente convention n'affecte pas les dispositions de la Convention de Vienne sur les relations diplomatiques du 18 avril 1961 ou de la Convention de Vienne sur les relations consulaires du 24 avril 1963.
- b) Les dispositions du point a) de l'article 8 sont applicables aux employés domestiques au service des membres des missions diplomatiques ou postes consulaires. Toutefois, ces employés peuvent opter pour l'application de la législation du pays d'envoi lorsqu'ils en sont ressortissants. Cette option doit être exercée dans un délai de six mois qui commence à courir à partir de l'entrée en service.

Article 11

Dérogations

A la demande fondée du travailleur ou de l'employeur, les autorités compétentes des Parties contractantes peuvent, d'un commun accord, autoriser des exceptions spéciales.

TITRE III

Dispositions relatives aux prestations

Chapitre premier – Prestations de soins de santé

Article 12

Prestations de soins de santé pour les bénéficiaires de pension

1. Les bénéficiaires d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou de survie basée seulement sur la législation luxembourgeoise qui résident au Brésil ont droit aux prestations de soins de santé conformément à la législation brésilienne comme s'ils étaient titulaires d'une pension correspondante au titre de la législation du Brésil.
2. Les bénéficiaires d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou de survie basée seulement sur la législation brésilienne qui résident au Luxembourg ont le droit de contracter une assurance maladie volontaire continuée, conformément aux dispositions de la législation luxembourgeoise.

Chapitre deux – Pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie

Section I – Dispositions communes

Article 13

Assimilation des faits et événements

Si, en vertu de la législation d'une Partie contractante, des effets juridiques sont attribués à la survenance de certains faits ou événements, cette Partie tient compte des faits ou événements semblables survenus dans l'autre Partie contractante comme si ceux-ci étaient survenus sur son propre territoire.

Article 14

Totalisation des périodes d'assurance

Si la législation d'une Partie contractante subordonne l'acquisition, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations à l'accomplissement de périodes d'assurance, l'institution compétente tient compte, dans la mesure nécessaire, des périodes d'assurance accomplies sous la législation de l'autre Partie contractante, pour autant que ces périodes ne se superposent pas.

Article 15

Totalisation de périodes d'assurance accomplies dans un Etat tiers

Si une personne n'a pas droit à une prestation sur la base des périodes d'assurance accomplies sous les législations des deux Parties contractantes, totalisées comme prévu à l'article 14 de la présente convention, le droit à ladite prestation est déterminé en totalisant ces périodes avec les périodes accomplies sous la législation d'un Etat tiers avec lequel les deux Parties contractantes sont liées par un accord bi- ou multilatéral de sécurité sociale qui prévoit des règles sur la totalisation de périodes d'assurance.

Article 16

Calcul des pensions

1. Si une personne peut prétendre à une pension en vertu de la législation de l'une des Parties contractantes sans qu'il soit nécessaire de faire application des articles 14 et 15 de la présente convention, l'institution calcule, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, la pension correspondant à la durée totale des périodes d'assurance à prendre en compte en vertu de cette législation.

Cette institution procède aussi au calcul de la pension qui serait due en application des dispositions du paragraphe 2 du présent article. Le montant le plus élevé est seul retenu.

2. Si une personne peut prétendre à une pension, dont le droit n'est ouvert que compte tenu de la totalisation des périodes prévues aux articles 14 et 15 de la présente convention, les règles suivantes sont applicables:

- a) l'institution calcule le montant théorique de la pension à laquelle le requérant pourrait prétendre si toutes les périodes d'assurance accomplies en vertu des législations des deux Parties avaient été accomplies exclusivement sous sa propre législation;
- b) pour la détermination du montant théorique visé au point a) qui précède, les bases de calcul ne sont établies que compte tenu des périodes d'assurance accomplies sous la législation que l'institution compétente applique;
- c) sur la base de ce montant théorique l'institution fixe ensuite le montant effectif de la pension au prorata de la durée des périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique par rapport à la durée totale des périodes d'assurance accomplies sous les législations des deux Parties contractantes. Cette durée totale est plafonnée à la durée maximale éventuellement requise par la législation qu'elle applique pour le bénéfice d'une prestation complète.

3. Si une personne ne peut prétendre à une pension que compte tenu des dispositions de l'article 15 de la présente convention, les périodes d'assurance accomplies sous la législation d'un Etat tiers sont prises en considération pour l'application du paragraphe qui précède.

Article 17

Période minimale pour la totalisation

Si la durée totale des périodes d'assurance accomplies conformément à la législation de l'une des Parties contractantes est inférieure à un an, et si, en tenant compte de ces périodes, il n'y a pas ouverture d'un droit à une prestation au titre de la seule législation de cette Partie, l'institution compétente de cette Partie n'est pas tenue de payer une prestation relative à ces périodes en vertu de la présente convention. Toutefois, ces périodes d'assurance seront prises en compte par l'institution compétente de l'autre Partie contractante pour déterminer la prestation due au titre de la législation de cette Partie.

Section II – Disposition particulière relative aux prestations luxembourgeoises

Article 18

Période d'assurance suivant la naissance d'un enfant

Si la condition de durée d'assurance préalable à laquelle est subordonnée la mise en compte de la période d'assurance suivant la naissance d'un enfant (années bébés) n'est pas remplie au titre de la seule législation luxembourgeoise, il est tenu compte des périodes d'assurance accomplies par l'intéressé en vertu de la législation brésilienne. L'application de la disposition qui précède est subordonnée à la condition que l'intéressé ait accomplie en dernier lieu des périodes d'assurance au titre de la législation luxembourgeoise.

Section III – Disposition particulière relative aux prestations brésiliennes

Article 19

Prestation minimale

La valeur du montant théorique mentionné au point a) du paragraphe 2 de l'article 16 ne pourra en aucun cas être inférieure à la prestation minimale garantie par la législation brésilienne.

TITRE IV

Dispositions diverses

Article 20

Mesures d'application

1. Les autorités compétentes se communiquent toutes informations concernant les mesures prises pour l'application de la présente convention et toutes celles concernant les modifications de leur législation susceptibles d'affecter son application.
2. Les autorités compétentes fixent les modalités d'application de la présente convention dans un arrangement administratif.
3. Les autorités compétentes désignent des organismes de liaison en vue de faciliter l'application de la présente convention.

Article 21

Entraide administrative

1. Pour l'application de la présente convention les autorités et les institutions compétentes se prêtent leurs bons offices comme s'il s'agissait de l'application de leur propre législation. L'entraide administrative de ces autorités et institutions compétentes est gratuite.

2. Pour l'application de la présente convention les autorités et les institutions compétentes des Parties contractantes sont habilitées à correspondre directement entre elles, de même qu'avec toute personne intéressée, quel que soit son lieu de résidence.

3. Les examens médicaux des personnes qui ont leur résidence ou leur séjour sur le territoire de l'autre Partie contractante, sont pratiqués par l'institution du lieu de résidence ou de séjour à la demande et à la charge de l'institution compétente. Les frais des examens médicaux ne sont pas remboursés si les examens sont effectués dans l'intérêt des institutions des deux Parties contractantes.

4. Les modalités du contrôle médical des bénéficiaires de la présente convention sont fixées dans l'arrangement administratif prévu au paragraphe 2 de l'article 20 de la présente convention.

Article 22

Régime des langues

1. Les communications adressées, pour l'application de la présente convention, aux autorités ou institutions compétentes des Parties contractantes, sont rédigées en français ou en portugais.

2. Une demande ou un document ne peut pas être rejeté parce qu'il est rédigé dans la langue officielle de l'autre Partie contractante.

Article 23

Taxes et émission de visa et légalisation

1. Toute exemption ou réduction de taxes prévues par la législation de l'une des Parties contractantes liées à l'émission d'une attestation ou d'un document requis pour l'application de cette législation, sont également appliquées aux attestations ou documents requis pour l'application de la législation de l'autre Partie contractante.

2. Tous les documents requis pour l'application de la présente convention sont exemptés de visa de légalisation dispensé par les instances compétentes.

Article 24

Délais

1. Les demandes, déclarations ou recours qui doivent être présentés, aux fins de l'application de la législation de l'une des Parties contractantes, dans un délai déterminé auprès d'une instance de recours, d'une autorité ou d'une institution compétente de cette Partie, sont recevables s'ils sont présentés dans le même délai auprès d'une instance de recours, d'une autorité ou d'une institution compétente correspondante de l'autre Partie contractante.

2. L'instance de recours, l'autorité ou l'institution compétente auprès de laquelle les demandes, les déclarations ou les recours écrits sont introduits, les transmettra sans délai à l'institution compétente de l'autre Partie contractante, en indiquant la date de réception du document.

3. La date à laquelle ces demandes, déclarations ou recours ont été introduits auprès d'une instance de l'autre Partie contractante, est considérée comme la date d'introduction auprès de l'instance compétente.

Article 25

Paiement des prestations

1. Les prestations dues conformément à la présente convention seront payées par les organismes débiteurs avec effet libératoire dans la monnaie de leur pays.

2. Les modalités pratiques pour le paiement des prestations seront fixées dans l'arrangement administratif visé au paragraphe 2 de l'article 20 de la présente convention.

Article 26

Règlement de différends

Tout différend ayant trait à l'interprétation ou à l'application de la présente convention devra être résolu en commun accord par les autorités compétentes.

TITRE V

Dispositions transitoires et finales

Article 27

Éventualités antérieures à l'entrée en vigueur de la convention

1. La présente convention s'applique également aux éventualités qui se sont réalisées antérieurement à son entrée en vigueur.
2. Toute période d'assurance accomplie sous la législation d'une Partie contractante avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention est prise en considération pour la détermination du droit aux prestations s'ouvrant conformément aux dispositions de la présente convention.
3. La présente convention n'ouvre aucun droit au paiement de prestations pour une période antérieure à la date de son entrée en vigueur.

Article 28

Révision des prestations

1. Toute prestation qui n'a pas été liquidée ou qui a été suspendue à cause de la nationalité de l'intéressé ou en raison de sa résidence sur le territoire de la Partie contractante autre que celle où se trouve l'institution débitrice ou pour tout autre obstacle qui a été levé par la présente convention, sera, à la demande de l'intéressé, liquidée ou rétablie à partir de l'entrée en vigueur de la présente convention, sauf si les droits antérieurement liquidés ont donné lieu à un règlement en capital ou au remboursement des cotisations versées.
2. Les droits des intéressés ayant obtenus, antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente convention, la liquidation d'une pension, seront révisés à leur demande ou révisés d'office, compte tenu des dispositions de la présente convention. En aucun cas, une telle révision ne peut avoir pour effet de réduire les droits antérieurs des intéressés.

Article 29

Délais de prescription

1. Si la demande visée à l'article 28 de la présente convention est présentée dans un délai de deux ans à partir de la date de l'entrée en vigueur de la présente convention, les droits ouverts conformément aux dispositions de la présente convention sont acquis à partir de cette date sans que les dispositions prévues par les législations des Parties contractantes relatives à la prescription des droits soient opposables aux intéressés.
2. Si la demande visée à l'article 28 de la présente convention est présentée après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'entrée en vigueur de la présente convention, les droits qui ne sont pas prescrits, sont acquis à partir de la date de la demande, sous réserve des dispositions plus favorables de la législation d'une Partie contractante.

*Article 30****Durée de la convention***

La présente convention est conclue pour une durée indéterminée. Elle peut être dénoncée par chacune des Parties contractantes à n'importe quel moment par voie diplomatique. La dénonciation prendra effet dans un délai de six mois.

*Article 31****Garantie des droits acquis ou en cours d'acquisition***

1. En cas de dénonciation de la présente convention tout droit acquis en application de ses dispositions sera maintenu.
2. Les droits en cours d'acquisition relatifs aux périodes d'assurance accomplies antérieurement à la date à laquelle la dénonciation prend effet ne s'éteignent pas du fait de la dénonciation; leur maintien est déterminé d'un commun accord pour la période postérieure ou, à défaut d'un tel accord, par la législation nationale.

*Article 32****Dispositions abrogatoires***

1. Dès l'entrée en vigueur de la présente convention, la convention sur la sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et les Etats-Unis du Brésil du 16 septembre 1965 perd ses effets dans les relations entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil.
2. Les droits liquidés sous l'empire de la convention du 16 septembre 1965 mentionnée au paragraphe 1 du présent article demeurent acquis dans les limites qui leur sont applicables.
3. Les demandes formulées avant l'entrée en vigueur de la présente convention, mais n'ayant pas donné lieu à cette date à une décision, sont examinées au regard des règles fixées par la présente convention, sauf si les dispositions de l'ancienne convention sont plus favorables pour l'intéressé.

*Article 33****Entrée en vigueur***

Les deux Parties contractantes se notifient l'accomplissement de leurs procédures constitutionnelles et légales respectives requises pour l'entrée en vigueur de la présente convention. La convention entre en vigueur le premier jour du troisième mois qui suit la date de la dernière notification.

EN FOI DE QUOI, les Parties contractantes, dûment représentées par leurs autorités, ont signé la présente convention.

FAIT à Luxembourg, le 22 juin 2012, en double exemplaire, en langues française et portugaise, les deux textes faisant également foi.

*Pour le Gouvernement
du Grand-Duché de Luxembourg,*
(Signature)

*Pour le Gouvernement
de la République Fédérative du Brésil,*
(Signature)

CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

6489/01

N° 6489¹**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2012-2013

PROJET DE LOI**portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre
le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du
Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012**

* * *

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

(21.12.2012)

Par dépêche du 15 octobre 2012, le Premier Ministre, Ministre d'Etat, a saisi le Conseil d'Etat pour avis du projet de loi sous rubrique, élaboré par le ministre des Affaires étrangères.

Le texte du projet de loi se résumant à l'article unique d'approbation était accompagné d'un exposé des motifs, d'une fiche financière, d'une fiche d'évaluation d'impact ainsi que du texte de la convention à approuver.

*

La convention en cause a été signée à Luxembourg en date du 22 juin 2012 et devra remplacer l'ancienne „Convention sur la sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et les Etats-Unis du Brésil du 16 septembre 1965“ par un instrument plus moderne et plus adéquat. La nouvelle convention garantit les droits en matière de sécurité sociale des personnes qui sont ou ont été soumises successivement ou alternativement aux législations des Etats contractants.

La Convention suit, dans une large mesure, l'aménagement général des conventions bilatérales conclues jusqu'à présent par le Luxembourg en matière de sécurité sociale et reprend les formules de coordination usuelles adoptées dans ces instruments, ainsi que dans le règlement (CE) n° 1408/71 sur la sécurité sociale des travailleurs migrants et le règlement (CE) n° 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

D'après l'exposé des motifs, le champ d'application matériel de la Convention s'applique aux législations des deux Etats contractants concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie. Les autres branches de la sécurité sociale ne sont concernées que dans le seul but de déterminer la législation applicable. La Convention exclut les législations concernant l'assistance sociale, les prestations aux victimes de guerre et les assurances complémentaires d'ordre privé.

Pour ce qui est du champ d'application personnel, la Convention s'applique à toutes les personnes, sans distinction de nationalité, qui sont soumises à la législation de l'un ou l'autre des deux Etats contractants, ainsi qu'à leurs ayants droit.

Quant au texte de l'accord à approuver, le Conseil d'Etat note que l'article 20 prévoit que les modalités de mise en œuvre de l'accord peuvent être réglées par arrangement administratif conclu entre les autorités compétentes. Il renvoie à ce sujet à son avis du 9 octobre 2012 relatif au projet de loi portant approbation de l'Accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg et le Gouvernement de la République française pour le développement de la coopération et de l'entraide administrative en matière de sécurité sociale des 11 avril et 17 juin 2011 (doc. parl. n° 6422¹), notamment pour ce qui est de la publication de ces arrangements au Mémorial conformément à l'article 37 de la Constitution.

*

Le texte de l'article unique du projet de loi d'approbation sous avis ne donne pas lieu à observation.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 21 décembre 2012.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Victor GILLEN

6489/02

N° 6489²

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2012-2013

PROJET DE LOI

**portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre
le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du
Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012**

* * *

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

(13.6.2013)

La Commission se compose de: Mme Lydia MUTSCH, Présidente; Mme Claudia DALL'AGNOL, Rapportrice; Mmes Sylvie ANDRICH-DUVAL, Nancy ARENDT épouse KEMP, M. Félix BRAZ, Mme Marie-Josée FRANK, MM. Alexandre KRIEPS, Lucien LUX, Mme Martine MERGEN, MM. Paul-Henri MEYERS, Serge URBANY et Carlo WAGNER, Membres.

*

PROCEDURE LEGISLATIVE

Le projet de loi 6489 portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil a été déposé à la Chambre des Députés par M. le Ministre des Affaires étrangères, Jean Asselborn, en date du 17 octobre 2012.

Le Conseil d'Etat a émis son avis le 21 décembre 2012.

Dans sa réunion du 28 février 2013, 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. Lors de cette même réunion, la commission a entendu la présentation du projet de loi et a examiné l'avis du Conseil d'Etat.

Le présent rapport a été adopté lors de la réunion du 13 juin 2013.

*

OBJET DU PROJET DE LOI

Le présent projet de loi a pour objet l'approbation de la convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, qui a été signée à Luxembourg en date du 22 juin 2012.

Cette convention bilatérale avec le Brésil remplacera notre ancienne convention avec ce pays, qui date de 1965, par un instrument de coordination plus moderne et plus adéquat, tenant compte des exigences et standards actuels en matière de droit international de la sécurité sociale.

Cette convention a pour objet de garantir les droits en matière de sécurité sociale des personnes qui ont été soumises successivement ou alternativement aux législations des deux Etats contractants.

Dans une large mesure la présente convention suit l'aménagement général des conventions bilatérales conclues jusqu'à présent par le Luxembourg et reprend les formules de coordination usuelles adoptées tant dans ces instruments que dans les règlements communautaires sur la coordination des régimes de sécurité sociale en Europe.

Quant à son champ d'application matériel, la convention s'applique aux législations des deux Etats contractants relatives à l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie. Les autres branches de la sécurité sociale sont visées, mais uniquement en ce qui concerne la détermination de la législation applicable. L'accès aux assurances volontaires est par ailleurs réglé. La convention exclut expressément les législations concernant l'assistance sociale, les prestations aux victimes de guerre et les assurances complémentaires privées. Cette référence expresse aux assurances complémentaires privées a été intégrée dans le texte à la demande de la délégation brésilienne (article 2, alinéa 4). Pour le Luxembourg, il va sans dire que les régimes de pension complémentaires, ainsi que les contrats d'assurances privées n'entrent pas dans le champ d'application d'une convention qui règle la matière de la sécurité sociale.

Pour ce qui est de son champ d'application personnel, la convention s'applique aux personnes sans distinction de nationalité, qui sont ou ont été soumises à la législation de l'un ou des deux Etats contractants ainsi qu'à leurs ayants droit. La présente convention suit ainsi la conception adoptée dans les instruments bilatéraux récents conclus par le Grand-Duché qui eux n'ont pas repris non plus une limitation du champ d'application personnel aux seuls ressortissants des Parties contractantes et répond ainsi aux exigences posées par la jurisprudence de la Cour de justice européenne dans l'affaire GOTTARDO (référence C-55/00 du 15.1.2002).

A l'instar des autres instruments internationaux en matière de sécurité sociale, la présente convention énonce les principes fondamentaux en matière de coordination internationale des régimes de sécurité sociale, à savoir:

- l'égalité de traitement, prévoyant que les assurés d'un Etat contractant et auxquels la convention est applicable sont soumis aux obligations et sont admis au bénéfice de la législation de l'autre Etat dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet Etat;
- l'exportation des prestations, prévoyant que les pensions acquises au titre de la législation d'un Etat contractant ne peuvent subir aucune réduction, modification, suppression ou suspension du fait que le bénéficiaire réside sur le territoire de l'autre Etat contractant;
- la totalisation des périodes d'assurance, prévoyant que les périodes accomplies dans les deux Etats contractants sont mises ensemble pour l'ouverture, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations.

