



## CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2010-2011

---

MB/TB//AF

### Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

#### Procès-verbal de la réunion du 14 octobre 2010

##### ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 30 septembre 2010
2. 6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
  1. le Code de la sécurité sociale et
  2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers- Rapportrice: Mme Lydia Mutsch  
- Continuation de la présentation du projet de loi (mesures structurelles)
3. COM (2010) 375 :  
Proposition de RÈGLEMENT DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL modifiant la directive 2001/18/CE en ce qui concerne la possibilité pour les États membres de restreindre ou d'interdire la culture d'OGM sur leur territoire  
- Explications par M. le Ministre de la Santé et échange de vues

\*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Eugène Berger, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Lydie Err, M. André Hoffmann, M. Lucien Lux, Mme Martine Mergen, M. Paul-Henri Meyers, M. Jean-Paul Schaaf, M. Marc Spautz, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale  
M. Paul Schmit, M. Raymond Wagener, Mme Toinie Wolter, Inspection générale de la Sécurité sociale

M. Martin Bisenius et Mme Tania Braas, Administration parlementaire

Excusée : Mme Lydia Mutsch, présidente

\*

Présidence : Mme Martine Mergen, vice-présidente de la commission

\*

1. **Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 30 septembre 2010**

Le projet de procès-verbal de la réunion du 30 septembre 2010 est approuvé.

2. **6196 Projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**  
**1. le Code de la sécurité sociale et**  
**2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers**

Suite à la demande d'entrevue de l'Association des médecins et médecins-dentistes du 5 octobre 2010, la Commission unanime décide d'entendre les principales organisations représentatives siégeant au sein de la quadripartite, à savoir, l'Association des médecins et médecins-dentistes, l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois, le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois, la Fédération luxembourgeoise des laboratoires d'analyses médicales, l'OGB-L, le LCGB, la CGFP et l'UEL, en leurs observations et propositions relatives au présent projet de loi, dans la journée du 28 octobre 2010.

Le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale M. Mars di Bartolomeo rappelle que pour donner suite à la demande de la Commission d'obtenir des informations complémentaires relatives au projet de loi, une note supplémentaire sur les principaux changements par rapport à la version du 8 juillet 2010, sur la situation financière actualisée et sur l'impact budgétaire ainsi qu'une note sur l'introduction de participations ou de franchises échelonnées suivant le revenu des assurés ont été transmises aux membres de la Commission.

Il précise que la présente réforme ne vise pas seulement à mettre en équilibre à court terme les recettes et les dépenses de la CNS, mais à instituer des mécanismes garantissant durablement le bon fonctionnement de l'assurance maladie.

La présentation des principales mesures structurelles peut être divisée en quatre volets :

- 1) La révision du statut du médecin ;
- 2) La révision de la composition de la Commission de surveillance ;
- 3) Les modifications concernant le secteur hospitalier ;
- 4) Les modifications concernant les pharmaciens.

**Ad 1)**

**a) Revalorisation de la fonction de médecin généraliste**

M. le Ministre souligne que le rôle du médecin généraliste sera revalorisé, tant en ce qui concerne ses compétences spécifiques que sa fonction de guide et de référent dans le système des soins et à travers le parcours de traitement du patient. L'objectif ne consiste pas à instaurer un « gatekeeper » à l'instar du système anglais, mais une finalité prioritaire de la réforme est de promouvoir l'approche médicale globale du patient. M. le Ministre souligne que la revalorisation des soins médicaux de base fait l'objet d'un consensus général. Le dossier médical de base sera confié au médecin généraliste qui est le mieux outillé pour promouvoir l'approche globale de par ses connaissances de l'entourage social et familial du patient. Le projet ne prévoit pas d'approche contraignante obligeant le patient de

passer d'abord par le médecin généraliste. En revanche, l'incitation pour le patient de passer prioritairement par le médecin généraliste avant de consulter un médecin spécialiste fera l'objet de dispositions à portée facultative éventuellement à inscrire dans les statuts de la CNS. Les nouvelles missions du médecin généraliste seront renforcées dans le cadre réglementaire et les modalités seront déterminées dans le cadre conventionnel. Il est donc faux d'affirmer que les patients n'auraient plus le libre choix, respectivement que le médecin serait pénalisé s'il ne respecte pas cette procédure. En revanche, il sera possible de prévoir des avantages pour le patient respectant le parcours passant par le médecin généraliste.

M. le Ministre informe la Commission que quant au fond, le Cercle des Médecins Généralistes est d'accord avec ces propositions et que lors de la dernière assemblée générale de ce dernier, une motion visant à entamer des négociations avec le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale sur la mise en place des modifications envisagées, a été adoptée. Toutefois, probablement pour des raisons de solidarité syndicale avec l'AMMD ces négociations n'ont pas été entamées jusqu'à présent.

### **b) Impact financier de la réforme sur les médecins**

Les lettres-clés des médecins seront gelées et partant ne seront pas adaptées au cours des deux prochains exercices. Certains tarifs aujourd'hui manifestement surfaits seront toutefois réajustés de façon ciblée afin de tenir compte d'incohérences tarifaires ou de sur-tarification des nomenclatures actuelles, notamment en ce qui concerne la location d'appareils. Aujourd'hui cette location se trouve parfois encore facturée, même lorsqu'il s'agit d'appareils dont le coût a été largement amorti.

A noter qu'en ce qui concerne les mesures visant plus particulièrement les médecins, la substitution de la voie conventionnelle par la voie règlementaire prévue par l'avant-projet de loi, a été retirée et en même temps la procédure de médiation est réformée en ce sens que s'il y a échec, il appartiendra au ministre de statuer afin de permettre le déblocage de certaines situations.

### **c) Introduction du statut du médecin hospitalier**

Actuellement, à l'exception des médecins salariés affectés au CHL, les médecins agréés auprès d'autres hôpitaux exercent en médecine libérale sur base de contrats de prestations de service, ceci sans que les relations entre la direction ou le conseil d'administration de l'établissement hospitalier avec le médecin hospitalier agréé ne soient inscrites dans un cadre conventionnel ou réglementaire. Ainsi en pratique la direction de l'établissement peut éprouver de fortes difficultés pour faire passer sa politique. Les relations entre le médecin hospitalier et l'établissement hospitalier sont insuffisamment encadrées.

Voilà pourquoi, le projet prévoit de préciser le statut du médecin hospitalier dans la loi, notamment en ce qui concerne son indépendance en matière médicale, mais aussi le respect des règles applicables (p. ex. projet d'établissement ou règlement d'ordre interne) dans les établissements hospitaliers.

Par ailleurs, le médecin hospitalier devra faire connaître à l'hôpital les données administratives et les modalités de la facturation de ses actes. Ceci est indispensable afin que l'hôpital puisse tenir une comptabilité analytique et appliquer le système du « full cost model », pour augmenter la transparence et la comparabilité des activités hospitalières. L'hôpital doit être en mesure de connaître le prix des actes médicaux.

#### **d) La réforme de la nomenclature**

M. le Ministre souligne que jusqu'à présent l'approche a consisté à procéder à une adaptation systématique des nomenclatures visant à augmenter les tarifs, mais qu'aucune adaptation ne se fait pour les traitements de routine dont les tarifs sont manifestement surfaits. Afin de contrecarrer ces incohérences tarifaires, la nomenclature sera réformée et prendra notamment davantage en compte la durée de la consultation (rémunération du facteur temps et de la complexité de l'acte).

Pour répondre aux reproches que cette réforme est difficilement réalisable avec la composition actuelle de la Commission de nomenclature, vu l'inadéquation des pouvoirs (rôle prépondérant de l'Etat) et la défaillance de compétences, il est proposé, d'une part, que le Conseil scientifique et la Cellule d'expertise médicale à créer, appuieront la Commission de nomenclature dans son travail et que, d'autre part, la composition de la Commission de nomenclature sera adaptée. Ainsi, sera établie une parité entre les représentants nommés par les ministres compétents et la Caisse nationale de santé et les experts issus des organismes représentatifs des prestataires (composition 5/5) avec voix prépondérante du président. Les associations professionnelles suivantes pourront procéder aux nominations de leurs représentants: l'Association des médecins et médecins-dentistes, l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois, le collège médical.

#### **Ad 2)**

Le projet de loi vise à intégrer le champ de compétence actuel de la Commission de surveillance des décisions individuelles relatives aux tarifs et au tiers payant (volet arbitrage) dans la procédure de décision administrative présidentielle susceptible d'un recours juridictionnel devant les juridictions de la sécurité sociale. Par conséquent, la Commission de surveillance pourra se concentrer dans le futur sur la poursuite des faits violant le Code de la sécurité sociale, notamment en matière de fraude et d'erreur.

M. le Ministre souligne que le rattachement de la compétence actuelle de la Commission de surveillance au président de la Caisse nationale de la santé ne fait pas de cette dernière juge et partie, étant donné qu'à ce stade de la procédure il n'existe pas encore de contentieux juridictionnel proprement dit, dans la mesure où le différend se situe toujours au plan administratif.

#### **Ad 3)**

##### **a) La mise en place de secteurs de compétences et de filières de soins**

Une coordination nationale entre les différents centres hospitaliers devra se faire, de sorte que toute multiplication de services devra être évitée dans le futur.

Le développement de secteurs de compétences réunissant à l'instar de l'INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle) une concentration de ressources devra se faire sous une forme similaire dans d'autres domaines tels que les accidents cérébro-vasculaires (AVC), la neurochirurgie ou la cancérologie. En outre, la conception de filières de soins intégrées et planifiées sera ancrée dans le projet de loi.

Ces centres de compétences et de filières de soins intégrées devront contribuer à une meilleure coordination du secteur hospitalier et à une meilleure prise en charge du patient.

Le Ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé fait appel aux prestataires à travers un cahier des charges, qui indique sommairement les conditions et

modalités du contrat d'objectifs et de moyens envisagés. Pour devenir un centre de compétences ou une filière de soins intégrée, il faut répondre aux exigences du contrat d'objectifs et de moyens conclu avec le Ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé.

M. le Ministre donne à considérer que l'invocation de la liberté thérapeutique devra toujours être en phase avec le droit du patient d'obtenir la meilleure prise en charge et illustre cette déclaration à l'aide d'un exemple pratique. En fait, certains hôpitaux ont créé une filière spécialisée dans le diagnostic, la prise en charge médicale, la prise en charge psychologique et la réhabilitation des patientes souffrant du cancer du sein. Ce travail est très bien fait par une équipe multidisciplinaire. Néanmoins, il ressort des statistiques qu'il existe des spécialistes qui font tous les quatre ans une opération du sein. Cette façon de procéder constitue aux yeux du Ministre une mauvaise philosophie de la liberté thérapeutique. A son avis, le droit de la patiente souffrant de cette pathologie d'obtenir la meilleure prise en charge devra être prépondérant et non pas le "droit" du médecin de procéder à des opérations qu'il risque de maîtriser insuffisamment.

L'accent doit davantage être mis sur le droit de la patiente d'obtenir un diagnostic éclairé et l'obligation du médecin d'explorer toutes les possibilités de traitement non invasif. Dans ce contexte, il importe d'éliminer les rivalités malsaines entre médecins au détriment du patient.

A la question de savoir si les différentes filières de soins seront définies par règlement grand-ducal, M. le Ministre répond que le présent projet instituera sur ce point une loi-cadre qui fixe les conditions à respecter pour devenir un centre de compétences et / ou une filière de soins. Ces conditions pourront être précisées par règlement grand-ducal. Cependant, la définition des branches dans lesquelles seront mis en place des centres de compétences et/ ou des filières de soins, se fera de concert avec le Ministre ayant dans ses attributions la Santé et la Caisse nationale de santé et les différents acteurs concernés.

M. le Ministre constate actuellement auprès des acteurs sur le terrain une plus large disponibilité de mettre fin au morcellement des compétences, souvent préjudiciable à l'intérêt du patient, et d'œuvrer dans le sens d'une concentration des compétences, fût-ce dans certains cas de façon virtuelle sans rattachement précis à un hôpital déterminé. En tout état de cause, il faudra veiller à ce qu'un centre de compétences soit accessible à tous les spécialistes concernés. A noter encore que les centres de compétences ou filières de soins une fois définis seront ensuite formellement inscrits dans le plan hospitalier.

M. le Ministre relève encore qu'un domaine dans lequel le besoin d'un centre de compétences se fait particulièrement sentir est celui de la transplantation d'organes. Tous les spécialistes devront avoir accès à un tel centre, aussi bien pour les activités de prélèvement que de transplantation d'organes.

Le Ministre souligne en outre, que les règlements grand-ducaux prioritaires seront disponibles pour fin octobre 2010 et pourront ainsi être discutés au sein de cette Commission.

Suite à la question d'un membre de la Commission de savoir si la CNS peut en cas d'une aggravation de l'état de santé d'une patiente refuser la prise en charge de cette dernière au motif qu'elle n'aurait pas suivi toutes les étapes d'une filière thérapeutique (par exemple refus d'une chimiothérapie), M. le Ministre répond fermement par la négative étant donné que le patient a toujours le droit de refuser une intervention. Il souligne toutefois que la possibilité de la domiciliation obligatoire d'un assuré auprès d'un seul médecin est prévue par le projet de loi, afin de contrecarrer, sous peine de refus de remboursement, des consultations excessives non justifiées parallèlement auprès de plusieurs médecins.

**b) La mise en commun de certaines activités hospitalières**

Le projet de loi vise à mettre en place un système de cogestion entre les différents établissements hospitaliers dans certains domaines tels que par exemple l'informatique, les pharmacies hospitalières, les achats.

**c) Les budgets du secteur hospitalier**

M. le Ministre souligne que depuis 2010, les établissements hospitaliers sont davantage responsabilisés en ce qui concerne l'évolution de leurs budgets. Pour les années 2010 et 2011, l'évolution des budgets se limitera à 3% à 4% de croissance.

En outre, les établissements hospitaliers doivent tenir une comptabilité analytique et appliquer le « full cost model ».

**d) La restructuration des laboratoires**

Les laboratoires hospitaliers seront soumis aux règles extrahospitalières en ce qui concerne l'activité ambulatoire.

**e) Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (E-Health)**

La gestion administrative et technique courante d'une plateforme hébergeant le dossier de soins partagé et d'autres applications nationales est confiée à une Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.

La mise en place de cette agence requiert des démarches communes dans le développement informatique des établissements hospitaliers.

**Ad 4)**

L'abattement des pharmaciens est porté de 2,5% à 3,5% par voie réglementaire. M. le Ministre informe la Commission que des négociations sont en cours avec l'industrie pharmaceutique belge afin d'obtenir des abattements identiques à ceux applicables en Belgique, à savoir 7%.

Le projet de loi prévoit en outre que le médecin devra prescrire des médicaments moins chers appartenant au même groupe de principe actif principal qui n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance. Toutefois, lorsque le médecin n'a pas prescrit un tel médicament, alors le pharmacien aura l'obligation d'informer le patient qu'il existe un médicament équivalent moins cher.

3. **COM (2010) 375 :**  
**Proposition de RÈGLEMENT DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL**  
**modifiant la directive 2001/18/CE en ce qui concerne la possibilité pour les**  
**États membres de restreindre ou d'Interdire la culture d'OGM sur leur**  
**territoire**

Ce point n'a pas été discuté, alors qu'il est devenu sans objet suite à l'adoption par la Chambre des Députés lors de la séance publique du 13 octobre 2010 d'une résolution approuvant l'avis politique du 11 octobre 2010, de la Commission de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement durable sur la réforme du cadre législatif européen de l'autorisation des OGM. (cf annexe)

Luxembourg, le 20 octobre 2010

Les secrétaires,  
Tania Braas  
Martin Bisenius

La Vice-Présidente,  
Martine Mergen

Annexe: Résolution

## RESOLUTION

### **La Chambre des Députés**

- considérant l'article 168 du Règlement de la Chambre des Députés ;
- rappelant que la Commission de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural a été saisie d'une proposition de « règlement du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive 2001/18/CE en ce qui concerne la possibilité pour les Etats membres de restreindre ou d'interdire la culture d'OGM sur leur territoire », proposition législative émanant de la Commission européenne et relevant du contrôle de subsidiarité ;
- constatant que la Commission de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural a adopté, lors de sa réunion du 11 octobre 2010, à l'unanimité un avis politique au sujet de l'initiative législative précitée ;

**décide de faire sien cet avis politique de la Commission de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural ayant la teneur suivante :**

« La Commission de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural rappelle que le Conseil des Ministres de l'Union Européenne a adopté en décembre 2008 des conclusions portant sur la nécessaire réforme du cadre législatif européen de l'autorisation des OGM.

En 2009, lors de plusieurs réunions du Conseil des Ministres de l'Union Européenne, l'Autriche et les Pays-Bas, soutenus par un nombre important d'Etats membres, dont le Luxembourg, ont demandé à la Commission Européenne de faire une proposition visant à modifier la réglementation sur l'autorisation de la mise en culture de plantes génétiquement modifiées, afin de donner plus de flexibilité aux Etats membres.

Lors de l'investiture de la Commission Européenne en octobre 2009, le Président Barroso a pris devant le Parlement Européen un engagement politique d'élaborer une proposition dans ce sens.

La proposition législative a été adoptée en juillet 2010 par la Commission Européenne. Elle se propose de donner aux Etats membres la possibilité d'interdire la culture des OGM sur leur territoire national, tout en excluant cependant le recours à des arguments relatifs à la protection de la santé des consommateurs et de l'environnement.

La Commission de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural rappelle que le programme gouvernemental pour la période 2009-2014 prévoit en matière de politique des OGM la poursuite d'une approche basée sur la primauté du principe de précaution, notamment au sujet de l'impact environnemental des OGM.

La commission parlementaire renvoie également aux spécificités du secteur agricole au Luxembourg et plus particulièrement à la structure très morcelée de ses terres agricoles et à la taille modeste de ses exploitations.

Dans une motion adoptée par la Chambre des Députés en mars 2010, celle-ci appelle notamment à une réforme de la procédure d'autorisation et d'évaluation des OGM, pour qu'elle prenne aussi en compte les effets sanitaires et environnementaux à moyen et à long terme, de même que des facteurs socio-économiques, ceci en accord avec les conclusions du Conseil des Ministres de l'Union Européenne (Environnement) de 2008.

Dans cette même motion, la Chambre des Députés invite à veiller à ce qu'une réforme démocratique et transparente des procédures d'autorisation et d'évaluation des OGM en incluant tous les acteurs concernés soit garantie.

La Commission de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural estime donc que cette proposition législative vient trop tôt, puisque la priorité devrait être donnée à la réalisation des cinq domaines d'action revêtant une importance particulière selon les conclusions par le Conseil des Ministres en 2008, et notamment à une réforme de la procédure d'autorisation et d'évaluation des OGM, pour qu'elle prenne aussi en compte :

- les effets à moyen et à long terme sur la santé des consommateurs et sur l'environnement,
- de même que des facteurs socio-économiques.

Par ailleurs, la Commission de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural est d'avis que les implications juridiques, au niveau européen et international, ainsi que les possibilités réelles d'utilisation de cette compétence renforcée par les Etats membres ne sont pas claires pour le moment.

Dans ce contexte elle estime qu'il est indispensable de permettre aux Etats membres qui veulent interdire la culture des OGM sur leur territoire d'utiliser des arguments relatifs à la protection de l'environnement et de la santé publique, prenant en compte leurs spécificités nationales et régionales, et qui n'ont pas été évalués lors de la procédure d'autorisation.

Finalement, la Commission de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural est d'avis qu'il faudrait postposer les discussions sur cette proposition, afin d'attendre les clarifications nécessaires sur les aspects juridiques, ainsi que la mise en œuvre de la réforme de la procédure d'évaluation. »

Résolution adoptée par la Chambre des Députés  
en sa séance publique du 13 octobre 2010

Le Secrétaire général,



Claude Frieseisen

Le Président,



Laurent Mosar