



Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 10 janvier 2013

Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal de la réunion du 29 novembre 2012 et des réunions jointes (Agriculture, Développement durable) des 10 octobre et 5 novembre 2012
2. 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
 - Désignation d'un rapporteur
 - Présentation du projet de loi par M. le Ministre de la Santé
 - Echange de vues général

*

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

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

M. Martin Bisenius, Administration parlementaire

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. Approbation des projets de procès-verbal de la réunion du 29 novembre 2012 et des réunions jointes (Agriculture, Développement durable) des 10 octobre et 5 novembre 2012

Les projets de procès-verbal de la réunion du 29 novembre 2012 et des réunions jointes (Agriculture, Développement durable) des 10 octobre et 5 novembre 2012 sont approuvés.

2. 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

M. Georges Engel est désigné comme rapporteur du projet de loi.

M. le Ministre de la Santé procède à la présentation du projet de loi.

Il est rappelé d'abord que l'avant-projet de loi a déjà fait l'objet d'une présentation et d'un premier échange de vues au sein de la commission dans une réunion du 5 mai 2011 à laquelle il est renvoyé (PV SASEC 24 - session 2010-2011).

En ce qui concerne l'élaboration du projet de loi, il convient de noter, d'une part, que le Ministère de la Santé s'est adjoint les services de deux experts belges (M. le Professeur Dr Herman Nys et Mme le Professeur Dr Geneviève Schamps) et, d'autre part, qu'une large phase de consultation externe a précédé la finalisation du projet. Ainsi, l'avant-projet de loi a été transmis pour avis aux différents acteurs concernés, à savoir les prestataires de soins et les associations de patients.

M. le Ministre souligne que l'instauration légale d'un corps de droits et d'obligations du patient dans sa relation avec les prestataires de soins constitue une priorité du programme gouvernemental. Il s'agit d'un pas important afin de garantir une meilleure visibilité, un meilleur respect et un équilibre judicieux des droits et obligations des patients ainsi que des droits et obligations des prestataires de soins.

La meilleure qualité possible des soins et l'accès universel à ces soins dans un système basé sur la solidarité constitue le droit primordial des patients. A cela s'ajoutent des droits et obligations découlant de principes généralement reconnus: le libre choix du prestataire, le consentement éclairé au traitement, les droits et obligations relatifs au dossier du patient, le droit à la confidentialité et au respect de la vie privée.

Le projet de loi n'entend donc nullement réinventer les droits et obligations des patients. Par contre, il vise à les confirmer en aspirant toutefois à les rendre plus lisibles et transparents, tant pour les patients que pour les prestataires de soins de santé, en rassemblant dans un seul texte de loi les dispositions applicables en la matière (loi hospitalière, Code de déontologie, jurisprudence) et actuellement éparpillées dans différents textes. Il est précisé que cette façon de procéder n'entend en aucun cas encourager les conflits entre patient et prestataire de soins de santé. Au contraire, le but principal consiste à rééquilibrer ces relations en mettant en place une approche fondée sur le partenariat entre le patient et le prestataire de soins de santé, basée sur la confiance et le respect mutuel des deux parties. Pour cette raison, il est prévu d'instaurer des structures de médiation dans le domaine de la

santé avec pour objectif premier de favoriser le dialogue et de prévenir dans la mesure du possible une résolution conflictuelle du litige.

Voilà pourquoi, dans l'esprit du programme gouvernemental de 2009 soulignant la nécessité d'encourager le développement de la médiation dans tous les domaines, le présent projet innove en créant une structure nationale d'information et de médiation santé.

A noter qu'un certain nombre d'efforts ont déjà été entrepris en ce sens dans le passé, notamment au sein des hôpitaux qui ont mis en place des mécanismes spécifiques de traitement des plaintes de patients, ceci en application de l'article 46 de la loi hospitalière. La création du nouveau service national de médiation ne remet pas en question ces plateformes existantes de gestion des plaintes dans les hôpitaux. Il faut toutefois concéder que la stricte indépendance de ces organismes ne peut être assurée en toutes circonstances.

D'où la nécessité d'une centralisation des demandes au sein d'une instance de médiation nationale indépendante des différents établissements hospitaliers. L'option initialement envisagée d'installer des structures formelles de médiation de façon décentralisée dans tous les établissements hospitaliers a donc été abandonnée délibérément, précisément pour garantir l'indépendance de la médiation au sein d'une structure nationale unique.

A noter d'ailleurs que le nombre de plaintes de patients portées annuellement directement à la connaissance du Ministère de la Santé ou introduites auprès du Collège médical, mettant en cause le traitement ou le comportement d'un médecin n'est pas exorbitant - quelques centaines - et ne permet donc pas de conclure à des relations conflictuelles généralisées entre patients et prestataires.

