



Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 21 février 2013

Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal de la réunion du 31 janvier 2013 et de la réunion jointe (Affaires étrangères) du 10 décembre 2012
2. 6529 Débat d'orientation sur le rapport d'activité de la Médiateure (2011-2012)
- Examen des volets concernant la Santé et la Sécurité sociale
3. COM(2012) 788
Proposition de DIRECTIVE DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres en matière de fabrication, de présentation et de vente du tabac et de ses produits.

Le dossier relève du contrôle du principe de subsidiarité. La date du délai de subsidiarité a commencé le 7 janvier 2013 et prendra fin le 4 mars 2013.

- Présentation et examen du document européen

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, M. Jean Colombera, Mme Claudia Dall'Agnol, Mme Marie-Josée Frank, M. Alexandre Krieps, Mme Josée Lorsché, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Carlo Wagner

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Ministre de la Sécurité sociale
M. Laurent Jomé, M. Laurent Zanotelli, Ministère de la Santé

M. Martin Bisenius, Administration parlementaire

Excusés : M. Georges Engel, Mme Martine Mergen, M. Marc Spautz

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. Approbation des projets de procès-verbal de la réunion du 31 janvier 2013 et de la réunion jointe (Affaires étrangères) du 10 décembre 2012

Les projets de procès-verbal de la réunion du 31 janvier 2013 et de la réunion jointe (Affaires étrangères) du 10 décembre 2012 sont approuvés.

2. 6529 Débat d'orientation sur le rapport d'activité de la Médiateure (2011-2012)

M. le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale prend brièvement position par rapport aux points principaux du rapport d'activité de la Médiateure (2011-2012).

En premier lieu, il convient de souligner la teneur généralement positive des observations de la Médiateure dans la mesure où la bonne collaboration avec les différentes institutions de la sécurité sociale est expressément soulignée.

Dans les rapports antérieurs du Médiateur, un point de critique important visait des problèmes se posant dans le cadre de la procédure de reclassement des salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail et plus particulièrement au sujet des décisions susceptibles d'un recours juridictionnel dans le cadre de cette procédure. Il est renvoyé à cet égard aux développements circonstanciés figurant dans les avis de la Commission de la Santé et de la Sécurité concernant les rapports d'activité du Médiateur (2009-2010) et (2010-2011).

A présent la commission est informée que cette problématique trouvera sa solution définitive dans le projet de loi de réforme sur le reclassement actuellement pendant devant le Conseil de Gouvernement et dont le dépôt à la Chambre des Députés est imminent. Il y sera prévu, dans le sens préconisé par le Médiateur, que la décision de reclassement ou de refus de reclassement se basant sur des critères médicaux fera désormais l'objet d'une notification formelle à l'intéressé et en tant que tel sera susceptible d'un recours devant la juridiction sociale. Cette innovation fournit une garantie juridique supplémentaire à l'assuré, étant entendu qu'elle peut également allonger la procédure.

Concernant la création de points d'information pour les patients, il y a lieu de souligner qu'il en sera tenu compte dans deux instruments législatifs différents respectivement en cours d'instruction ou de préparation, à savoir:

- dans le projet 6469 relatif aux droits et obligations du patient, dans le cadre du volet "Information" du service national d'Information et de Médiation dans le domaine de la santé, en ce qui concerne les informations d'ordre plus général à fournir aux patients,
- dans la loi de transposition de la directive sur les soins transfrontaliers, par la création de guichets d'information renseignant sur les questions relevant plutôt de la sécurité sociale en matière de remboursement et de prise en charge des frais de santé.

Concernant la création d'une structure d'écoute, d'information et de médiation locale et nationale dans le domaine de la santé, il convient de souligner que le projet de loi 6469 précité opte pour la création d'une instance de médiation nationale, unique et indépendante auprès du Ministère de la Santé, remplissant ses missions à équidistance des assurés et des prestataires de soins dans le respect d'une stricte neutralité. Il est souligné que c'est à bon escient que le système proposé ne prévoit pas de double instance de médiation et qu'il n'y aura donc pas de médiation propre au secteur hospitalier. En revanche, les services

existants de gestion des plaintes dans les hôpitaux seront maintenus et il incombera au patient, dans le respect du principe des démarches préalables à accomplir, de notifier d'abord son insatisfaction éventuelle au médecin traitant, le cas échéant, à la direction de l'hôpital respectivement au service de gestion des plaintes de l'établissement hospitalier concerné, avant de saisir formellement le service national d'information et de médiation santé. Les démarches préalables à accomplir par le patient, avant la saisine du service national de Médiation, auront l'avantage de pouvoir désamorcer des situations litigieuses avant la naissance d'un conflit. La médiation prévue par le projet de loi englobe les secteurs hospitaliers et extrahospitalier ainsi que les soins de longue durée. La médiation se fera sur base volontaire des parties en cause dans le but de rapprocher leurs vues, le cas échéant, sur base d'une expertise que les parties auront commanditée d'un commun accord. Le système proposé par le projet gouvernemental se distingue donc fondamentalement d'une instance de conciliation disposant d'un pouvoir décisionnel.

M. le Ministre de la Santé souligne qu'il ne partage pas l'approche, à son avis, trop incisive de la Médiateure qui pourrait aboutir à des effets contraires à ceux voulus. Il se prononce pour une démarche plus modérée et prudente prévoyant la mise en place d'une structure de médiation nationale unique ne se substituant pas aux instances déjà existantes. Cette nouvelle structure aura comme objectif primordial, dans le respect de la sensibilité de la matière, d'être l'interlocuteur des parties en s'efforçant de conseiller, d'établir un lien de confiance et de rétablir le dialogue.

Au sujet de la création éventuelle d'un fonds public d'indemnisation des accidents médicaux, la jurisprudence récente relative à la responsabilité des hôpitaux en cas d'infection nosocomiale a relancé les discussions. Il est rappelé par M. le Ministre que la déclaration gouvernementale de 2009 a prévu de réaliser une étude approfondie concernant les avantages et les désavantages de l'introduction éventuelle au Luxembourg d'un système spécifique d'indemnisation des dommages résultant de soins de santé et notamment des aléas thérapeutiques. Cette étude à réaliser par les deux experts belges ayant également participé à l'élaboration du projet de loi 6469 devrait être disponible avant la fin de la législature en cours. Il s'agit d'une problématique particulièrement complexe et il semble indispensable de disposer de cette étude afin de pouvoir tenir compte de tous les aspects du dossier. Reste à voir si l'instruction du projet de loi 6469 permettra d'une façon ou d'une autre d'en régler certains éléments déjà dans ce cadre.

Dans le cadre d'un échange de vues, la commission évoque certaines questions d'ordre institutionnel dépassant l'ordre du jour proprement dit. Il en est ainsi en ce qui concerne la question du regroupement et du rattachement éventuel à la Chambre des Députés de l'ORK, du Centre de l'égalité des traitements et de la Commission consultative des droits de l'Homme. D'autres propositions visent la création éventuelle d'un droit d'autosaisine de la Médiateure ainsi que l'extension éventuelle des compétences de cette dernière au secteur privé, et donc notamment au secteur hospitalier non public, avec les risques d'empiètement sur les compétences d'autres instances que pareille extension comporterait.

Dans le cadre de la mise en œuvre du droit à l'information du patient, la commission note avec satisfaction que dans l'intérêt de l'information de patients ne maîtrisant pas les langues usuelles du pays, les hôpitaux ont largement recours au service d'interprétariat interculturel qui a été mis en place avec le département de la Famille et la Croix-Rouge. Il n'est pas prévu à l'heure actuelle d'inscrire une obligation afférente dans le texte légal; il en sera toutefois tenu compte dans le budget des hôpitaux à négocier avec la CNS.

La commission évoque encore les observations de la Médiateure au sujet d'un arrêt n° 66/11 du 3 juin 2011 de la Cour constitutionnelle déclarant contraires à la Constitution les dispositions de l'article XVIII, 17) de la loi modifiée du 27 juillet 1987 concernant l'assurance

pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de décès au sujet du droit à une pension de survie de l'épouse divorcée en cas de remariage de l'assuré.

Il est retenu que les services compétents du Ministère de la Sécurité sociale approfondiront les problèmes soulevés par la Médiateure et communiqueront leur prise de position au secrétariat de la commission.

3. COM(2012) 788
Proposition de DIRECTIVE DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres en matière de fabrication, de présentation et de vente du tabac et de ses produits.

Le dossier relève du contrôle du principe de subsidiarité. La date du délai de subsidiarité a commencé le 7 janvier 2013 et prendra fin le 4 mars 2013.

Compte tenu des explications fournies par M. le Ministre de la Santé, la commission rappelle d'abord que le principe de subsidiarité trouve sa base juridique dans le Traité sur l'Union européenne (TUE), dont l'article 5, paragraphe 3, est libellé comme suit :

« 3. En vertu du principe de subsidiarité, dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, l'Union intervient seulement si, et dans la mesure où, les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être atteints de manière suffisante par les États membres, tant au niveau central qu'au niveau régional et local, mais peuvent l'être mieux, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, au niveau de l'Union.

Les institutions de l'Union appliquent le principe de subsidiarité conformément au protocole sur l'application des principes de subsidiarité et de proportionnalité. Les parlements nationaux veillent au respect du principe de subsidiarité conformément à la procédure prévue dans ce protocole. »

(...)

Ainsi, dans le cadre des compétences non exclusives de l'Union européenne, le principe de subsidiarité définit les conditions dans lesquelles l'UE dispose d'une priorité d'action par rapport aux États membres.

Plus spécifiquement, dans les domaines qui ne relèvent pas de la compétence exclusive de l'UE, le principe de subsidiarité a pour objectif, d'une part, de protéger la capacité de décision et d'action des Etats membres, et d'autre part, de légitimer l'intervention de l'UE pour autant que les objectifs d'une action ne peuvent pas être réalisés de manière satisfaisante par les Etats membres ; ceci « *en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée* ».

Ce principe vise ainsi à rapprocher l'exercice des compétences au niveau le plus près possible des citoyens.

La Commission européenne estime elle-même, à propos de sa proposition de directive, que celle-ci est compatible avec le principe de subsidiarité.

« Les objectifs de l'action proposée ne peuvent être atteints de manière suffisante par les États membres et peuvent être mieux réalisés au niveau de l'Union [article 5, paragraphe 3, TUE]. Certains domaines couverts dans la présente proposition sont déjà harmonisés mais doivent être mis à jour en accord avec l'évolution du marché, le progrès scientifique et l'évolution de la situation internationale. L'harmonisation déjà instaurée par la directive 2001/37/CE empêche les États membres d'agir unilatéralement, par exemple en augmentant la taille des avertissements sanitaires ou en supprimant l'indication des rendements en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone.

D'autres domaines régis par cette proposition sont réglementés de différentes manières dans les États membres, ce qui a pu entraver le fonctionnement du marché intérieur. Par exemple, la variété des cas de figure d'un pays à l'autre en matière d'étiquetage et d'ingrédients oblige l'industrie à fabriquer différentes gammes de produits pour différents marchés. Seule une démarche harmonisée à l'échelle de l'Union dans ces domaines permettra de supprimer les obstacles aux échanges transfrontaliers et d'éviter ainsi la fragmentation, tout en garantissant un niveau élevé de protection de la santé.

En outre, il est très difficile pour un État membre d'agir unilatéralement dans certains domaines, compte tenu des difficultés à faire respecter ces actions lorsque d'autres États membres appliquent des règles différentes. Notamment, il est quasiment impossible pour un État membre de réglementer les ventes de tabac en ligne (notamment en ce qui concerne l'âge minimum requis pour l'achat de produits du tabac) si ces transactions ne sont pas réglementées dans d'autres États membres. Une mesure juridiquement contraignante et applicable à l'échelle de l'Union offre ainsi des avantages évidents. Cela est également vrai pour le système de suivi et de traçabilité de l'UE, dès lors que les produits du tabac franchissent régulièrement les frontières.

La présente proposition contribue également à une plus grande cohérence, à la fois entre États membres et à l'intérieur de ces derniers, ainsi qu'à une plus grande sécurité juridique, notamment pour ce qui touche aux PCN (Produits contenant de la nicotine), dont le statut juridique reste complexe et mal défini, au détriment des conditions équitables de marché. »

En effet, comment, à titre d'exemple, vouloir réglementer au niveau national les ventes transfrontières de tabac en ligne ? Devrait-on faire un traité avec chaque Etat membre de l'UE ? Quid si l'autre Etat ne souhaite pas réglementer cette matière ?

Il en va de même pour la réglementation des produits du tabac consommés au pays, mais produits dans un autre Etat membre.

En effet, comme ces produits ne sont pas consommés et produits dans un seul et même Etat membre, une réglementation nationale poursuivant les objectifs inscrits dans la proposition de directive serait tout simplement vouée à l'échec à défaut d'être reprise par l'ensemble des Etats membres.

Toujours est-il que la grande majorité de ces objectifs ne peuvent pas être atteints de manière suffisante au niveau des États membres, et force est dès lors de reconnaître qu'ils peuvent être mieux réalisés au niveau de l'UE.

La Commission de la Santé et de la Sécurité sociale conclut que la proposition de directive s'avère être compatible avec le principe de subsidiarité. Un avis motivé de la Chambre des Députés n'est dès lors pas requis.

*

Mme la Présidente fait distribuer un programme des réunions de la commission jusqu'à juillet 2013.

La commission siégera aux dates suivantes: le 28 février, les 7 et 21 mars, les 11¹ et 18 avril, les 2, 16 et 23 mai, les 6, 13 et 20 juin et les 4 et 11 juillet 2013.

*

La prochaine réunion aura lieu jeudi, le 28 février 2013 à 9.00 heures.

La commission décide de faire droit à une demande d'entrevue du cercle luxembourgeois d'Algologie et de recevoir une délégation de cette association en début de réunion pour un échange de vues d'une demi-heure. La commission considère qu'il s'agit d'une question de santé publique qui mérite d'être traitée au niveau parlementaire et qui s'inscrit également dans ses travaux concernant les droits et obligations des patients ainsi que le plan hospitalier.

Par ailleurs, figureront à l'ordre du jour de cette même réunion les projets de loi 6489 et 6520 portant approbation de la Convention de Sécurité sociale avec la République fédérative du Brésil et la République Orientale de l'Uruguay ainsi que des documents européens.

La réunion subséquente du 7 mars 2013 sera consacrée à un échange de vues concernant la prise en charge globale par la sécurité sociale des maladies rares (demande du groupe parlementaire CSV) ainsi qu'à l'examen du projet de loi 6469 précité au sujet duquel le Conseil d'Etat rendra son avis dans sa séance du 26 février 2013.

Concernant la demande du groupe parlementaire déi gréng d'inscrire le rapport Lenz sur le prochain plan hospitalier à l'ordre du jour, il est retenu, sur proposition de M. le Ministre de la Santé, de traiter ce rapport d'experts conjointement avec le projet de carte sanitaire et le projet de plan hospitalier au moment où ces projets auront été finalisés.

Luxembourg, le 27 février 2013

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

¹ A noter que la date du 11 avril doit être supprimée en raison de la séance publique consacrée au débat sur l'état de la nation.