



---

CHAMBRE DES DÉPUTÉS  
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

# Dossier consolidé

Projet de loi 6656

Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :

1. le Code de la sécurité sociale ;
2. le Code du travail ;
3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale

Date de dépôt : 14-02-2014

Date de l'avis du Conseil d'État : 12-11-2014

## Liste des documents

Date	Description	Nom du document	Page
29-07-2015	Résumé du dossier	Résumé	<u>4</u>
14-02-2014	Déposé	6656/00	<u>8</u>
31-03-2014	1) Avis de la Chambre des Salariés(20.3.2014) 2) Avis du Collège médical - Dépêche du Président et du Secrétaire du Collège médical au Ministre de la Sécurité sociale (12.3.2014)	6656/01	<u>39</u>
30-04-2014	1) Avis de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics (22.4.2014) 2) Avis de l'Association des médecins et médecins-dentistes (20.3.2014)	6656/02	<u>70</u>
14-10-2014	Avis commun de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers (6.10.2014)	6656/03	<u>79</u>
12-11-2014	Avis du Conseil d'Etat (11.11.2014)	6656/04	<u>94</u>
06-03-2015	Amendements adoptés par la/les commission(s) : Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale	6656/05	<u>105</u>
20-05-2015	Avis complémentaire du Conseil d'État (19.5.2015)	6656/06	<u>118</u>
01-07-2015	Rapport de commission(s) : Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale Rapporteur(s) : Monsieur Georges Engel	6656/07	<u>121</u>
09-07-2015	Premier vote constitutionnel (Vote Positif) En séance publique n°46 Une demande de dispense du second vote a été introduite	6656	<u>154</u>
21-07-2015	Dispense du second vote constitutionnel par le Conseil d'Etat (21-07-2015) Evacué par dispense du second vote (21-07-2015)	6656/08	<u>157</u>
29-06-2015	Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale Procès verbal ( 25 ) de la reunion du 29 juin 2015	25	<u>160</u>
24-06-2015	Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale Procès verbal ( 24 ) de la reunion du 24 juin 2015	24	<u>163</u>
04-03-2015	Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale Procès verbal ( 13 ) de la reunion du 4 mars 2015	13	<u>175</u>
11-02-2015	Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale Procès verbal ( 11 ) de la reunion du 11 février 2015	11	<u>202</u>
28-01-2015	Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale Procès verbal ( 10 ) de la reunion du 28 janvier 2015	10	<u>240</u>
09-07-2015	Etablissement avant la fin de la législature d'un bilan de la réforme et établissement d'un nouveau plan hospitalier afin d'améliorer l'offre des soins de santé au niveau national	Document écrit de dépôt	<u>251</u>

<b>Date</b>	<b>Description</b>	<b>Nom du document</b>	<b>Page</b>
28-08-2015	Publié au Mémorial A n°167 en page 3952	6656	<u>253</u>

# Résumé

## **Projet de loi 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :**

- 1. le Code de la sécurité sociale ;**
- 2. le Code du travail ;**
- 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale**

Le Contrôle médical de la sécurité sociale est un acteur incontournable dans la poursuite de cet objectif du « soigner mieux en dépensant mieux » et il convient de lui donner les moyens nécessaires pour y parvenir. Le fait que le système de soins de santé luxembourgeois doit par ailleurs davantage faire face à une comparaison voire une concurrence avec des offres de soins transfrontalières suite à la transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers justifie également que les pouvoirs du Contrôle médical soient renforcés et qu'il joue à l'avenir un rôle dans l'appréciation de la qualité des soins dispensés au Luxembourg.

Bien que la redéfinition des missions du Contrôle médical de la sécurité sociale avait été discutée dans le cadre des groupes de travail institués pour préparer le projet de réforme ayant abouti à la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, elle fut abandonnée faute de temps, l'envergure du projet n'ayant finalement plus permis de procéder également à une modification des dispositions du Code de la sécurité sociale ayant trait au Contrôle médical. Le présent projet de loi vient donc compléter sur ce point la réforme votée en 2010.

Le but de la réforme opérée par le présent projet de loi est de modifier les dispositions relatives au Contrôle médical de la sécurité sociale afin de tenir compte des changements intervenus tant au niveau législatif que dans la pratique depuis la création de cette administration tout en garantissant la qualité des soins dispensés au Luxembourg.

Désormais, les missions du Contrôle médical seront formulées de manière générale dans des articles distincts au lieu d'être énumérées en détail, comme dans l'article 418 actuel du Code de la sécurité sociale. Le texte gagne ainsi en clarté, cette présentation des attributions allant de pair avec un des objectifs du projet visant à permettre au Contrôle médical de se concentrer davantage sur ses missions et de le décharger du travail qui devrait être effectué par d'autres.

Il a été décidé ainsi de délimiter expressément le champ d'intervention du Contrôle médical aux prestations de sécurité sociale, domaine vaste qui accapare toutes ses ressources. Ainsi, d'autres administrations et structures sont compétentes aujourd'hui pour s'occuper de la médecine du travail, de la réinsertion professionnelle et de la prévention (médecine du travail, Direction de la Santé).

Une révision des dispositions actuelles du Code de la sécurité sociale s'impose également en ce qui concerne les pouvoirs du Contrôle médical dans le sens d'un renforcement de ses missions actuelles d'évaluation et de contrôle tant des assurés que des prestataires, mais aussi d'un élargissement de ses pouvoirs en lui conférant une mission de conseil tant pour la Caisse nationale de santé que pour les assurés - si ceux-ci en font la demande expresse. De toute évidence, le Contrôle médical de la sécurité sociale a, en tant qu'expert médical au service de la sécurité sociale, un rôle essentiel à jouer dans la prise en charge des assurés et l'application du principe d'une médication économique. A noter que si le texte initial du projet de loi prévoyait des missions de conseil étendues à l'égard des assurés, celles-ci ont été restreintes suite à l'avis du Conseil d'État.

Un pilotage efficace du système de soins de santé avec le maintien d'une prise en charge de qualité n'est en effet réalisable à terme qu'avec l'aide d'un Contrôle médical qui dispose des moyens nécessaires pour évaluer la qualité des prestations à charge de la sécurité sociale.

En ce qui concerne les différentes dispositions, il convient de relever certaines innovations :

Il est précisé que le Contrôle médical exercera ses missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle non seulement dans le cadre des prestations de sécurité sociale, mais également « dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie ».

Ainsi, une articulation entre le droit du travail et le droit de la sécurité sociale sera dorénavant garantie. En effet, le projet de loi précise expressément au niveau de l'article 418 du Code de la sécurité sociale que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions également pendant la période de conservation légale du salaire indemnisée au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, afin qu'il soit clair que le Contrôle médical de la sécurité sociale puisse également évaluer, examiner et contrôler les assurés pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs. Le Contrôle médical pourra intervenir dès la première semaine du congé de maladie. Si, dans l'état actuel du droit, le Contrôle médical est déjà habilité à contrôler les assurés pendant les 77 premiers jours de maladie – période pendant laquelle le salarié a droit au maintien de son salaire de la part de son employeur -, les avis émis par le Contrôle médical à ce stade de la procédure n'ont aucune incidence sur la continuation de la rémunération par l'employeur. Cette nouvelle disposition permettra finalement de mettre fin à l'insécurité juridique qui existait jusqu'à l'heure actuelle, insécurité qui était due à deux procédures de recours différentes, l'une devant les juridictions du travail pendant la période de l'obligation patronale et l'autre devant les juridictions sociales lorsque la charge se situait auprès de la Caisse nationale de santé. Dorénavant, la Caisse nationale de santé pourra prendre des décisions de non-paiement du salaire et de l'indemnité pécuniaire de maladie suite par exemple au constat de capacité ou au refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical, l'assuré disposant d'une voie de recours devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé, puis devant les juridictions sociales. Ces décisions s'imposeront automatiquement en matière de droit du travail.

Les modifications prévues à l'article 14 du Code de la sécurité sociale mettent fin à l'utilisation systématique du rapport médical circonstancié (appelé communément R4). A l'avenir un emploi plus ciblé du rapport R4 devrait permettre au CMSS de lancer la procédure et d'entrer éventuellement en contact avec l'assuré si cela s'avère être nécessaire.

Cette modification devrait permettre une réduction d'au moins de la moitié du nombre des avis R4 envoyés.

En effet, à l'heure actuelle, le rapport R4 ne parvient pas en temps utile au Contrôle médical de la sécurité sociale et il est souvent incomplet, de sorte qu'il est inutilisable, tout en engendrant en même temps une grande charge financière et administrative. Finalement, dans la majorité des cas, la réception du R4 sert surtout à programmer la convocation des assurés en arrêt maladie auprès du Contrôle médical. Plus particulièrement, le système mis en place ne fonctionne pas comme escompté, alors qu'il est basé sur l'hypothèse que l'assuré est incapable de travailler de manière continue pendant plusieurs semaines, alors que cette hypothèse est toutefois l'exception dans la pratique. Dans la majorité des cas, plusieurs périodes d'incapacité de travail et de reprise du travail se succèdent jusqu'à ce que l'assurance maladie intervienne dans l'indemnisation de l'incapacité de travail de l'assuré. L'algorithme qui détermine quand le rapport circonstancié R4 est généré et envoyé à l'assuré dans le cadre d'un système de gestion automatique n'est donc pas parallèle à l'algorithme qui définit la charge de l'incapacité de travail, comme prévu initialement. Il s'ensuit que le rapport R4 est souvent envoyé à l'assuré à un moment inapproprié.

Il est dès lors proposé de modifier la procédure de l'envoi du rapport R4 en même temps que les dispositions relatives au contrôle de l'incapacité de travail pendant la période de la charge

patronale. Non seulement le Contrôle médical de la sécurité sociale propose de lancer lui-même au besoin la procédure du rapport R4 dès le premier contact avec le patient, mais il souhaite également entrer en contact le plus tôt possible avec l'assuré, afin d'éviter que ce dernier bénéficie d'un congé de maladie médicalement injustifié sur une période prolongée. Ainsi la modification proposée permettra de dégager des ressources qui pourront être employées pour renforcer le personnel du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui lancera désormais lui-même la procédure du R4 s'il le juge nécessaire.

6656/00



## N° 6656

## CHAMBRE DES DEPUTES

Session extraordinaire 2013-2014

**PROJET DE LOI**

**modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale et modifiant:**

1. le Code de la sécurité sociale;
2. le Code du travail;
3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale

\* \* \*

*(Dépôt: le 14.2.2014)*

## SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Arrêté Grand-Ducal de dépôt (11.2.2014).....	1
2) Exposé des motifs .....	2
3) Texte du projet de loi.....	9
4) Commentaire des articles.....	14
5) Fiche financière .....	27

\*

**ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT**

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

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

*Article unique.*– Notre Ministre de la Sécurité sociale est autorisé à déposer en Notre nom à la Chambre des Députés le projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant:

1. le Code de la sécurité sociale;
2. le Code du travail;
3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale.

Palais de Luxembourg, le 11 février 2014

*Le Ministre de la Sécurité sociale,*

Romain SCHNEIDER

HENRI

\*

## EXPOSE DES MOTIFS

### 1. HISTORIQUE

Le Contrôle médical de la sécurité sociale est une administration de l'Etat, placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale, qui a été créée par une loi du 16 avril 1979. Auparavant, seul le livre I du Code des assurances sociales ayant trait à l'assurance maladie-maternité contenait des dispositions relatives au contrôle médical des assurés malades.

#### **I. Système antérieur à la création du Contrôle médical de la sécurité sociale: les lois du 24 avril 1954 et du 26 juillet 1966**

Le terme de „médecin de confiance“ a été introduit en 1954 dans le Code des assurances sociales. La loi du 24 avril 1954 ayant notamment pour objet de rétablir le livre I du Code des assurances sociales dispose à l'article 82, qui figure sous „Dispositions diverses“ au chapitre VIII de la section A intitulée „Assurance-maladie“, que „Le service des médecins de confiance est placé sous l'autorité du Ministre du Travail et de la Sécurité sociale. Les médecins de confiance auront le caractère de fonctionnaires publics. (...) Le contrôle médical porte sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail, sur la constatation des abus en matière de soins ainsi que sur la prévention de l'invalidité, et de la possibilité de réadaptation professionnelle. Le médecin de confiance ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant; il doit s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement. Toutes les fois qu'il le juge utile dans l'intérêt du malade ou du contrôle, le médecin de confiance doit entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté. Les médecins traitants sont tenus de fournir aux médecins de confiance tous renseignements concernant le diagnostic et le traitement.“

Il faudra toutefois attendre la loi du 26 juillet 1966 portant notamment modification et complément du livre I du Code des assurances sociales pour que la fonctionnarisation des médecins de confiance des caisses de maladie devienne une réalité, loi qui remplace les termes de „service des médecins de confiance“ par „service du contrôle médical“. Cette loi précise l'organisation du contrôle médical et élargit les attributions du contrôle médical en modifiant l'article 82 du Code des assurances sociales comme suit: „Le service du contrôle médical est assuré par les médecins-conseils et les médecins-conseils adjoints, dont le nombre total ne pourra dépasser dix. Ce service fonctionnera sous la direction d'un médecin-conseil qui sera choisi parmi les médecins-conseils en fonction et qui portera le titre de médecin-conseil directeur. Il exercera ses fonctions sous l'autorité du Ministre du Travail et de la Sécurité sociale. Le territoire national sera divisé en quatre circonscriptions de contrôle. L'étendue territoriale des circonscriptions, le lieu de résidence des médecins-conseils et des médecins-conseils adjoints ainsi que les localités où le contrôle médical pourra avoir lieu en dehors du lieu de résidence habituel seront déterminés par règlement ministériel. Sur proposition du Ministre du Travail et de la Sécurité sociale le Conseil de Gouvernement fixera le nombre de postes à occuper par circonscription selon l'étendue de la circonscription et d'après le nombre des assurés sociaux y domiciliés, et mettra à la disposition des médecins-conseils et des médecins-conseils adjoints le personnel auxiliaire nécessaire. Le médecin-conseil directeur aura notamment dans ses attributions les relations avec les caisses de maladie et services de santé, l'établissement des statistiques concernant l'état de santé des assurés, les mesures à prendre pour enrayer l'abus en matière de prestations. Il sera chargé en outre de pourvoir au remplacement en cas de congé de maladie ou de récréation d'un titulaire. (...)“

#### **II. La loi du 16 avril 1979 portant modification du chapitre VIII – Contrôle médical – du Livre I du Code des assurances sociales: création du Contrôle médical de la sécurité sociale**

La loi du 16 avril 1979 étend les compétences du service du contrôle médical à l'assurance accident et à l'assurance pension. On peut lire dans l'exposé des motifs du projet de loi n° 2190 ayant abouti à la loi du 16 avril 1979 que „Dans le cadre de la politique d'harmonisation des législations de la sécurité sociale et de l'uniformisation des prestations accordées aux assurés sociaux, il est devenu indispensable de procéder également à un regroupement des services qui sont responsables du point de vue médical, d'une part, de l'octroi des prestations en cause et, d'autre part, de la surveillance des

assurés tout au long de la période pendant laquelle ces mêmes prestations sont accordées. En effet, le contrôle médical, tel qu'il fonctionne à l'heure actuelle, ne peut plus remplir la mission qui lui est assignée du fait qu'il est dispersé entre les différentes branches de la sécurité sociale. L'appréciation des conditions d'octroi des prestations sociales se fait suivant des critères divergents et les modalités de la surveillance des traitements médicaux, la constatation d'abus éventuels et plus généralement tous les contrôles en relation avec les incapacités de travail diffèrent d'un organisme à l'autre.

Le présent projet de loi se propose de procéder à une réforme totale du contrôle médical. Poursuivant dans la voie prévue actuellement déjà dans les articles 76 à 81 du code des assurances sociales il a pour objet de remplacer le service de l'Etat, fonctionnant actuellement déjà d'une façon indépendante pour les caisses de maladie des salariés par une administration indépendante, qui sera compétente pour tous les organismes de sécurité sociale ou à caractère social et qui, en dehors des attributions normales de contrôle et de surveillance, aura de nouvelles attributions en matière de prévention et de réhabilitation.

Le projet consacre donc le principe d'une centralisation de tâches à caractère médical dans le sens d'une attribution exclusive de celles-ci à une administration unique. Le champ d'activité de cette administration comprendra tous les régimes d'assurance-maladie, d'assurance-accident, d'assurance-pension, à l'exclusion des régimes non contributifs, toutes les caisses d'allocations familiales, ainsi qu'en principe, toutes les institutions ou services à caractère social ne relevant pas de la sécurité sociale proprement dite, comme le fonds national de solidarité et le service de dommages de guerre corporels.