N'empêche que pour les conflits enregistrés, le service national d'information et de médiation aura l'avantage de pouvoir offrir aux parties une solution plus rapide et moins onéreuse qu'une procédure judiciaire qui souvent s'avère particulièrement douloureuse au regard du volet émotionnel entourant les enjeux de santé.

A noter que le nouveau service national n'aura pas compétence pour les questions de remboursement de prestations aux assurés; pour ce genre de questions un point focal sera créé au sein de la Caisse nationale de santé dans le cadre de la transposition de la directive sur les soins transfrontaliers.

M. le Ministre de la Santé ajoute que l'organisation professionnelle représentative des médecins et médecins-dentistes (AMMD) a itérativement formulé la revendication d'intégrer dans le présent cadre légal la mise en place d'un Fonds d'indemnisation d'accidents médicaux, donc de dommages résultant de soins de santé et notamment de l'aléa thérapeutique.

Il s'agit d'une problématique très complexe et dans cette optique le Gouvernement a décidé, conformément à la déclaration gouvernementale, de procéder avec le concours des experts prénommés à une étude approfondie sur les avantages et désavantages de l'introduction éventuelle au Luxembourg d'un système spécifique d'indemnisation de ces dommages. Cette étude devrait être disponible avant la fin de la législature en cours et selon les résultats de cette étude, il pourrait être procédé à un stade ultérieur à des mesures complémentaires dans le sens de la création d'un tel fonds.

*

Dans le cadre d'un échange de vues, la commission traite différents aspects de la problématique particulièrement complexe de la responsabilité médicale, et corrélativement

de l'indemnisation du patient, en cas d'un préjudice subi pendant ou à la suite d'un traitement médical.

Il est relevé que les litiges en matière de responsabilité médicale sont souvent particulièrement difficiles ou pénibles à vivre s'ils sont portés devant les instances judiciaires. La médiatisation de ces procès constitue une incitation aux patients se croyant lésés de s'engager également dans la voie judiciaire ce qui aboutit à une nette augmentation de ce genre d'affaires. Il s'agit d'une tendance partiellement importée des pratiques courantes aux Etats-Unis.

A noter que la législation existante en matière de responsabilité civile de l'Etat en cas de dommages subis par les citoyens du fait des pouvoirs publics ne permet pas, en général, de couvrir ces litiges, pour autant que cette responsabilité pourrait être imputée à une personne morale de droit public.

Selon M. le Ministre en simplifiant, on pourrait schématiquement distinguer deux situations d'indemnisation différentes:

- d'une part, celle qui engage la responsabilité personnelle du prestataire en raison d'une faute médicale ou thérapeutique établie résultant d'une décision erronée du médecin ou d'un établissement hospitalier. Dans cette hypothèse, l'indemnisation incombe à l'assurance du prestataire;

- d'autre part, celle caractérisée par l'aléa thérapeutique, c'est-à-dire le risque résiduel inhérent à la nature particulière et complexe de l'activité médicale, ceci en l'absence de faute imputable au prestataire. Dans cette hypothèse, l'indemnisation pourrait revenir à un organisme tiers, tel que le Fonds précité, sur base du principe de la solidarité.

A noter que l'AMMD préconise un système de responsabilité objective (no fault system) promouvant l'indemnisation du patient également en dehors de la recherche d'une faute du prestataire dans les hypothèses où le résultat d'une intervention n'est pas conforme aux attentes qu'on pouvait légitimement avoir eu égard à l'état de la médecine.

Selon M. le Ministre, il est entendu que si un fonds d'indemnisation devait voir le jour, ce fonds ne devrait en aucun cas avoir la nature d'un fourre-tout pour tous les litiges, mais qu'il faudrait toujours différencier les hypothèses prédécrites, en fonction de la nature des faits à l'origine des dommages du patient.

Quant à la question de l'information préalable du patient et à l'obligation pour le médecin de requérir son consentement éclairé, il est précisé que le projet n'opte pas prioritairement pour un système d'information et de consentement standardisés moyennant des formulaires à signer par le patient. En revanche, l'information du patient doit en principe être donnée de façon orale; elle peut tout au plus être précisée par le biais de formulaires ou autre documentation écrite à remettre au patient.

Les modalités de l'information doivent être adaptées aux caractéristiques et à la personnalité du patient. Le patient a donc droit à une information non pas stérile mais personnalisée. Tel n'est en général pas possible par l'emploi de formulaires-types comportant une surabondance d'informations, sans entretien personnel. D'ailleurs même en Allemagne où le recours à l'information écrite formalisée est la règle, la jurisprudence a retenu que ce procédé ne dispense pas le médecin de veiller à une information personnelle du patient, adaptée à ses besoins individuels.