A noter dans ce contexte que la convention prévoit à l'article 15 une règle de totalisation des périodes d'assurance accomplies dans un pays tiers avec lequel tant le Brésil que le Luxembourg ont conclu un instrument de coordination en matière de sécurité sociale.

L'accès à l'assurance pension volontaire est formulé aux articles 7 et 12 et permet aux ressortissants brésiliens qui se trouvent sur le territoire luxembourgeois de souscrire une assurance continuée. Dans ce genre d'assurance, les cotisations sont à charge des assurés.

Le principe général de l'assimilation des faits, à l'instar de ce qui est prévu dans le règlement (CE) 883/2004, est retenu pour la première fois dans une convention bilatérale conclue par le Luxembourg avec un pays d'Amérique latine (article 13). Il est entendu qu'une telle disposition ne saurait jouer que pour un fait générateur de droit (p. ex. accident, décès ...) et ne saurait être appliquée pour assimiler des périodes. Par ailleurs il y a lieu de bien préciser que l'assimilation des faits ne saurait non plus jouer pour la reconnaissance de l'invalidité, pour laquelle seule la législation nationale de l'Etat compétent reste applicable.

Le titre II de la convention, qui a trait à la détermination de la législation applicable, consacre le principe généralement admis suivant lequel la législation à laquelle le travailleur salarié ou indépendant est soumis est celle de l'Etat contractant sur le territoire duquel il exerce son activité professionnelle. S'agissant des gens de mer, la législation applicable est celle de l'Etat du pavillon du navire. Les fonctionnaires et le personnel assimilé sont soumis à la législation de l'Etat dont relève l'administration qui les occupe.

La présente convention retient également la dérogation habituelle au principe du pays d'emploi au profit des travailleurs qui sont occupés normalement sur le territoire d'un Etat et qui sont détachés par leur employeur sur le territoire de l'autre Etat pour y effectuer un travail limité par son objet et dans le temps. Dans ce cas, le travailleur reste soumis à la législation à laquelle il est assujéti normalement. Le détachement est en principe limité à deux années, à moins que des circonstances initialement non prévues n'imposent une prorogation, auquel cas l'affiliation peut être maintenue pour une nouvelle période d'une année au plus, sous réserve de l'accord des instances compétentes de l'Etat contractant

sur le territoire duquel le travailleur est détaché. Les règles du détachement s'appliquent également aux indépendants.

Une autre dérogation concerne les salariés des entreprises de transports aériens pour lesquels la législation applicable est celle de l'Etat contractant sur le territoire duquel l'entreprise a son siège.

Finalement les autorités compétentes des Etats contractants ont la faculté de déroger, d'un commun accord, aux dispositions régissant la détermination de la législation applicable dans les cas où ces dispositions s'avèreraient inappropriées à l'égard d'une personne ou d'une catégorie de personnes.

Le titre III de la convention regroupe deux chapitres, dont l'un contient des règles spécifiques pour les prestations de soins de santé des bénéficiaires de pension et l'autre les règles applicables pour les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie.

Le chapitre I dispose que tout titulaire d'une seule pension luxembourgeoise et qui réside au Brésil a les mêmes droits qu'un bénéficiaire de pension brésilien pour jouir du système de santé brésilien, qui se caractérise par l'universalité des soins, qui est un droit et une obligation de tous les Etats fédéraux, assurée par la constitution fédérale brésilienne, sans aucune distinction. Un bénéficiaire d'une seule pension brésilienne qui réside au Luxembourg est en droit de souscrire une assurance maladie volontaire sans se voir appliquer une période de stage.

Le chapitre II fixe les modalités de calcul des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie. Les règles de coordination retenues s'inspirent largement de celles des règlements européens en matière de coordination des régimes de sécurité sociale, ainsi que des autres conventions bilatérales conclues par le Grand-Duché.

Dans les cas où une institution doit avoir recours à la totalisation des périodes d'assurance pour l'ouverture du droit, elle applique la formule de calcul „prorata temporis“ qui consiste à déterminer le montant théorique de la pension qui serait due à l'intéressé au titre de la législation qu'elle applique, si toutes les périodes prises en compte au moyen de la totalisation avaient été accomplies sous sa législation, puis à calculer le montant effectivement dû par elle au prorata des périodes accomplies sous sa législation par rapport à l'ensemble des périodes accomplies sous les législations des deux Etats contractants.

Si les périodes d'assurance accomplies dans un Etat contractant suffisent à elles seules pour ouvrir le droit à pension, l'institution de cet Etat effectue un double calcul. D'un côté, elle procède au calcul direct de la pension, qui consiste à déterminer le montant qui correspond à la durée des périodes d'assurance à prendre en compte au titre de la seule législation qu'elle applique, et de l'autre côté elle calcule la pension suivant la formule „prorata temporis“ décrite ci-dessus. Le montant le plus élevé résultant de ces deux calculs représente la prestation revenant à l'intéressé.

Il y a lieu de relever que lorsque la durée des périodes d'assurance accomplies dans un pays est inférieure à une année, la caisse de pension n'est pas tenue d'appliquer la règle de la totalisation et d'accorder une pension proratisée. Les périodes sont toutefois prises en compte par l'autre Etat contractant.

D'autres dispositions de ce chapitre sont importantes pour l'application de la législation luxembourgeoise. C'est ainsi qu'en application du principe général de l'assimilation des faits (article 13), les faits et événements qui ont pour effet de prolonger la période de référence au cours de laquelle doit avoir été accompli le stage requis pour l'obtention d'une pension d'invalidité ou de survie sont également prises en considération lorsqu'ils sont survenus au Brésil. D'autre part (article 18), les dispositions relatives à la totalisation des périodes d'assurance sont également applicables aux fins de la mise en compte au titre de la législation luxembourgeoise de la période d'assurance suivant la naissance d'un enfant en faveur du parent qui se consacre à son éducation (années-bébés), à condition toutefois que l'intéressé ait été assujéti en dernier lieu à l'assurance pension luxembourgeoise. Des dispositions particulières relatives aux prestations brésiliennes (article 19) sont prévues en ce qui concerne la pension minimale brésilienne.

Le titre IV de la convention a trait aux dispositions diverses, usuellement reprises dans les instruments internationaux en matière de sécurité sociale. Pour l'essentiel, ces dispositions

- créent la base légale pour l'élaboration d'un arrangement administratif fixant les modalités d'application de la convention et pour désigner les organismes de liaison en vue de faciliter l'application de la convention;
- déterminent les échanges d'information entre les autorités compétentes sur l'évolution de leur législation nationale et sur les mesures prises pour l'application de la convention.

A noter encore qu'environ 1.500 personnes de nationalité brésilienne sont affiliées à la sécurité sociale luxembourgeoise.

*

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

Dans son avis du 21 décembre 2012, le Conseil d'Etat relève, quant au texte de l'accord à approuver, que l'article 20 prévoit que les modalités de mise en œuvre de l'accord peuvent être réglées par arrangement administratif conclu entre les autorités compétentes. Il renvoie à ce sujet à son avis du 9 octobre 2012 relatif au projet de loi portant approbation de l'Accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg et le Gouvernement de la République française pour le développement de la coopération et de l'entraide administrative en matière de sécurité sociale des 11 avril et 17 juin 2011 (doc. parl. 6422^I), notamment pour ce qui est de la publication de ces arrangements au Mémorial conformément à l'article 37 de la Constitution.

Le texte de l'article unique du projet de loi d'approbation sous avis ne donne pas lieu à observation du Conseil d'Etat.

*

Compte tenu des considérations qui précèdent, la Commission de la Santé et de la Sécurité Sociale, à l'unanimité, recommande à la Chambre des Députés d'adopter le projet de loi dans la teneur qui suit:

*

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

PROJET DE LOI

portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012

Article unique.— Est approuvée la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012.

Luxembourg, le 13 juin 2013

La Rapportrice,
Claudia DALL'AGNOL

La Présidente,
Lydia MUTSCH

6489

Bulletin de Vote (Vote Public)

Page 1/2

Date: 20/06/2013 14:08:44

Scrutin: 1

Président: M. Mosar Laurent

Vote: PL 6489 Conv. Sécu. Soc. Brésil

Secrétaire A: M. Frieseisen Claude

Description: Projet de loi 6489

Secrétaire B: Mme Barra Isabelle

	Oui	Abst	Non	Total
Présents:	52	0	0	52
Procuration:	7	0	0	7
Total:	59	0	0	59

Nom du député	Vote	(Procuration)	Nom du député	Vote	(Procuration)
déi gréng					
M. Adam Claude	Oui		M. Bausch François	Oui	
M. Braz Félix	Oui		M. Gira Camille	Oui	
M. Kox Henri	Oui		Mme Lorsché Josée	Oui	
Mme Loschetter Viviane	Oui				

CSV

Mme Adehm Diane	Oui		Mme Andrich-Duval Sylv	Oui	
Mme Arendt Nancy	Oui		M. Boden Fernand	Oui	
M. Clement Lucien	Oui		Mme Doerner Christine	Oui	(Mme Arendt Nancy)
M. Eicher Emile	Oui		M. Eischen Félix	Oui	
Mme Frank Marie-Josée	Oui	(M. Clement Lucien)	M. Gloden Léon	Oui	
M. Hauptert Norbert	Oui		M. Kaes Ali	Oui	
M. Lies Marc	Oui		M. Mellina Pierre	Oui	
Mme Mergen Martine	Oui	(M. Eischen Félix)	M. Meyers Paul-Henri	Oui	
M. Mosar Laurent	Oui		M. Oberweis Marcel	Oui	
M. Roth Gilles	Oui		M. Schaaf Jean-Paul	Oui	
Mme Scholtes Tessy	Oui		M. Weber Robert	Oui	
M. Weiler Lucien	Oui	(M. Schaaf Jean-Paul)	M. Weydert Raymond	Oui	
M. Wilmes Serge	Oui		M. Wolter Michel	Oui	

LSAP

M. Angel Marc	Oui		M. Bodry Alex	Oui	
Mme Dall'Agnol Claudia	Oui		M. Diederich Fernand	Oui	
M. Engel Georges	Oui		M. Fayot Ben	Oui	
M. Haagen Claude	Oui		M. Klein Jean-Pierre	Oui	
M. Lux Lucien	Oui		Mme Mutsch Lydia	Oui	
M. Negri Roger	Oui		M. Scheuer Ben	Oui	
M. Schreiner Roland	Oui				

DP

M. Bauler André	Oui		M. Berger Eugène	Oui	
M. Bettel Xavier	Oui	(M. Wagner Carlo)	Mme Brasseur Anne	Oui	
M. Etgen Fernand	Oui		M. Krieps Alexandre	Oui	
M. Meisch Claude	Oui	(M. Etgen Fernand)	Mme Polfer Lydie	Oui	(M. Bauler André)
M. Wagner Carlo	Oui				

Indépendants

M. Colombera Jean	Oui				
-------------------	-----	--	--	--	--

ADR

M. Gibéryen Gast	Oui		M. Kartheiser Fernand	Oui	
------------------	-----	--	-----------------------	-----	--

déi Lénk

M. Urbany Serge	Oui				
-----------------	-----	--	--	--	--

Le Président:



Le Secrétaire général:



Bulletin de Vote (Vote Public)

Page 2/2

Date: 20/06/2013 14:08:44
Scrutin: 1
Vote: PL 6489 Conv. Sécu. Soc. Brésil
Description: Projet de loi 6489

Président: M. Mosar Laurent
Secrétaire A: M. Frieseisen Claude
Secrétaire B: Mme Barra Isabelle

	Oui	Abst	Non	Total
Présents:	52	0	0	52
Procuration:	7	0	0	7
Total:	59	0	0	59

n'ont pas participé au vote:

Nom du député

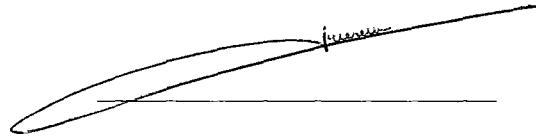
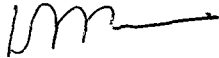
Nom du député

Indépendants

M. Henckes Jacques-Yve

Le Président:

Le Secrétaire général:



6489/03

N° 6489³

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2012-2013

PROJET DE LOI

**portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre
le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du
Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012**

* * *

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

(2.7.2013)

Le Conseil d'Etat,

appelé par dépêche du Premier Ministre, Ministre d'Etat, du 21 juin 2013 à délibérer sur la question de dispense du second vote constitutionnel du

PROJET DE LOI

**portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre
le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du
Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012**

qui a été adopté par la Chambre des députés dans sa séance du 20 juin 2013 et dispensé du second vote constitutionnel;

Vu ledit projet de loi et l'avis émis par le Conseil d'Etat en sa séance du 21 décembre 2012;

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 2 juillet 2013.

Le Secrétaire général,
Marc BESCH

Le Président,
Victor GILLEN

CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau



Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 13 juin 2013

Ordre du jour :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 16 mai 2013
2. 6489 Projet de loi portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012
 - Rapportrice : Madame Claudia Dall'Agnol
 - Présentation et adoption d'un projet de rapport
3. 6520 Projet de loi portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Orientale de l'Uruguay, signée à Luxembourg, le 24 septembre 2012
 - Rapportrice : Madame Claudia Dall'Agnol
 - Présentation et adoption d'un projet de rapport
4. 6494 Projet de loi modifiant la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac
 - Rapportrice : Madame Lydia Mutsch
 - Examen de l'avis complémentaire du Conseil d'Etat
5. 6469 Projet de loi relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant :
 - la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ;
 - la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel
 - Rapporteur : Monsieur Georges Engel
 - Examen et adoption des amendements parlementaires et d'un nouveau texte coordonné
6. 6564 Projet de loi modifiant la loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine
 - Désignation d'un rapporteur
7. 6554 Projet de loi portant
 - 1) transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du

Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ;
2) modification du Code de la sécurité sociale ;
3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien ;
5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé
- Désignation d'un rapporteur
- Présentation du projet de loi

*

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

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Mike Schwebag, Ministère de la Santé

M. Claude Ewen, Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Martin Bisenius, Administration parlementaire

Excusé : M. Lucien Lux

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 16 mai 2013

Le procès-verbal de la réunion du 16 mai 2013 est approuvé.

2. 6489 Projet de loi portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012

Le projet de rapport établi par la rapportrice Mme Claudia Dall'Agnol est adopté par la commission à l'unanimité.

3. 6520 Projet de loi portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Orientale de l'Uruguay, signée à Luxembourg, le 24 septembre 2012

Le projet de rapport établi par la rapportrice Mme Claudia Dall'Agnol est adopté par la commission à l'unanimité.

4. 6494 Projet de loi modifiant la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac

Dans son avis complémentaire du 4 juin 2013, le Conseil d'Etat approuve les trois amendements parlementaires.

Mme la présidente-rapportrice est chargée de présenter son projet de rapport au cours de la prochaine réunion fixée au jeudi, le 20 juin 2013 à 9.00 heures.

5. 6469 Projet de loi relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant :
- la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers ;
- la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel

La commission procède à l'examen détaillé des propositions d'amendements parlementaires sur base de documents de travail établis par le secrétariat de la commission, à savoir un projet de lettre au Conseil d'Etat et un nouveau texte coordonné.

A noter que les amendements 1 à 10 et 12 à 23 se dégagent des travaux et décisions prises par la commission au cours de l'instruction détaillée du projet de loi. L'amendement 11 a été présenté séance tenante par les représentants du Ministère de la Santé.

Le détail et la motivation des amendements se présentent comme suit:

*

Amendement 1 [Article 1^{er}, paragraphes (1) et (2)]

Aux paragraphes (1) et (2), la commission reprend les propositions de texte du Conseil d'Etat tout en procédant dans un souci de cohérence terminologique au remplacement de l'expression "prestataire de soins" par celle de "prestataire de soins de santé".

Amendement 2 [Article 2, point d)]

La commission propose de conférer au point d) la teneur amendée suivante:

"d) "professionnel de santé" : toute personne physique exerçant légalement une profession réglementée du domaine de la santé;"

*

Le Conseil d'Etat insiste à ce qu'il soit fait référence dans la définition à toutes les lois autorisant l'exercice d'une telle profession. Il considère que la notion de « toute autre personne physique participant légalement de par sa profession ou son état à la prestation de soins de santé » est trop floue et est à supprimer. Comme la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé à laquelle la définition fait référence utilise le terme de « profession de santé » et la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dans son article 19 celle de « professionnel de santé », le Conseil d'Etat propose de remplacer dans la définition et par la suite dans le texte sous avis l'expression de « professionnel de la santé » par celui de « professionnel de santé ».

La commission a repris cette dernière proposition purement terminologique du Conseil d'Etat et elle a procédé aux adaptations afférentes dans la suite du texte. Quant au fond, la commission estime qu'il n'y a pas lieu de suivre le Conseil d'Etat dans la mesure où sa proposition d'énumérer toutes les lois autorisant l'exercice d'une profession de santé impliquerait la nécessité de modifications législatives si des changements interviennent dans l'énumération et le statut des professions en question. Voilà pourquoi, la commission propose au point d) une définition générique dans la teneur ci-dessus énoncée.

Il est utile de préciser dans ce contexte que 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 ; détermine déjà à son article 3 (1) premier tiret par voie d'énumération les professions à considérer comme professions réglementées du domaine de la santé au Luxembourg, à savoir: Aide-soignant; Ergothérapeute; Infirmier (responsable de soins généraux); Sage-femme; Infirmier en pédiatrie; Infirmier psychiatrique; Infirmier en anesthésie et réanimation; Assistant technique médical (de chirurgie, de radiologie, de laboratoire); Orthophoniste; Infirmier gradué; Diététicien; Laborantin; Masseur-kinésithérapeute; Orthoptiste; Pédagogue curatif; Rééducateur en psychomotricité; Assistant social; Assistant d'hygiène sociale; Assistant-senior; Masseur; Médecin; Médecin vétérinaire; Médecin-dentiste; Pharmacien. Cette liste va être complétée par la profession de Podologue créée par la loi du 14 juillet 2010 modifiant la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

On note que le médecin vétérinaire est inclus dans la liste de la loi précitée du 19 juin 2009. Cela ne pose cependant pas problème étant donné que l'article 1^{er} du projet de loi précise que la loi ne s'applique qu'à la relation qui se met en place quand un patient s'adresse à un prestataire de soins pour bénéficier ou pouvoir bénéficier de soins de santé, ce qui exclut les soins vétérinaires prestés par un médecin-vétérinaire.

Pour ce qui est des dispositions légales réglementant ces différentes professions, il s'agit:

- pour la profession de médecin et celle de médecin-dentiste de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
- pour la profession de pharmacien de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien ;

- pour toutes les autres professions de santé réglementées de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Amendement 3 (Article 2, point e)

La commission propose de conférer au point e) la teneur amendée suivante:

"e) "prestataire de soins de santé": tout professionnel de la santé, tout établissement hospitalier, ainsi que tout prestataire de soins, exerçant légalement sa profession en dehors du secteur hospitalier, visé par l'alinéa second de l'article 61 du Code de la sécurité sociale;"

*

Au point e), le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu d'englober dans la définition « prestataire de soins » outre les professionnels de santé visés au point d), également tous les autres prestataires de soins. Le Conseil d'Etat insiste à ce que la définition énumère outre les établissements hospitaliers ces autres prestataires de soins en se référant à l'article 61 du Code de la sécurité sociale concernant les conventions réglant les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg en dehors du secteur hospitalier. Selon le Conseil d'Etat, la notion de « toute personne morale ou toute autre entité, qui dispense légalement des soins de santé », est trop floue et est à remplacer.

La commission se rallie à ces considérations et le libellé du point e) est donc amendé dans le sens préconisé par le Conseil d'Etat.

Amendement 4 [article 3, paragraphe (1)]

La commission propose de conférer au paragraphe (1) la teneur amendée suivante:

"(1) Le patient a droit à la protection de sa vie privée, à la confidentialité, à la dignité et au respect de ses convictions religieuses et philosophiques."

*

Le paragraphe (1) du texte gouvernemental prévoit que la relation entre le patient et le prestataire de soins de santé repose sur les principes du respect mutuel, de la dignité, de la loyauté et du respect des droits et devoirs mutuels.

Le Conseil d'Etat s'interroge sur la portée normative d'une disposition rappelant des valeurs comportementales, comme le respect mutuel et la loyauté. Il estime que le texte proposé est peu utile et n'a pas sa place dans un texte normatif.

Le Conseil d'Etat rend encore attentif au fait qu'en ce qui concerne le patient hospitalier, le texte précité est censé remplacer la disposition de l'article 38 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers qui précise que « *tout patient a droit à la protection de sa vie privée, à la confidentialité, à la dignité et au respect de ses convictions religieuses et philosophiques* ». Cette disposition fait désormais place à une disposition concernant la gestion des plaintes. Le Conseil d'Etat propose de reprendre cette disposition à l'endroit du paragraphe 1^{er} de l'article 3.

La commission se rallie à l'avis du Conseil d'Etat et elle a remplacé au paragraphe (1) le texte gouvernemental par le libellé actuel de l'article 38 de la loi hospitalière. Pour des raisons de cohérence rédactionnelle, il convient toutefois d'écrire "Le patient" au lieu de "Tout patient".

La commission partage l'appréciation du Conseil d'Etat concernant l'absence de portée normative du texte gouvernemental initial qui a plutôt sa place dans un Code de déontologie de la profession médicale. Le texte correspond en quelque sorte à une incitation générale au patient et au prestataire des soins de santé à respecter un comportement vertueux réciproque dans leurs relations.

Cette reprise du texte actuel de l'article 38 précité de la loi hospitalière aura pour effet d'étendre formellement et d'une façon générale, à tous les patients les droits y énoncés actuellement à l'endroit des seuls patients hospitaliers.

Amendement 5 [Article 3, paragraphe (2)]

Le paragraphe 2 prend la teneur suivante:

"(2) En fournissant conformément à ses facultés les informations pertinentes pour sa prise en charge, en adhérant et en collaborant à celle-ci, le patient participe à la prestation optimale des soins de santé.

Lors de sa prise en charge, il respecte les droits du prestataire de soins de santé et des autres patients."

La commission reprend le texte proposé par le Conseil d'Etat, sous réserve d'écrire in fine du premier alinéa et de l'alinéa second, pour des raisons de cohérence terminologique: "soins de santé".

Amendement 6 [Article 4, paragraphe (1)]

La commission propose de rédiger le paragraphe (1) comme suit:

"Sans préjudice des priorités dues au degré d'urgence, le patient jouit d'un égal accès aux soins de santé que requiert son état de santé. Les soins de santé sont prodigués de façon efficace et sont conformes aux données acquises de la science et aux normes légalement prescrites en matière de qualité et de sécurité. Le prestataire de soins de santé tient compte des orientations et recommandations de bonne pratique en matière de qualité et de sécurité, lorsqu'elles sont d'application."

*

Le Conseil d'Etat a proposé de donner au paragraphe 1^{er} le libellé suivant:

"(1) Sans préjudice des priorités dues au degré d'urgence, chaque patient jouit d'un égal accès aux soins que requiert son état de santé. Les soins de santé sont prodigués de façon efficace et sont conformes aux données acquises de la science et aux normes légalement prescrites en matière de qualité et de sécurité."

La commission propose de compléter ce texte par une disposition disant que le professionnel de santé tient également compte, au-delà des données acquises de la science en matière de qualité et de sécurité et des normes légalement prescrites, des orientations et recommandations de bonne pratique lorsqu'elles sont d'application.

Le texte amendé ne comporte donc pas d'obligation légale au sens strict à cet égard, mais oblige du moins le professionnel de santé à tenir compte de ces orientations et bonnes pratiques dès lors qu'elles sont susceptibles d'améliorer encore la qualité et la sécurité du patient.

Les termes "normes et orientations" utilisés dans le projet de loi correspondent à la version linguistique française du texte de la directive 2011/24/UE. L'intention était de tenir compte de l'article 4 1) b) de la directive soins de santé transfrontaliers, qui retient que les soins sont dispensés conformément aux « normes et orientations en matière de qualité et de sécurité établies par l'Etat membre de traitement ». La version anglaise de la directive parle de "standards and guidelines".

Dans le milieu médical, "guideline" se traduit plutôt par "recommandation" que par "orientation" (qui correspond mieux au "guidance" anglais). La version linguistique anglaise de la directive parle de « standards and guidelines on quality and safety », la version linguistique allemande de « Standards und Leitlinien für Qualität und Sicherheit ».

Les orientations et recommandations de bonne pratique (« Guidelines » ou « Leitlinien ») en matière de qualité et de sécurité constituent une déclinaison du comportement conforme aux données acquises de la science par rapport à des cas-type de situations médicales. Elles contiennent des standards comportementaux par rapport à des situations médicales standardisées.

Les « orientations et recommandations de bonne pratique » matérialisent les « données acquises de la science » mais qui ne sont pas forcément rassemblées dans des manuels ou des protocoles d'usage aisé par les cliniciens.

Il est donc utile et recommandé - dans l'intérêt de la qualité et de la sécurité du patient - de se référer aux orientations et recommandations, nationales ou internationales pour guider les stratégies de prise en charge.

En fonction des spécificités d'un cas clinique particulier, le médecin peut bien entendu être amené à se départir des orientations et recommandations de bonnes pratiques. Le cas échéant, il devrait même y déroger dans l'intérêt du patient, par exemple s'il sait pertinemment que son patient ne répond pas à une thérapie standard (personnalisation des soins de santé). Pour autant, les orientations et recommandations de bonne pratique matérialisent au moment de leur rédaction les conclusions à tirer de l'état acquis des sciences et elles devraient constituer une source de référence, un point de départ.

L'utilisation du terme « tient compte » vise à souligner qu'il ne s'agit pas de devoir exécuter à la lettre une recommandation de bonne pratique, mais d'en tenir compte dans le cadre de la détermination des modalités de la prise en charge.

Le Conseil d'Etat français a ainsi jugé en matière de recours contre une décision disciplinaire du conseil national de l'ordre des médecins français, que ce dernier a pu « sans commettre d'erreur de droit, estimer que le Dr X n'avait pas tenu compte pour dispenser ses soins à ses patients des données acquises de la science, telles qu'elles résultent notamment des recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'agence nationale pour le développement de l'évaluation en médecine puis par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, en s'abstenant de prescrire le dépistage systématique du cancer du col utérin chez ses patientes âgées de 25 à 65 ans et le renouvellement tous les trois ans de cet examen, et qu'il avait ainsi méconnu les dispositions des articles 8 et 32 du code de déontologie ». (Conseil d'État, 12 Janvier 2005, N° 256001).

Au Luxembourg, de telles orientations et recommandations de bonne pratique sont notamment publiées et mises en ligne par le Conseil scientifique dans le domaine de la santé.

Les normes légales visées par le Conseil d'Etat, lorsqu'elles sont d'application, se réfèrent dans le domaine de la pratique médicale à des processus dont l'adoption et le respect sont revêtus d'une obligation absolue: elles sont plus souvent liées aux aspects sécuritaires de la pratique médicale, à la "qualité plancher" d'une prestation, qu'à la recherche, par le praticien, de la meilleure qualité possible de ces prestations. Le champ couvert par ce terme est donc trop étroit, surtout si l'on adopte la restriction des "normes légalement prescrites".

Amendement 7 [Article 8 (nouvelle version regroupant les articles 8, 9 et 12 du texte gouvernemental initial)]

La commission suit le Conseil d'Etat dans sa proposition de fusionner les articles 8, 9 et 12 du texte gouvernemental initial. Il en résulte une nouvelle version coordonnée de l'article 8 ayant la teneur suivante: (A noter que les amendements 8 à 11 ci-après explicités se trouvent intégrés dans le nouveau texte coordonné.)

"Art. 8 – Droit à l'information et décision partagée

(1) Le patient a droit aux informations relatives à son état de santé et à son évolution probable, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 9.

(2) Il incombe à chaque professionnel de santé d'informer le patient dans un langage clair et compréhensible, adapté aux facultés de compréhension de ce dernier. Le professionnel de santé informe, d'une part, sur les prestations dont il a la responsabilité, d'autre part, par rapport à son implication dans la prise en charge et dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables, sur l'état de santé du patient et son évolution probable.

Lorsque plusieurs professionnels de santé collaborent à la prise en charge d'un patient, ils se tiennent mutuellement informés, sauf opposition du patient.

(3) Le patient prend avec les professionnels de santé, et compte tenu des informations et des conseils que ces derniers lui fournissent, les décisions concernant sa santé.

(4) Les soins de santé à un patient disposant de la capacité nécessaire ne peuvent être prestés que moyennant son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate.

Sans préjudice des dispositions des articles 9 et 10, l'information préalable porte sur les éléments essentiels caractérisant les soins de santé proposés, y compris une information adéquate sur les objectifs et les conséquences prévisibles de ces soins, leur bénéfice, leur urgence éventuelle, les risques ou événements fréquents et graves généralement connus, appréciés en tenant compte des caractéristiques spécifiques du patient, ainsi que sur les alternatives ou options thérapeutiques éventuellement envisageables et les conséquences prévisibles en cas de refus. Il incombe au professionnel de santé d'évaluer les risques et événements indésirables spécifiquement liés à l'état de santé du patient.

L'information sur les risques et événements indésirables fréquents et graves généraux connus est donnée sur base d'un référentiel national. Pour chaque type d'intervention, ce référentiel national est élaboré et diffusé sous l'autorité du Conseil scientifique dans le domaine de la santé institué auprès des ministres ayant respectivement dans leurs attributions la santé et la sécurité sociale.

L'information préalable du patient inclut sur sa demande une estimation du coût global inhérent aux soins de santé proposés et aux modalités de prise en charge envisagées.

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

(5) Le patient peut refuser ou retirer son consentement à tout moment, sans qu'une telle décision n'entraîne l'extinction du droit à des soins de santé de qualité en fonction des options thérapeutiques acceptées, tel que visé à l'article 4 de la présente loi.

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

Si au cours d'une prestation de soins de santé une circonstance raisonnablement imprévisible requiert une adaptation des soins envisagés, la prestation entamée peut être poursuivie malgré l'impossibilité de recueillir le consentement complémentaire du patient ou celui de son représentant, lorsqu'elle ne fait courir à celui-ci aucun risque complémentaire significatif ou lorsqu'il s'agit d'une mesure urgente médicalement indispensable.

(7) L'information du patient en application de la présente loi est en principe donnée oralement et peut, le cas échéant, être précisée par une information écrite.

L'information est valablement donnée dans une des langues prévue à l'article 3 de la loi du 24 février 1984 sur le régime des langues, le cas échéant par l'intermédiaire d'un accompagnateur du patient assurant la traduction sous la responsabilité de ce dernier.

(8) Le consentement ou le refus de consentir du patient est en principe donné de façon expresse. Le consentement peut être tacite lorsque le professionnel de la santé, après avoir adéquatement informé le patient, peut raisonnablement déduire du comportement de celui-ci qu'il consent aux soins de santé conseillés.

Le professionnel de santé qui recueille la décision du patient veille à ce que le patient ait compris les informations fournies au moment de prendre une décision concernant sa santé.

(9) En cas de contestation, la preuve de l'information fournie et celle du consentement du patient incombent au prestataire de soins de santé sous la responsabilité duquel les soins ont été dispensés ou proposés. Une telle preuve peut en être délivrée par tout moyen, la tenue régulière du dossier valant présomption simple des éléments y consignés ou versés."

Amendement 8 [Article 8 nouveau, paragraphe (3)]

La commission propose de libeller le paragraphe (3) de l'article 8 nouveau comme suit:

"(3) Le patient prend avec les professionnels de santé, et compte tenu des informations et des conseils que ces derniers lui fournissent, les décisions concernant sa santé."

*

Ce paragraphe correspond au paragraphe 1^{er} de l'article 9 initial et introduit le principe de décision partagée, où le patient, dûment informé, décide en tant que partenaire coresponsable de sa prise en charge avec le professionnel de santé des modalités de sa

prise en charge. C'est dans ce sens que le Conseil d'Etat a proposé de donner à ce paragraphe la teneur suivante:

"(3) Le patient partage avec les professionnels de santé, et compte tenu des informations et des conseils qu'il leur fournit, les décisions concernant sa santé."

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale constate que le Conseil d'Etat, tout en partageant les considérations à la base du texte gouvernemental, propose un nouveau texte qui en modifierait substantiellement la portée. Suivant le texte du Conseil d'Etat, le patient fournirait des informations aux professionnels de santé. L'expression "*partage avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des conseils qu'il leur fournit, les décisions concernant sa santé*" est par ailleurs ambiguë. Elle ne souligne pas suffisamment que c'est en fin de compte au professionnel de proposer et au patient de décider. Le droit à l'autodétermination du patient veut cependant que le patient reste en dernière instance seul maître de sa propre santé et de son corps.

Le texte gouvernemental initial a été repris du Code de la Santé Publique français (Art. L. 1111-4). Toutefois, la construction syntaxique de ce texte à son tour pose problème dans la mesure où la phrase subordonnée "compte tenu des informations et des conseils qu'il lui fournit" n'exprime pas correctement l'intention du législateur. En effet, le patient doit pouvoir prendre les décisions sur base des informations et conseils que le prestataire lui fournit et non pas inversement.

Par conséquent, la commission propose d'amender le texte gouvernemental dans le sens de la clarification de l'intention du législateur.

Amendement 9 [Article 8 nouveau, paragraphe (4), alinéa 1^{er}]

L'alinéa 1^{er} du paragraphe (4) [paragraphe (2) de l'article 9 du texte gouvernemental initial] prévoit que "*Les soins de santé ne peuvent être prestés à un patient disposant de la capacité nécessaire que moyennant son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information complète et adéquate*".

Afin d'en améliorer la lisibilité, la commission propose de reformuler cet alinéa comme suit:

"Les soins de santé à un patient disposant de la capacité nécessaire ne peuvent être prestés que moyennant son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate."

Dans l'expression "information complète et adéquate", la commission propose donc également de supprimer le qualificatif "*complète*" dans la mesure où l'expression "*information adéquate*" suffit pour décrire le périmètre de l'information à fournir au patient.

Amendement 10 [Article 8 nouveau, paragraphe (4), alinéas 2 et 3 nouveaux]

Les alinéas 2 et 3 nouveaux du paragraphe (4) prennent la teneur suivante:

"Sans préjudice des dispositions des articles 9 et 10, l'information préalable porte sur les éléments essentiels caractérisant les soins de santé proposés, y compris une information adéquate sur les objectifs et les conséquences prévisibles de ces soins, leur bénéfice, leur urgence éventuelle, les risques ou événements fréquents et graves généralement connus, appréciés en tenant compte des caractéristiques spécifiques du patient, ainsi que sur les alternatives ou options thérapeutiques éventuellement envisageables et les conséquences prévisibles en cas de refus. Il incombe au professionnel de santé d'évaluer les risques et événements indésirables spécifiquement liés à l'état de santé du patient.

L'information sur les risques et événements indésirables fréquents et graves généraux connus est donnée sur base d'un référentiel national. Pour chaque type d'intervention, ce référentiel national est élaboré et diffusé sous l'autorité du Conseil scientifique dans le domaine de la santé institué auprès des ministres ayant respectivement dans leurs attributions la santé et la sécurité sociale."

*

L'alinéa 2 du paragraphe 4 précise le contenu de l'information préalable à un soin de santé.

Le Conseil d'Etat propose de remplacer le terme "*utilité*" par celui de "*bénéfice*", car il s'agit surtout d'évaluer le bénéfice attendu par rapport au risque auquel la prestation expose. En ce qui concerne la notion de "*les risques significatifs ou les événements indésirables significatifs y liés et pertinents pour le patient*", le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de retenir les risques ou événements fréquents et graves connus, appréciés en tenant compte des caractéristiques spécifiques du patient.

Compte tenu de l'ensemble de ses réflexions, le Conseil d'Etat propose de préciser les informations à délivrer sur les risques inhérents à un soin de santé en formulant l'alinéa 2 du paragraphe 4 de l'article 8 comme suit:

"Sans préjudice des dispositions des articles 9 et 10, l'information préalable porte sur les éléments essentiels caractérisant les soins de santé proposés, y compris une information adéquate sur les objectifs et les conséquences prévisibles de ces soins, leur urgence éventuelle, les risques ou événements fréquents et graves généralement connus, appréciés en tenant compte des caractéristiques spécifiques du patient, ainsi que sur les alternatives ou options thérapeutiques éventuellement envisageables et les conséquences prévisibles en cas de refus. Les risques et événements indésirables fréquents et graves généraux connus sont précisés pour chaque type d'intervention par un référentiel publié sous l'autorité du ministre ayant la Santé dans ses attributions, ci-après qualifié par le terme « ministre ». Il incombe au prestataire d'évaluer les risques et événements indésirables spécifiquement liés à l'état de santé du patient."

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale remarque d'abord que le Conseil d'Etat n'a pas repris dans son texte précité sa propre proposition de remplacer le terme "*utilité*" par celui de "*bénéfice*". La commission décide de compléter le texte en ce sens: "... *leur bénéfice, leur urgence éventuelle ...*".

Le texte du Conseil d'Etat comporte par ailleurs une disposition supplémentaire disant que les risques et événements graves et indésirables fréquents sur lesquels doit porter l'information à donner au patient sont à préciser pour chaque type d'intervention par un référentiel publié sous l'autorité du Ministre de la Santé.

L'instrument d'un référentiel est d'une importance pratique certaine pour le professionnel de santé et le patient. Cependant le Ministère de la Santé, au regard de l'envergure que représente l'établissement d'un tel référentiel, ne dispose pas des ressources requises pour remplir cette mission qui, par exemple en France, appartient à la Haute Autorité de Santé.

Attribuer la compétence de fond au Conseil scientifique permet d'associer les praticiens concernés au choix du bon référentiel et permet de s'assurer d'une plus large adhésion du corps médical à l'instrument en question.

Il est dès lors proposé d'amender le texte du Conseil d'Etat dans le sens que l'établissement du référentiel, respectivement le choix à porter sur un modèle étranger, appartiendra au Conseil scientifique.

Ce dernier a déjà aujourd'hui comme mission d'élaborer et de diffuser des recommandations de bonne pratique médicale. L'établissement et la diffusion d'un référentiel sont complémentaires à cette mission existante.

Amendement 11 [Article 8 nouveau, paragraphe (7)]

Le paragraphe (7) est complété par un alinéa 2 ainsi libellé:

"L'information est valablement donnée dans une des langues prévue à l'article 3 de la loi du 24 février 1984 sur le régime des langues, le cas échéant par l'intermédiaire d'un accompagnateur du patient assurant la traduction sous la responsabilité de ce dernier."

*

La question de l'emploi des langues est une question importante.

La future loi s'appliquera à tous les professionnels de santé. Il semble peu praticable de pouvoir garantir une information dans une langue autre que les langues d'usage au Grand-Duché. Il est toutefois important de permettre au patient de se faire accompagner par une personne assurant la traduction.

Conformément à l'article 7, le secret est levé à l'égard de l'accompagnateur si le patient le souhaite, ce qui est en l'espèce indispensable.

La formulation est analogue à celle qui est prévue à l'article 21, paragraphe (1), dernier alinéa.

Amendement 12 [Article 10 (ancien article 11)]

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale propose de donner à l'antépénultième phrase du paragraphe (1) de l'article 10 la teneur amendée suivante:

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

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale partage l'argumentaire du Conseil d'Etat suivant lequel que le défaut d'information sur l'état de santé est à communiquer, le cas échéant, à la personne de confiance prévue à l'article 12 nouveau, liée au secret médical conformément à l'article 18 nouveau.

Amendement 13 [Article 12, paragraphe 4 (ancien article 14)]

L'alinéa 1^{er} du paragraphe 4 prend la teneur suivante:

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

*

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

L'alinéa 2 du paragraphe 4 reprend la disposition de l'alinéa 2 du paragraphe 1^{er} de l'article 13 et est donc superfluetoire. Cet alinéa est donc supprimé.

Amendement 14 [Article 14 (ancien article 16)]

L'alinéa 1^{er} du paragraphe (1) de l'article 14 prend la teneur suivante:

"A défaut de personne de confiance désignée conformément à l'article 12 ou de personne spécialement désignée à cette fin par le juge des tutelles, les intérêts du patient placé sous tutelle sont exercés par son tuteur. Le juge des tutelles peut toutefois, lors de l'ouverture de la tutelle ou dans un jugement postérieur, procéder à la désignation d'un représentant spécifique chargé d'exercer ces droits."

Le paragraphe (2) de l'article 14 est complété comme suit:

"(2) Sans préjudice de ce qui précède en ce qui concerne le consentement du tuteur, du curateur ou de la personne spécialement désignée pour agir dans l'intérêt du patient, le patient sous régime de protection est associé à l'exercice de ses droits suivant sa capacité de compréhension et reçoit une information adaptée à son état. Son consentement personnel est recherché dans la mesure du possible."

*

L'article 14 règle la situation des patients sous régime de protection. Le paragraphe (1) dispose qu'à défaut d'avoir mandaté une personne de confiance, les droits du patient sous tutelle sont exercés par la personne exerçant la fonction de tuteur ou de gérant de la tutelle.

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

Le Conseil d'Etat procède à une analyse de l'article 464 du Code civil, réglant la tutelle des mineurs, mais applicable à la tutelle des majeurs incapables, et de l'article 506 dudit Code relatif au mariage de l'incapable majeur pour en tirer la conclusion que tous les droits extrapatrimoniaux ne pourront, en cas de tutelle, être effectués qu'avec l'accord du conseil de famille. Il estime qu'en conséquent, le tuteur ne serait pas en droit de prendre des décisions concernant la santé de la personne protégée.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat souligne que l'article 490-1 du Code civil, tel qu'issu de la loi du 11 août 1982 portant réforme du droit des incapables majeurs, dispose que les modalités du traitement médical, notamment quant au choix entre l'hospitalisation et les soins à domicile, sont indépendantes du régime de protection appliqué aux intérêts civils.

Ces dispositions laissent en effet penser que l'intervention du tuteur serait exclue dans le domaine des droits du patient et qu'il y aurait contradiction absolue entre le Code civil et la disposition afférente du projet de loi.

Toutefois, l'article 450 du Code civil dispose en sens inverse que le tuteur prendra soin de la personne du mineur et le représentera dans tous les actes civils, sauf les cas dans lesquels la loi ou l'usage autorise les mineurs à agir eux-mêmes. Cet article applicable à la tutelle du majeur tend en effet à octroyer un champ d'action plus étendu au tuteur.

Plus important encore, l'article 506-1 du Code civil, spécifique à la matière qui nous occupe, dispose : « *En cas de danger grave et immédiat pour la vie ou la santé du majeur en tutelle, un médecin peut, en cas de refus d'accord du tuteur, prendre toutes mesures d'ordre médical que la situation requiert d'après les règles de l'art médical.*

En ce cas, le médecin doit adresser dans les trois jours au procureur d'Etat un rapport motivé sur les mesures d'ordre médical qu'il a prises. »

Si l'on considérait que le tuteur n'a jamais son mot à dire pour ce qui est des décisions concernant la santé de la personne protégée, cet article régirait un cas de figure qui ne peut jamais se présenter. Or, il y a lieu de donner un effet utile à cette disposition en vigueur, en considérant que le tuteur peut bien intervenir dans la matière qui nous occupe.

Le Conseil d'Etat relève à juste titre que les tuteurs sont dans de nombreux cas des praticiens du droit qui, tout en étant au courant des finances de leurs pupilles, ne connaissent pas leur volonté supposée en cas de maladie. Toutefois, dans d'autres cas, des membres de la famille ou des proches ont été désignés comme tuteur et accomplissent cette charge dans l'intérêt du patient sous tutelle.

La proposition d'amendement opte ainsi pour une combinaison des deux solutions exposées par le Conseil d'Etat, ceci afin de garantir une solution flexible et pragmatique, tenant compte des situations diverses rencontrées en pratique.

Il est d'une part précisé à l'égard du tuteur qu'il exerce les droits du patient placé sous tutelle par défaut, si aucune autre personne spécifique n'a été désignée. Le tuteur qui est en mesure de subvenir aux intérêts de son pupille en matière de santé pourra donc le faire à défaut par le juge des tutelles de désigner une personne mieux placée.

Néanmoins le juge des tutelles pourra procéder à la désignation d'un représentant spécifique lors de l'ouverture de la tutelle ou à tout moment dans un jugement postérieur.

Cette flexibilité vise à permettre une solution adaptée aux situations qui se présentent en pratique. Elle permet de donner une solution pour les nouvelles tutelles et celles déjà ouvertes aujourd'hui. (voir également amendement 23)

Amendement 15 [Article 15 (ancien article 17)]

Le paragraphe 1^{er} de l'article 15 prend la teneur suivante:

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

l'extraction de données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue."

*

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

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

Amendement 16 [Article 20 (ancien article 22)]

Au paragraphe (1), point 7, le terme "conventionnelle" est supprimé.

Au même paragraphe, le point 8 est intégralement supprimé.

*

En anticipant sur les observations faites par le Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 23 (article 25 du texte initial) concernant la nécessité de régler la médiation Santé sans faire référence au Nouveau Code de Procédure civile, la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale propose de supprimer dans le présent article la distinction entre médiation conventionnelle et médiation judiciaire. Dans la mesure où le Conseil d'Etat préconise la suppression de toute référence au Nouveau Code de Procédure civile, la distinction que le présent paragraphe propose d'instituer entre les deux formes juridiques de médiation n'a plus de raison d'être. A cette fin, il y a lieu de biffer - par voie d'amendement - au point 7 du paragraphe (1) le terme "conventionnelle" et de supprimer intégralement le point 8 relatif à la médiation judiciaire.

Amendement 17 [Article 21 (ancien article 23)]

La commission propose de conférer au paragraphe (2) la teneur amendée suivante:

"(2) Sur mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente, le service national d'information et de médiation santé est en droit ~~de requérir~~ et d'obtenir communication de tous les éléments pertinents en rapport avec le traitement du dossier dont il a été saisi, notamment les éléments médicaux, soignants ou administratifs du dossier patient. Il peut prendre tous renseignements utiles auprès des organismes de sécurité sociale ou d'autres administrations."

*

Le paragraphe 2 prévoit que sauf opposition du patient ou de la personne qui le représente, le service national d'information et de médiation santé est en droit de requérir et d'obtenir communication de tous les éléments pertinents en rapport avec le traitement du dossier dont il a été saisi, notamment les éléments médicaux, soignants ou administratifs du dossier patient. Il peut prendre tous renseignements utiles auprès des organismes de sécurité sociale ou d'autres administrations.

Le Conseil d'Etat constate que ce texte confère audit service des pouvoirs d'instruction qui devraient lui être refusés dans le cadre de sa mission de médiation si elle se déroule, selon l'article 24, paragraphe 1^{er}, dans le respect des règles du Nouveau Code de procédure civile

(NCPC), et plus particulièrement de l'article 1251-2, paragraphe 2, alinéa 2. Il renvoie à sa proposition de supprimer la référence au NCPC dans le cadre des articles 24 et 25 (22 et 23 nouveaux).

Compte tenu de ces remarques du Conseil d'Etat et au vu des pouvoirs exorbitants que le texte gouvernemental semble conférer au Service national en matière de communication du dossier du patient, la commission propose d'amender le début du texte en remplaçant la formulation "sauf opposition du patient" par l'expression "sur mandat écrit du patient".

Ainsi, d'une part, un outil essentiel du Service national dans l'intérêt du renforcement de la protection du patient est maintenu mais, d'autre part, le recours à cet outil est tempéré dans la mesure où il ne peut plus intervenir (sauf opposition du patient) d'office - tel que prévu au texte gouvernemental - mais exige un mandat explicite préalable du patient à l'intention du service.

Par ailleurs, la commission considère qu'il suffit d'écrire que le service "est en droit d'obtenir communication ..." et que partant le verbe "requérir" relevant en règle générale de véritables pouvoirs d'instruction peut être supprimé.

Amendement 18 [Article 22, paragraphe 1 (ancien article 24)]

Les deux premiers alinéas du paragraphe (1) de l'article 22 sont remplacés par le texte suivant:

"Avec l'accord des parties le service national d'information et de médiation santé peut procéder à la médiation des parties à un différend ayant pour objet la prestation de soins de santé".

*

Le Conseil d'Etat relève que d'après l'article 24, le service national d'information et de médiation santé peut être saisi d'une médiation conventionnelle ou judiciaire au sens de la loi précitée du 24 février 2012. Ces missions figurent déjà à l'article 22 (20 selon le Conseil d'Etat) du projet de loi.

Cependant, le Conseil d'Etat relève que selon l'article 1251-12 NCPC la médiation judiciaire doit être conduite par un médiateur agréé ou dispensé de l'agrément en vertu de l'article 1251-3, paragraphe 1^{er}, alinéa 3. En vertu de cet article, seul est dispensé de l'agrément « le prestataire de services de médiation qui remplit des exigences équivalentes ou essentiellement équivalentes comparables dans un autre Etat membre de l'Union européenne ». Le Conseil d'Etat en déduit que la référence à la loi précitée du 24 février 2012 ne peut être maintenue, alors qu'elle impliquerait nécessairement un agrément. Selon le Conseil d'Etat, il en découle une contradiction entre les deux textes qui ne pourra être levée qu'en abandonnant cette référence ou en adaptant le NCPC.

Selon le Conseil d'Etat, au vu du choix politique du projet de loi de doter le médiateur santé d'un statut qui lui est propre, les dispositions du NCPC relatives à la médiation y sont contraires. Afin d'éviter toute insécurité juridique qui risque de découler de l'incohérence entre les dispositions du NCPC et le présent texte, le Conseil d'Etat insiste, sous peine d'opposition formelle, de régler la médiation santé sans faire référence au NCPC.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale se rallie en principe à l'argumentation du Conseil d'Etat en supprimant les renvois aux dispositions du NCPC. Les deux premiers alinéas du paragraphe (1) de l'article 22 sont donc biffés et remplacés, par voie d'amendement, par l'alinéa 1er nouveau précité.

Amendement 19 [Article 22, paragraphe (1), deuxième alinéa (ancien article 24)]

Conformément à la proposition du Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 21 (ancien article 23), le deuxième alinéa du paragraphe (1) est précisé comme suit:

"Le patient peut se faire assister par un accompagnateur conformément aux dispositions de l'article 7."

Amendement 20 [Article 22 nouveau (ancien article 24), paragraphe 5 nouveau]

En contrepartie de la suppression des références au NCPC et afin d'assurer la sécurité juridique de l'accord de médiation, la commission propose de compléter l'article 22 par un paragraphe 5 nouveau ainsi libellé:

"(5) Lorsque les parties parviennent à un accord total ou partiel de médiation, celui-ci fait l'objet d'un écrit daté et signé par toutes les parties à la médiation.

L'accord de médiation contient les engagements précis pris par chacune des parties. Les articles 2044 et suivants du Code civil sont applicables."

*

Sur proposition du Conseil d'Etat, il a été retenu d'abandonner toute référence au nouveau Code de procédure civile (voir amendement 18 ci-dessus). Le statut de l'accord de médiation risque toutefois de donner lieu à discussion, étant donné qu'il ne sera plus régi par les règles du nouveau code de procédure civile applicable à la médiation civile et commerciale.

Afin d'éviter de fragiliser les accords trouvés et signés par les parties, il est proposé de préciser que l'accord de médiation relève du régime juridique des transactions, c'est-à-dire des dispositions des articles 2044 et suivants du Code civil.

L'article 2044 du Code civil dispose en effet que la transaction est un contrat écrit par lequel les parties terminent une contestation née, ou préviennent une contestation à naître.

A noter que l'article 2052 du Code civil précise que les transactions ont, entre les parties, l'autorité de la chose jugée en dernier ressort, ce qui garantira la pérennité de l'accord de médiation.

Amendement 21 [Article 23, paragraphe 5 (ancien article 25)]

Le dernier alinéa du paragraphe 5 de l'article 23 prend la teneur suivante:

"Le médiateur bénéficie d'une indemnité spéciale tenant compte de l'engagement requis par les fonctions, à fixer par règlement grand-ducal."

*

Le Conseil d'Etat s'oppose formellement au libellé du dernier alinéa du paragraphe 5 de l'article 25 initial (nouvel article 23) qui prévoit qu'une indemnité spéciale à fixer par le Gouvernement en conseil pourra être attribuée au médiateur. Le Conseil d'Etat rappelle qu'au regard de l'article 99 de la Constitution et en vertu de l'article 32, paragraphe 3 de la Constitution, il appartiendra à un règlement grand-ducal de fixer ladite indemnité.

La commission se rallie à cette argumentation juridique pertinente du Conseil d'Etat. L'alinéa en question est donc amendé dans le sens ci-dessus indiqué.

Amendement 22 [Article 24 (ancien article 26, point 8)]

La commission reprend en principe la proposition de texte du Conseil d'Etat. Toutefois, par analogie aux motifs ayant inspiré l'amendement 17, la commission propose de donner au dernier alinéa de l'article 38 nouveau de la loi hospitalière, dans la teneur proposée par le Conseil d'Etat, la teneur amendée suivante:

"Sur mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente, le directeur est en droit de requérir et d'obtenir communication de tous les éléments pertinents en rapport avec le traitement du dossier dont il a été saisi, notamment les éléments médicaux, soignants ou administratifs du dossier patient. Il peut prendre tous renseignements utiles auprès des organismes de sécurité sociale ou d'autres administrations."

Amendement 23 (article 26 nouveau)

Est inséré un article 26 nouveau ainsi libellé:

« Art. 26 – Disposition abrogatoire

L'article 506-1 du Code civil est abrogé. »

*

Cet amendement est le corollaire de l'amendement 14. L'article 506-1 du Code civil actuel peut être abrogé pour être dorénavant superfétatoire. Il prévoit en effet :

« Art. 506-1. (L. 10 août 1992) En cas de danger grave et immédiat pour la vie ou la santé du majeur en tutelle, un médecin peut, en cas de refus d'accord du tuteur, prendre toutes mesures d'ordre médical que la situation requiert d'après les règles de l'art médical.

En ce cas, le médecin doit adresser dans les trois jours au procureur d'Etat un rapport motivé sur les mesures d'ordre médical qu'il a prises. »

Il y a aussi lieu d'adapter l'intitulé du projet de loi pour y énumérer l'abrogation de l'article 506-1 du Code civil.

* * *

Au cours de l'examen des amendements, la commission a procédé à diverses rectifications et adaptations du texte.

Finalement, les amendements ci-dessus explicités sont adoptés par la commission à l'unanimité pour être transmis au Conseil d'Etat.

La commission reviendra au projet de loi dès que le Conseil d'Etat aura émis son avis complémentaire.

6. 6564 Projet de loi modifiant la loi du 25 novembre 1982 réglant le prélèvement de substances d'origine humaine

Mme la présidente Lydia Mutsch est désignée comme rapportrice du projet de loi.

7. 6554 Projet de loi portant
1) transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ;
2) modification du Code de la sécurité sociale ;
3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire ;
4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien ;
5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé

Mme la présidente Lydia Mutsch est désignée comme rapportrice du projet de loi.

Pour la présentation générale du projet de loi par la représentante de l'IGSS, il est renvoyé aux explications circonstanciées figurant à l'exposé des motifs.

Luxembourg, le 18 juin 2013

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

14



Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 28 février 2013

Ordre du jour :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 7 février 2013
2. Entrevue avec des représentants du Cercle luxembourgeois d'Algologie au sujet de la prise en charge des douleurs chroniques au Luxembourg
3. 6520 Projet de loi portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Orientale de l'Uruguay, signée à Luxembourg, le 24 septembre 2012
 - Désignation d'un rapporteur
 - Présentation et examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat
4. 6489 Projet de loi portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012
 - Désignation d'un rapporteur
 - Présentation et examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat
5. Présentation et examen de documents européens:
 - a) COM/2012/242
Proposition de DIRECTIVE DU CONSEIL, fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants
 - b) COM/2012/83
COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN ET AU CONSEIL
Concrétiser le plan de mise en oeuvre stratégique du partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé
 - c) COM/2012/252
COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU CONSEIL
Les effets combinés des produits chimiques. Mélanges chimiques.
 - d) COM(2012)540
COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN, AU CONSEIL, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN ET AU COMITÉ DES RÉGIONS

Des dispositifs médicaux et des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro sûrs, efficaces et innovants dans l'intérêt des patients, des consommateurs et des professionnels de la santé

e) COM(2012)658

RAPPORT DE LA COMMISSION AU CONSEIL sur la base des rapports des Etats membres concernant la suite donnée à la recommandation du Conseil relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci

f) COM/2012/736

COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN, AU CONSEIL, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN ET AU COMITÉ DES RÉGIONS

Plan d'action pour la santé en ligne 2012-2020 - des soins de santé innovants pour le XXI^e siècle

*

Présents : M. Jean Colombero, Mme Claudia Dall'Agnol, M. Fernand Diederich remplaçant M. Georges Engel, Mme Marie-Josée Frank, M. Alexandre Krieps, Mme Josée Lorsché, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Marcel Oberweis remplaçant Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Carlo Wagner

M. Pierre Misteri, Ministère de la Santé

M. Raymond Wagener, Mme Michèle Bastian, Inspection générale de la Sécurité sociale

Dr Jérôme Giwer, Dr Cyril Thix, Centre luxembourgeois d'Algologie

M. Martin Bisenius, Administration parlementaire

Excusé : M. Marc Spautz

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 7 février 2013

Le projet de procès-verbal de la réunion du 7 février 2013 est approuvé.

2. Entrevue avec des représentants du Cercle luxembourgeois d'Algologie au sujet de la prise en charge des douleurs chroniques au Luxembourg

a) Exposé du Dr Jérôme Giwer, représentant du Cercle luxembourgeois d'Algologie

Le Cercle luxembourgeois d'Algologie est une association sans but lucratif créée en 2009 sur l'initiative de médecins actifs dans le traitement de douleurs chroniques dans les cinq groupes hospitaliers du pays. Cette initiative remonte au constat que le traitement de patients souffrant de douleurs chroniques présente dans notre pays des insuffisances à plusieurs niveaux et qu'il est nécessaire de combler les retards par rapport à l'étranger.

Le Cercle luxembourgeois d'Algologie a une composition multidisciplinaire dans la mesure où, en dehors du corps médical, s'y trouvent représentées d'autres professions engagées dans la prise en charge de patients souffrant de douleurs chroniques, à savoir des infirmiers, des kinésithérapeutes, des psychologues, des assistants sociaux et des pharmaciens.

La mission primordiale du Cercle luxembourgeois d'Algologie consiste dans la mise en place d'une organisation cohérente de la prise en charge des patients et l'amélioration de la qualité de vie de ces derniers.

Le Cercle a également comme objectif de renforcer la formation initiale et continue des prestataires de soins dans le domaine du traitement de douleurs chroniques. En effet, une thèse de doctorat réalisée à l'Université de Luxembourg sur la prescription de médicaments morphiniques, suite à des sondages réalisés auprès des médecins généralistes, a révélé que 78% d'entre eux estiment qu'ils disposent d'une formation initiale insuffisante sur les douleurs chroniques et que 39% persistent dans cette appréciation même après avoir bénéficié d'une formation continue afférente. Enfin le Cercle luxembourgeois d'Algologie propage et soutient la recherche dans le domaine des douleurs chroniques.

Qu'est-ce qu'on entend par la notion médicale de douleurs chroniques?

En général, on peut dire que lorsqu'une douleur persiste au-delà de trois mois, elle n'a plus la même signification qu'une douleur aiguë qui constitue toujours un signal d'alarme. On parle alors de douleur chronique; elle perd sa fonction d'alarme ou de simple symptôme pour devenir dans de nombreux cas une maladie autonome.

Au stade chronique, la douleur peut entraîner le patient dans une spirale négative: épuisement physique et psychique, problèmes familiaux et professionnels et souvent problèmes psychiques tels que l'anxiété et même la dépression.

Ces caractéristiques du patient impliquent qu'une prise en charge purement médico-biologique n'est pas appropriée; en revanche le patient nécessite une prise en charge globale et multidisciplinaire prenant en compte toutes les facettes de ses problèmes et faisant intervenir plusieurs professionnels de la santé.

Selon des données statistiques internationales, environ 20% de la population souffrent de douleurs chroniques modérées ou sévères, dont la très large majorité ne nécessitent toutefois pas de traitement particulier. En extrapolant ces statistiques au Luxembourg, on peut estimer à environ 2.000 à 3.000 le nombre de personnes ayant besoin d'une prise en charge spécialisée dans notre pays. A noter qu'un des indicateurs de l'intensité - et implicitement de la qualité - de la prise en charge du patient consiste dans la consommation de médicaments morphiniques par millions d'habitants par jour. A cet égard, avec 10.800 doses, le Luxembourg se situe en position convenable au plan international.

En ce qui concerne les structures existantes au plan national, il faut dire qu'il existe une certaine forme de prise en charge des patients concernés dans chacun des cinq groupes hospitaliers, mais que seulement deux structures sont financées par la CNS et ce encore de façon insuffisante. Il s'en dégage que trois groupes hospitaliers ne disposent pas de dotation budgétaire spécifique par la CNS. La conséquence de ce financement insuffisant est que le délai d'attente des patients en vue d'une première prise en charge de leurs douleurs chroniques se situe entre trois et douze mois. Or, il faut souligner l'importance d'une intervention aussi rapide que possible dans le processus aboutissant à la chronicité des douleurs. Cependant tel n'est guère possible si on considère qu'au plan national, même pas deux médecins EPT (équivalent plein temps) s'occupent de la problématique des douleurs chroniques.

Une caractéristique commune des patients souffrant de douleurs chroniques est leur grande fragilité personnelle et sociale. Dans la mesure où il s'agit souvent de travailleurs manuels, il s'avère particulièrement difficile de les maintenir au travail au fur et à mesure de l'aggravation de la maladie.

Les personnes souffrant de douleurs chroniques ont souvent l'impression que leur maladie est encore aggravée par le manque de compréhension qui est témoigné par la société à leur égard. En effet, en raison de ses différentes causes, la douleur chronique est difficile à mesurer. Il n'existe pas d'examen médical spécifique (p.ex. analyses ou imagerie) qui permettrait de démontrer à coup sûr l'existence des douleurs dont les patients se plaignent. La douleur chronique est difficile à mesurer et il est souvent difficile de déterminer son origine. Aussi les trajets accomplis par les patients au sein du système de santé sont-ils souvent longs et inefficaces.

Trop souvent les patients se voient confrontés à des reproches plus ou moins ouverts de simulation. Il faut combattre ce genre de préjugés dans la mesure où notamment en Suisse il a clairement été démontré qu'ils ne sont pas fondés. En effet, des observations systématiques par des détectives privés commandités par l'Office fédéral des Assurances sociales des assurés soupçonnés de frauder en vue de l'obtention de la pension d'invalidité, ont abouti au résultat qu'une telle intention de fraude n'existe que chez moins d'un pour cent des personnes concernées. Le facteur simulation est donc négligeable.

On peut dire qu'entre-temps au Luxembourg, les personnes souffrant de douleurs dues à des cancers en phase terminale bénéficient d'une bonne prise en charge par les soins palliatifs dont le développement se poursuit aux plans hospitalier et extrahospitalier. A présent, il s'agit de redonner également une qualité de vie convenable à des personnes souffrant de douleurs chroniques (douleurs dorsales, articulations des os, maux de tête, etc.) et qui ont une espérance de vie normale.

En résumé, il faudra donc aboutir à une meilleure gestion des douleurs chroniques sachant que pour les patients concernés le retour à une situation de douleur zéro n'est plus guère possible.

Quant aux propositions concrètes formulées par le Cercle luxembourgeois d'Algologie au sujet des mesures à prendre en vue d'une meilleure prise en charge de la douleur au Luxembourg, il est renvoyé au document figurant à l'annexe 1. Ces propositions concernent:

- la formation initiale et continue des médecins et professionnels de la santé,
- une brochure d'information à l'intention des patients,
- la prise en charge globale et en réseau des patients, notamment par la mise en place d'un staff national d'algologie,
- les actions préventives et de sensibilisation,

- la mise en place de structures "douleur" sur deux niveaux au plan national,
- le remboursement des traitements prescrits par les centres "douleur".

Pour conclure son exposé, le Dr Jérôme Giwer attire encore l'attention sur le Symposium européen "Societal Impact of Pain" qui se déroulera les 14 et 15 mai 2013 au Parlement européen à Bruxelles. Ce symposium constituera une plate-forme d'échanges autour de l'impact, entre autres socio-économique, des douleurs chroniques entre représentants européens, gouvernementaux et parlementaires, associations de patients, organismes d'assurance-maladie publics et privés et professionnels de la santé.

b) Echange de vues

Il est procédé à un bref échange de vues dont il y a lieu de retenir succinctement ce qui suit:

Interrogé sur l'effet antalgique du cannabis et l'opportunité politique de permettre son usage thérapeutique, notamment au vu de recherches récentes qui auraient établi l'utilité thérapeutique de médicaments à base de cannabis, le représentant du Cercle luxembourgeois d'Algologie fait valoir qu'il ne dispose pas d'expérience personnelle ou de données scientifiquement fiables qui lui permettraient de répondre à ce stade définitivement à cette question. Il s'agit d'un débat en cours, le problème résidant surtout dans la perception comme drogue des produits du cannabis dans la société. Il est prématuré à l'heure actuelle de conclure ce débat, l'intervenant se disant à la fois ouvert et prudent dans ce domaine. L'effet antalgique du cannabis est réel et on sait qu'il est utilisé de façon ponctuelle dans le traitement de la sclérose en plaques et de douleurs cancéreuses. Encore faudra-t-il s'assurer sur son effet à plus longue durée. Le cannabis agit-il durablement sur la cause des douleurs ou soulage-t-il le patient du fait que ce dernier se sent "déconnecté"? En bref, au stade actuel, le représentant du Cercle luxembourgeois d'Algologie ne saurait préconiser l'usage thérapeutique généralisé de médicaments à base de cannabis. L'évolution de la recherche dans les années à venir pourra confirmer ou infirmer l'efficacité thérapeutique du cannabis et l'opportunité de permettre son usage sur une plus large échelle.

Un membre de la commission dépose dans ce cadre un extrait récent du New England Journal of Medicine concernant le "medicinal use of Marijuana" (cf annexe 2).

Dans le traitement des douleurs, les thérapies complémentaires telles qu'en particulier l'ostéopathie peuvent s'avérer parfaitement utiles. Les médecins traitant les douleurs n'ont pas de préjugés à cet égard. Ainsi, même en ne reconnaissant à l'homéopathie qu'un seul effet placebo, elle peut avoir son utilité dans certaines situations.

L'expérience montre que dans une large majorité des cas, une maladie particulière est à l'origine des douleurs des patients. Toutefois, il existe également le phénomène que les douleurs s'autonomisent et deviennent donc indépendantes de la maladie d'origine. Dans ces hypothèses, la douleur devient une maladie spécifique qu'il faudrait reconnaître en tant que telle. Dans environ 10% des cas, les patients souffrent de douleurs chroniques postchirurgicales en raison d'une fausse indication à l'origine de l'intervention chirurgicale ou d'un aléa ou accident médical survenu lors de l'intervention. Il s'agit en espèce de situations particulièrement difficiles, dans la mesure où le problème initial du patient n'est pas résolu et qu'il souffre en plus d'une affection nouvelle, à savoir de douleurs chroniques.

Une maladie, encore mystérieuse au stade actuel, est la fibromyalgie ou le syndrome polyalgique idiopathique diffus. Il s'agit d'une maladie caractérisée par un état douloureux musculaire chronique (myalgies diffuses) étendu ou localisé à des régions diverses du corps. Il existe une vingtaine d'hypothèses pour expliquer cet état douloureux, sans qu'il soit possible à l'heure actuelle de se prononcer de façon définitive. On peut espérer que les

nouvelles méthodes d'exploration en imagerie médicale telles que l'IRM fonctionnelle permettront d'avancer dans ce domaine.

Il faut souligner l'importance de mesures de prévention notamment en ce qui concerne la prévention de douleurs dorsales qui parfois peuvent être évitées par des mesures banales (lever correctement des charges).

Les médecins qui actuellement s'occupent de patients souffrant de douleurs chroniques le font toujours à titre accessoire, ceci inévitablement en raison de la non reconnaissance par la CNS des prestations spécifiques nécessaires dans le traitement de ces patients. Ainsi une première consultation nécessite toujours une heure entière, ce facteur temps n'étant toutefois pas rémunéré. Quant à l'impact budgétaire éventuelle d'une structure d'accueil cohérente des douleurs chroniques au plan national, il est renvoyé aux propositions du Cercle d'Algologie figurant à l'annexe 1.

Pour conclure, il est retenu que la commission aura un échange de vues avec M. le Ministre de la Santé sur les suites à réserver à la présente entrevue.

3. 6520 Projet de loi portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Orientale de l'Uruguay, signée à Luxembourg, le 24 septembre 2012

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

Le présent projet de loi a pour objet l'approbation de la convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Orientale de l'Uruguay sur la sécurité sociale, qui a été signée à Luxembourg en date du 24 septembre 2012.

Cette convention a pour objet de garantir les droits en matière de sécurité sociale des personnes qui ont été soumises successivement ou alternativement aux législations des deux Etats contractants.

Dans une large mesure la présente convention suit l'aménagement général des conventions bilatérales conclues jusqu'à présent par le Luxembourg et reprend les formules de coordination usuelles adoptées tant dans ces instruments que dans les règlements communautaires sur la coordination des régimes de sécurité sociale en Europe.

Quant à son champ d'application matériel, la convention s'applique aux législations des deux Etats contractants relatives à l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie. Les prestations familiales sont coordonnées sur base du critère de la résidence. Les autres branches de la sécurité sociale sont visées, mais uniquement en ce qui concerne la détermination de la législation applicable. L'accès aux assurances volontaires est par ailleurs réglé. La convention exclut expressément les législations concernant l'assistance sociale et les prestations aux victimes de guerre.

Pour ce qui est de son champ d'application personnel, la convention s'applique aux personnes sans distinction de nationalité, qui sont ou ont été soumises à la législation de l'un ou des deux Etats contractants ainsi qu'à leurs ayants droit. La présente convention suit ainsi la conception adoptée dans les instruments bilatéraux récents conclus par le Grand-Duché qui eux n'ont pas repris non plus une limitation du champ d'application personnel aux seuls ressortissants des Parties contractantes et répond ainsi aux exigences posées par la jurisprudence de la Cour de justice européenne dans l'affaire GOTTARDO.

A l'instar des autres instruments internationaux en matière de sécurité sociale, la présente convention énonce les principes fondamentaux en matière de coordination internationale des régimes de sécurité sociale, à savoir:

- l'égalité de traitement, prévoyant que les assurés d'un Etat contractant et auxquels la convention est applicable sont soumis aux obligations et sont admis au bénéfice de la législation de cet Etat dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet Etat;
- l'exportation des prestations, prévoyant que les prestations acquises au titre de la législation d'un Etat contractant ne peuvent subir aucune réduction, modification, suppression ou suspension du fait que le bénéficiaire réside sur le territoire de l'autre Etat contractant;
- la totalisation des périodes d'assurance, prévoyant que les périodes accomplies dans les deux Etats contractants sont totalisées pour l'ouverture, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations.

A noter que la convention prévoit au titre III, une règle de totalisation des périodes d'assurance accomplies dans un pays tiers avec lequel tant l'Uruguay que le Luxembourg ont conclu un instrument de coordination en matière de sécurité sociale.

Dans son avis du 26 février 2013, le Conseil d'Etat formule deux observations au sujet du texte de la Convention à approuver.

D'abord, l'article 10 prévoit que les autorités compétentes des Etats contractants ou les organismes désignés par celles-ci, peuvent, d'un commun accord, établir d'autres exceptions ou modifier celles figurant au titre II de ladite convention et qui concernent la détermination de la législation applicable.

Dans la mesure où ces accords engagent internationalement le Luxembourg, et qu'ils concernent en règle générale l'exécution ou l'interprétation d'un traité préexistant, ils ne peuvent pas être dispensés de l'approbation parlementaire. En effet, les accords visés à l'article 10 ne fixent pas seulement des modalités de mise en œuvre de la Convention, comme tel est le cas pour les arrangements administratifs prévus à l'article 21 de ladite convention.

En deuxième lieu, le Conseil d'Etat note que l'article 21 prévoit que les modalités de mise en œuvre de l'accord peuvent être réglées par arrangement administratif conclu entre les autorités compétentes. Le Conseil d'Etat renvoie à ce sujet à son avis du 9 octobre 2012 relatif au projet de loi portant approbation de l'Accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg et le Gouvernement de la République française pour le développement de la coopération et de l'entraide administrative en matière de sécurité sociale des 11 avril et 17 juin 2011 (doc. parl. n° 6422¹), notamment pour ce qui est de la publication de ces arrangements au Mémorial conformément à l'article 37 de la Constitution.

*

L'article unique du projet de loi sous avis n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale approuve le projet de loi en précisant que 22 personnes de nationalité uruguayenne sont affiliées à la Sécurité sociale luxembourgeoise et que désormais, à l'exception du Paraguay, tous les pays de la partie Sud de l'Amérique du Sud ont conclu une Convention de Sécurité sociale avec le Luxembourg.

4. 6489 Projet de loi portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012

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

Le présent projet de loi a pour objet l'approbation de la convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République fédérative du Brésil, qui a été signée à Luxembourg en date du 22 juin 2012.

Cette convention bilatérale avec le Brésil remplacera notre ancienne convention avec ce pays, qui date de 1965, par un instrument de coordination plus moderne et plus adéquat, tenant compte des exigences et standards actuels en matière de droit international de la sécurité sociale.

Cette convention a pour objet de garantir les droits en matière de sécurité sociale des personnes qui ont été soumises successivement ou alternativement aux législations des deux Etats contractants.

Dans une large mesure la présente convention suit l'aménagement général des conventions bilatérales conclues jusqu'à présent par le Luxembourg et reprend les formules de coordination usuelles adoptées tant dans ces instruments que dans les règlements communautaires sur la coordination des régimes de sécurité sociale en Europe.

Quant à son champ d'application matériel, la convention s'applique aux législations des deux Etats contractants relatives à l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie. Les autres branches de la sécurité sociale sont visées, mais uniquement en ce qui concerne la détermination de la législation applicable. L'accès aux assurances volontaires est par ailleurs réglé. La convention exclut expressément les législations concernant l'assistance sociale, les prestations aux victimes de guerre et les assurances complémentaires privées. Cette référence expresse aux assurances complémentaires privées a été intégrée dans le texte à la demande de la délégation brésilienne (article 2, alinéa 4). Pour le Luxembourg, il va sans dire que les régimes de pension complémentaires, ainsi que les contrats d'assurances privées n'entrent pas dans le champ d'application d'une convention qui règle la matière de la sécurité sociale.

Pour ce qui est de son champ d'application personnel, la convention s'applique aux personnes sans distinction de nationalité, qui sont ou ont été soumises à la législation de l'un ou des deux Etats contractants ainsi qu'à leurs ayants droit. La présente convention suit ainsi la conception adoptée dans les instruments bilatéraux récents conclus par le Grand-Duché qui eux n'ont pas repris non plus une limitation du champ d'application personnel aux seuls ressortissants des Parties contractantes et répond ainsi aux exigences posées par la jurisprudence de la Cour de justice européenne dans l'affaire GOTTARDO.

A l'instar des autres instruments internationaux en matière de sécurité sociale, la présente convention énonce les principes fondamentaux en matière de coordination internationale des régimes de sécurité sociale, à savoir:

- de traitement, prévoyant que les assurés d'un Etat contractant et auxquels la convention est applicable sont soumis aux obligations et sont admis au bénéfice de la législation de l'autre Etat dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet Etat;
- l'exportation des prestations, prévoyant que les pensions acquises au titre de la législation d'un Etat contractant ne peuvent subir aucune réduction, modification,

suppression ou suspension du fait que le bénéficiaire réside sur le territoire de l'autre Etat contractant;

- la totalisation des périodes d'assurance, prévoyant que les périodes accomplies dans les deux Etats contractants sont mises ensemble pour l'ouverture, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations.

A noter dans ce contexte que la convention prévoit à l'article 15 une règle de totalisation des périodes d'assurance accomplies dans un pays tiers avec lequel tant le Brésil que le Luxembourg ont conclu un instrument de coordination en matière de sécurité sociale.

Dans son avis du 21 décembre 2012, le Conseil d'Etat relève, quant au texte de l'accord à approuver, que l'article 20 prévoit que les modalités de mise en œuvre de l'accord peuvent être réglées par arrangement administratif conclu entre les autorités compétentes. Il renvoie à ce sujet à son avis du 9 octobre 2012 relatif au projet de loi portant approbation de l'Accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg et le Gouvernement de la République française pour le développement de la coopération et de l'entraide administrative en matière de sécurité sociale des 11 avril et 17 juin 2011 (doc. parl. 6422-1), notamment pour ce qui est de la publication de ces arrangements au Mémorial conformément à l'article 37 de la Constitution.

Le texte de l'article unique du projet de loi d'approbation sous avis ne donne pas lieu à observation du Conseil d'Etat.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale approuve le projet de loi en précisant qu'elle a été informée qu'environ 1.500 personnes de nationalité brésilienne sont affiliées à la sécurité sociale luxembourgeoise.

5. Présentation et examen de documents européens:

Sur base des explications du représentant de Ministère de la Santé, la commission passe en revue différents documents européens.

a) COM/2012/242

Proposition de DIRECTIVE DU CONSEIL, fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants

Un volet important de la législation Euratom est consacré à différents aspects de la radioprotection que le traité Euratom désigne sous le terme «normes de base relatives à la une longue période, il est inévitable qu'un certain nombre d'incohérences soient apparues entre différents actes législatifs, et que certaines références soient devenues obsolètes à la suite de l'actualisation de la législation. Il convient d'éliminer ces incohérences, conformément à la politique de simplification de la législation européenne lancée par la Commission.

Le problème peut être résumé comme suit:

- la législation actuelle ne reflète pas totalement le progrès scientifique;
- il existe des incohérences entre les différents instruments législatifs en vigueur;
- le champ d'application de la législation en vigueur ne couvre pas intégralement les sources naturelles de rayonnement ou la protection de l'environnement.

Ce constat appelle la formulation de **quatre objectifs spécifiques**:

- introduire les modifications requises portant sur l'objet des dispositions, afin de tenir compte des données scientifiques les plus récentes et de l'expérience opérationnelle,
- clarifier les exigences et assurer la cohérence interne de la législation européenne,
- assurer la cohérence avec les recommandations internationales,
- couvrir toute la gamme des situations d'exposition et des catégories d'exposition.

A la suite de l'entrée en vigueur du traité Euratom, un ensemble d'actes législatifs établissant des normes de base a été adopté sur la base de l'article 31 du traité.

Le principal pilier de cette législation est la directive 96/29/Euratom du Conseil du 13 mai 1996 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants (directive Euratom sur les normes de base).

La directive «normes de base» a été régulièrement actualisée en 1962, 1966, 1976, 1980, 1984 et 1996, en tenant compte du progrès des connaissances scientifiques sur les effets des rayonnements ionisants, conformément aux recommandations de la CIPR et sur la base de l'expérience opérationnelle. Les expositions médicales sont incluses dans un acte législatif spécifique depuis 1984. Trois «directives associées» couvrent des problématiques spécifiques: la directive «sources scellées de haute activité» (SSHA), la directive «travailleurs extérieurs» et la directive «information de la population». Une analyse de la législation adoptée en vertu de l'article 31 du traité Euratom montre que la directive «expositions médicales», la directive SSHA, la directive «travailleurs extérieurs» et la directive «information de la population» sont étroitement liées aux directives «normes de base» 96/29/Euratom, dans la mesure où elles en développent les exigences ou font référence à certaines de ses dispositions. Pour cette raison, l'objet et le champ d'application de la proposition de nouvelle directive sur les normes de base engloberont ceux de ces directives.

La Commission proposera séparément une directive fixant des exigences pour la protection de la santé de la population en ce qui concerne les substances radioactives dans les eaux destinées à la consommation humaine [COM(2011)385]. Cette directive Euratom remplacera la directive 98/83/CE existante pour ce qui est de son application aux substances radioactives et la complétera par des annexes techniques sur les fréquences d'échantillonnage, les méthodes d'analyse et les limites de détection.

*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale évoque les implications que la nouvelle directive sera susceptible d'avoir sur les dispositions régissant en matière de PAG les distances à observer par rapport aux sources de rayonnements ionisants.

Il s'agit d'une problématique complexe et sensible et la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale exprime le souhait d'être tenue au courant du suivi du présent dossier, étant entendu que la directive une fois adoptée nécessitera la révision de deux règlements grand-ducaux régissant la matière.

b) **COM/2012/83**

COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN ET AU CONSEIL

Concrétiser le plan de mise en œuvre stratégique du partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé

Les institutions européennes, les États membres et l'ensemble des parties concernées doivent conjuguer leurs efforts, tout en restant dans les limites du rôle qui leur est dévolu, pour relever les défis inhérents au vieillissement de la population. Dans la présente communication, la Commission répond à cette nécessité en proposant des modalités de gouvernance destinées à assurer une mise en œuvre efficace, présente un système de suivi et d'évaluation permettant d'atteindre en temps utile le but général et les objectifs poursuivis, propose d'améliorer et d'étoffer les conditions-cadres et met en évidence la valeur ajoutée des interventions de l'Union.

La Commission attend de l'application du plan stratégique qu'elle entraîne une accélération importante de l'innovation en faveur du vieillissement actif et en bonne santé, et une progression vers le but général et les objectifs du partenariat. Cette évolution requiert de nouvelles formes de coopération entre les nombreux acteurs concernés, à savoir ceux déjà associés à l'élaboration du plan stratégique et ceux disposés à prendre part à son application.

Le plan à mettre en œuvre repose sur trois piliers:

- prévention, dépistage et diagnostic précoce;
- soins et traitements,
- activité et autonomie des personnes âgées.

Des enseignements utiles ont été tirés de l'élaboration et de la mise en œuvre du partenariat.

La Commission européenne continuera à tenir compte de ces enseignements lorsqu'elle rédigera des propositions d'élaboration et de développement de partenariats européens d'innovation chargés de relever d'autres défis sociétaux, comme le prévoit l'initiative phare «Une Union de l'innovation». La Commission passera en revue tous les PEI en 2013 afin de faire le point sur les progrès réalisés.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale constate qu'il s'agit en l'occurrence, tout comme pour les documents ci-dessous, d'un document informel à caractère non normatif. La commission suivra l'évolution de ce dossier. Est encore relevé dans ce contexte l'impact environnemental considérable de la qualité de vie dans les grandes villes sur l'espérance de vie.

c) **COM/2012/252**

COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU CONSEIL

Les effets combinés des produits chimiques. Mélanges chimiques.

La Commission:

- 1) établira un groupe de travail *ad hoc* composé de représentants des services

compétents et des agences et autorités associées (l'EFSA, l'ECHA, l'EMA et l'AEE), chargé de renforcer la coordination entre les différents textes législatifs et de promouvoir l'évaluation intégrée des mélanges prioritaires, en tenant compte des risques d'exposition de l'homme et de l'environnement. Le groupe de travail ad hoc coordonnera la collecte des données et supervisera l'évaluation intégrée des mélanges prioritaires. Chaque mesure de suivi sera prise au titre du texte législatif qui régit la substance concernée;

2) élaborera, d'ici à juin 2014, en tenant compte de l'avis des comités scientifiques, des lignes directrices techniques pour promouvoir une approche cohérente de l'évaluation des mélanges prioritaires au titre des différents textes législatifs de l'UE. Ces lignes directrices ne remplaceront pas les règles existantes, lorsqu'il en existe, et n'imposeront pas non plus d'obligations ni de charges supplémentaires aux opérateurs économiques. L'élaboration de ces lignes directrices sera coordonnée par le groupe de travail ad hoc visé au point 1 ci-dessus.

3) encouragera une meilleure connaissance des mélanges chimiques auxquels les populations humaines et l'environnement naturel sont effectivement exposés, par:

a) l'examen, en concertation avec les agences associées, des données de surveillance qui sont actuellement collectées au titre de la législation de l'UE ou produites dans le cadre de projets de recherche financés par l'UE;

b) la promotion d'une approche plus cohérente de la production, de la collecte, du stockage et de l'utilisation des données de surveillance chimique en rapport avec l'homme et l'environnement, grâce à la création d'une plateforme pour les données de surveillance chimique; cette plateforme faciliterait l'établissement de liens entre l'exposition et les données épidémiologiques et permettrait d'étudier les effets biologiques potentiels, ce qui se traduirait par des bénéfices pour la santé;

4) étudiera les possibilités qui s'offrent de combler certaines des autres lacunes dans les connaissances, notamment en ce qui concerne i) le mode d'action des substances chimiques, ii) le regroupement des substances chimiques en catégories ou groupes d'évaluation, iii) la prévision des interactions et iv) le recensement des substances chimiques qui sont les principaux déterminants de la toxicité des mélanges. Ces actions peuvent être en partie soutenues par l'initiative Horizon 2020, le futur programme-cadre de l'UE pour la recherche et l'innovation;

5) encouragera les approches cohérentes et scientifiques de l'évaluation des risques des mélanges chimiques à l'échelle mondiale en participant aux activités internationales pertinentes, ce qui contribuera à la protection de la santé et de l'environnement, ainsi qu'à la stimulation de la compétitivité de l'industrie européenne;

6) publiera un rapport sur l'évaluation des mélanges chimiques d'ici à la fin juin 2015, afin de faire le point sur les progrès accomplis et l'expérience acquise par rapport aux actions définies aux points 1 à 5 ci-dessus.

Dans la mise en œuvre des actions définies aux points 1 à 5 ci-dessus, la Commission européenne collaborera avec les États membres et d'autres parties prenantes. Les modalités de cette collaboration devront être définies et,

dans la mesure du possible, les structures existantes seront utilisées.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale note que la Commission européenne entend donc soutenir une plus large prise en considération de "l'effet cocktail" des mélanges chimiques et promouvoir l'évaluation intégrée de la recherche afférente afin de dégager des lignes directrices (best practices) dans ce domaine.

L'exposition continue à un mélange de biocides peut être à l'origine de maladies multisystémiques. A noter qu'à titre de mesure de précaution certains biocides ne sont dorénavant plus en vente libre, mais seulement accessibles à des catégories d'utilisateurs qualifiés à cet effet. La biodégradabilité de ces produits a également été améliorée.

d) COM(2012)540

COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN, AU CONSEIL, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN ET AU COMITÉ DES RÉGIONS

Des dispositifs médicaux et des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro sûrs (DDIV), efficaces et innovants dans l'intérêt des patients, des consommateurs et des professionnels de la santé

Des dispositifs médicaux et des DDIV sûrs, efficaces et innovants peuvent sans aucun doute améliorer significativement la santé des citoyens européens. Ils sont également essentiels pour aider l'Union européenne à relever les défis démographiques, sociétaux et scientifiques actuels et à venir.

La santé est aussi un facteur déterminant de la croissance économique. Dans ce contexte, l'innovation dans le domaine des dispositifs médicaux et des DDIV occupe une position centrale parmi les initiatives relevant de la stratégie Europe 2020, en particulier les initiatives phares «Une Union pour l'innovation» et «Une stratégie numérique pour l'Europe».

Les propositions de règlements sur les dispositifs médicaux et les DDIV ont pour but de réunir ces deux composantes dans deux ensembles réglementaires sûrs, transparents et viables bâtis sur une vision à long terme. Ils permettront à l'Union européenne de continuer à garantir une protection élevée de la santé et de s'attaquer tant au scepticisme naissant qu'à l'érosion de la confiance chez les patients, les consommateurs et les professionnels de la santé à l'égard des dispositifs médicaux et des DDIV, tout en encourageant ces deux secteurs à faire preuve d'innovation et de compétitivité.

Les dispositions législatives proposées constituent un facteur d'incitation essentiel pour parvenir à une Union européenne peuplée de citoyens actifs et en bonne santé, dans laquelle les patients, les consommateurs et les professionnels de la santé pourront bénéficier de dispositifs médicaux et de DDIV sûrs, efficaces et innovants.

*

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale est informée que cette communication s'inscrit dans la procédure d'élaboration d'un règlement européen censé tenir compte des enseignements à tirer du récent scandale des implants mammaires défectueux. Ce règlement impliquera également une

adaptation de notre législation sur les dispositifs médicaux.

e) **COM(2012)658**

RAPPORT DE LA COMMISSION AU CONSEIL sur la base des rapports des Etats membres concernant la suite donnée à la recommandation du Conseil relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci

La plupart des États membres ont pris un certain nombre des mesures recommandées.

Il reste que la suite donnée à la recommandation demeure largement perfectible sur plusieurs points. Eu égard aux conclusions du présent rapport, les mesures à prendre devraient notamment se concentrer sur les domaines prioritaires suivants:

(a) Dans le domaine de la sécurité générale des patients:

Au niveau des États membres:

- Associer activement les patients à leur sécurité: informer les patients des mesures de sécurité, des procédures de réclamation et des droits de recours, œuvrer à l'élaboration d'un ensemble commun de compétences de base pour les patients, et encourager ces derniers et leur famille à signaler les événements indésirables.
- Recueillir des informations concernant les événements indésirables en perfectionnant les systèmes de signalement capables de tirer des enseignements des défaillances, garantir l'absence de toute sanction en cas de signalement d'événements indésirables et évaluer les progrès réalisés en matière de signalement, c'est-à-dire le taux de signalements effectués par les professionnels de la santé, le reste du personnel de santé et les patients. Les systèmes de signalement devraient compléter les dispositions de la nouvelle législation relative à la pharmacovigilance (directive 2010/84/UE) en ce qui concerne le signalement des effets indésirables des médicaments.
- Transposer les stratégies et programmes de sécurité des patients du milieu hospitalier au milieu non hospitalier.

Au niveau de l'UE:

- Collaborer à l'élaboration de lignes directrices concernant la manière de concevoir et d'introduire des normes de sécurité des patients allant au-delà de la recommandation.
- Progresser dans l'élaboration d'une terminologie commune de la sécurité des patients.
- Poursuivre les échanges de pratiques exemplaires, surtout dans les domaines dans lesquels les États membres constatent un manque d'expertise nationale ou des difficultés d'accès à l'expertise internationale ou européenne, par exemple l'intégration systématique de la sécurité des patients dans les études et la formation des professionnels de la santé à tous les niveaux.
- Intensifier les travaux de recherche dans le domaine de la sécurité des patients, y compris des études sur le rapport coût/efficacité des stratégies en la matière.

(b) Dans le domaine de la prévention des infections associées aux soins et de la lutte contre celles-ci:

Au niveau des États membres:

- Veiller à ce qu'il y ait suffisamment de personnel spécialisé dans la lutte contre les infections, qui dispose de temps à consacrer à cette mission, dans les hôpitaux et les autres établissements de soins.
- Améliorer la formation du personnel spécialisé dans la lutte contre les infections et œuvrer à l'harmonisation des qualifications entre les États membres.
- Renforcer les structures et pratiques de base adaptées à la prévention des infections et à la lutte contre celles-ci dans les maisons de soins et les autres établissements de soins de longue durée.
- Renouveler les enquêtes nationales ponctuelles sur la prévalence des IAS afin de surveiller la charge que représentent les IAS dans tous les types d'établissements de soins, de définir des priorités et objectifs d'intervention, d'évaluer l'incidence des interventions et d'accroître la sensibilisation.
- Veiller à ce que les infections dans les services de soins intensifs et les infections du site opératoire fassent l'objet d'une surveillance.
- Mettre en œuvre des systèmes de surveillance pour la détection et le signalement en temps utile des micro-organismes à risque et renforcer les capacités d'intervention en cas de propagation (notamment transfrontalière) de ces organismes et de prévention de leur introduction dans les établissements de soins.
- Améliorer la communication aux patients d'informations relatives aux IAS et associer davantage ceux-ci à l'application des mesures de prévention des infections et de lutte contre celles-ci.
- Élaborer un système d'évaluation assorti d'un ensemble d'indicateurs dans les États membres afin d'évaluer l'exécution de la stratégie/du plan d'action et ses résultats en matière de prévention des IAS et de lutte contre celles-ci.

Au niveau de l'UE:

- Poursuivre l'élaboration de lignes directrices relatives à la prévention des IAS et à la lutte contre celles-ci, y compris des lignes directrices adaptées aux maisons de soins et aux établissements de soins de longue durée.
- Intensifier les travaux de recherche dans le domaine de la prévention des IAS et de la lutte contre celles-ci, y compris des études sur le rapport coût/efficacité des mesures de prévention et de lutte.

La recommandation invite la Commission à «déterminer l'efficacité des mesures proposées».

Cependant, les actions n'ayant été entreprises que récemment ou étant encore en cours dans de nombreux États membres et à l'échelle de l'UE, il peut être judicieux de réévaluer la situation dans deux ans sur la base du présent rapport. C'est pourquoi la Commission propose de prolonger de deux années supplémentaires le suivi de la suite donnée à la recommandation concernant la sécurité générale des patients. En juin 2014, la Commission élaborera un deuxième rapport d'avancement qui tiendra compte des résultats à mi-parcours

de l'action commune sur la sécurité des patients et la qualité des soins.

*

Ce document ne donne pas lieu à observations particulières de la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale.

f) **COM/2012/736**

COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN, AU CONSEIL, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN ET AU COMITÉ DES RÉGIONS

Plan d'action pour la santé en ligne 2012-2020 - des soins de santé innovants pour le XXI^e siècle

Les systèmes de santé de l'UE sont soumis à de fortes contraintes budgétaires mais doivent répondre aux problèmes du vieillissement de la population, des exigences croissantes de la population et de la mobilité des patients et des professionnels de santé. Insuffler un esprit d'innovation dans la santé en ligne en Europe est le moyen de garantir une meilleure santé et des soins de meilleure qualité et plus sûrs aux habitants de l'UE, davantage de transparence et une responsabilisation accrue, une main-d'œuvre plus qualifiée, des systèmes de santé et de soins plus performants et durables, des administrations publiques plus efficaces et réactives, de nouveaux débouchés commerciaux et une économie européenne plus compétitive qui puisse bénéficier des échanges internationaux dans ce domaine.

Il faut préciser qu'une consultation publique a abouti à l'établissement d'une stratégie numérique pour l'Europe; ce plan se base sur trois axes principaux, à savoir:

- la généralisation des services de télémédecine,
- l'accès des patients à leurs données médicales,
- l'interopérabilité des différents systèmes.

Ce plan vise encore l'amélioration de la sécurité juridique et la sensibilisation des patients par rapport aux nouvelles techniques.

Il est précisé que la Commission européenne publiera un "Livre vert" sur cette matière d'ici 2014.

Luxembourg, le 6 mars 2013

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexes: 2

- ANNEXE A -



cercle luxembourgeois d'algologie

Le présent document présente les propositions du Cercle Luxembourgeois d'Algologie (CLA) au sujet de la prise en charge de la douleur au Luxembourg.

Les nombreuses conséquences de la douleur sur l'individu et la société représentent un réel problème de santé publique. Pour les patients douloureux chroniques, la prise en charge ne peut se limiter à une simple approche purement biomédicale mais doit répondre à une philosophie bio-psycho-sociale.

Les pays limitrophes ont connu plusieurs «plan douleur» successifs au cours des dernières années visant à mieux organiser et structurer la filière de soins dans le cadre de la prise en charge de la douleur. Au niveau international l'IASP (International Association for the Study of Pain) et l'EFIC (European Federation of IASP Chapters) s'efforcent de promouvoir la prise en charge de la douleur et de faire en sorte que chaque citoyen puisse avoir accès à un minimum de soins adéquats.

Nous pensons qu'une filière de soins douleur chronique bien structurée est non seulement indispensable d'un point de vue médical mais peut également, à long terme, contribuer à réaliser des économies dans le domaine de la santé.

Les soignants des différents hôpitaux (CHDN, CHL, HVEA, Hôpital Kirchberg, Rehazenter, Zithaklinik) représentés au niveau du CLA n'ont pas vocation à prendre en charge l'ensemble des patients douloureux chroniques. Ainsi, nous sommes en faveur de partenariats, de réseaux de soins et du transfert de savoir.

Plusieurs volets seront à considérer au niveau national :

1. La formation des intervenants
2. L'information des patients et la collaboration avec les associations de patients
3. La création de réseaux de soins douleur respectivement la participation à des réseaux existants
4. La prévention
5. La reconnaissance et le fonctionnement des structures douleur
6. Remboursement de certains traitements prescrits par les centres douleur

1. La formation initiale et continue des médecins et paramédicaux.

De nombreux patients douloureux peuvent être pris en charge de façon efficace en soins primaires. Hélas, la médecine de la douleur est peu abordée dans le cursus de base des études de médecine ou en école d'infirmière. Le CLA propose de participer aux formations (de base et continue) dispensées au Luxembourg. Une bonne formation des soignants, permettra des actions préventives ainsi que des prises en charge adéquates parfois plus rapides.

Depuis 2010, les membres du CLA ont animé diverses séances de formation continue pour médecins et non-médecins et le CLA organise plusieurs fois par an des conférences.

2. Les patients

Le CLA s'est attaché à créer une brochure destinée aux cabinets de médecins généralistes, et reprenant des notions de base sur la problématique de la douleur chronique.

Un site internet (www.douleurs.lu) est en cours d'élaboration.

Des contacts avec les associations de patients ont été mis en place. Les deux problèmes principaux ressortant de ces entrevues sont le manque d'information concernant les possibilités de prise en charge au Luxembourg ainsi que les délais de prise en charge.

3. Le fonctionnement en réseau.

La prise en charge des patients douloureux doit s'intégrer, à notre avis, dans une approche globale du patient. Ainsi, la communication et la coordination entre la structure douleur, le médecin traitant/généraliste/référent et les divers prestataires de soins est primordiale. De même, une collaboration plus étroite voire des projets communs avec la médecine du travail et les médecins conseil devraient être envisagés afin de faciliter le maintien dans l'emploi voire la réinsertion professionnelle des douloureux chroniques.

Les médecins des structures douleur des différents hôpitaux luxembourgeois proposent la mise en place d'un «staff national d'algologie», pluri-institutionnel et interdisciplinaire, dont la mission serait de discuter les dossiers de patients complexes afin de dégager des orientations diagnostiques et thérapeutiques de façon consensuelle.

Enfin, nous plaignons pour une complémentarité entre les différentes structures permettant d'orienter ponctuellement le patient vers les équipes disposant d'une expertise particulière pour certaines pathologies ou techniques plus exceptionnelles.

4. Actions préventives et de sensibilisation.

Jour après jour, les intervenants des structures douleur sont confrontés à des patients atteints de douleurs chroniques qui auraient pu échapper à cette situation grâce à une prise en charge précoce et adéquate de leur pathologie. Une meilleure information des patients et des médecins ainsi qu'un accès plus rapide aux consultations douleur pourrait contribuer à limiter la chronicisation de certains états douloureux.

Par ailleurs, des mesures préventives mériteraient d'être promues et mises en place auprès de certaines personnes à risque (métiers avec contraintes physiques importantes).

Des campagnes d'affichage et d'information nationales ainsi que des interventions brèves de type éducation à la santé devraient être envisagées à notre avis.

5. Les structures douleur.

Le CLA propose un fonctionnement sur 2 niveaux sur le plan national.

Le niveau de base devrait être présent dans chaque hôpital.

Le niveau 2 fonctionne selon un modèle multidisciplinaire.

Le premier niveau se construit autour d'une équipe formée par un médecin, un infirmier / une infirmière et un/une psychologue. Il devrait être présent dans chaque hôpital afin d'organiser et de coordonner la prise en charge de la douleur en intra-hospitalier (formations, élaboration de procédures, avis pour patients hospitalisés...). Des consultations externes monodisciplinaires ponctuelles sont possibles (selon le modèle bio-psycho-social).

Moyens à mettre en oeuvre :

- utilisation de la dotation infirmière existante actuellement (varie de 0,75-1 ETP selon les institutions) avec possibilité de réévaluation en fonction de l'activité. Les missions seraient : évaluation et suivi des patients hospitalisés, mise en place de traitements non médicamenteux, information et éducation du patient, formation du personnel, campagnes de sensibilisation , aide pour les consultations externes monodisciplinaires.
- 1 psychologue (0,25 ETP) : évaluation et suivi des patients hospitalisés, détection précoce de yellow flags (facteurs de risque psychosociaux) et orientation post hospitalisation vers un psychologue / psychiatre libéral voire une structure de niveau 2.
- 1 médecin référent coordinateur dont le rôle serait de donner des avis en intrahospitalier sur ordonnance médicale, d'assurer au besoin des consultations monodisciplinaires externes selon le modèle biopsychosocial, de participer à la formation continue et de contribuer à l'élaboration de procédures. Le médecin (ou les médecins) en question serait identifié et lié à la structure douleur locale et devrait disposer d'une formation ou d'une expérience professionnelle dans le domaine de la douleur. Le rôle de coordination devrait pouvoir être indemnisé à raison de 4 h par mois (selon le modèle préexistant des médecins coordinateurs).

Le deuxième niveau propose une prise en charge multidisciplinaire voire interdisciplinaire du patient en ambulatoire avec possibilité d'hospitalisation également. La reconnaissance d'une structure de niveau 2 serait liée d'une part à un niveau minimum d'activité de 500 consultations par an (recommandations HAS) et d'autre part à la présence d'au moins deux médecins de spécialités différentes dont un coordinateur disposant d'une formation et/ou d'une expérience suffisante en médecine de la douleur. De même, il conviendrait d'insister sur un niveau de formation suffisant des intervenants non-médicaux.

Les structures de niveau 2 seront à même de prendre en charge localement la plupart des problèmes rencontrés dans le domaine de la douleur chronique.

Etant donné que certaines compétences et techniques ne sont pas accessibles dans chaque hôpital , le CLA plaide pour une étroite collaboration entre les différentes structures douleur , voire le regroupement de certaines d'entre elles dans des structures interhospitalières.

Afin d'éviter certaines dérives, il nous semble opportun de lier les structures de niveau 2 à un établissement hospitalier (ou regroupement d'établissements).

Dotation en personnel du niveau 2 :

Afin de d'assurer le fonctionnement selon le modèle biopsychosocial ainsi qu'une prise en charge coordonnée avec les partenaires externes , une dotation supplémentaire de 3 ETP non-médicaux, à moduler en fonction de l'activité et des besoins locaux apparaît comme adéquate. A titre indicatif, la répartition des 3 ETP pourrait se faire selon la clé suivante :

0,5 ETP kinésithérapeute
0,5 ETP ergothérapeute
0,5 ETP assistante sociale
0,5 ETP secrétaire
0,5 ETP psychologue
0,5 ETP infirmière

Le niveau 2 disposerait donc de 1-1,125 ETP du niveau 1 +3 ETP , soit 4-4,25 ETP.

Au delà de 1000 consultations par an, la dotation serait re-négociable.

6. Remboursements de traitements prescrits par les centres douleur :

Les patients douloureux chroniques se voient régulièrement prescrire des traitements dont le bénéfice se confirme après une période test, mais qui ne sont hélas pas remboursés par la CNS. Il peut s'agir d'électrothérapie transcutanée (TENS), de préparations magistrales que les officines de ville ne peuvent/veulent pas mettre à disposition, de médicaments à délivrance hospitalière ... Alors que leur utilisation procure un soulagement significatif, le non-remboursement prive certains patients de ce bénéfice. Le CLA plaide pour la mise en place d'une procédure de prescription ou de délivrance réservée aux centres douleur agréés avec autorisation préalable par le contrôle médical de la sécurité sociale.

CLINICAL DECISIONS

INTERACTIVE AT NEJM.ORG

Medicinal Use of Marijuana

This interactive feature addresses the approach to a clinical issue. A case vignette is followed by specific options, neither of which can be considered either correct or incorrect. In short essays, experts in the field then argue for each of the options. In the online version of this feature, available at NEJM.org, readers can participate in forming community opinion by choosing one of the options and, if they like, providing their reasons.

CASE VIGNETTE

Marilyn is a 68-year-old woman with breast cancer metastatic to the lungs and the thoracic and lumbar spine. She is currently undergoing chemotherapy with doxorubicin. She reports having very low energy, minimal appetite, and substantial pain in her thoracic and lumbar spine. For relief of nausea, she has taken ondansetron and prochlorperazine, with minimal success. She has been taking 1000 mg of acetaminophen every 8 hours for the pain. Sometimes at night she takes 5 mg or 10 mg of oxycodone to help provide pain relief. During a visit with her primary care physician she asks about the possibility of using marijuana to help alleviate the nausea, pain, and fatigue. She lives in a state that allows marijuana for personal medicinal use, and she says her family could grow the plants. As her physician, what advice would you offer with regard to the use of marijuana to

alleviate her current symptoms? Do you believe that the overall medicinal benefits of marijuana outweigh the risks and potential harms?

Which one of the following approaches do you find appropriate for this patient? Base your choice on the published literature, your clinical experience, recent guidelines, and other sources of information.

1. Recommend the medicinal use of marijuana.
2. Do not recommend the medicinal use of marijuana.

To aid in your decision making, each of these approaches is defended in the following short essays by experts in the field. Make your choice and make recommendations for the patient at NEJM.org.



Choose an option and comment on both choices at NEJM.org.

OPTION 1

Recommend the Medicinal Use of Marijuana

J. Michael Bostwick, M.D.

Within established doctor-patient relationships, I endorse thoughtful prescription of medicinal marijuana for patients in situations similar to Marilyn's. A largely anecdotal but growing literature supports its efficacy, particularly for pain or nausea that is unresponsive to mainstream treatments.¹ In 1970, marijuana was designated a Schedule I drug under the Controlled Substances Act, a classification indicating a high potential for abuse and a lack of medical value.² But physicians face a catch-22: although 18 states have legalized medicinal marijuana, physicians in those states who write prescriptions violate the law of the land.

Federal policy has failed to keep pace with recent scientific advances. Laboratory research has elucidated the far-flung endocannabinoid system that modulates neurotransmitter networks throughout the body through cannabinoid-1 (CB₁) receptors that are preferentially distributed in the brain and cannabinoid-2 (CB₂) receptors that are prominent in gut and immune tissues. Among dozens of cannabinoids in raw marijuana, two show medicinal promise. The first, Δ^9 -tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC), is the CB₁ ligand that recreational users prize. The second, cannabidiol (CBD), acting on CB₂, lacks psychoactivity but works synergistically with Δ^9 -THC to minimize "highs" and maximize analgesia.^{2,3}

Arguments for and against medicinal marijuana are manifold. Under federal law, the drug is illegal. However, given widespread state defiance, the cannabis horse long ago burst from

the federal jurisdictional barn. In Colorado, a handful of physicians write half the state's prescriptions for medicinal marijuana, for questionable indications.⁴ Just because a few rogue doctors flout lax legislation to abet pot-mill commerce, that doesn't justify depriving all physicians of the right to prescribe medicinal marijuana. No trials under the auspices of the Food and Drug Administration (FDA) have compared medicinal marijuana with traditional analgesics.⁵ Because of marijuana's Schedule I status, industry is thwarted in its attempts to develop compounds with endocannabinoid agonist or antagonist qualities that might have analgesic, appetite-modulatory, immunosuppressant, anti-emetic, neuroleptic, or antineoplastic effects, among other possibilities.² Some people may contend that dose determination by patients deviates from modern medical practice,^{3,6} but adjustment of medications by patients is ubiquitous in hospitals through patient-controlled analgesia pumps. Some people argue that as a drug of abuse, marijuana has no business being used for clinical purposes. Yet, several Schedule I drugs have close cousins with legitimate medical applications. Heroin and morphine derivatives have an illicit-licit kinship, as do "ecstasy" (3,4-methylenedioxymethamphetamine) and stimulant drugs central to the treatment of attention deficit-hyperactivity disorder, as well as phencyclidine and ketamine, an anesthetic agent.²

Meanwhile, Marilyn seeks relief from the consequences of metastatic breast cancer. Neither acetaminophen nor oxycodone has proven to be effective against the serious pain of spinal and visceral metastases. Neither ondansetron nor prochlorperazine has relieved the nausea, which may have been induced by doxorubicin. More aggressive narcotics could be prescribed (risking the worsening of gastrointestinal symptoms), but Marilyn asks her doctor whether medicinal marijuana might offer the singular advantage of reducing pain and nausea simultaneously.

Inhaled pharmaceuticals are commonplace, but in the United States no vaporized inhalant is currently available as an alternative to medicinal marijuana, pending FDA approval of nabiximols, currently in phase 3 trials (ClinicalTrials.gov number, 01337089).⁶ With slow onset and unreliable bioavailability, oral cannabinoids are ill suited to relieving Marilyn's acute distress.² If she had no recreational experience with mari-

juana, Marilyn could find medicinal marijuana's psychoactive effects unacceptable, although noxious psychoactivity also limits opiate use. Should Marilyn experience benefit, however, she would channel 5000 years of medical history, including the century when cannabis derivatives routinely resided in American doctors' black bags.¹

In sum, I believe that physicians who prescribe medicinal marijuana should do so only when conservative options have failed for fully informed patients treated in ongoing therapeutic relationships. As federal gridlock prevents much-needed research, patients such as Marilyn deserve the potential relief that medicinal marijuana affords.

Disclosure forms provided by the author are available with the full text of this article at NEJM.org.

From the Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN.

OPTION 2

Recommend against the Medicinal Use of Marijuana

Gary M. Reisfield, M.D., and Robert L. DuPont, M.D.

Marilyn's query should be recognized both for the words — a straightforward question about medicinal marijuana use — and for the music — a plea for symptom relief. Both must be addressed. Although marijuana probably involves little risk in this context, it is also unlikely to provide much benefit. Simply to allow a patient with uncontrolled symptoms of metastatic breast cancer to leave the office with a recommendation to smoke marijuana is to succumb to therapeutic nihilism.⁶

There is burgeoning interest in the therapeutic potential of targeting the endocannabinoid system. Although most of the research into this system involves the use of specific cannabinoids, a small body of high-quality research shows evidence of clinically significant analgesia from smoked marijuana, primarily for neuropathic pain. There is little evidence to support the use of smoked marijuana for Marilyn's nociceptive pain, and less still for her other symptoms.

Smoked marijuana is a nonmedical, nonspecific, and potentially hazardous method of drug delivery. The cannabis plant contains hundreds of pharmacologically active compounds, most of

which have not been well characterized. Each dispensed quantity of marijuana is of uncertain provenance and of variable and uncertain potency and may contain unknown contaminants.

There are other questions to consider in Marilyn's case. Could marijuana's cognitive side effects, particularly its effects on memory, promote or exacerbate chemotherapy-induced cognitive dysfunction? If Marilyn's pulmonary disease includes lymphangitic spread, could smoking cause hypoxemia? What effects will marijuana's potential immunologic hazards (e.g., chemical constituents, pyrolyzed gases, viable fungal spores, or pesticide residues) have on her health during periods of immunocompromise?⁷ How will marijuana, alone or in combination with other medications associated with potential cognitive and psychomotor impairment, affect her ability to safely operate a motor vehicle?⁸ What are the possible effects of marijuana on tumor progression? The putative cannabinoid receptor GPR55 (G-protein-coupled receptor 55) is expressed in human breast cancers, with higher levels of expression correlated with more aggressive phenotypes.⁹ The marijuana constituent Δ^9 -THC has been shown in some studies to act as a GPR55 agonist, raising the possibility that it can promote cancer-cell proliferation.¹⁰

Two prescription cannabinoids are available, dronabinol (Marinol) (a synthetic Δ^9 -THC) and nabilone (Cesamet) (a Δ^9 -THC congener), which are FDA-approved for the treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting. These medications have shown efficacy in the management of pain and distress. In contrast to smoked marijuana, they feature oral administration, chemical purity, precise dosages, and a slower onset but sustained duration of action. They may be less likely than smoked marijuana to induce anxiety, panic, and negative mood states,¹¹ but they have otherwise similar side-effect profiles.

Cannabinoids, however, should be used only as lower-tier therapies for chemotherapy-induced nausea and vomiting, since other medications, such as 5-hydroxytryptamine₃-receptor antagonists, dexamethasone, and aprepitant, have superior efficacy and fewer side effects.¹²

Assure Marilyn — and follow through on the assurance — that throughout her illness she will be accompanied, cared for, and helped to live as well and as long as possible. Reassure her that meticulous attention will be paid to symptom relief. Discuss the patient-specific potential risks and benefits of smoked marijuana and of the administration of pharmaceutical cannabinoids. There is little scientific basis for recommending that she smoke marijuana for symptom control. As Bernard Lown remarked, "Caring without science is well-intentioned kindness, but not medicine."¹³

Disclosure forms provided by the authors are available with the full text of this article at NEJM.org.

From the University of Florida College of Medicine, Gainesville (G.M.R.); the Institute for Behavior and Health, Rockville, MD (R.L.D.); and Georgetown University School of Medicine, Washington, DC (R.L.D.).

1. Grant I, Atkinson JH, Gouaux B, Wilsey B. Medical marijuana: clearing away the smoke. *Open Neurol J* 2012;6:18-25.
2. Bostwick JM. Blurred boundaries: the therapeutics and politics of medical marijuana. *Mayo Clin Proc* 2012;87:172-86.
3. Mechoulam R. Cannabis — a valuable drug that deserves better treatment. *Mayo Clin Proc* 2012;87:107-9.
4. Nussbaum AM, Boyer JA, Kondrad EC. "But my doctor recommended pot": medical marijuana and the physician-patient relationship. *J Gen Intern Med* 2011;26:1364-7.
5. Bowles DW, O'Bryant CL, Camidge DR, Jimeno A. The intersection between cannabis and cancer in the United States. *Crit Rev Oncol Hematol* 2012;83:1-10.
6. Kleber JD, DuPont RL. Physicians and medical marijuana. *Am J Psychiatry* 2012;169:564-8.
7. McPartland JM, Pruitt PL. Medical marijuana and its use by the immunocompromised. *Altern Ther Health Med* 1997;3:39-45.
8. Battistella G, Fornari E, Thomas A, et al. Weed or wheel? FMRJ, behavioural, and toxicological investigations of how cannabis smoking affects skills necessary for driving. *PLoS One* 2013;8(1):e52545.
9. Henstridge CM. Off-target cannabinoid effects mediated by GPR55. *Pharmacology* 2012;89:179-87.
10. Sharir H, Abood ME. Pharmacological characterization of GPR55, a putative cannabinoid receptor. *Pharmacol Ther* 2010;126:301-13.
11. Moreira FA, Grieb M, Lutz B. Central side-effects of therapies based on CB1 cannabinoid receptor agonists and antagonists: focus on anxiety and depression. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2009;23:133-44.
12. Irvin W Jr, Muss HB, Mayer DK. Symptom management in metastatic breast cancer. *Oncologist* 2011;16:1203-14.
13. Lown B. *The lost art of healing: practicing compassion in medicine*. Boston: Houghton Mifflin, 1996.

DOI: 10.1056/NEJMcld1300970

Copyright © 2013 Massachusetts Medical Society.

6489

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 153

23 août 2013

S o m m a i r e

CONVENTION DE SÉCURITÉ SOCIALE: LUXEMBOURG – BRÉSIL

Loi du 30 juillet 2013 portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012 page [2982](#)

Loi du 30 juillet 2013 portant approbation de la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012.

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 juin 2013 et celle du Conseil d'Etat du 2 juillet 2013 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote;

Avons ordonné et ordonnons:

Article unique. Est approuvée la Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil, signée à Luxembourg, le 22 juin 2012.

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 des Affaires étrangères,
Jean Asselborn

Cabasson, le 30 juillet 2013.
Henri

Le Ministre de la Sécurité sociale,
Mars Di Bartolomeo

Doc. parl. 6489; sess. ord. 2012-2013.

—
CONVENTION DE SECURITE SOCIALE
entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République fédérative du Brésil

Le Grand-Duché de Luxembourg

et

la République Fédérative du Brésil

animés du désir de régler les relations réciproques entre les deux Etats dans le domaine de la sécurité sociale,
ONT DECIDE de conclure une convention de sécurité sociale et sont convenus des dispositions suivantes:

TITRE I

Dispositions générales

Article 1^{er}

Définitions

1. Pour l'application de la présente convention les termes ci-après ont la signification suivante:
 - a) *«législation»*:
les lois et règlements visés au paragraphe 1^{er} de l'article 2 de la présente convention;
 - b) *«autorité compétente»*:
en ce qui concerne le Brésil: le Ministre d'Etat de la Prévoyance Sociale; et
en ce qui concerne le Luxembourg: le Ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale;
 - c) *«institution compétente»*:
institution ou organisme chargé d'appliquer, en totalité ou en partie, les législations visées au paragraphe 1^{er} de l'article 2 de la présente convention;
 - d) *«organisme de liaison»*:
organisme de coordination et d'information entre les institutions compétentes des Parties contractantes qui intervient dans l'application de la présente convention et dans l'information aux intéressés sur les droits et obligations qui découlent de l'application de cette convention;
 - e) *«prestation»*:
toute pension, revenu ou toute autre prestation en espèces, y compris toute allocation supplémentaire, majoration de revalorisation ou d'indexation découlant de l'application des législations visées au paragraphe 1^{er} de l'article 2 de la présente convention;
 - f) *«période d'assurance»*:
période de cotisation ou période reconnue en tant que telle par la législation sous laquelle elle a été accomplie, ainsi que toute autre période reconnue par cette législation comme équivalente à une période d'assurance;
 - g) *«ayant droit»*:
toute personne définie ou admise en tant que telle par la législation des Parties au titre des prestations attribuées.

2. Les autres termes utilisés dans la présente convention ont la signification qui leur est attribuée en vertu de la législation applicable.

Article 2

Champ d'application matériel

1. La présente convention s'applique:
 - I. Pour le Brésil à la législation du régime général de sécurité sociale et des régimes propres de prévoyance sociale des travailleurs du secteur public en ce qui concerne les prestations suivantes:
 - a) pension vieillesse;
 - b) pension d'invalidité; et
 - c) pension décès.
 - II. Pour le Luxembourg aux législations concernant
 - a) l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie; et
 - b) par rapport au Titre II de la présente convention seulement, l'assurance maladie, l'assurance accident du travail et maladie professionnelle et les prestations de chômage.
2. La présente convention s'applique également à toutes les lois et à tous les règlements qui modifient, complètent ou remplacent les législations énumérées au paragraphe 1^{er} du présent article.
3. La présente convention s'appliquera à toute loi ou à tout règlement futurs qui étend les législations visées au paragraphe 1^{er} à de nouvelles catégories de bénéficiaires, si dans un délai de six mois à partir de la publication officielle desdits actes, la Partie contractante qui a modifié sa législation ne fait savoir à l'autre Partie contractante que la convention ne leur est pas applicable.
4. La présente convention ne s'applique ni aux prestations de l'assistance sociale, ni aux prestations en faveur des victimes de guerre, ni aux assurances complémentaires privées.

Article 3

Champ d'application personnel

Les dispositions de la présente convention sont applicables aux personnes qui sont ou ont été soumises à la législation de l'une ou des deux Parties contractantes, ainsi qu'à leurs ayants droit légaux.

Article 4

Egalité de traitement

Les personnes visées à l'article 3 sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de chacune des Parties contractantes dans les mêmes conditions que les ressortissants de cette Partie.

Article 5

Levée de la clause de résidence

1. Les pensions de vieillesse, d'invalidité ou de survie acquises au titre de la législation d'une Partie contractante ne peuvent subir aucune réduction ou modification, ni suspension ou suppression du fait que le bénéficiaire réside ou séjourne sur le territoire de l'autre Partie contractante.
2. Les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie dues en vertu de la législation de l'une des Parties contractantes sont payées aux ressortissants de l'autre Partie contractante qui résident sur le territoire d'un Etat tiers, aux mêmes conditions que les ressortissants de la première Partie contractante.

Article 6

Clauses de réduction ou de suspension

1. Les clauses de réduction ou de suspension prévues par la législation d'une Partie contractante, en cas de cumul d'une prestation avec d'autres prestations de sécurité sociale ou avec un autre revenu du fait de l'exercice d'une activité professionnelle, sont opposables aux bénéficiaires, même s'il s'agit de prestations acquises sous la législation de l'autre Partie contractante ou d'un revenu obtenu d'une activité professionnelle exercée sur le territoire de l'autre Partie contractante.
2. Toutefois, aux fins de l'application du paragraphe 1^{er} du présent article, ne doivent pas être prises en compte les prestations de même nature qui sont liquidées par les institutions compétentes des deux Parties contractantes, conformément aux dispositions du chapitre deux du titre III de la présente convention.

Article 7

Admission à l'assurance facultative continuée

1. Si la législation d'une Partie contractante subordonne l'admission à l'assurance facultative continuée à la résidence sur le territoire de cette Partie, les personnes qui résident sur le territoire de l'autre Partie contractante peuvent être

admisses à l'assurance facultative continuée à condition qu'elles aient été soumises, à un moment quelconque de leur activité antérieure, à la législation de la première Partie contractante en qualité de travailleur.

2. Si la législation d'une Partie contractante subordonne l'admission à l'assurance facultative continuée à l'accomplissement de périodes d'assurance, les périodes d'assurance accomplies sous la législation de l'autre Partie contractante sont prises en compte, dans la mesure nécessaire, comme s'il s'agissait de périodes d'assurance accomplies sous la législation de la première Partie contractante.

TITRE II

Dispositions déterminant la législation applicable

Article 8

Règle générale

La législation applicable est déterminée conformément aux dispositions suivantes:

- a) les travailleurs salariés occupés sur le territoire d'une Partie contractante sont, en ce qui concerne cette activité salariale, soumis exclusivement à la législation de cette Partie contractante;
- b) les travailleurs non salariés qui exercent leur activité professionnelle sur le territoire d'une Partie contractante sont soumis à la législation de cette Partie, même s'ils résident sur le territoire de l'autre Partie contractante;
- c) les gens de mer qui exercent leur activité professionnelle à bord d'un navire battant pavillon d'une Partie contractante sont soumis à la législation de cette Partie;
- d) les fonctionnaires et le personnel assimilé sont soumis à la législation de la Partie contractante dont relève l'administration qui les occupe.

Article 9

Règles particulières

Les principes posés aux points a) et b) de l'article 8 de la présente convention comportent les exceptions suivantes:

- a) Les travailleurs salariés qui exercent une activité sur le territoire d'une Partie contractante et qui sont détachés par l'employeur, dont ils relèvent normalement, sur le territoire de l'autre Partie contractante afin d'y effectuer un travail pour le compte de leur employeur, demeurent soumis à la législation de la première Partie, à condition que la durée prévisible de ce travail n'excède pas vingt-quatre mois.
- b) Les personnes qui exercent normalement une activité non salariée sur le territoire d'une Partie contractante et qui effectuent un travail sur le territoire de l'autre Partie contractante, demeurent soumises à la législation de la première Partie contractante, à condition que la durée prévisible de ce travail n'excède pas vingt-quatre mois.
- c) Si la durée visée aux points a) et b) se prolonge au-delà de vingt-quatre mois, la législation de la première Partie continue d'être applicable pour une nouvelle période de douze mois au plus, à condition que l'autorité compétente de la deuxième Partie, ou l'organisme désigné par cette autorité, ait donné son accord avant la fin de la première période de vingt-quatre mois.
- d) Les travailleurs salariés au service d'une entreprise de transports aériens ayant son siège sur le territoire de l'une des Parties contractantes, et occupés en qualité de personnel navigant, sont soumis à la législation de la Partie sur le territoire de laquelle l'entreprise a son siège. Toutefois, dans le cas où l'entreprise possède sur le territoire de l'autre Partie une succursale ou une représentation permanente, les travailleurs occupés par celle-ci sont soumis à la législation de la Partie sur le territoire de laquelle la succursale ou la représentation permanente se trouve.
- e) Les ressortissants d'une Partie contractante employés par le Gouvernement de cette Partie contractante sur le territoire de l'autre Partie contractante, mais qui ne sont pas exemptés de la législation de l'autre Partie contractante en vertu des conventions mentionnées au point a) de l'article 10, seront soumis exclusivement à la législation de la première Partie contractante.

Article 10

Missions diplomatiques et postes consulaires

Les membres des missions diplomatiques et postes consulaires sont soumis à l'application des dispositions suivantes:

- a) La présente convention n'affecte pas les dispositions de la Convention de Vienne sur les relations diplomatiques du 18 avril 1961 ou de la Convention de Vienne sur les relations consulaires du 24 avril 1963.
- b) Les dispositions du point a) de l'article 8 sont applicables aux employés domestiques au service des membres des missions diplomatiques ou postes consulaires. Toutefois, ces employés peuvent opter pour l'application de la législation du pays d'envoi lorsqu'ils en sont ressortissants. Cette option doit être exercée dans un délai de six mois qui commence à courir à partir de l'entrée en service.

Article 11

Dérogations

A la demande fondée du travailleur ou de l'employeur, les autorités compétentes des Parties contractantes peuvent, d'un commun accord, autoriser des exceptions spéciales.

TITRE III

Dispositions relatives aux prestations**Chapitre premier – Prestations de soins de santé***Article 12****Prestations de soins de santé pour les bénéficiaires de pension***

1. Les bénéficiaires d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou de survie basée seulement sur la législation luxembourgeoise qui résident au Brésil ont droit aux prestations de soins de santé conformément à la législation brésilienne comme s'ils étaient titulaires d'une pension correspondante au titre de la législation du Brésil.
2. Les bénéficiaires d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou de survie basée seulement sur la législation brésilienne qui résident au Luxembourg ont le droit de contracter une assurance maladie volontaire continuée, conformément aux dispositions de la législation luxembourgeoise.

Chapitre deux – Pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie*Section I – Dispositions communes**Article 13****Assimilation des faits et événements***

Si, en vertu de la législation d'une Partie contractante, des effets juridiques sont attribués à la survenance de certains faits ou événements, cette Partie tient compte des faits ou événements semblables survenus dans l'autre Partie contractante comme si ceux-ci étaient survenus sur son propre territoire.

*Article 14****Totalisation des périodes d'assurance***

Si la législation d'une Partie contractante subordonne l'acquisition, le maintien ou le recouvrement du droit aux prestations à l'accomplissement de périodes d'assurance, l'institution compétente tient compte, dans la mesure nécessaire, des périodes d'assurance accomplies sous la législation de l'autre Partie contractante, pour autant que ces périodes ne se superposent pas.

*Article 15****Totalisation de périodes d'assurance accomplies dans un Etat tiers***

Si une personne n'a pas droit à une prestation sur la base des périodes d'assurance accomplies sous les législations des deux Parties contractantes, totalisées comme prévu à l'article 14 de la présente convention, le droit à ladite prestation est déterminé en totalisant ces périodes avec les périodes accomplies sous la législation d'un Etat tiers avec lequel les deux Parties contractantes sont liées par un accord bi- ou multilatéral de sécurité sociale qui prévoit des règles sur la totalisation de périodes d'assurance.

*Article 16****Calcul des pensions***

1. Si une personne peut prétendre à une pension en vertu de la législation de l'une des Parties contractantes sans qu'il soit nécessaire de faire application des articles 14 et 15 de la présente convention, l'institution calcule, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, la pension correspondant à la durée totale des périodes d'assurance à prendre en compte en vertu de cette législation.

Cette institution procède aussi au calcul de la pension qui serait due en application des dispositions du paragraphe 2 du présent article. Le montant le plus élevé est seul retenu.

2. Si une personne peut prétendre à une pension, dont le droit n'est ouvert que compte tenu de la totalisation des périodes prévues aux articles 14 et 15 de la présente convention, les règles suivantes sont applicables:

- a) l'institution calcule le montant théorique de la pension à laquelle le requérant pourrait prétendre si toutes les périodes d'assurance accomplies en vertu des législations des deux Parties avaient été accomplies exclusivement sous sa propre législation;
- b) pour la détermination du montant théorique visé au point a) qui précède, les bases de calcul ne sont établies que compte tenu des périodes d'assurance accomplies sous la législation que l'institution compétente applique;
- c) sur la base de ce montant théorique l'institution fixe ensuite le montant effectif de la pension au prorata de la durée des périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique par rapport à la durée totale des périodes d'assurance accomplies sous les législations des deux Parties contractantes. Cette durée totale est plafonnée à la durée maximale éventuellement requise par la législation qu'elle applique pour le bénéfice d'une prestation complète.

3. Si une personne ne peut prétendre à une pension que compte tenu des dispositions de l'article 15 de la présente convention, les périodes d'assurance accomplies sous la législation d'un Etat tiers sont prises en considération pour l'application du paragraphe qui précède.

Article 17

Période minimale pour la totalisation

Si la durée totale des périodes d'assurance accomplies conformément à la législation de l'une des Parties contractantes est inférieure à un an, et si, en tenant compte de ces périodes, il n'y a pas ouverture d'un droit à une prestation au titre de la seule législation de cette Partie, l'institution compétente de cette Partie n'est pas tenue de payer une prestation relative à ces périodes en vertu de la présente convention. Toutefois, ces périodes d'assurance seront prises en compte par l'institution compétente de l'autre Partie contractante pour déterminer la prestation due au titre de la législation de cette Partie.

Section II – Disposition particulière relative aux prestations luxembourgeoises

Article 18

Période d'assurance suivant la naissance d'un enfant

Si la condition de durée d'assurance préalable à laquelle est subordonnée la mise en compte de la période d'assurance suivant la naissance d'un enfant (années bébés) n'est pas remplie au titre de la seule législation luxembourgeoise, il est tenu compte des périodes d'assurance accomplies par l'intéressé en vertu de la législation brésilienne. L'application de la disposition qui précède est subordonnée à la condition que l'intéressé ait accomplie en dernier lieu des périodes d'assurance au titre de la législation luxembourgeoise.

Section III – Disposition particulière relative aux prestations brésiliennes

Article 19

Prestation minimale

La valeur du montant théorique mentionné au point a) du paragraphe 2 de l'article 16 ne pourra en aucun cas être inférieure à la prestation minimale garantie par la législation brésilienne.

TITRE IV

Dispositions diverses

Article 20

Mesures d'application

1. Les autorités compétentes se communiquent toutes informations concernant les mesures prises pour l'application de la présente convention et toutes celles concernant les modifications de leur législation susceptibles d'affecter son application.
2. Les autorités compétentes fixent les modalités d'application de la présente convention dans un arrangement administratif.
3. Les autorités compétentes désignent des organismes de liaison en vue de faciliter l'application de la présente convention.

Article 21

Entraide administrative

1. Pour l'application de la présente convention les autorités et les institutions compétentes se prêtent leurs bons offices comme s'il s'agissait de l'application de leur propre législation. L'entraide administrative de ces autorités et institutions compétentes est gratuite.
2. Pour l'application de la présente convention les autorités et les institutions compétentes des Parties contractantes sont habilitées à correspondre directement entre elles, de même qu'avec toute personne intéressée, quel que soit son lieu de résidence.
3. Les examens médicaux des personnes qui ont leur résidence ou leur séjour sur le territoire de l'autre Partie contractante, sont pratiqués par l'institution du lieu de résidence ou de séjour à la demande et à la charge de l'institution compétente. Les frais des examens médicaux ne sont pas remboursés si les examens sont effectués dans l'intérêt des institutions des deux Parties contractantes.
4. Les modalités du contrôle médical des bénéficiaires de la présente convention sont fixées dans l'arrangement administratif prévu au paragraphe 2 de l'article 20 de la présente convention.

Article 22

Régime des langues

1. Les communications adressées, pour l'application de la présente convention, aux autorités ou institutions compétentes des Parties contractantes, sont rédigées en français ou en portugais.
2. Une demande ou un document ne peut pas être rejeté parce qu'il est rédigé dans la langue officielle de l'autre Partie contractante.

Article 23

Taxes et émission de visa et légalisation

1. Toute exemption ou réduction de taxes prévues par la législation de l'une des Parties contractantes liées à l'émission d'une attestation ou d'un document requis pour l'application de cette législation, sont également appliquées aux attestations ou documents requis pour l'application de la législation de l'autre Partie contractante.
2. Tous les documents requis pour l'application de la présente convention sont exemptés de visa de légalisation dispensé par les instances compétentes.

Article 24

Délais

1. Les demandes, déclarations ou recours qui doivent être présentés, aux fins de l'application de la législation de l'une des Parties contractantes, dans un délai déterminé auprès d'une instance de recours, d'une autorité ou d'une institution compétente de cette Partie, sont recevables s'ils sont présentés dans le même délai auprès d'une instance de recours, d'une autorité ou d'une institution compétente correspondante de l'autre Partie contractante.
2. L'instance de recours, l'autorité ou l'institution compétente auprès de laquelle les demandes, les déclarations ou les recours écrits sont introduits, les transmettra sans délai à l'institution compétente de l'autre Partie contractante, en indiquant la date de réception du document.
3. La date à laquelle ces demandes, déclarations ou recours ont été introduits auprès d'une instance de l'autre Partie contractante, est considérée comme la date d'introduction auprès de l'instance compétente.

Article 25

Paiement des prestations

1. Les prestations dues conformément à la présente convention seront payées par les organismes débiteurs avec effet libératoire dans la monnaie de leur pays.
2. Les modalités pratiques pour le paiement des prestations seront fixées dans l'arrangement administratif visé au paragraphe 2 de l'article 20 de la présente convention.

Article 26

Règlement de différends

Tout différend ayant trait à l'interprétation ou à l'application de la présente convention devra être résolu en commun accord par les autorités compétentes.

TITRE V

Dispositions transitoires et finales

Article 27

Éventualités antérieures à l'entrée en vigueur de la convention

1. La présente convention s'applique également aux éventualités qui se sont réalisées antérieurement à son entrée en vigueur.
2. Toute période d'assurance accomplie sous la législation d'une Partie contractante avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention est prise en considération pour la détermination du droit aux prestations s'ouvrant conformément aux dispositions de la présente convention.
3. La présente convention n'ouvre aucun droit au paiement de prestations pour une période antérieure à la date de son entrée en vigueur.

Article 28

Révision des prestations

1. Toute prestation qui n'a pas été liquidée ou qui a été suspendue à cause de la nationalité de l'intéressé ou en raison de sa résidence sur le territoire de la Partie contractante autre que celle où se trouve l'institution débitrice ou pour tout autre obstacle qui a été levé par la présente convention, sera, à la demande de l'intéressé, liquidée ou rétablie à partir de l'entrée en vigueur de la présente convention, sauf si les droits antérieurement liquidés ont donné lieu à un règlement en capital ou au remboursement des cotisations versées.

2. Les droits des intéressés ayant obtenus, antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente convention, la liquidation d'une pension, seront révisés à leur demande ou révisés d'office, compte tenu des dispositions de la présente convention. En aucun cas, une telle révision ne peut avoir pour effet de réduire les droits antérieurs des intéressés.

Article 29

Délais de prescription

1. Si la demande visée à l'article 28 de la présente convention est présentée dans un délai de deux ans à partir de la date de l'entrée en vigueur de la présente convention, les droits ouverts conformément aux dispositions de la présente convention sont acquis à partir de cette date sans que les dispositions prévues par les législations des Parties contractantes relatives à la prescription des droits soient opposables aux intéressés.

2. Si la demande visée à l'article 28 de la présente convention est présentée après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'entrée en vigueur de la présente convention, les droits qui ne sont pas prescrits, sont acquis à partir de la date de la demande, sous réserve des dispositions plus favorables de la législation d'une Partie contractante.

Article 30

Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée indéterminée. Elle peut être dénoncée par chacune des Parties contractantes à n'importe quel moment par voie diplomatique. La dénonciation prendra effet dans un délai de six mois.

Article 31

Garantie des droits acquis ou en cours d'acquisition

1. En cas de dénonciation de la présente convention tout droit acquis en application de ses dispositions sera maintenu.
2. Les droits en cours d'acquisition relatifs aux périodes d'assurance accomplies antérieurement à la date à laquelle la dénonciation prend effet ne s'éteignent pas du fait de la dénonciation; leur maintien est déterminé d'un commun accord pour la période postérieure ou, à défaut d'un tel accord, par la législation nationale.

Article 32

Dispositions abrogatoires

1. Dès l'entrée en vigueur de la présente convention, la convention sur la sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et les Etats-Unis du Brésil du 16 septembre 1965 perd ses effets dans les relations entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil.

2. Les droits liquidés sous l'empire de la convention du 16 septembre 1965 mentionnée au paragraphe 1^{er} du présent article demeurent acquis dans les limites qui leur sont applicables.

3. Les demandes formulées avant l'entrée en vigueur de la présente convention, mais n'ayant pas donné lieu à cette date à une décision, sont examinées au regard des règles fixées par la présente convention, sauf si les dispositions de l'ancienne convention sont plus favorables pour l'intéressé.

Article 33

Entrée en vigueur

Les deux Parties contractantes se notifient l'accomplissement de leurs procédures constitutionnelles et légales respectives requises pour l'entrée en vigueur de la présente convention. La convention entre en vigueur le premier jour du troisième mois qui suit la date de la dernière notification.

EN FOI DE QUOI, les Parties contractantes, dûment représentées par leurs autorités, ont signé la présente convention.

FAIT à Luxembourg, le 22 juin 2012, en double exemplaire, en langues française et portugaise, les deux textes faisant également foi.

*Pour le Gouvernement
du Grand-Duché de Luxembourg,
(Signature)*

*Pour le Gouvernement
de la République Fédérative du Brésil,
(Signature)*