Les attributions de l'administration ne seront pas limitées au contrôle proprement dit, car au-delà des activités déployées par l'actuel service du contrôle médical visant spécialement l'incapacité de travail, les contrôles périodiques afférents, l'autorisation de la prise en charge de certaines prestations et la constatation des abus en matière de prestations, il est prévu d'étendre la compétence aux tâches du domaine de la réhabilitation, de la prévention, des statistiques de nature médicale et de la surveillance périodique du point de vue fonctionnel des prothèses.

On peut lire dans l'avis du Conseil d'Etat qu'avant l'entrée en vigueur de cette loi, „le contrôle était exercé de façon autonome et indépendante par chacune des institutions de sécurité sociale, soit par les médecins-conseils de ces organismes, soit par des médecins du secteur privé, à l'exception du contrôle médical des caisses de maladie, lequel est confié à des médecins-conseils bénéficiant du statut de fonctionnaire de l'Etat. Le projet de loi, par contre, veut confier le contrôle médical ainsi que certaines autres activités à caractère médical à un organisme centralisé et étatisé, indépendant des institutions sociales et fonctionnant sous la seule autorité du ministre ayant dans ses attributions le département du travail et de la sécurité sociale“.

Dans son avis, l'Inspection générale de la sécurité sociale, qui avait collaboré de façon prépondérante au projet de loi n° 2190 et qui en soulignait l'importance et l'urgence de sa prise d'effet, relevait: „... l'une des principales causes de l'explosion des coûts en matière d'assurance maladie résident dans le mauvais fonctionnement, voire même dans l'absence presque totale du service du contrôle médical actuel. Cette constatation ne devrait pas conduire à rendre responsable de cet état de choses les quelques médecins-conseils en place qui, en exécutant leur travail harassant et ingrat, ne peuvent pas suppléer aux carences résultant de trop nombreuses vacances de poste dans le service. (...).

L'un des principaux objectifs du présent projet a été dès lors, outre une réorganisation plus amplement décrite à l'exposé des motifs, une meilleure hiérarchisation de la carrière de médecin et une revalorisation des fonctions de directeur et de médecin-inspecteur. (...)

Or, si l'on veut arrêter l'hémorragie des finances des caisses de maladie et amorcer enfin un revirement de la situation, également dans l'intérêt bien compris des moyens budgétaires de l'Etat, il faut absolument créer un attrait de carrière.“

Conformément à l'article 76 introduit par cette loi dans le Code des assurances sociales, cette administration avait initialement dans ses attributions, pour les branches de la sécurité sociale à caractère contributif:

- a) la constatation de l'incapacité de travail et, le cas échéant, la fixation de son degré provisoire ou définitif par rapport à la capacité de travail normale;
- b) les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;

- c) l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance;
- d) la constatation d'abus en matière de prestations médicales, médico-dentaires, paramédicales ou pharmaceutiques;
- e) la proposition des mesures à prendre en matière de réadaptation;
- f) l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention;
- g) l'autorisation de la prise en charge de prothèses et orthèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent;
- h) la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social pour autant que les dispositions légales ou réglementaires ne disposent pas autrement;
- i) l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des assurés et coassurés.

L'article 80 introduit par la loi du 16 avril 1979 dans le Code des assurances sociales, devenu aujourd'hui l'article 421 du Code de la sécurité sociale, reprend les dispositions de l'ancien article 82 issu de la loi du 24 avril 1954 concernant le principe de non-immixtion des médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale dans les rapports du malade et du médecin traitant.

Il est encore intéressant de relever que le règlement grand-ducal du 20 juin 1979 organisant les relations du contrôle médical avec les caisses de maladie, les caisses de pension, l'association d'assurance contre les accidents et avec d'autres institutions ou services de sécurité sociale ou à caractère social disposait en son article 3 que *„chacune des institutions visées à l'article 1er ci-dessus désigne un ou plusieurs employés publics, appelés correspondants médicaux. Ces correspondants doivent posséder des connaissances approfondies de la législation applicable à leur institution ainsi que des notions générales dans le domaine médico-social. Ils font liaison entre leur institution et le contrôle médical de la sécurité sociale. Ils veillent notamment à la transmission des dossiers médicaux entre leur institution et le contrôle médical et sont chargés de toute correspondance et de tous autres soins, y relatifs. Ils sont assistés à ces fins par le personnel nécessaire à mettre à leur disposition au sein de l'institution en question.“*

### III. Lois postérieures

#### a. Vers un élargissement des missions du Contrôle médical

##### 1. La loi du 27 juillet 1992

Par la suite, la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé élargit les missions du Contrôle médical. La mission de „constatation d'abus en matière de prestations médicales, médico-dentaires, paramédicales ou pharmaceutiques“, qui revêt deux aspects, est précisée dans le contexte des nouvelles dispositions régissant les relations avec les prestataires de soins ainsi que les prestations revenant aux assurés.

On peut lire dans l'exposé des motifs (doc. parl. n° 3513) que *„D'un côté, il peut s'agir d'abus de la part des assurés. Dorénavant, les statuts sanctionneront une consommation médicale manifestement excessive par une participation plus élevée aux frais afférents ou, en d'autres termes, par un remboursement moins élevé par l'assurance maladie de la prestation en cause. Il appartiendra à l'union des caisses de maladie de dégager avec le concours du contrôle médical de la sécurité sociale des normes au-delà desquelles une consommation excessive est susceptible de la sanction prémentionnée. Il ne sera pas d'établir une fois pour toutes ces normes, mais il faudra les adapter constamment en fonction du changement du comportement abusif des assurés. Il s'agit donc d'une tâche permanente.“*

*D'un autre côté, il convient de sanctionner les abus des prestataires. Désormais, la loi prévoit des sanctions en cas de déviation injustifiée de l'activité d'un prestataire. Ces sanctions seront appliquées, après intervention de la commission de surveillance paritaire instituée par ladite convention, par la commission de conciliation et d'arbitrage, siégeant en matière contentieuse. Il appartiendra au contrôle médical de la sécurité sociale d'établir préalablement, en collaboration avec le centre commun de la sécurité sociale, les „profils“ de l'ensemble du corps médical pour dépister les médecins qui commettent des abus et saisir la commission de surveillance paritaire. Les nouvelles fonctions du contrôle médical de la sécurité sociale en ce domaine peuvent donc être comparées à celles du parquet en*

*matière pénale. L'on ne saurait cependant passer sous silence que l'examen des „profils médicaux“ soulèvera des difficultés sérieuses au Grand-Duché, vu le nombre limité de médecins pratiquant dans certaines spécialités.“*

La mission de constatation d'abus susmentionnée est donc remplacée par les trois nouvelles missions suivantes:

- l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;
- l'établissement par voie informatique, selon les directives de la commission de surveillance prévue aux articles 72 et 73 et avec la collaboration du centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'association d'assurance contre les accidents, de l'union des caisses de maladie et des caisses de maladie, d'un rapport de l'activité de chaque médecin ou médecin-dentiste en ce qui concerne notamment le nombre, la nature et le coût des actes réalisés ainsi que des prescriptions et des certificats d'incapacité de travail en vue de constater une déviation injustifiée éventuelle et de saisir la commission de surveillance instituée par la convention collective;
- l'établissement par voie informatique, selon les directives de la commission de surveillance prévue aux articles 72 et 73 et avec la collaboration du centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'association d'assurance contre les accidents, de l'union des caisses de maladie et des caisses de maladie, d'un rapport de l'activité pour les autres prestataires de soins du secteur extra-hospitalier.

En plus de ces missions, la loi ajoute qu'il appartiendra désormais au Contrôle médical

- de faire les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité et l'obligation et
- d'informer et de former le corps médical en matière de législation sociale.

Enfin, la loi du 27 juillet 1992 entérine la solution jurisprudentielle consistant à dire que les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées en inscrivant ce principe au nouvel article 341 du code de la sécurité sociale énumérant les missions du Contrôle médical.

## *2. Les lois du 13 mai 2008, du 12 mai 2010 et du 17 décembre 2010*

La loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique précise que les attributions en matière de contrôle médical de l'incapacité de travail peuvent également être exercées pendant la période couverte par l'obligation patronale et ajoute la constatation du droit aux soins palliatifs aux attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale, en anticipant la mise en vigueur du projet de loi sur les soins palliatifs (loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs).

La loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident complète les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale par celles découlant de la nouvelle législation en matière d'assurance accident, à savoir la constatation du préjudice physiologique et d'agrément et, le cas échéant, la fixation de son taux définitif, les avis et examens médicaux en vue de déterminer les douleurs physiques endurées et le préjudice esthétique et les avis et examens médicaux en relation avec la perte de salaire en matière d'assurance accident, les procédures de reclassement ou les mesures de reconversion professionnelle.

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé adapte et précise les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale afin de tenir compte des modifications de la réforme et ajoute comme attributions l'assistance à la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires établis par les prestataires de soins ainsi que la possibilité de la saisine de la Commission de nomenclature en vue de l'introduction de nouveaux actes, de la précision du libellé d'actes litigieux ou de la révision d'actes existants. Cette loi précise en outre la collaboration du Contrôle médical avec les autres institutions et organes tels que la Caisse nationale de santé, la Commission de nomenclature et la Commission de surveillance.

Aujourd'hui, l'article 418 du Code de la sécurité sociale énumère les missions du Contrôle médical comme suit:

- „1) la constatation de l'incapacité de travail au sens de l'article 9 du Code de la sécurité sociale;*



- 2) la constatation de l'invalidité selon les critères de l'article 187 du même Code;
- 3) la constatation du préjudice physiologique et d'agrément et, le cas échéant, la fixation de son taux définitif sur base du barème visé à l'article 119;
- 4) les avis et examens médicaux en vue de déterminer les douleurs physiques endurées et le préjudice esthétique sur base des échelles visées à l'article 120;
- 5) les avis et examens médicaux en relation avec la perte de salaire en matière d'assurance accident, les procédures de reclassement ou les mesures de reconversion professionnelle;
- 6) les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;
- 7) l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance;
- 8) l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;
- 9) la constatation au moyen des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, de toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;
- 10) l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation;
- 11) l'autorisation de la prise en charge de prothèses, orthèses et épithèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent;
- 12) la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social conformément aux dispositions légales, réglementaires ou statutaires;
- 13) les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité;
- 14) la participation à l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;
- 15) la participation à l'information et à la formation continue du corps médical en matière de législation sociale;
- 16) les avis à fournir à la demande de la Caisse nationale de santé, notamment en matière de médicaments visés aux articles 22, 22bis et 22ter et des prestations de soins;
- 17) la constatation du droit aux soins palliatifs;
- 18) l'assistance à la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires établis par les prestataires de soins;
- 19) la saisine de la Commission de nomenclature en vue de l'introduction de nouveaux actes, de la précision du libellé d'actes litigieux ou de la révision d'actes existants.

*Les attributions prévues à l'alinéa 1, points 1) à 6) et 12), sont exercées également pour les incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, suivant des critères à définir par les statuts de la Caisse nationale de santé.*

*Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées qui peuvent demander de la part du Contrôle médical la motivation de son avis en vue d'appuyer leur position devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis du Contrôle médical a été contredit par expertise médicale en première instance, l'institution ou l'administration concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.*

*(...)“*

L'énumération de l'article 418 du CSS n'est cependant pas exhaustive, certaines attributions du CMSS figurant dans d'autres lois, comme la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti ou le Code du travail.

### **b. Des missions en concurrence avec celle des médecins du travail**

La loi du 17 juin 1994 concernant les services de santé au travail impose la création de services de santé au travail. Avec l'entrée en vigueur de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle, les attributions des médecins du travail viennent chevaucher celles des médecins du CMSS en matière d'appréciation de l'incapacité de travail des assurés, introduisant ainsi des points de friction entre le droit du travail et le droit de la sécurité sociale.

#### *1. Législation comparée*

En Allemagne, le „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ (MDK), qui existe au niveau de chaque „Bundesland“, a pour mission de conseiller les caisses de maladie, que ce soit au niveau individuel ou sur des questions d'ordre général. Ainsi les médecins-experts du MDK émettent de manière ponctuelle, à la demande des caisses, tant des avis sur l'incapacité de travail ou les traitements individuels nécessités par les assurés que sur la qualité et l'efficacité des prestations individuelles prises en charge par l'assurance maladie. Le MDK est considéré comme un organe indépendant, dont l'expertise est destinée à conseiller les caisses de maladie dans leurs prises de décisions en matière de prestations, mais aussi de les seconder au besoin dans le cadre des conseils qu'elles donnent aux assurés, tout en ne les liant pas, le MDK de son côté n'intervenant pas directement dans le traitement des assurés. Au-delà de son rôle en matière de prestations, le MDK conseille les caisses de maladie sur les questions fondamentales en matière de prévention, de médecine curative et de réhabilitation ainsi que sur tout ce qui concerne les structures de soins de santé, qu'il s'agisse de la qualité et de l'efficacité des structures, des normes à y appliquer ou encore de la planification des soins. Il doit par ailleurs conseiller les caisses de maladie dans le cadre de leurs négociations avec notamment les prestataires de soins. Les MDK existant au sein de chaque „Bundesland“ sont soumis à l'autorité du ministère de la sécurité sociale, sont fédérés au niveau national et coopèrent étroitement ensemble. Les organes des MDK sont le conseil d'administration et l'administrateur délégué, le conseil d'administration étant nommé par les conseils d'administration des groupements des caisses de maladie. Les MDK sont financés par les caisses de maladie.

En France, le contrôle médical constitue un service national confié à des médecins-conseils, des chirurgiens-dentistes-conseils et des pharmaciens-conseils et dirigé par le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie, assisté par un médecin-conseil national et des médecins-conseils nationaux adjoints. Le service du contrôle médical, organisé au niveau régional, est financé par la caisse nationale d'assurance maladie. Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité. Le service du contrôle médical constate par ailleurs les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations. Il procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie. Les avis rendus par le service du contrôle médical s'imposent à l'organisme de prise en charge. Si au vu des dépenses présentées au remboursement ou de la fréquence des prescriptions d'arrêt de travail, le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'intéressé, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés, recommandations qui sont ensuite transmises à l'assuré.

Bien que les dispositions du Code de la sécurité sociale français et du „Sozialgesetzbuch“ allemand relatives aux services des contrôles médicaux respectifs diffèrent entre ces deux pays sur un certain nombre de points, on constate toutefois qu'elles ont en commun de leur conférer des missions d'évaluation de l'état de santé des assurés et d'appréciation quant à l'opportunité de prise en charge des traitements, mais aussi des missions de contrôle tant des prestataires et des établissements de soins que de la qualité des prestations prises en charge, les experts du MDK pouvant notamment être appelés à apprécier l'existence de fautes médicales dans le cadre des soins pris en charge par les caisses de maladie et les médecins du contrôle médical français pouvant émettre des appréciations sur l'intérêt thérapeutique des traitements suivis par les assurés.

## 2. Nécessité d'une réforme

Dans son programme établi pour la période de législature 2004-2009, le Gouvernement avait déjà souligné „la nécessité de valoriser le rôle du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la maîtrise des coûts“. Bien que le Gouvernement n'ait pas expressément mentionné la nécessité d'une modification des dispositions relatives au Contrôle médical dans son programme pour la période de législature 2009-2014, un toilettage des textes est cependant indispensable dans le cadre de l'objectif poursuivi d'un meilleur pilotage de l'assurance maladie et s'inscrit dans la volonté du Gouvernement d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins tout en maîtrisant mieux les coûts. Le Contrôle médical de la sécurité sociale est un acteur incontournable dans la poursuite de cet objectif du „soigner mieux en dépensant mieux“ et il convient de lui donner les moyens nécessaires pour y parvenir. Le fait que le système de soins de santé luxembourgeois devra par ailleurs dans un avenir proche davantage faire face à une comparaison voire une concurrence avec des offres de soins transfrontalières suite à la transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers justifie également que les pouvoirs du Contrôle médical soient renforcés et qu'il joue à l'avenir un rôle dans l'appréciation de la qualité des soins dispensés au Luxembourg. Bien que la redéfinition des missions du Contrôle médical de la sécurité sociale avait été discutée dans le cadre des groupes de travail institués pour préparer le projet de réforme ayant abouti à la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, elle fut abandonnée faute de temps, l'envergure de ce projet n'ayant finalement plus permis de procéder également à une modification des dispositions du Code de la sécurité sociale ayant trait au Contrôle médical. Le présent projet de loi vient donc compléter sur ce point la réforme votée en 2010.

## 3. Modifications proposées

Le présent projet modernise les dispositions relatives au Contrôle médical de la sécurité sociale afin de tenir compte des changements intervenus tant au niveau législatif que dans la pratique depuis la création de cette administration. Il a également été procédé à une restructuration des dispositions dans la mesure où désormais, les missions du Contrôle médical sont formulées de manière générale dans des articles distincts au lieu d'être énumérées en détail, comme dans l'article 418 actuel du Code de la sécurité sociale. Le texte gagne ainsi en clarté, cette présentation des attributions allant de pair avec un des objectifs du projet visant à permettre au Contrôle médical de se concentrer davantage sur ses missions et de le décharger du travail qui devrait être effectué par d'autres. Ainsi, le nombre des demandes d'autorisations préalables a littéralement explosé au cours du temps, le Contrôle médical étant saisi pour des questions qui pourraient être tranchées au niveau de la Caisse nationale de santé, qui devrait être réorganisée de façon à ce que le Contrôle médical n'ait qu'à traiter les demandes nécessitant réellement une expertise médicale. Il serait souhaitable que la redéfinition des missions du Contrôle médical mise en place par le présent projet aille de pair avec une réorganisation au niveau de l'assurance maladie, avec une standardisation des procédures pour optimiser le travail fourni par le Contrôle médical et lui permettre à l'avenir de travailler dans de meilleures conditions. Il convient de relever dans ce contexte que dans le cadre de la transposition de la directive relative aux soins transfrontaliers susmentionnée, il est expressément prévu que la Caisse nationale de santé pourra davantage opposer aux assurés des refus de prise en charge ne reposant pas sur des avis du Contrôle médical.

Il a également été décidé de délimiter expressément le champ d'intervention du Contrôle médical aux prestations de sécurité sociale, domaine vaste qui accapare toutes ses ressources. Ainsi, d'autres administrations et structures sont compétentes aujourd'hui pour s'occuper de la médecine du travail, de la réinsertion professionnelle et de la prévention (médecine du travail, Direction de la Santé).

Enfin, la tendance croissante de mettre en cause la responsabilité de l'Etat et des institutions, les exigences de plus en plus grandes concernant la qualité des prestations avec le développement de normes et standards en la matière, l'obligation qui se répand dans tous les domaines de mieux informer les personnes (en leur qualité d'administrés, de justiciables, de patients, de consommateurs ou encore d'assurés), la pression croissante sur les ressources de la sécurité sociale ou encore les critiques émises par les cours et tribunaux et le médiateur quant au manque de motivation des décisions prises sur base d'un avis du Contrôle médical justifient une révision des dispositions actuelles du Code de la sécurité sociale en ce qui concerne les pouvoirs du Contrôle médical dans le sens d'un renforcement de ses missions actuelles d'évaluation et de contrôle tant des assurés que des prestataires, mais aussi d'un élargissement de ses pouvoirs en lui conférant une mission de conseiller tant les assurés que la Caisse



nationale de santé. De toute évidence, le Contrôle médical de la sécurité sociale a, en tant qu'expert médical au service de la sécurité sociale, un rôle essentiel à jouer dans la prise en charge des assurés et l'application du principe d'une médication économique. Un pilotage efficace du système de soins de santé avec le maintien d'une prise en charge de qualité n'est en effet réalisable à terme qu'avec l'aide d'un Contrôle médical qui dispose des moyens nécessaires pour évaluer la qualité des prestations à charge de la sécurité sociale.

\*

## TEXTE DU PROJET DE LOI

**Art. 1.** Le chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ prend la teneur suivante:

### *„Chapitre III – Contrôle médical de la sécurité sociale*

**Art. 418.** Une administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 426. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

**Art. 419.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.

Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale sont habilités à se rendre entre huit heures et dix-huit heures auprès des médecins traitants et de tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis afin d'y consulter sur place les documents énumérés à l'article 60bis, auxquels ils doivent avoir accès. Ils doivent être dûment munis de leur carte de légitimation qu'ils présenteront sur demande.

**Art. 420.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des traitements visés à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.

**Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

Dans le cadre de l'évaluation de la nécessité et de la durée d'un traitement en milieu stationnaire, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale sont habilités à se rendre, entre huit heures et dix-huit heures, dans les établissements hospitaliers au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, pour examiner l'assuré. Ils doivent être dûment munis de leur carte de légitimation qu'ils présenteront sur demande.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.

**Art. 422.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 et lui fournit à sa demande des avis, dont les avis visés à l'article 22 en matière de médicaments et les avis concernant les normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille et assiste la Caisse nationale de santé, à sa demande, au sujet de toute question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé, y compris le développement d'indicateurs de qualité pour les soins de santé ambulatoires et stationnaires.

**Art. 423.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale ne s'imisce pas dans le traitement que suit l'assuré, dans la mesure où ce traitement est efficace et conforme aux données acquises par la science et la déontologie médicale et que l'assuré a été suffisamment informé pour permettre son consentement éclairé au traitement proposé.

Toutefois, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut conseiller les assurés afin que les prestations correspondent au mieux à l'état de santé des assurés sans dépasser l'utile et le nécessaire et soient faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des traitements tout en étant conformes aux données acquises par la science, à la médecine factuelle et à la déontologie médicale. Si à l'occasion d'un examen, il apparaît au médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant de l'assuré, il le lui signale ainsi qu'à l'assuré.

**Art. 424.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.

**Art. 425.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.

**Art. 426.** Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Suite aux modifications du chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale, les articles 422 à 460 actuels du livre VI du Code de la sécurité sociale sont à renuméroter pour devenir les articles 427 à 465 nouveaux du Code de la sécurité sociale.

**Art. 2.** Le livre I du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance maladie-maternité“ est modifié comme suit:

- 1° A l'article 10, alinéa 4 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.
- 2° A l'article 11, alinéas 2 et 3 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.
- 3° A la suite de l'article 11, alinéa 4 il est inséré un nouvel alinéa 5 libellé comme suit:
 

„(5) La conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie.“

L'alinéa 5 actuel devient l'alinéa 6 nouveau.
- 4° A l'article 14, alinéa 1, la troisième phrase est supprimée.
- 5° L'article 14, alinéa 3 est complété par la phrase suivante:
 

„Les statuts peuvent prévoir les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“
- 6° A l'article 16, alinéa 1 est ajouté un nouveau point 5) libellé comme suit:
 

„5) tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale.“

7° L'article 16 est complété par un nouvel alinéa libellé comme suit:

„Les prestations en espèces octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution. Les sommes indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire. Elles peuvent également être déduites des prestations ou des arrérages restant dus ou être recouvrées par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 434.“

8° A l'article 23, alinéa 2 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.

9° L'article 47, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.“

10° A la suite de l'article 47, alinéa 1 il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit:

„La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Ces décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent.“

Les alinéas 2, 3 et 4 actuels deviennent les alinéas 3, 4 et 5 nouveaux.

11° A l'article 47, alinéa 4 nouveau, les renvois à l'alinéa 2 sont à remplacer par des renvois à l'alinéa 3.

12° A l'article 53, alinéa 1, point 2) le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.

13° A l'article 59, alinéa 2 le renvoi aux articles 454 à 456 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 à 461.

14° A l'article 64, alinéa 2, point 5) le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 425.

15° A l'article 72bis, alinéa 1, point 1) le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5 et au point 2) le renvoi à l'article 47, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 3.

16° A l'article 73, alinéa 1, le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 425.

17° A l'article 73bis, alinéa 3, le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.

18° A l'article 83, alinéa 1 le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.

19° A l'article 83, alinéa 1 les termes „les décisions prises en matière de prestations et d'amendes d'ordre“ sont remplacés par „les décisions à portée individuelle prises en matière d'assurance maladie-maternité“.

**Art. 3.** Le livre II du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance accident“ est modifié comme suit:

A l'article 91, alinéa 1, point 10), le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 421.

**Art. 4.** Le livre III du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance pension“ est modifié comme suit:

A l'article 171, alinéa 2 le renvoi à l'article 449, alinéa 1 sous 3) est à remplacer par un renvoi à l'article 454, alinéa 1, point 3).

**Art. 5.** Le livre IV du Code de la sécurité sociale intitulé „Prestations familiales“ est modifié comme suit:

A l'article 318, alinéa 2, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.

**Art. 6.** Le livre V du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance dépendance“ est modifié comme suit:

- 1° A l'article 377, alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 430 à 440.
- 2° A l'article 382, alinéa 5, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.
- 3° A l'article 383, le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5.
- 4° A l'article 393ter, alinéa 3 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.

**Art. 7.** Le livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ est modifié comme suit:

- 1° A l'article 396, alinéa 4, le renvoi à l'article 454, alinéas 3 et 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 459, alinéas 3 et 4.
- 2° A l'article 416, alinéa 2, le renvoi à l'article 429, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 434, alinéa 2.
- 3° A la suite de l'actuel article 426, alinéa 3, qui devient le nouvel article 431, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit:

„Par dérogation à l'alinéa 1, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre sur support informatique.“

L'alinéa 4 actuel devient l'alinéa 5 nouveau.

- 4° Il est ajouté un nouvel alinéa final à l'actuel article 426, devenu le nouvel article 431, qui devient l'alinéa 6, libellé comme suit:

„Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 1 et 5 au Centre commun par voie électronique.“

- 5° A l'article 432, alinéa 1, qui devient le nouvel article 437, le renvoi à l'article 449, alinéa 1er, numéro 3 est à remplacer par un renvoi à l'article 454, alinéa 1, point 3).
- 6° A l'article 454, paragraphe 3, alinéa 2, qui devient le nouvel article 459, le renvoi aux articles 59, 318, 382, 457 est à remplacer par un renvoi aux articles 59, 318, 382 et 462.
- 7° A l'article 454, paragraphe 7, alinéa 2, qui devient le nouvel article 459, le renvoi aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 457 est à remplacer par un renvoi aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 462.
- 8° A l'article 457, alinéa 2, qui devient le nouvel article 462, le renvoi à l'article 454 est à remplacer par un renvoi à l'article 459.

**Art. 8.** Le Code du travail est modifié comme suit:

- 1° L'alinéa 2 du paragraphe 3 de l'article L. 121-6 est complété comme suit:

„Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail cesse pour le salarié en cas de décision de refus émise par la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, qui s'impose à l'employeur. La période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède cesse à l'expiration du délai de recours de quarante jours courant à partir de la notification de la décision de la Caisse nationale de santé à l'assuré. La Caisse nationale de santé informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la

période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède est maintenue. Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli en cas de révision de la décision de refus susvisée ayant mis fin au droit, l'employeur en étant informé par la Caisse nationale de santé."

2° A l'article L. 121-6, paragraphe 5, première phrase, les termes „après l'expiration de la période visée au paragraphe (3), alinéa 1er“ sont remplacés par „après l'expiration des périodes visées au paragraphe (3), alinéas 1 et 2“.

3° L'article L. 351-4, paragraphe (1) et paragraphe (2), alinéa premier sont remplacés comme suit:

„(1) Le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner un examen médical, à effectuer par un médecin du travail de la Direction de la santé, des salariés exposés à l'un des agents visés à l'annexe 5 du présent code.

(2) Si l'examen médical, visé au paragraphe (1), révèle que la santé des salariés est gravement menacée, le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner que le salarié soit temporairement soustrait à l'action d'un agent."

**Art. 9.** Le chapitre II intitulé „Contrôle médical de la sécurité sociale“ de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale est modifiée comme suit:

1° A l'article 5, paragraphe 1, le point 1) intitulé „dans la carrière supérieure de l'administration“ est complété comme suit:

„c) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12  
des psychologues

d) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12  
des conseillers de direction première classe;  
des conseillers de direction;  
des conseillers de direction adjoints;  
des attachés de direction premier en rang;  
des attachés de direction;  
des stagiaires ayant le titre d'attaché de direction."

2° A l'article 5, paragraphe 1, le point 2) intitulé „dans la carrière moyenne de l'administration“ est modifié comme suit:

Il est inséré entre le point a) et b), qui devient le point c), un nouveau point b) libellé comme suit:

„b) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 10  
des infirmiers gradués“.

### **Disposition transitoire**

**Art. 10.** Le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est autorisé à engager à titre permanent et à tâche complète, pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, quinze médecins-conseils, un attaché de direction, un pharmacien-inspecteur, cinq psychologues, un infirmier gradué et cinq expéditionnaires.

### **Entrée en vigueur**

**Art. 11.** La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial.

\*

## COMMENTAIRE DES ARTICLES

### *Article 1*

Cet article remplace l'ensemble des dispositions du chapitre III intitulé „Contrôle médical de la sécurité sociale“ du titre I „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“, à savoir les articles 418 à 421 du Code de la sécurité sociale, par les nouveaux articles 418 à 426.

### *Article 418*

Cette disposition définit le champ d'intervention du Contrôle médical de la sécurité sociale, dont les missions sont exercées dans le cadre des prestations de sécurité sociale. Si le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie naît conformément à l'article 11 du Code de la sécurité sociale dès le premier jour d'incapacité de travail d'un salarié, il est cependant suspendu pendant la période de conservation légale du salaire. Même si la Mutualité des employeurs verse des prestations aux employeurs et que le salarié bénéficie généralement de prestations en nature pendant cette période, il a été jugé préférable de préciser expressément au niveau de l'article 418 que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions également pendant la période de conservation légale du salaire indemnisée au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, afin qu'il soit clair que le Contrôle médical de la sécurité sociale puisse également évaluer, examiner et contrôler les assurés pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs. La dernière phrase de l'article reprend l'actuelle disposition de l'article 418, alinéa 1, point 13 relative aux cartes de priorité et d'invalidité.

### *Article 419*

Au lieu d'énumérer en détail les divers domaines dans lesquels le Contrôle médical de la sécurité sociale est chargé de se prononcer sur l'état de santé des assurés et de renvoyer aux diverses dispositions légales mentionnant que le Contrôle médical de la sécurité sociale doit émettre un avis, comme le faisait jusqu'ici l'article 418 du Code de la sécurité sociale, le nouvel article 419, alinéa 1 formule désormais de manière générale la mission d'évaluation de l'état de santé des assurés conférée au Contrôle médical de la sécurité sociale et précisée dans les lois, règlements ou statuts. En prévoyant expressément que les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sont motivés, il est satisfait aux exigences de la procédure administrative non contentieuse. Il convient de préciser que comme l'article 418 dispose de façon générale que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions tant dans le cadre des prestations de sécurité sociale que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire, les articles 419 et suivants ne précisent plus à chaque fois que le Contrôle médical peut évaluer l'état de santé des assurés et procéder aux examens médicaux nécessaires pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire. Ainsi, le nouvel article 11, alinéa 5 du CSS tel que proposé dans le présent projet dispose que la conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie et le nouvel article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale ainsi que le nouvel article L. 121-6 du Code du travail prévus aux articles 2 et 8 du présent projet permettront à la Caisse nationale de santé de prendre à l'avenir des décisions de refus, notamment sur base d'un avis du Contrôle médical, s'imposant en matière de droit du travail et mettant fin automatiquement tant au droit au maintien du salaire qu'au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie.

Si l'obligation de communication des indications concernant le diagnostic et le traitement à charge des médecins traitants des assurés figure déjà actuellement à l'article 421, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, elle a été étendue à tout autre prestataire de soins de santé, réseau, établissement hospitalier ou établissement d'aide et de soins énumérés à l'article 60bis du Code de la sécurité sociale alors que le Contrôle médical de la sécurité sociale doit disposer de toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement, donc également de celles émanant d'autres prestataires, pour pouvoir correctement évaluer l'état de santé des assurés.

Au besoin, le Contrôle médical de la sécurité sociale est habilité à se rendre auprès des différents prestataires pour consulter le dossier médical d'un assuré.

### *Article 420*

Au lieu d'énumérer en détail les divers domaines dans lesquels le Contrôle médical de la sécurité sociale doit autoriser la prise en charge de prestations comme le faisait jusqu'ici l'article 418 du Code



de la sécurité sociale, l'article 420 formule désormais de manière générale la mission d'autorisation de prise en charge des traitements visés à l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale pour autant qu'une telle autorisation est prescrite par les lois, règlements ou statuts.

*Article 421*

Dans le cadre de la mission d'évaluation de l'état de santé des assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale doit évidemment pouvoir effectuer ou faire effectuer les examens médicaux nécessaires, y compris lorsque l'assuré est hospitalisé, ceci tant dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts que lorsque le Contrôle médical le juge nécessaire, par exemple s'il estime devoir revoir un assuré une ou plusieurs fois notamment dans le cadre du suivi de pathologies psychiques ou devoir convoquer un assuré dans le cadre du contrôle des périodes d'incapacité totale de travail, contrôle qui pourra être effectué et sera assorti d'effets dès le premier jour de l'incapacité de travail.

*Article 422*

Cet article contient la mission du Contrôle médical de la sécurité sociale de conseiller la Caisse nationale de santé et reprend l'article 418, alinéa 1, points 8) et 16). Notre système d'assurance maladie-maternité avec une prise en charge de qualité ne peut perdurer que si les prestations accordées respectent le principe de l'utile et du nécessaire. De toute évidence, la Caisse nationale de santé a besoin d'une expertise médicale pour pouvoir mettre en oeuvre ce principe. Dans les négociations des conventions avec les prestataires, la Caisse nationale de santé se trouve souvent confrontée à des arguments de nature médicale sur lesquels un dialogue constructif ne peut s'instaurer que si de son côté, elle dispose de conseillers ayant l'expertise médicale nécessaire pour pouvoir apprécier la justesse des arguments avancés. Il appartient au Contrôle médical de jouer ce rôle de conseiller.

*Article 423*

Cet article met fin aux contradictions inhérentes aux dispositions actuelles relatives aux attributions du Contrôle médical.

En effet, l'article 421 actuel du Code de la sécurité sociale suivant lequel les médecins du Contrôle médical doivent s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement est inconciliable avec l'obligation pour le Contrôle médical d'émettre des avis devant permettre d'apprécier le bien-fondé de prestations et l'évolution qui a eu lieu en matière d'obligation d'information et de motivation à l'égard des assurés. De par leur fonction de médecins et de par leurs attributions au sein de leur administration, les médecins-conseils du Contrôle médical doivent apprécier l'état de santé des assurés et cette appréciation comporte nécessairement, au moins indirectement, une appréciation sur le traitement. En jugeant ainsi, suite à l'examen médical d'un assuré, que celui-ci est capable de reprendre son travail alors que le médecin traitant de l'assuré a prescrit un congé de maladie, le médecin-conseil juge le bien-fondé du certificat d'incapacité de travail émis par le médecin traitant. Si une obligation particulière de retenue à l'égard des assurés caractérise la médecine de contrôle et si les médecins de contrôle n'ont pas la même relation avec les assurés qu'un médecin avec son patient, il n'en reste pas moins que les médecins de contrôle doivent pouvoir faire leur travail correctement et émettre au besoin un avis médical sur un diagnostic et un traitement. De toute évidence, le principe de la prise en charge de prestations de qualité suivant le principe de l'utile et le nécessaire ne peut être mis en oeuvre que si le Contrôle médical a le pouvoir d'intervenir en cas d'abus ou de traitements médicalement injustifiés, voire inadaptés. Le Contrôle médical apprécie dans le cadre de son travail la qualité des soins, en contrôle le bien-fondé et l'efficacité et pourra désormais s'exprimer à cet égard s'il le juge nécessaire. Le texte proposé encadre strictement et délimite cette mission de conseil qui ne pourra donc se faire que si les conditions prévues par le texte sont remplies. Il a par ailleurs été jugé utile d'introduire la notion de médecine factuelle dans le texte, dont le terme consacré est celui de „evidence-based medicine“, ce qui peut se traduire par „pratique médicale fondée sur des preuves“. La médecine factuelle peut être définie comme la pratique d'une médecine recourant à l'utilisation rigoureuse, judicieuse, consciencieuse et explicite des meilleures données disponibles, étayées par des faits scientifiquement établis lors de la prise de décision concernant les soins à prodiguer. Il s'agit d'un outil intellectuel qui établit des niveaux de preuve et des grades de recommandations dans les domaines de la thérapie, de la prévention, de l'étiologie, du pronostic, du diagnostic, du diagnostic différentiel, des symptômes, de la prévalence, de l'analyse économique et de l'arbre décisionnel. Il appartient ainsi au médecin de rechercher les points de convergence entre les données de sa pratique professionnelle, en

partie édictée par les structures de la médecine factuelle, sa propre décision et la liberté du choix de son patient.

*Article 424*

Cet article a trait à la mission de contrôle exercée par le Contrôle médical de la sécurité sociale afin d'aider la Caisse nationale de santé à lutter contre les abus et les fraudes tant dans le chef des prestataires que dans le chef des assurés.

*Article 425*

Cet article reprend le point 9) de l'article 418, alinéa 1 actuel.

*Article 426*

L'article 426 reprend les dispositions de l'article 418, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale concernant la compétence liée. Ainsi, comme dans le passé, les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées. Il s'agit d'éviter notamment lors des réunions des comités directeurs que des éléments de nature médicale soient discutés et des appréciations émises sur l'état de santé des assurés par des personnes n'ayant pas la qualité de médecin. A remarquer que le présent projet entend confirmer et renforcer le rôle du Contrôle médical en tant que partenaire de confiance des institutions de sécurité sociale sur toute question de nature médicale. L'évolution s'est faite vers une appréciation globale de l'état des assurés au-delà des différents risques indemnisés par les institutions de sécurité sociale et admettre que les institutions emploient à nouveau, comme dans le passé, leurs propres médecins marquerait un retour en arrière non souhaitable. Il convient de souligner que seuls les avis du Contrôle médical à portée individuelle, tels que les avis émis dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé d'un assuré ou en matière de consommation abusive de soins de santé d'un assuré, s'imposent à la Caisse nationale de santé. Celle-ci reste libre de suivre ou non les avis à portée générale que le Contrôle médical émet dans le cadre de ses missions de conseil et d'assistance.

*Article 2*

Cet article regroupe les modifications apportées au livre I du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance maladie-maternité.

*Point 1° – article 10, alinéa 4 CSS*

Modification de renvoi qui s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

*Point 2° – article 11, alinéas 2 et 3 CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 10, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 3° – article 11, nouvel alinéa 5 CSS*

Afin de permettre au Contrôle médical de la sécurité sociale de travailler efficacement et d'assortir ses contrôles de l'incapacité de travail d'effets également pendant la période de l'obligation patronale de maintien du salaire, il est important que le droit à la conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie, donc également pour les motifs figurant par exemple à l'article 16 du Code de la sécurité sociale, comme le refus de l'assuré, sans motif valable, de se soumettre au contrôle médical. Voir également le commentaire du point 10 ci-après et de l'article 8, points 1 et 2.

*Point 4° – article 14, alinéa 1 CSS*

Par la loi du 21 décembre 2004 modifiant 1. Le Code des assurances sociales 2. La loi modifiée du 24 mai 1989 sur le contrat de travail, le législateur a voulu améliorer la gestion de la prise en charge de l'incapacité de travail par les différents intervenants en introduisant l'obligation, pour l'assuré, de verser un rapport circonstancié de son médecin traitant au plus tard pour la dixième semaine d'incapacité, au cours d'une période de référence de vingt semaines, devant permettre ainsi au Contrôle



médical de la sécurité sociale d'orienter mieux l'assuré vers le système de prise en charge adéquat. Cette loi a reformulé l'alinéa 2 de l'article 14 du Code de la sécurité sociale comme suit: „Toutefois, l'indemnité pécuniaire de l'assuré n'est plus accordée après dix semaines d'incapacité de travail au cours d'une période de référence de vingt semaines à moins que l'assuré ne présente un rapport médical circonstancié, établi par son médecin traitant, et justifiant de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale le maintien du droit au-delà de cette échéance. Les statuts peuvent préciser les modalités d'application du présent alinéa, adapter les périodes de référence et reporter cette échéance.“ L'avis motivé à établir par le médecin traitant (figurant sous le code R4 dans la nomenclature des actes et services des médecins et intitulé „examen général et rapport dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention d'une pension d'invalidité ou dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée à charge de l'assurance maladie“) devait donc permettre au Contrôle médical de la sécurité sociale d'aiguiller plus rapidement l'assuré vers la continuation de l'indemnité pécuniaire, la pension d'invalidité, une mesure de réinsertion professionnelle ou vers la reprise du travail et d'écarter les demandes abusives. La loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique a conféré à l'article 14 du Code de la sécurité sociale sa teneur actuelle en le modifiant comme suit: „L'indemnité pécuniaire est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Les prolongations éventuelles sont à déclarer dans les formes et délais prévus par les statuts. Après la période de suspension visée aux articles 11, alinéa 2 et 12, alinéa 3, l'indemnité pécuniaire ne peut être accordée que si l'assuré présente un rapport médical circonstancié, établi par son médecin traitant.“ Conformément au commentaire de l'amendement ayant introduit cet article dans le projet de loi, l'ancienne disposition ne pouvait être maintenue car „dorénavant tous les assurés salariés auront droit au maintien de leur rémunération pendant une période minimale de 77 jours par période de référence de 52 semaines. La disposition resterait donc sans effet, car le paiement d'une indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé ne commencera qu'ultérieurement. L'alinéa 2 est donc à remplacer par une disposition permettant à la Caisse nationale de santé le commencement du paiement que si l'assuré a présenté le rapport circonstancié. La nouvelle disposition est intégrée dans l'alinéa 1 pour bien marquer l'attribution définitive de l'indemnité uniquement sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Les détails de cette obligation administrative seront précisés dans les statuts suivant l'article 45, alinéa 3, point 5). L'alinéa 2 actuel est dès lors abrogé.“

L'article 173 des statuts de la Caisse nationale de santé dispose:

„Si les périodes d'incapacité de travail déclarées conformément aux articles qui précèdent atteignent six semaines au cours d'une période de référence de seize semaines, la Caisse nationale de santé invite l'assuré par simple lettre à lui retourner le formulaire à utiliser par son médecin traitant pour l'établissement du rapport médical circonstancié prévu par l'article 14, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale. Un rappel non recommandé lui est adressé à la fin de la huitième semaine d'incapacité le rendant attentif aux conséquences découlant pour lui du non-envoi dudit rapport.

Une nouvelle demande d'établissement d'un rapport médical circonstancié ne peut être adressée à l'assuré que si celui-ci a repris le travail pour une durée totale de dix semaines après réception du précédent rapport.

Par rapport médical circonstancié on entend le rapport dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée prévu par la nomenclature des actes et services des médecins (R4) ou tout autre rapport médical circonstancié adressé au Contrôle médical de la sécurité sociale et accepté comme tel par celui-ci.“

Le système mis en place ne fonctionne toutefois pas comme escompté: en effet, la troisième phrase de l'article 14 a été introduite dans le Code de la sécurité sociale en vue d'améliorer la gestion de l'incapacité de longue durée et est basée sur l'hypothèse où l'assuré est incapable de travailler de manière continue pendant plusieurs semaines, ce qui est toutefois l'exception dans la pratique. Dans la majorité des cas, plusieurs périodes d'incapacité de travail et de reprise du travail se succèdent chez les assurés jusqu'à ce que l'assurance maladie intervienne dans l'indemnisation de l'incapacité de travail. L'algorithme qui détermine quand le rapport circonstancié R4 est généré et envoyé à l'assuré dans le cadre d'un système de gestion automatique n'est donc pas parallèle à l'algorithme qui définit la charge de l'incapacité de travail, comme prévu initialement. Il s'ensuit que le rapport R4 est souvent envoyé à l'assuré à un moment inapproprié. L'envoi et la rémunération automatique des rapports R4 génèrent pour la Caisse nationale de santé un coût et pour le Contrôle médical une charge administrative disproportionnés par rapport à l'utilité de cet instrument. En réalité, le Contrôle médical reçoit tardivement les rapports R4, qui de surcroît sont souvent incomplets, de sorte que dans la majorité des cas, la

réception du R4 sert surtout à programmer la convocation des assurés en arrêt maladie auprès du Contrôle médical. Il est dès lors proposé de modifier la procédure de l'envoi du rapport R4 en même temps que les dispositions relatives au contrôle de l'incapacité de travail pendant la période de la charge patronale. Désormais, les assurés seront convoqués en temps utile et le Contrôle médical utilisera le rapport R4 de manière plus sélective, en décidant en connaissance de cause dans quels cas il y a lieu de lancer la procédure R4. Dès réception de ce document, le médecin-conseil jugera au vu du contenu du R4 de la recevabilité de ce document conformément à l'article 173 des statuts de la Caisse nationale de santé, déterminant ainsi si le R4 réceptionné est à prendre en charge par la Caisse nationale de santé. La nouvelle procédure du R4 vise à pallier aux inconvénients actuels du système tout en permettant au Contrôle médical d'aiguiller l'assuré, comme dans le passé mais avec davantage d'efficacité, vers le système de prise en charge adapté.

*Point 5° – article 14, alinéa 3 CSS*

La présente modification a pour objet de permettre aux statuts de la Caisse nationale de santé de prévoir, en cas de cessation de l'affiliation, des informations à fournir par le bénéficiaire de l'indemnité pécuniaire permettant de documenter l'origine de la cessation de l'affiliation et d'apprécier si la personne ne touche pas d'autres revenus, que ce soit un revenu lié à une nouvelle activité professionnelle ou un revenu de remplacement.

*Point 6° – article 16, alinéa 1, nouveau point 5) CSS*

A l'instar de ce que prévoit l'article 127 en matière d'assurance accident, il y a lieu d'ajouter à l'article 16 que l'indemnité pécuniaire n'est pas payée si l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale, ceci notamment au vu de la suppression de la troisième phrase de l'article 14, alinéa 1 et de la nouvelle procédure R4 proposée (cf. commentaire du point 4) ci-avant.

*Point 7° – article 16, nouvel alinéa final CSS*

Il est proposé d'introduire dans les dispositions régissant les prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité une disposition similaire à ce que prévoit l'article 23 pour les prestations en nature. Des dispositions similaires existent déjà pour l'assurance accident (article 127) et l'assurance dépendance (article 315). A noter que la modification proposée renvoie au nouvel article 434 après la renumérotation à opérer suite à la modification des dispositions relatives au Contrôle médical de la sécurité sociale, soit à l'article 429 actuel du Code de la sécurité sociale.

*Point 8° – article 23, alinéa 2 CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 10, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 9° – article 47, alinéa 1 CSS*

Il résulte des travaux parlementaires relatifs à la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique que l'intention du législateur était que l'article 47, alinéa 1 soit libellé comme l'article 51, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, à savoir que lorsque l'assuré demande, dans le cadre d'une question à portée individuelle à son égard, une décision susceptible de recours, la Caisse nationale de santé lui notifie une décision présidentielle susceptible de recours devant le comité directeur. Le texte est par ailleurs précisé en prévoyant désormais expressément, à l'instar de l'article 146 du Code de la sécurité sociale en matière d'assurance accident, que la Caisse nationale de santé peut émettre des décisions présidentielles en l'absence de demande d'une décision attaquable émanant des assurés. En effet le libellé actuel de l'article 47, alinéa 1 est insuffisant dans la mesure où il exclut de son champ d'application toutes les situations produisant des effets en dehors d'une initiative de l'assuré, de par un effet automatique de la loi ou en raison d'une sanction à prononcer par le président en cas de consommation abusive d'une prestation en nature ou d'une prestation en espèces. Afin d'éviter toute interprétation préjudiciable aux droits de l'assuré il y a lieu de clarifier l'article 47, alinéa 1. Par ce nouveau libellé la pratique administrative actuelle que la Caisse nationale a mise en place dans le cadre de sa gestion administrative journalière, consistant à informer l'assuré d'une éventuelle non-prise en charge, sans décision formelle du président, peut être maintenue. En effet, il s'agit là d'une procédure administrative d'information à distinguer de la procédure décisionnelle formelle. L'assuré qui se voit communiquer l'information administrative d'une non-prise en charge peut toujours faire valoir l'ar-

article 47 et obtenir une décision présidentielle susceptible, dans une première étape, d'un recours gracieux devant le comité directeur et, dans une deuxième étape, d'un recours contentieux devant les juridictions sociales. L'objectif de la présente modification est donc de clarifier la procédure décisionnelle de la Caisse nationale de santé de façon uniforme pour toutes les décisions administratives individuelles, peu importe que la décision formelle soit précédée d'une procédure d'information ou non et peu importe que la décision soit prise suite à une demande de l'assuré ou en dehors de toute initiative de l'assuré. La procédure décisionnelle doit toujours être la même avec la consécration du droit de l'assuré de disposer d'un recours gracieux et d'un recours contentieux.

*Point 10° – article 47, nouvel alinéa 2 CSS*

La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie fait l'objet d'une simple information lorsqu'elle est motivée par le changement de la charge qui va de l'employeur vers la Caisse nationale de santé ou vice-versa ou lorsque le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie cesse à l'expiration de la période de cinquante-deux semaines. La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie fait par contre l'objet d'une décision présidentielle si sa cause réside dans l'article 16 du Code de la sécurité sociale ou si elle résulte d'un constat de capacité au travail par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Le nouvel alinéa 2 met par ailleurs fin à l'insécurité juridique qui existait jusqu'à présent, liée à deux procédures de recours différentes, l'une devant les juridictions du travail pendant la période de l'obligation patronale et l'autre devant les juridictions sociales lorsque la charge se situait auprès de la Caisse nationale de santé. Dorénavant, la Caisse nationale de santé pourra prendre des décisions de non-paiement du salaire et de l'indemnité pécuniaire de maladie suite par exemple au constat de capacité ou au refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical, l'assuré disposant d'une voie de recours devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé, puis devant les juridictions sociales. Ces décisions s'imposeront automatiquement en matière de droit du travail. A noter que conformément au projet de loi n° 6555 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe, toutes les décisions prises par la Commission mixte (décisions de reclassement interne ou externe, décisions de non-reclassement et décisions relatives au statut des personnes sous reclassement professionnel externe) sont susceptibles d'une procédure de recours uniforme devant les juridictions sociales.

*Point 11° – article 47, alinéa 4 nouveau (ancien alinéa 2) CSS*

Modification de renvoi qui s'impose suite à l'insertion d'un nouvel alinéa 2 à l'article 47.

*Point 12° – article 53, alinéa 1, point 2) CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 10, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 13° – article 59, alinéa 2 CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 10, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 14° – article 64, alinéa 2, point 5) CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 10, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 15° – article 72bis, alinéa 1, points 1) et 2) CSS*

Modification du renvoi qui s'impose suite à l'insertion d'un nouvel alinéa à l'article 47.

*Point 16° – article 73bis, alinéa 1 CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 10, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 17° – article 73bis, alinéa 3 CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 10, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 18° – article 83, alinéa 1 CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 10, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 19° – article 83, alinéa 1 CSS*

La modification proposée vise à harmoniser l'article 83 avec le nouveau libellé proposé au niveau de l'article 47, alinéa 1.

*Article 3*

Cet article comprend la modification apportée au livre II du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance accident.

*Article 91, alinéa 1 CSS*

Modification de renvoi qui s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

*Article 4*

Cet article comprend la modification apportée au livre III du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance pension.

*Article 171, alinéa 2 CSS*

Modification de renvoi qui s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

*Article 5*

Cet article comprend la modification apportée au livre IV du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives aux prestations familiales.

*Article 318, alinéa 2 CSS*

Modification de renvoi qui s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

*Article 6*

Cet article regroupe les modifications apportées au livre V du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance dépendance.

*Point 1° – article 377, alinéa 5 CSS*

Modification de renvoi qui s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

*Point 2° – article 382, alinéa 5 CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 377, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale.

*Point 3° – article 383 CSS*

Modification du renvoi qui s'impose suite à l'ajout d'un nouvel alinéa à l'article 47.

*Point 4° – article 393ter CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 377, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale.

*Article 7*

Cet article regroupe les modifications apportées au livre VI du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives aux dispositions communes.

*Point 1° – article 396, alinéa 4*

Modification de renvoi qui s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

*Point 2° – article 416, alinéa 2*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 369, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 3° – article 426, nouvel alinéa 4 (nouvel article 431, alinéa 4) CSS*

Lors de l'introduction de l'assurance dépendance au 1er janvier 1999 l'ancien plafond de déclaration fixé au septuple du salaire social minimum avait été supprimé au motif que la contribution dépendance était perçue par le Centre commun sur base de l'assiette de cotisation en matière d'assurance maladie mais sans application du plafond cotisable correspondant au quintuple du salaire social minimum.

Pour éviter de devoir contraindre, sous peine d'amende d'ordre, l'ensemble des employeurs, dont certains se montrent plutôt réticents, à déclarer l'intégralité de la rémunération gagnée par chaque salarié et compte tenu du fait que les rémunérations individuelles n'ont pas d'incidence sur le montant des prestations de dépendance, contrairement à la plupart des prestations en espèces des autres branches de la sécurité sociale, il importe d'autoriser les employeurs à plafonner les déclarations individuelles au septuple du salaire social minimum. Afin de réduire le nombre de déclarations plafonnées et de permettre au Centre commun une gestion aisée et un contrôle efficace des déclarations en bloc annuelles établies pour le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite, le recours à cette procédure exceptionnelle est soumis à plusieurs conditions:

1. Les déclarations mensuelles et le décompte annuel doivent être effectués sur support informatique;
2. Le décompte en bloc annuel n'est autorisé que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année;
3. La condition exigée doit être remplie dans le chef de trois salariés au moins;
4. La déclaration en bloc portant en principe sur une année entière correspond nécessairement à un montant positif;
5. Le Centre commun effectue chaque année des contrôles ponctuels dans plusieurs entreprises pour vérifier si le montant en bloc déclaré correspond bien à la somme des différents salaires individuels signalés comme plafonnés au cours de l'année.

*Point 4° – article 426, nouvel alinéa 6 (nouvel article 431, alinéa 6) CSS*

L'alinéa 6 a pour objet d'imposer aux employeurs l'obligation légale de transmettre au Centre commun par voie informatique la déclaration mensuelle des salaires et des périodes d'incapacité de travail. En effet, la déclaration par voie électronique présente l'avantage pour le Centre commun non seulement d'éliminer une source d'erreurs provenant de la saisie manuelle des données, mais encore de lui permettre d'affecter son personnel de saisie à d'autres tâches plus valorisantes. Quant à l'employeur, il sera immédiatement averti, le cas échéant, de l'échec de sa tentative de transmission électronique des données au Centre commun.

A la suite de l'introduction du statut unique, l'utilisation de la procédure informatique SECULine pour la déclaration mensuelle des salaires a pris une ampleur considérable, de sorte que les déclarations électroniques représentent actuellement 90% de toutes les déclarations de salaires. Quelque 7.000 employeurs continuent à utiliser une liste salaires sur papier. Cette réticence s'explique dans une large mesure par le fait que la procédure SECULine n'est guère appropriée pour les petites entreprises. Aussi le Centre commun envisage-t-il de prévoir la possibilité pour l'employeur de faire ses déclarations par dépôt électronique authentifié et sécurisé et ce via la plateforme mysecu.lu qui sera mise en place et qui permettra également à l'employeur de consulter et de modifier les données le concernant. Tenant compte de ces contraintes informatiques existantes et du nombre réduit d'entreprises occupant plus de 50 salariés et ayant toujours recours au support papier (actuellement 51 entreprises), il est envisagé de limiter, dans une première phase, l'obligation légale des déclarations des salaires par voie électronique sécurisée aux seules entreprises dépassant une certaine envergure pour l'étendre aux autres entreprises. A noter que la déclaration périodique des salaires sur support papier ne constitue pas le moyen adéquat pour les grandes entreprises qui de surcroît sont déjà obligées d'utiliser la voie infor-

matique reposant sur une certification Luxtrust dans d'autres domaines de la gestion d'entreprise, tels que la déclaration TVA, les dépôts au Registre de commerce et la gestion des comptes bancaires via Multiline.

Pour la déclaration périodique des incapacités de travail, l'on constate que seulement 74% des déclarations parviennent au Centre commun par SECULine, alors que la déclaration des salaires se fait à raison de 90% par ce moyen de communication. Cet écart est d'autant plus étonnant que les deux déclarations sont intimement liées en ce qu'elles se basent en grande partie sur les mêmes données. Il est regrettable que ces déclarations, qui ont pour objet de confirmer la période d'incapacité de travail déclarée par le salarié et en même temps de constituer la demande de l'employeur en vue du remboursement par la Mutualité des employeurs de la rémunération continuée au salarié pendant la période en question, n'aient pas été liées davantage aux déclarations de salaires. Cet oubli a permis de générer des incohérences qui ont fait en sorte que les remboursements de la Mutualité ont été bloqués. En vue d'assurer une plus grande cohérence entre les données communiquées et de favoriser la déclaration des heures de travail, des heures d'incapacité de travail et des éléments de la rémunération par une seule et même personne, il convient de lier informatiquement les déclarations périodiques entre elles et par conséquent d'étendre l'obligation légale de communiquer les données par voie électronique aux déclarations d'incapacité de travail selon les mêmes modalités que les déclarations des salaires.

*Point 5° – article 432, alinéa 1 (nouvel article 437) CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 369, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 6° – article 454, paragraphe 3, alinéa 2 (nouvel article 459) CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 369, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 7° – article 454, paragraphe 7, alinéa 2 (nouvel article 459) CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 369, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Point 8° – article 457, alinéa 2 (nouvel article 462) CSS*

Il y a lieu de se reporter au commentaire de la modification de l'article 369, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

*Article 8*

Cet article regroupe les modifications apportées au Code du travail.

*Points 1 et 2 – article L. 121-6, paragraphe 3, alinéa 2 et paragraphe 5 CT*

La modification proposée vise à mieux coordonner les dispositions du droit du travail avec celles du Code de la sécurité sociale. Si la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique a introduit un nouvel alinéa 2 à l'article 418 du Code de la sécurité sociale traitant des attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale en vue de préciser que les attributions en matière de contrôle médical de l'incapacité de travail peuvent également être exercées pendant la période couverte par l'obligation patronale, cette disposition est restée lettre morte, alors que les conclusions du Contrôle médical de la sécurité sociale sont à l'heure actuelle inopposables au niveau du droit du travail et sont donc dépourvues d'effets. Pour améliorer la gestion de l'incapacité de travail, il est indispensable de prévoir un parallélisme entre l'obligation patronale de maintien de salaire et le droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie quant à la procédure de contrôle médical de l'incapacité de travail par le Contrôle médical de la sécurité sociale avec les voies de recours afférentes, ceci d'autant plus que la charge se situe tantôt auprès de l'employeur, tantôt auprès de la Caisse nationale de santé. En cas de constat de capacité au travail par le médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale ou en présence d'un autre motif mettant fin au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie, tel que le refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical sans motif valable, la Caisse nationale de santé pourra désormais prendre une décision de refus s'imposant en matière de droit du travail et mettant fin automatiquement au droit au maintien du salaire ou au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie selon que la charge se situe auprès de l'employeur ou de la Caisse nationale de santé.



La protection contre le licenciement pour une période de vingt-six semaines au plus à partir de la survenance de l'incapacité de travail est maintenue même en cas de cessation du droit au maintien du salaire à condition que le salarié fasse un recours contre la décision de la Caisse nationale de santé à l'origine de la cessation du droit et la protection court, pour une période maximale de 26 semaines, tant qu'il n'existe pas de décision coulée en force de chose décidée ou jugée ayant confirmé la décision de refus. L'assuré est donc protégé contre le licenciement en cas de recours dans un premier temps contre la décision présidentielle, puis en cas de recours devant le Conseil arbitral contre la décision du comité directeur. Si dans la pratique le délai de 26 semaines est expiré en cas de recours devant le Conseil supérieur contre le jugement du Conseil arbitral, puisque l'exercice des voies de recours devant d'abord le comité directeur puis devant le Conseil arbitral prennent du temps, il est évident que si exceptionnellement le délai de 26 semaines ne devait pas encore être expiré au moment où le Conseil arbitral prononce son jugement, il continuerait à courir et la protection y afférente serait maintenue en cas d'appel par l'assuré. A noter que l'employeur pourra s'adresser à tout moment à la Caisse nationale de santé pour obtenir des renseignements sur la date de notification des décisions de refus à l'assuré faisant courir les délais de recours.

*Point 3° – article L. 351-4, paragraphes 1 et 2 CT*

L'article L. 351-4 dispose actuellement que „(1) le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, sur avis d'un médecin du travail de la Direction de la santé, peut ordonner un examen médical des salariés exposés à l'un des agents visés à l'annexe 5 du présent code. L'examen médical est effectué par les services du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(2) Si l'examen médical, visé au paragraphe (1), révèle que la santé des salariés est gravement menacée, le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, sur avis d'un médecin du travail de la Direction de la santé, peut ordonner que le salarié soit temporairement soustrait à l'action d'un agent.

(...)“

La modification proposée vise à simplifier la procédure faisant l'objet de l'article L. 351-4 en prévoyant que le salarié soit immédiatement examiné par le médecin du travail. En effet, étant donné que cet examen médical relève de la compétence de la médecine du travail et que le médecin du travail doit de toute façon procéder à un examen du salarié pour émettre son premier avis, un examen par le Contrôle médical de la sécurité sociale ainsi que la prise d'un deuxième avis auprès du médecin du travail tels que prévus dans la procédure actuelle ne se justifient pas et alourdisent inutilement la procédure.

*Article 9*

Cet article regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale.

*Point 1° – article 5, paragraphe 1, point 1)*

Au vu du travail à assumer par le Contrôle médical de la sécurité sociale, il faut prévoir, en plus d'un renforcement du personnel scientifique, un fonctionnaire de la carrière administrative supérieure de l'administration. Afin de permettre au médecin directeur ainsi qu'au médecin directeur adjoint de se concentrer sur la direction médicale, il est important qu'un fonctionnaire de la carrière administrative supérieure se charge de la direction administrative du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette tâche comprend entre autres la gestion des ressources humaines, la gestion financière, la coordination du service, les relations avec les institutions de sécurité sociale et les autres administrations de l'Etat ainsi que la mise en place de nouvelles procédures de collaboration avec le médecin directeur, dont la gestion des plaintes des assurés.

Pour le surplus il est renvoyé au commentaire de l'article 10.

*Point 2° – article 5, paragraphe 1, point 2)*

Il est renvoyé au commentaire de l'article 10.

### Disposition transitoire

#### Article 10

Un renforcement du personnel du Contrôle médical s'impose afin de lui donner les moyens nécessaires pour remplir ses missions.

Le premier tableau ci-après montre l'accroissement de la charge de travail du Contrôle médical ces dernières années. Ce tableau indique

- l'évolution du nombre de R4 reçus;
- l'évolution des prestations en espèces selon l'organisme payeur (CNS, Mutualité des employeurs, employeurs);
- l'évolution des prestations en espèces de maternité et
- l'évolution des prestations en nature de maladie et de maternité.

Source	Base de données CISS	Tableau de financement – CNS	Décompte mutualité (hors cotis. pat.)	Calcul	Calcul	Tableau de financement – CNS	Tableau de financement – CNS	Calcul
Intitulé	R4 etournés	PE Maladie – CNS	PE Maladie-mutualité	Cont. rémun. – Patrons	PE Maladie tot	PE Maternité – CNS	PN – CNS	PE Maladie tot + PE Mat + PN
1996		87,3				28,3	715,6	
1997		87,9				30,6	711,1	
1998		94,7				31,2	690,4	
1999		103,7				38,2	798,0	
2000		113,0				45,2	803,0	
2001		127,8				51,7	875,6	
2002		149,4				56,4	998,0	
2003		160,2				61,8	1.097,7	
2004		157,1				67,2	1.205,4	
2005		169,4				73,2	1.333,4	
2006	14.646	167,5		100,4	267,8	77,6	1.373,2	1.718,7
2007	15.501	178,0		124,4	302,3	80,9	1.475,3	1.858,5
2008	16.744	186,9		137,8	324,8	90,9	1.564,9	1.980,5
2009	15.976	95,2	210,1	52,5	357,8	101,5	1.674,7	2.134,0
2010	18.013	89,8	231,4	57,8	379,1	108,0	1.734,9	2.222,0
2011	18.718	105,5	244,5	61,1	411,1	106,4	1.775,9	2.293,5
2012	20.316	121,3	266,3	66,6	454,1	114,8	1.892,2	2.461,1

Le deuxième tableau illustre l'évolution du personnel médical du Contrôle médical de la sécurité sociale par rapport à différents indicateurs:

Période	Evolution personnel médical CMSS	Evolution de la population protégée	Evolution des médecins prestataires	Evolution de l'activité médicale à contrôler
1994 à 2011	35%	58,5%	62,8%	48,8%

Depuis 1994, la population protégée (résidente et non résidente) a augmenté de 58,5%; en 2011, le ratio personnes protégées/médecin-conseil a été de 31.580. En même temps, le nombre des médecins prestant une activité à charge de l'assurance maladie a, lui, augmenté de 62,8%. Le nombre des saisines de la commission mixte de reclassement des salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail a explosé de 128,6% depuis 2004.

Les changements proposés par le présent projet augmenteront encore la charge de travail du Contrôle médical. Non seulement le nombre des contrôles médicaux augmentera considérablement, mais égale-



ment la durée des consultations dans le cadre des missions actuelles et futures du Contrôle médical. En effet, en convoquant les assurés plus tôt en cas d'incapacité de travail, ceci dans le cadre d'un renforcement des contrôles des congés de maladie, le Contrôle médical devra examiner des assurés disposant de moins de pièces médicales qu'à l'heure actuelle. Le CMSS doit assurer un suivi des assurés présentant des pathologies psychiques, qui ne cessent de croître, ce qui explique également le besoin d'engager des psychologues. Enfin, un suivi plus soutenu des assurés engendrera nécessairement un nombre plus important de recours de la part des assurés, qui n'accepteront pas toujours les avis émis par le CMSS, surtout dans le cadre du contrôle des incapacités de travail. Le CMSS devra motiver adéquatement ses avis et assister du point de vue médical les institutions en cas de contestations. La modification proposée au niveau du rapport R4, qui engendre actuellement une grande charge financière, permettra de dégager des ressources qui pourront être employées pour renforcer le personnel du CMSS, qui lancera désormais lui-même la procédure du R4 s'il le juge nécessaire. Le contrôle et le suivi régulier du nouveau système mis en place du médecin référent afin de pouvoir procéder aux adaptations nécessaires, la vérification des rapports d'activité des médecins (cf. nouvel article 425), qui est restée lettre morte faute de ressources alors qu'il s'agit-là d'un mécanisme de contrôle important, la mission de conseil des assurés, importante notamment dans le cadre de l'examen médical de jeunes demandeurs de pension d'invalidité, sont autant de missions qui nécessitent du temps et donc les moyens en ressources humaines nécessaires. L'accueil des assurés et la gestion du matériel médical devrait être assuré par un infirmier diplômé. La gestion des fichiers des assurés et la rédaction d'avis, de rapports et d'expertises supplémentaires nécessiteront un renforcement du personnel administratif.

Dans sa séance du 26 juillet 2013 le Conseil de gouvernement a précisé que le renforcement en personnel proposé à l'article 10 n'est pas à faire par dépassement des nombres limites fixés dans la loi budgétaire, de sorte que les postes proposés sont à imputer sur le *numerus clausus*. En vue du renforcement du personnel prévu à l'article 10, le plan de recrutement quadriennal suivant est proposé:

### **1. Exercice budgétaire 2014 (ou subséquent, suivant la date d'entrée en vigueur)**

#### ***– Dans le cadre de l'activité „assurance-maladie/contrôle des malades et des prestations“***

*5 médecins-conseils (dont 1 biologiste clinique), 1 pharmacien-inspecteur, 3 psychologues, 1 infirmier diplômé et 2 expéditionnaires*

Dans le cadre de l'intervention du CMSS dès la première semaine du congé de maladie, voire selon des algorithmes de contrôle spécifiques en train d'être mis en place, le CMSS va devoir faire face à une surcharge notable de travail. Non seulement il y aura de ce fait une augmentation considérable du nombre des contrôles médicaux à réaliser, mais également la durée de la consultation va être sensiblement portée vers le haut, ceci tant dans le cadre des missions actuelles (axées sur le contrôle) que dans le cadre des missions futures (mission de conseil, etc.) du CMSS. Plus l'assuré sera convoqué tôt dans son congé de maladie, plus grand sera le nombre de congés de maladie potentiellement injustifiés du point de vue médical détectés par le CMSS. En contrepartie, moins d'informations médicales (imagerie radiologique/bilans spécialisés/etc.) seront disponibles au moment de l'examen médical. Par voie de conséquence, il faudra revoir l'assuré au CMSS un certain nombre de fois avant de pouvoir se prononcer en connaissance de cause. Ceci vaut notamment dans le cadre des pathologies psychiques. C'est dans ces cas de figure que le psychologue pourra prendre la relève et accompagner l'assuré.

Cette façon de faire, véritable changement de paradigme, engendrera plus que vraisemblablement un nombre croissant d'oppositions et de recours devant les juridictions sociales de la part des assurés qui ne se déclareront pas d'accord avec l'avis émis par le CMSS. Il s'ensuit la nécessité de motiver adéquatement les avis négatifs qui vont aller croissant du fait de l'extension des contrôles et d'assister du point de vue médical le département juridique de la CNS en cas de contestation. Il va de soi que ce surplus de travail ne saura être réalisé moyennant le staff médical actuellement en place.

D'un autre côté, le rapport R4 ne parvient pas, à l'heure actuelle, en temps utile au CMSS et il est souvent mal rempli de sorte qu'il est inutilisable, bien qu'engendrant une grande charge financière et administrative. Non seulement le CMSS propose de lancer lui-même au besoin la procédure du R4 dès le premier contact avec le patient, mais il désire également entrer en contact le plus tôt possible avec l'assuré, avant que ce dernier n'ait déjà été sous l'effet néfaste d'un congé de maladie au long cours médicalement injustifié.

Par ailleurs, le CMSS doit pouvoir faire face au développement en force d'une médecine dite „personnalisée“ aboutissant à l'élaboration de dispositifs médicaux et de molécules thérapeutiques certes „fabriquées sur mesure“, mais en même temps extrêmement onéreux et dont il s'agit pour le CMSS d'apprécier la nécessité en se basant sur les données scientifiques disponibles. En parallèle, le CMSS assiste actuellement à une véritable explosion des demandes en analyses génétiques dont il s'agit non seulement de déterminer le bien-fondé et donc la prise en charge éventuelle par l'assurance maladie, ceci au vu de leur coût très élevé, mais également de conseiller l'assuré le long de son parcours, aussi bien avant la réalisation de son analyse génétique que par après, lorsqu'il s'agit „d'endosser“ les conséquences du résultat de l'analyse génétique. D'où la nécessité de devoir pouvoir disposer d'un biologiste clinique et d'un pharmacien spécialisés dans lesdits domaines, spécialistes qui vont travailler main dans la main avec le médecin-conseil classique.

L'accueil des assurés et la gestion/maintenance du parc technique des équipements médicaux seront assurés par un infirmier diplômé, ce afin de garantir une cadence et une fluidité de travail à la hauteur d'un service moderne.

Afin de pouvoir absorber du point de vue administratif (rédaction des avis, rapports, expertises, demandes; gestion des fichiers des assurés; etc.), la charge de travail supplémentaire résultant de l'accroissement du staff médical et paramédical, un renforcement du personnel administratif s'avère indispensable.

**– Dans le cadre de la nouvelle activité „assurance-maladie/médecin référent“**

*2 médecins-conseils (dont 1 épidémiologue/biostatisticien)*

Ce besoin en personnel s'inscrit dans le cadre du contrôle et du suivi régulier du dispositif du médecin référent. Il s'agit par ailleurs d'évaluer ce système afin de pouvoir procéder à des adaptations éventuelles. Plus de 16.500 déclarations „médecins référents“ ont été faites, dont 2.605 déclarations en „affections de longue durée“. Le CMSS vient d'entamer le contrôle des 2.605 déclarations en „affections de longue durée“; mais faute de personnel pouvant s'y consacrer à plein temps et de manière exclusive, ce contrôle n'avance que péniblement.

**– Dans le cadre de la réorganisation de la direction du CMSS**

*1 conseiller de direction*

Afin de permettre au médecin directeur ainsi qu'au médecin directeur adjoint de se concentrer sur la direction médicale, il est important qu'un fonctionnaire de la carrière administrative supérieure se charge de la direction administrative du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette tâche comprend entre autres la gestion des ressources humaines, la gestion financière, la coordination du service, les relations avec les institutions de sécurité sociale et les autres administrations de l'Etat ainsi que la mise en place de nouvelles procédures de collaboration avec le médecin directeur, dont par exemple la gestion des plaintes des assurés.

**2. Exercice budgétaire 2015**

**(ou subséquent, suivant la date d'entrée en vigueur)**

**– Dans le cadre de la nouvelle activité „assurance-maladie/abus et fraudes“**

*3 médecins-conseils (dont 1 épidémiologue/biostatisticien)*

Dans le cadre de ce dispositif qui est en train d'être développé par la CNS, il s'agit pour le CMSS de pouvoir faire face à sa mission légale relative aux rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes (cf. article 418, alinéa 1, point 9 actuel ou nouvel article 425 du CSS). A noter que l'ancêtre de cette activité a dû être abandonné en 1994, faute de ressources humaines, ceci après une phase test très fructueuse comme en témoignent les documents de jadis, remboursement de la part des prestataires fautifs à l'appui. Comme il s'agit par ailleurs d'une pièce maîtresse du système de contrôle des coûts, il faut absolument veiller à ce que la dotation en personnel médical soit à la hauteur des efforts à prester.

### **3. Exercice budgétaire 2016 (ou subséquent, suivant la date d'entrée en vigueur)**

*– Dans le cadre de l'activité „assurance accident“*

*3 médecins-conseils, 1 psychologue et 2 expéditionnaires*

Comme pour le contrôle des malades en assurance-maladie, il s'agit de convoquer le plus tôt possible les assurés ayant déclaré un accident de travail ou une maladie professionnelle responsable d'un congé de maladie. A noter que les indemnités pécuniaires de maladie sont payées par l'assurance maladie pour le compte de l'assurance accident. Or, il s'avère que dans un grand nombre de cas, après une période plus ou moins longue, les accidents de travail correspondent à une pathologie sans rapport avec l'accident ou la maladie professionnelle déclarés. Enfin, comme les juridictions sociales interprètent et l'accident de travail et les maladies professionnelles de manière extrêmement large, le CMSS se voit confronté à un nombre croissant de pathologies du domaine psychosocial (stress post-traumatique, épuisement psychique, ...) ainsi que du domaine non traumatique (infarctus du coeur, rupture d'anévrisme cérébral, maladies dégénératives et auto-immunes, ...). A côté du nombre croissant de dossiers présentés au CMSS, il en résulte également un travail considérable de motivation en cas d'avis négatif, ceci au vu justement de la nature des pathologies.

### **4. Exercice budgétaire 2017 (ou subséquent, suivant la date d'entrée en vigueur)**

*– Dans le cadre de l'activité „assurance pension“*

*2 médecins-conseils, 1 psychologue et 1 expéditionnaire*

Pour le CMSS, il s'agit d'être en mesure de convoquer les assurés dès la réception de leur demande de pension d'invalidité, peu importe le nombre de jours d'indemnité pécuniaire déjà enregistrés. Le présent projet de loi prévoit que le CMSS lance lui-même la procédure du R4 au besoin lors du premier contact patient. Le CMSS désire entrer en contact le plus rapidement possible avec l'assuré, avant que ce dernier n'ait été sous l'effet néfaste d'un congé de maladie de longue durée médicalement injustifié. L'activité de conseil du CMSS devient ici cruciale, surtout au vu de l'âge de plus en plus jeune des demandeurs de pension d'invalidité. Le médecin-conseil pourra dans un certain nombre de cas passer la main au psychologue qui tentera de motiver l'assuré à reprendre un travail. Comme les tableaux cliniques sont de plus en plus diversifiés avec une composante psychique de plus en plus forte, les durées de consultations en pension invalidité deviennent de plus en plus longues. D'où le besoin de recruter des médecins-conseils supplémentaires.

\*

## **FICHE FINANCIERE**

L'objectif primaire de la réforme des attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale est de permettre aux assurés de bénéficier de soins de santé de qualité dans la mesure de l'utile et du nécessaire.

A cet effet, certaines procédures ont été revues qui, introduites par des modifications légales antérieures, n'ont pas eu l'effet escompté, telle que l'obligation pour l'assuré de produire un rapport circonstancié R4 en vue du commencement du paiement de l'indemnité pécuniaire.

L'utilisation plus ciblée du rapport R4 prévue à l'article 2 de l'avant-projet de loi conduit, selon l'estimation du Contrôle médical de la sécurité sociale, au moins à une réduction de la moitié du nombre des avis R4 envoyés, d'où une épargne approximative d'au moins 550.000 € au nombre indice 775,17 du coût de la vie pour la Caisse nationale de santé.

L'article 10 du projet de loi prévoit une augmentation et une diversification des compétences du personnel du Contrôle médical de la sécurité sociale en vue de lui permettre de s'acquitter notamment de ses nouvelles charges en matière de conseil des assurés et de contrôle plus serré du bien-fondé des traitements des assurés et de l'attribution de prestations en espèces.

Les coûts supplémentaires qui découlent de cette augmentation des effectifs ressortent du tableau suivant:

*Coût supplémentaire relatif au renforcement en personnel du Contrôle médical de la sécurité sociale au cours de la période 2014 à 2017*

	2014			2015			2016			2017		
médecins-conseils	7	747.640,76	3	320.404,61	3	320.404,61	2	320.404,61	2	213.603,07		
Rémunérations de base		657.541,67		281.803,57		281.803,57		281.803,57		187.869,05		
Charges sociales patronales		80.220,08		34.380,04		34.380,04		34.380,04		22.920,02		
Allocations de repas		9.849,00		4.221,00		4.221,00		4.221,00		2.814,00		
pharmaciens-inspecteurs	1	102.945,69		0,00		0,00		0,00		0,00		
Rémunérations de base		90.497,94										
Charges sociales patronales		11.040,75										
Allocations de repas		1.407,00										
psychologues	3	250.998,44								83.666,15		
Rémunérations de base		219.944,24								73.314,75		
Charges sociales patronales		26.833,20								8.944,40		
Allocations de repas		4.221,00								1.407,00		
infirmiers	1	69.784,86		0,00		0,00		0,00		0,00		
Rémunérations de base		60.942,83										
Charges sociales patronales		7.435,03										
Allocations de repas		1.407,00										
conseillers de direction	1	83.666,21								0,00		
Rémunérations de base		73.314,80										
Charges sociales patronales		8.944,41										
Allocations de repas		1.407,00										
expédientaires	2	85.073,15		0,00		0,00		0,00		42.536,57		
Rémunérations de base		73.314,75								36.657,37		
Charges sociales patronales		8.944,40								4.472,20		
Allocations de repas		2.814,00								1.407,00		
Total		1.340.079,10		320.404,61		320.404,61		489.143,90		339.805,79		

Il est actuellement impossible de chiffrer précisément les montants qui seront épargnés suite à l'entrée en vigueur du présent projet de loi en raison d'un contrôle plus poussé de l'opportunité des traitements médicaux, tant au niveau de leur qualité que des critères de l'utile et du nécessaire qui leur seront appliqués. Par ailleurs, un contrôle plus serré des incapacités de travail devrait permettre de réduire la croissance exponentielle du coût des prestations en espèces au cours des dernières années.

Par ailleurs, on peut s'attendre globalement à une augmentation de la qualité des traitements dont le Contrôle médical de la sécurité sociale aura connaissance, ce qui entraînera nécessairement une réduction des coûts de santé.

CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

6656/01

N° 6656<sup>1</sup>

## CHAMBRE DES DEPUTES

Session extraordinaire 2013-2014

**PROJET DE LOI****modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale et modifiant:**

1. le Code de la sécurité sociale;
2. le Code du travail;
3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale

\* \* \*

## SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Avis de la Chambre des Salariés (20.3.2014) .....	1
2) Avis du Collège médical	
– Dépêche du Président et du Secrétaire du Collège médical au Ministre de la Sécurité sociale (12.3.2014).....	19

\*

**AVIS DE LA CHAMBRE DES SALARIES**

(20.3.2014)

Par lettre du 4 février 2014, Monsieur Romain Schneider, ministre de la Sécurité sociale, a fait parvenir pour avis à notre chambre professionnelle le projet de loi sous rubrique.

1. Selon l'exposé des motifs, le législateur entend réformer le champ des attributions du Contrôle médical pour un certain nombre de raisons que notre Chambre se permet d'analyser de plus près par la suite, l'une consistant pour le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) à se défaire de sa mission d'appréciation de l'incapacité de travail des assurés dans le cadre de la procédure de reclassement telle qu'elle est prévue aux articles L.551-1 et suivants du Code du travail.

**1. La volonté du CMSS de se défaire de certaines de ses attributions risque de mettre en cause le projet de loi n° 6555 sur le reclassement et les revendications y relatives formulées par la CSL!**

2. A titre principal, notre Chambre se doit de critiquer la façon de légiférer du Gouvernement en déposant le projet de loi sous avis alors que, à l'heure actuelle, le projet de loi n° 6555 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif de reclassement interne et externe et ayant également des incidences sur le rôle et les missions du CMSS n'est toujours pas voté.

2bis. Notre Chambre se doit de renvoyer à ses observations formulées dans son avis du 16 mai 2013 relatif au projet de loi n° 6555 précité dans lequel elle s'est prononcé non seulement pour la „*création d'un seul service de santé au travail dans le chef du SSTM (service de santé au travail multisectoriel)*”,



*seul capable à la fois de garantir l'indépendance et l'impartialité à l'égard des employeurs et d'assurer une vraie prise en charge des salariés en général et plus particulièrement des personnes reclassées*“, mais également pour renforcer le rôle du CMSS dans la procédure du reclassement en étendant la protection contre le licenciement du salarié souhaitant bénéficier d'un reclassement.

2ter. Le présent projet de loi risque non seulement de remettre en cause les dispositions prévues dans le projet de loi n° 6555 et les revendications posées par notre Chambre dans son avis y relatif, mais également la cohérence avec d'autres textes de loi et projets de loi en se contentant dans l'exposé des motifs d'annoncer solennellement le transfert de certaines des attributions du CMSS à d'autres institutions comme la CNS, la médecine du travail (dans le contexte du reclassement) ou la Direction de la santé, sans pour autant que l'on ne retrouve la moindre trace de ce transfert d'attributions dans les articles.

2quater. Voilà pourquoi la CSL estime que le dépôt du présent projet de loi est prématuré tant que le projet de loi définitif sur le reclassement n'est pas voté et se doit à l'heure actuelle de se prononcer contre une telle réforme du CMSS.

**2. Dénué de toute donnée chiffrée, le présent projet de loi restreint considérablement les droits des salariés et est disproportionné par rapport à un taux global des absences pour maladie se situant à 3,7% pour l'année 2012!**

3. A titre subsidiaire, la CSL constate qu'à l'appui du présent projet de loi, il n'existe aucune fiche, aucune statistique et aucun relevé sur le nombre d'avis médicaux émis par le CMSS, sur le nombre d'incapacités de travail/de capacités de travail constatées par ce dernier, sur le nombre de décisions de refus ou d'octroi du Président de la CNS, sur le nombre d'oppositions formulées et les décisions du comité directeur de la CNS ayant respectivement confirmé et infirmé la décision de refus du Président de la CNS, sur le nombre de recours qui ont été faits devant les juridictions de sécurité sociale et leur issue. Rien ne permet aux yeux de notre Chambre de prouver le bien-fondé de légiférer en la matière, ceci d'autant plus que le présent projet de loi va restreindre de façon considérable les droits des salariés tant en matière de droit du travail (protection contre le licenciement et paiement de la continuation de la rémunération pendant la période de maladie prise en charge par l'employeur) qu'en matière de sécurité sociale (paiement de l'indemnité pécuniaire payée par la CNS).