M. le Ministre de la Santé souligne que, contrairement aux appréhensions de l'AMMD, le projet n'entend pas instituer une inversion de la charge de la preuve au détriment du

prestataire. Des critiques en sens opposé sont d'ailleurs formulées par les associations de défense des intérêts des patients. Face à ces critiques antagonistes, le système proposé par le projet de loi a pour ambition de rééquilibrer les rapports entre patients et prestataires de service.

La commission évoque dans ce contexte les problèmes particulièrement aigus qui se posent dans notre système de soins de santé en raison des difficultés de communication langagière entre le prestataire de soins et le patient.

La commission a itérativement souligné l'importance de connaissances linguistiques suffisantes dans le chef des médecins exerçant leur profession en contact avec les patients. La compréhension langagière 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 des langues respectives dans les relations entre médecin et patient se traduit souvent par une communication insuffisante et peut 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. Cet aspect n'est pas à négliger dans la discussion concernant la responsabilité médicale et d'indemnisation de dommages subis par le patient.

En ce qui concerne plus particulièrement la situation des patients mineurs non émancipés, il est précisé que l'article 15, paragraphe 3 du projet de loi reprend la possibilité pour les prestataires de soins de passer, en cas d'urgence, outre au refus parental de consentir à un traitement médical indispensable sous peine de mettre gravement en danger la santé et la vie du patient mineur. Dans cette hypothèse, le prestataire de soins doit adresser dans les trois jours ouvrables au Procureur d'Etat un rapport motivé sur les mesures d'ordre médical qu'il a prises. Cette possibilité de déroger au refus parental a été reprise de la législation sur la protection de la jeunesse.

En pratique, ce genre de situation se produit surtout dans le chef de mineurs dont les parents sont adeptes de courants religieux refusant par principe toute transfusion sanguine.

La commission note que la loi du 14 juillet 2010 a inséré dans la loi de base du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire un article 33bis nouveau ainsi libellé:

"Toute personne exerçant la médecine, la médecine dentaire ou la médecine vétérinaire au Luxembourg est tenue, sous peine de sanctions disciplinaires de souscrire une assurance destinée à garantir sa responsabilité civile susceptible d'être engagée en raison de dommages survenus dans le cadre de son activité professionnelle."

Cette loi a donc introduit au Luxembourg une obligation d'assurance à charge des prestataires précités; cette obligation sera étendue à tous les prestataires de soins dans le cadre de la transposition de la directive sur les soins de santé transfrontaliers. Dans certaines hypothèses, la jurisprudence a tendance à compléter la responsabilité thérapeutique individuelle du médecin par la responsabilité solidaire de l'établissement hospitalier dans lequel le patient a subi le traitement médical. Souvent l'établissement hospitalier essaie de s'exonérer par l'argumentation que la liberté thérapeutique du médecin au sein de l'hôpital a obligatoirement comme corollaire sa responsabilité individuelle. Il demeure qu'au-delà du choix thérapeutique stricto sensu, l'hôpital assume une certaine coresponsabilité dans le cadre de son obligation générale de sécurité et des dispositions contractuelles qui lient le médecin à l'hôpital.

Il est précisé que sous peu le dossier sera complété par d'autres avis émanant notamment des chambres professionnelles et d'un avis complémentaire de l'AMMD.

La commission reviendra sur le projet de loi au moment où l'avis du Conseil d'Etat sera disponible.

*

Après avoir évoqué un cas particulier particulièrement grave, la commission prend acte de la demande du groupe parlementaire CSV de voir mettre à l'ordre du jour d'une prochaine réunion le sujet général de la prise en charge globale des maladies rares par la sécurité sociale ou d'autres organismes.

Quant aux cas particuliers, il est précisé que leur appréciation ne rentre pas dans la compétence de la commission parlementaire. Dans ce contexte et en particulier au sujet des questions de prise en charge des traitements afférents par la Sécurité sociale, il faut souligner la nécessité de respecter les décisions des juridictions sociales.

*

En fin de réunion, Mme la Présidente Lydia Mutsch rappelle que la réunion du jeudi, le 31 janvier 2013 à 9.00 heures sera consacrée à une entrevue avec l'AMMD au sujet du présent projet de loi.

A l'ordre du jour de la prochaine réunion du jeudi, le 17 janvier 2013 figurera la présentation du projet de loi 6494 modifiant la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac.

Luxembourg, le 16 janvier 2013

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch