



CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2009-2010

MB/YH

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 25 mars 2010

ORDRE DU JOUR :

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

*

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

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

M. Martin Bisenius, de l'Administration parlementaire

Excusées : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Lydie Err

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article I

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

Point 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« b) il doit être titulaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

Ce tiret aura donc la teneur amendée suivante :

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

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

*

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En conclusion de l'échange de vues, la Commission

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

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

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

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

Point 2

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

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

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

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

aide soit davantage précisé.

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

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

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

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

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

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

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

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

Point 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Point 4

Sans observation.

Point 5

Ce point introduit un nouvel article 4.

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

Luxembourg, le 15 avril 2010

Le secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexes : schémas Powerpoint – Présentation Quadripartite



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

- ANNEXE -

Comité Quadripartite

24 mars 2010





Principes

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



Soins primaires

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



Financement du secteur hospitalier

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



Développement du secteur hospitalier

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



Loi sur les établissements hospitaliers

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



Médicaments

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



Laboratoires

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



Nomenclature

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



Tarifification

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



Tiers payant

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



Gouvernance informatique

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

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



Documentation

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



Organes

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



Dépenses maternité

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



Etat des lieux de la démarche

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



Financement 2011

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



Calendrier prévisionnel

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



Comité Quadripartite – 24 mars 2010

Conclusion



MERCI DE VOTRE ATTENTION

26 mars 2010

20