Notre Chambre est par ailleurs d'avis que le présent projet de loi est disproportionné par rapport à sa finalité qui consiste à réduire les dépenses de l'assurance maladie. Faut-il rappeler que le taux global des absences pour cause de maladie se situe pour l'année 2012 à 3,7%!<sup>1</sup> Ce taux infinitésimalement bas est-il à l'origine de l'explication pourquoi le présent projet de loi est dépourvu de toutes données chiffrées et statistiques? En tout état de cause, cela constitue une raison de plus pour notre Chambre de rejeter le présent projet de loi.

**3. Il n'existe aucun parallélisme entre certaines déclarations annoncées dans l'exposé des motifs et le texte proprement dit du projet de loi!**

4. A titre très subsidiaire, elle se permet d'analyser la finalité du projet de loi telle qu'elle est expliquée dans l'exposé des motifs. Selon notre Chambre, la finalité reste pour le moins sibylline et dépourvue de toute logique, du moins si l'on compare les déclarations faites dans l'exposé des motifs par rapport au texte même du projet de loi, voire au projet de loi n° 6555 précité. En voici quelques exemples.

<sup>1</sup> L'augmentation du taux global des absences pour cause de maladie entre 2011 et 2012 de 3,5% à 3,7% s'explique exclusivement par l'augmentation du taux d'absentéisme de longue durée (qui augmente de 1,4 à 1,6%), car les absences de courte durée ne changent pas (2,1%). On constate que ce sont les femmes frontalières, possédant le statut d'ancien ouvrier, qui affichent le taux d'absentéisme le plus fort (7,0%). A l'opposé, les hommes résidents, possédant le statut d'ancien employé, présentent le taux le plus faible (2,0%). La durée moyenne d'un épisode de maladie a augmenté en 2012 passant de 8,5 à 8,8 jours civils. Le secteur Q (Santé humaine et action sociale) présente le taux d'absentéisme normalisé le plus fort avec 4,5%.

4bis. A part l'objectif tout à fait louable du Gouvernement consistant à „*améliorer la prise en charge et la qualité des soins tout en maîtrisant mieux les coûts*“, l'exposé des motifs précise que du fait de la transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers, le système de soins de santé luxembourgeois „*justifie également que les pouvoirs du CMSS soient renforcés et joue à l'avenir un rôle dans l'appréciation de la qualité des soins dispensés au Luxembourg*“.

Force est toutefois de constater que ladite directive par le biais du projet de loi n° 6469 relatif aux droits et obligations du patient n'est toujours pas transposée de sorte que, en l'état actuel des choses, notre Chambre est obligée de se baser sur des hypothèses et non pas des certitudes, ce qui rend totalement aléatoire de juger le bien-fondé du projet de loi sous avis.

4ter. Un peu plus loin dans l'exposé des motifs, on propose de procéder „*à une restructuration des dispositions dans la mesure où désormais, les missions du Contrôle médical sont formulées de manière générale dans des articles distincts au lieu d'être énumérées en détail comme dans l'article 418 actuel du Code de la sécurité sociale*“.

Si notre Chambre peut donner son aval à une telle déclaration de principe sous réserve d'analyser le bien-fondé de celle-ci dans le cadre d'une analyse des articles ci-après, elle se doit toutefois de constater que les déclarations subséquentes restent en l'état de pures allégations voire entravent les droits des assurés à l'égard du CMSS voire de la CNS.

Il en va-t-ainsi de celle disposant que suite à la restructuration des missions du CMSS telle que proposée ci-avant, „*le texte gagne en clarté, cette présentation des attributions allant de pair avec un des objectifs du projet visant à permettre au Contrôle médical de se concentrer davantage sur ses missions et de le décharger du travail qui devrait être effectué par d'autres*“. Force est cependant de constater que les articles du projet de loi restent muets sur la nature du travail dont le CMSS devrait être déchargé ainsi que sur l'identité des destinataires qui devraient effectuer le travail dont ce dernier veut se défaire.

4quater. La suite de l'exposé des motifs disposant que „*le nombre des demandes d'autorisations préables a littéralement explosé au cours du temps (ici, encore une fois, cette affirmation reste en l'état de pure allégation à défaut de chiffres précis!), le Contrôle médical étant saisi pour des questions qui pourraient être tranchées au niveau de la Caisse nationale de santé qui devrait être réorganisée de façon à ce que le Contrôle médical n'ait qu'à traiter les demandes nécessitant réellement une expertise médicale*“ est tout aussi abstruse.

Compte tenu du renforcement du personnel du CMSS qui est prévu par le présent projet de loi, le texte reste muet sur la question de savoir comment discerner entre les demandes d'autorisations préables à trancher par la CNS et celles nécessitant réellement une expertise médicale réservées au CMSS et qui tranchera cette question sachant que tant la CNS que le CMSS sont juge et partie à la fois?

4quinquies. Aussi la phrase de l'exposé des motifs selon laquelle „*la Caisse nationale de santé pourra davantage opposer aux assurés des refus de prise en charge ne reposant pas sur des avis du Contrôle médical*“ n'est-elle pas sans entraver les droits des assurés et suscite-t-elle un certain nombre d'interrogations. Quelles sont les hypothèses réservées à la CNS pour refuser une prise en charge? Pourquoi le texte du projet de loi reste-t-il muet sur cette déclaration d'intention figurant dans l'exposé des motifs?

4sixties. Tout aussi farfelu nous semble l'alinéa suivant dont la teneur est la suivante:

*„Il a également été décidé de délimiter expressément le champ d'intervention du Contrôle médical aux prestations de sécurité sociale, domaine vaste qui accapare toutes ses ressources. Ainsi d'autres administrations et structures sont compétentes aujourd'hui pour s'occuper de la médecine du travail, de la réinsertion professionnelle et de la prévention (médecine du travail, Direction de la Santé).“*

Il est pour le moins curieux de déduire de l'alinéa précité que le CMSS aurait eu jusqu'à présent un champ d'intervention qui aurait dépassé les seules prestations de sécurité sociale. Il est également une vérité de La Palice que la médecine du travail ou la Direction de la Santé ont d'autres attributions que le CMSS. De quelles attributions le CMSS veut-il se défaire au détriment des deux administrations précitées? Le texte n'en souffle mot! A ce sujet, la CSL tient à réitérer sa revendication formulée à titre principal selon laquelle il est irresponsable pour le législateur de redéfinir le champ d'attributions du

CMSS – et de ce fait celui d’autres administrations comme celles citées ci-avant – tant qu’il n’a pas voté le projet de loi sur le reclassement en tenant compte des revendications formulées y relatives par notre chambre.

4septies. En guise de conclusion, la CSL se doit de constater qu’il n’existe aucun parallélisme entre certaines affirmations formulées dans l’exposé des motifs et les articles du projet de loi.

La CSL a l’impression que l’exposé des motifs et le texte du projet de loi sont issus de deux auteurs différents et que le présent projet de loi ne sert qu’à arranger coûte que coûte le seul CMSS, en faisant abstraction de tout autre projet de loi ayant un impact direct ou indirect sur celui-ci ainsi que de tout autre organisme (médecine du travail, CNS, Direction de la Santé, commission mixte de reclassement etc.) impliqué dans une procédure avec le CMSS.

Ceci constitue une raison de plus pour rejeter le présent projet de loi.

5. A titre de dernière subsidiarité, et pour être complet, la CSL s’adonne à une analyse des articles.

**4. Pour les représentants des assurés au sein de la CNS, un droit de contrôle sur les attributions et un droit de codécision sur la gestion du CMSS s’imposent pour garantir la protection des droits des assurés et désencombrer les juridictions de la sécurité sociale!**

En ce qui concerne l’article 1 Chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“.

*Ad article 418 déterminant les missions du CMSS*

*„Une administration de l’Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l’article L.121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l’indemnité pécuniaire de maladie, des missions d’évaluation, d’autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 426. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l’octroi des cartes de priorité et d’invalidité.“*

6. Comme déjà formulé dans l’exposé des motifs, le législateur procède à une restructuration des dispositions dans la mesure où désormais, les missions du Contrôle médical sont formulées de manière générale dans des articles distincts au lieu d’être énumérées en détail, comme dans l’article 418 actuel du Code de la sécurité sociale.

Il y a lieu de constater que dans cet article, le législateur reprend les attributions énumérées à l’article 418 actuel, paragraphe 1, point 1 („la constatation de l’incapacité de travail au sens de l’article 9 du Code de la sécurité sociale“), point 13 („Les avis et examens médicaux en vue de l’octroi des cartes de priorité et d’invalidité“) et paragraphe 2 en formulant de façon plus générale les missions d’autorisation, de conseil et de contrôle dans le cadre des prestations de sécurité sociale.

**6bis. Notre chambre ne donne son aval à une réforme des attributions du CMSS que si, dorénavant, les partenaires sociaux ont un droit de cogestion dans le fonctionnement du CMSS et un droit de contrôle sur les attributions et la gestion du CMSS. La CSL est d’avis que, abstraction faite du bien-fondé d’un avis médical émis par le CMSS, les représentants des assurés dans le comité directeur de la CNS doivent pouvoir se prononcer sur des mesures ayant un intérêt collectif comme la gestion et le fonctionnement du CMSS, p. ex.,**

- l’opportunité d’organiser des contrôles auprès des prestataires de soins de santé ainsi que sur la qualité des prestations effectuées par ces derniers;
- l’opportunité de convoquer tel ou tel assuré sur base des algorithmes, sur la prise en considération des paramètres constituant les algorithmes destinés à rendre plus efficient et plus équitable les convocations des assurés aux examens médicaux du CMSS;
- l’élaboration de données chiffrées sur les différentes attributions du CMSS, sur les décisions d’octroi/de refus du Président de la CNS, sur le nombre d’oppositions formées et leur issue

ainsi que sur le nombre de recours devant les juridictions de la sécurité sociale et leurs jugements.

Aussi la CSL estime-t-elle que dans les avis du CMSS à caractère médical et à portée individuelle, les représentants des assurés aient un droit de regard dans les affaires individuelles des assurés si mandat leur est donné par ces derniers – à l’instar de ce qui se passe déjà au niveau du comité directeur de la CNS en cas d’opposition ou au niveau de la Commission mixte en cas de reclassement. Ce droit de cogestion dans le fonctionnement du CMSS et de contrôle sur les attributions et la gestion du CMSS par les représentants des assurés ne doit évidemment pas mettre en question le diagnostic constaté par un médecin, qu’il relève du CMSS ou de la profession libérale.

*Ad article 419 concernant la mission pour le CMSS d’évaluer l’état de santé des assurés et le droit pour ce dernier de requérir toute indication ou document auprès des médecins*

*„Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d’évaluer l’état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d’ordre médical qui commandent l’attribution de prestations de sécurité sociale.*

*Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l’article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.*

*Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale sont habilités à se rendre entre huit heures et dix-huit heures auprès des médecins traitants et de tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l’article 60bis afin d’y consulter sur place les documents énumérés à l’article 60bis, auxquels ils doivent avoir accès. Ils doivent être dûment munis de leur carte de légitimation qu’ils présenteront sur demande.“*

7. Au lieu d’énumérer en détail les divers domaines dans lesquels le Contrôle médical de la sécurité sociale est chargé de se prononcer sur l’état de santé des assurés et de renvoyer aux diverses dispositions légales mentionnant que le Contrôle médical de la sécurité sociale doit émettre un avis, comme le faisait jusqu’ici l’article 418 du Code de la sécurité sociale, le nouvel article 419, alinéa 1 formule désormais de manière générale la mission d’évaluation de l’état de santé des assurés conférée au Contrôle médical de la sécurité sociale et précisée dans les lois, règlements ou statuts.

**7bis.** Notre chambre a toutefois des doutes quant à la façon de renvoyer de façon générale aux lois, règlements ou statuts en ce qui concerne la mission du CMSS d’évaluer l’état de santé des assurés et de donner des avis motivés. La CSL craint qu’en masquant la base légale spécifique pour chaque mission destinée à évaluer l’état de santé de l’assuré comme tel était le cas sous l’égide de l’article 418 actuel, il ne soit de plus en plus difficile pour l’assuré de contester la décision de l’administration ou de l’institution compétentes laquelle a compétence liée à l’égard du CMSS parce que l’assuré n’est plus en mesure de savoir si le CMSS a agi dans l’exercice de ses compétences ou non, faute de base légale précise. Par ailleurs, étant donné que le CMSS dorénavant ne rendra des avis qui ne sont motivés que sur des éléments d’ordre médical, il reste à savoir qui tranchera de cette question et qui émettra les avis fondés sur des éléments non médicaux, voire administratifs.

**7ter.** En ce qui concerne l’alinéa 2 disposant que les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l’article 60bis sont tenus de fournir au CMSS, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement, celui-ci risque de rester lettre morte à défaut de sanctions. Par ailleurs, notre Chambre est d’avis que l’assuré doit être informé par écrit par le CMSS lorsque ce dernier a demandé des informations ou pièces supplémentaires auprès des médecins traitants ou autres prestataires de soins de santé ou se rend auprès de ces derniers pour consulter le dossier médical de l’assuré.

**7quater.** Pour la CSL, le principe de la compétence liée de l’administration ou de l’institution compétentes à l’égard du CMSS prévu à l’article 426 du présent projet de loi et figurant actuellement au paragraphe 3 de l’article 418 du CSS ne peut être maintenu que si, dorénavant, les partenaires sociaux sont impliqués dans la prise de décisions concernant le fonctionnement et

**l'organisation du CMSS qu'il s'agisse des constatations de l'état de santé de l'assuré, de l'établissement des avis et examens médicaux, des demandes d'autorisations préalables ou de toute autre attribution. Voilà pourquoi la CSL exige non pas une immixtion dans les attributions du CMSS, mais un droit de contrôle sur les décisions et la gestion de ce dernier sans lequel la défense des intérêts des assurés est vouée à l'échec même au niveau des organismes de sécurité sociale paritaires – comme la CNS, l'assurance accident ou l'assurance pension – en raison du principe de la compétence liée de ces derniers à l'égard du CMSS.**

**Cette cogestion de la part des partenaires sociaux au niveau du CMSS s'impose d'autant plus afin d'éviter, comme c'était le cas jusqu'à présent, que l'assuré soit obligé de contester devant les juridictions de sécurité sociale la décision de l'administration ou de l'institution compétentes qui ne fait que reprendre l'avis du CMSS.**

7quinquies. En prévoyant expressément que les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sont motivés, il est satisfait aux exigences de la procédure administrative non contentieuse.

**7sexties. Si la CSL approuve le principe introduisant la motivation des avis du CMSS, elle est toutefois d'avis qu'en raison de la compétence liée des institutions et administrations concernées à l'égard du CMSS, il en aurait dû être déjà ainsi dans le passé. Reste néanmoins ouverte la question, déjà soulevée ci-avant, de savoir qui décide si un avis est basé, oui ou non, sur des éléments médicaux, administratifs ou les deux à la fois pour définir la compétence soit du CMSS soit d'une autre institution ou administration compétentes?**

7septies. Comme l'article 418 dispose de façon générale que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions tant dans le cadre des prestations de sécurité sociale que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L.121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire, les articles 419 et suivants ne précisent plus à chaque fois que le Contrôle médical peut évaluer l'état de santé des assurés et procéder aux examens médicaux nécessaires pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire. **Du point de vue formel, la CSL marque son accord à la façon de légiférer.**

7octies. Selon le commentaire de l'article, 419, le nouvel article 11, alinéa 5 du CSS tel que proposé dans le présent projet dispose que „*la conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie*“ et le nouvel article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale ainsi que le nouvel article L.121-6 du Code du travail prévus aux articles 2 et 8 du présent projet permettront à la Caisse nationale de santé de prendre à l'avenir des décisions de refus, notamment sur base d'un avis du Contrôle médical, s'imposant en matière de droit du travail et mettant fin automatiquement tant au droit au maintien du salaire qu'au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie.

**7nonies. Contrairement à la situation actuelle où une décision de refus de la CNS n'a pas pour effet de faire cesser la continuation de la rémunération par l'employeur et la protection du salarié contre le licenciement – sauf le droit pour la CNS d'arrêter l'indemnité pécuniaire de maladie pendant la période où elle en a la charge – en cas de constat d'aptitude par le CMSS en vertu de la jurisprudence actuelle et bien établie disposant qu'une décision de refus, qu'elle émane d'un médecin quelconque choisi par l'employeur ou du CMSS, n'est pas susceptible de renverser la présomption de maladie établie par le premier certificat médical sauf l'avis d'un troisième médecin constatant l'aptitude du salarié, le changement de régime prévu par les nouveaux articles 11, alinéa 5 et 47, alinéa 2 du CSS d'une part et le nouvel article L.121-6, d'autre part, n'est pas sans entraver les droits des salariés/assurés et susciter de nouvelles questions. Ainsi il ne ressort pas clairement de la combinaison des nouveaux articles 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale (figurant à l'article 2, point 10 du projet de loi) et de l'article L.121-6, paragraphe 3, alinéa 2 (figurant à l'article 8, point 1 du projet de loi), si le salarié/assuré continue à toucher la rémunération/l'indemnité pécuniaire de maladie lorsqu'il fait opposition contre la décision de refus du Président de la CNS.**

**7decies. Dans l'hypothèse où il continuerait à toucher la rémunération/l'indemnité pécuniaire de maladie, serait-il obligé de rembourser la rémunération à l'employeur/l'indemnité pécuniaire**



**de maladie à la CNS, si, par la suite, le CMSS la CNS saisit la juridiction de la sécurité sociale et que cette dernière décide que le salarié/assuré était capable de travailler à partir de la notification de la décision de refus du Président de la CNS?**

7undecies. Dans l'hypothèse où il ne toucherait plus la continuation de la rémunération ou l'indemnité pécuniaire de maladie malgré son opposition contre la décision de refus du Président de la CNS, ne serait-il pas obligé, *nolens volens*, de reprendre le travail malgré le fait que la protection contre le licenciement continue à jouer, mais au maximum pour 26 semaines consécutives? Pourrait-il réclamer le remboursement de la continuation de la rémunération/l'indemnité pécuniaire de maladie si, après la décision de refus du Président de la CNS, il dispose d'un rapport médical en vertu duquel il est déclaré incapable de travailler et fait opposition? Quelle serait la valeur d'un tel rapport médical si le salarié a repris le travail? N'y aurait-il pas présomption de capacité de travail? Vu l'aléa d'une procédure judiciaire, le salarié ne serait-il pas tout simplement découragé à lancer une procédure judiciaire contre la décision de refus du Président de la CNS (opposition et, le cas échéant, recours devant les juridictions de la sécurité sociale)?

7duodecies. Selon notre Chambre, le pouvoir définitif accordé à la CNS de décider si le salarié est apte ou inapte de travailler en vertu de sa compétence liée à l'égard du CMSS ne peut être accepté ceci au moins pour deux raisons. D'abord, d'un point de vue déontologique, est-il concevable qu'un médecin du CMSS juge le travail des médecins traitants de l'assuré et s'immisce dans la relation patient-médecin traitant? Puis, l'objectivité et l'impartialité des médecins du CMSS à l'égard de l'assuré sont-elles garanties si l'on prive les partenaires sociaux d'un droit de contrôle sur les attributions et d'un droit de codécision dans la gestion du CMSS? Subsidiairement, même si l'on pouvait affirmer les deux questions précitées ci-avant, notre Chambre est d'avis qu'en vertu du nouvel article L.121-6 (figurant à l'article 8, point 1° du projet de loi), il ne suffit pas seulement que la CNS informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision de la CNS, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail est maintenue, mais également l'assuré lui-même de façon explicite et dans un langage compréhensible sur les suites de sa décision, à savoir la perte de l'interdiction de protection contre le licenciement et la perte de la continuation de la rémunération payée par l'employeur ou la perte de l'indemnité pécuniaire de maladie payée par la CNS ainsi que sur les voies de recours et les organismes, organisations et administrations compétents pour épauler l'assuré dans ses démarches. Afin de sauvegarder les droits de l'employeur et du salarié, la CSL exige que cette information se fasse par écrit.

Dans ce contexte se pose également la problématique pour l'assuré de la durée souvent très longue de la procédure de recours devant les juridictions de la sécurité sociale; cette problématique devrait également être abordée dans la cadre de la présente réforme.

7terdecies. Si l'obligation de communication des indications concernant le diagnostic et le traitement à charge des médecins traitants des assurés figure déjà actuellement à l'article 421, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, elle a été étendue à tout autre prestataire de soins de santé, réseau, établissement hospitalier ou établissement d'aide et de soins énumérés à l'article 60bis du Code de la sécurité sociale alors que le Contrôle médical de la sécurité sociale doit disposer de toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement, donc également de celles émanant d'autres prestataires, pour pouvoir correctement évaluer l'état de santé des assurés.

7quaterdecies. Au besoin, le Contrôle médical de la sécurité sociale est habilité à se rendre auprès des différents prestataires pour consulter le dossier médical d'un assuré.

**7quinquedecies. Si la CSL n'a pas d'objections à formuler en ce qui concerne l'obligation pour les médecins traitants et autres prestataires de soins de fournir au CMSS, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement des assurés ainsi que le droit pour les médecins du CMSS de consulter sur place le dossier de soins des assurés, elle estime toutefois qu'un tel droit pour le CMSS de consulter les actes médicaux de l'assuré et l'obligation pour les prestataires de soins de lui fournir tout diagnostic et traitement serait moins pressant si l'accès au dossier de soins partagé prévu à l'article 60quater était, à l'heure actuelle, garanti.**

*Ad article 420 concernant la prise en charge des traitements par le CMSS*

*„Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des traitements visés à l'article 77, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.“*

8. Au lieu d'énumérer en détail les divers domaines dans lesquels le Contrôle médical de la sécurité sociale doit autoriser la prise en charge de prestations comme le faisait jusqu'ici l'article 418 du Code de la sécurité sociale, l'article 420 formule désormais de manière générale la mission d'autorisation de prise en charge des traitements visés à l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale pour autant qu'une telle autorisation est prescrite par les lois, règlements ou statuts.

**8bis. Si la CSL n'a pas d'objection à formuler quant au principe de légiférer, elle tient cependant à souligner, comme déjà précédemment invoqué, qu'en formulant de façon générale la mission d'autorisation de prise en charge des traitements, il devient quasiment impossible pour l'assuré de savoir si le CMSS a agi dans l'exercice de ses fonctions ou non vu l'absence de base légale spécifique telle qu'elle figurait jusqu'à présent à l'article 418 du CSS.**

*Ad article 421 concernant la mission pour le CMSS d'effectuer des examens médicaux*

*„Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.*

*Dans le cadre de l'évaluation de la nécessité et de la durée d'un traitement en milieu stationnaire, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale sont habilités à se rendre, entre huit heures et dix-huit heures, dans les établissements hospitaliers au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, pour examiner l'assuré. Ils doivent être dûment munis de leur carte de légitimation qu'ils présenteront sur demande.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.“*

9. Selon le commentaire de l'article, dans le cadre de la mission d'évaluation de l'état de santé des assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale doit évidemment pouvoir effectuer ou faire effectuer les examens médicaux nécessaires, y compris lorsque l'assuré est hospitalisé, ceci tant dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts que lorsque le Contrôle médical le juge nécessaire, par exemple s'il estime devoir revoir un assuré une ou plusieurs fois notamment dans le cadre du suivi de pathologies psychiques ou devoir convoquer un assuré dans le cadre du contrôle des périodes d'incapacité totale de travail, contrôle qui pourra être effectué et sera assorti d'effets dès le premier jour de l'incapacité de travail.

**9bis. Sous réserve de la remarque formulée à l'article 420 concernant le principe de légiférer, notre Chambre se doit toutefois de formuler des observations concernant le droit pour les médecins du CMSS d'examiner l'assuré en milieu stationnaire.**

Notre Chambre estime que cette disposition est en contradiction avec celle de l'article 423 du présent projet de loi selon laquelle *„le CMSS ne s'immisce pas dans le traitement que suit l'assuré, dans la mesure où ce traitement est efficace et conforme aux données acquises par la science et la déontologie médicale et que l'assuré a été suffisamment informé pour permettre son consentement éclairé au traitement proposé“.*

Tandis que la non-immixtion du CMSS dans la relation patient-médecin prévue à l'article 423 est conditionnée (*„dans la mesure où ...“*), le droit pour le CMSS d'examiner l'assuré en milieu stationnaire est absolu. La CSL a du mal à accepter que les médecins du CMSS soient mieux placés pour évaluer la nécessité et la durée d'un traitement d'un assuré en milieu stationnaire que les médecins soignant le patient. Par ailleurs, la CSL se pose la question de savoir ce qu'il advient de l'assuré si les médecins du Contrôle médical décident de réduire la durée du traitement voire de déclarer le salarié de nouveau apte à travailler. En vertu du nouvel article L.121-6, la protection contre le licenciement tombera si endéans un délai de quarante jours à partir de la notification de la décision de refus de la CNS, il ne fait pas de recours et le droit au maintien de

la rémunération payée par l'employeur ou le paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie payée par la CNS tombent également, du moins, dans un premier temps. Par ailleurs, notre Chambre soulève la question de la prise en charge des prestations en nature si, suite à la décision de refus de la CNS, l'assuré continue à être traité en milieu hospitalier. Notre chambre ne peut accepter de telles conséquences désastreuses pour l'assuré tant en matière de droit du travail (perte de l'interdiction de protection contre le licenciement et maintien de la rémunération par l'employeur) qu'en matière de sécurité sociale (maintien de l'indemnité pécuniaire de maladie et continuation de la prise en charge des prestations en nature). Subsidiativement, si tel devait être le cas, *quad non*, les partenaires sociaux doivent avoir un droit de contrôle sur les attributions et un droit de codécision sur la gestion du CMSS.

*Ad article 422 concernant la mission pour le CMSS de conseiller et d'assister la CNS*

*„Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 7 et lui fournit à sa demande des avis, dont les avis visés à l'article 22 en matière de médicaments et les avis concernant les normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille et assiste la Caisse nationale de santé, à sa demande, au sujet de toute question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé, y compris le développement d'indicateurs de qualité pour les soins de santé ambulatoires et stationnaires.“*

10. Cet article contient la mission du Contrôle médical de la sécurité sociale de conseiller la Caisse nationale de santé et reprend l'article 418, alinéa 1, points 8) et 16). Notre système d'assurance maladie-maternité avec une prise en charge de qualité ne peut perdurer que si les prestations accordées respectent le principe de l'utile et du nécessaire. De toute évidence, la Caisse nationale de santé a besoin d'une expertise médicale pour pouvoir mettre en oeuvre ce principe. Dans les négociations des conventions avec les prestataires, la Caisse nationale de santé se trouve souvent confrontée à des arguments de nature médicale sur lesquels un dialogue constructif ne peut s'instaurer que si de son côté, elle dispose de conseillers ayant l'expertise médicale nécessaire pour pouvoir apprécier la justesse des arguments avancés. Il appartient au Contrôle médical de jouer ce rôle de conseiller.

**10bis. Sous réserve de la remarque formulée ci-avant selon laquelle les partenaires sociaux doivent avoir un droit de contrôle sur les attributions et un droit de codécision dans la gestion du CMSS, la CSL peut donner son accord à la présente proposition de texte.**

*Ad article 423 concernant le principe de non-immixtion du CMSS dans la relation patient-médecin et la mission de conseiller les assurés*

*„Le Contrôle médical de la sécurité sociale ne s'immisce pas dans le traitement que suit l'assuré, dans la mesure où ce traitement est efficace et conforme aux données acquises par la science et la déontologie médicale et que l'assuré a été suffisamment informé pour permettre son consentement éclairé au traitement proposé.*

*Toutefois, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut conseiller les assurés afin que les prestations correspondent au mieux à l'état de santé des assurés sans dépasser l'utile et le nécessaire et soient faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des traitements tout en étant conformes aux données acquises par la science, à la médecine factuelle et à la déontologie médicale. Si à l'occasion d'un examen, il apparaît au médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant de l'assuré, il le lui signale ainsi qu'à l'assuré.“*

11. Selon le commentaire de l'article, cet article met fin aux contradictions inhérentes aux dispositions actuelles relatives aux attributions du Contrôle médical.

11bis. En effet, l'article 421 actuel du Code de la sécurité sociale suivant lequel les médecins du Contrôle médical doivent s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation



sur le traitement est inconciliable avec l'obligation pour le Contrôle médical d'émettre des avis devant permettre d'apprécier le bien-fondé de prestations et l'évolution qui a eu lieu en matière d'obligation d'information et de motivation à l'égard des assurés.

**11ter. Comme déjà soulevé au sujet de l'article 421, il peut y avoir une divergence d'opinion sur la nécessité et la durée du traitement entre les médecins traitant l'assuré en milieu stationnaire et extrahospitalier, d'une part et les médecins du CMSS qui examinent l'assuré d'autre part, sachant qu'en vertu du principe de la compétence liée de la CNS, cette dernière peut mettre en cause la nécessité et la durée du traitement imposées par les médecins soignant l'assuré. A ce sujet, la CSL renvoie également à ses observations formulées au sujet de l'article 421.**

**La CSL tient toutefois à signaler que l'article 423 ne détermine pas de critères en vertu desquels le CMSS peut juger si un traitement est efficace et conforme aux données acquises par la science et la déontologie médicale de sorte que celui-ci est libre d'intervenir à sa guise dans la relation patient-assuré, ce qui, aux yeux de notre Chambre pose problème.**

11quater. De par leur fonction de médecins et de par leurs attributions au sein de leur administration, les médecins-conseils du Contrôle médical doivent apprécier l'état de santé des assurés et cette appréciation comporte nécessairement, au moins indirectement, une appréciation sur le traitement. En jugeant ainsi, suite à l'examen médical d'un assuré, que celui-ci est capable de reprendre son travail alors que le médecin traitant de l'assuré a prescrit un congé de maladie, le médecin-conseil juge le bien-fondé du certificat d'incapacité de travail émis par le médecin traitant.

**11quinquies. Comme déjà mentionné ci-avant, la CSL se prononce contre un tel démantèlement des droits des assurés. A titre subsidiaire, elle ne saurait donner son aval au pouvoir plénipotentiaire du CMSS consistant à intervenir dans la relation patient-assuré et à faire perdre à l'assuré salarié le bénéfice de la protection contre le licenciement et le maintien des prestations en espèces et en nature que si les représentants des assurés disposent d'un droit de contrôle et de cogestion en ce qui concerne les attributions et la gestion du CMSS.**

11sexties. Si une obligation particulière de retenue à l'égard des assurés caractérise la médecine de contrôle et si les médecins de contrôle n'ont pas la même relation avec les assurés qu'un médecin avec son patient, il n'en reste pas moins que les médecins de contrôle doivent pouvoir faire leur travail correctement et émettre au besoin un avis médical sur un diagnostic et un traitement.

11septies. De toute évidence, le principe de la prise en charge de prestations de qualité suivant le principe de l'utile et le nécessaire ne peut être mis en oeuvre que si le Contrôle médical a le pouvoir d'intervenir en cas d'abus ou de traitements médicalement injustifiés, voire inadaptés. Le Contrôle médical apprécie dans le cadre de son travail la qualité des soins, en contrôle le bien-fondé et l'efficacité et pourra désormais s'exprimer à cet égard s'il le juge nécessaire. Le texte proposé encadre strictement et délimite cette mission de conseil qui ne pourra donc se faire que si les conditions prévues par le texte sont remplies. Il a par ailleurs été jugé utile d'introduire la notion de médecine factuelle dans le texte, dont le terme consacré est celui de „evidence based medicine“, ce qui peut se traduire par „pratique médicale fondée sur des preuves“.

La médecine factuelle peut être définie comme la pratique d'une médecine recourant à l'utilisation rigoureuse, judicieuse, consciencieuse et explicite des meilleures données disponibles, étayées par des faits scientifiquement établis lors de la prise de décision concernant les soins à prodiguer. Il s'agit d'un outil intellectuel qui établit des niveaux de preuve et des grades de recommandations dans les domaines de la thérapie, de la prévention, de l'étiologie, du pronostic, du diagnostic, du diagnostic différentiel, des symptômes, de la prévalence, de l'analyse économique et de l'arbre décisionnel. Il appartient ainsi au médecin de rechercher les points de convergence entre les données de sa pratique professionnelle, en partie édictée par les structures de la médecine factuelle, sa propre décision et la liberté du choix de son patient.

**11octies. Si l'on veut accorder un droit de contrôle au CMSS en ce qui concerne la prise en charge des prestations de soins de santé en tenant compte de l'évolution de la science médicale et de la médication économiques, la CSL est d'avis que les médecins du CMSS devraient se sou-**

**mettre régulièrement à des formations de base et des formations continues concernant de nouveaux traitements médicaux.**

*Ad article 424 concernant l'assistance du CMSS à la CNS dans le cadre des prestations de soins*

*„Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.“*

12. Cet article a trait à la mission de contrôle exercée par le Contrôle médical de la sécurité sociale afin d'aider la Caisse nationale de santé à lutter contre les abus et les fraudes tant dans le chef des prestataires que dans le chef des assurés.

**Sous réserve du droit octroyé aux partenaires sociaux formulé ci-avant, la CSL donne son accord au présent texte.**

*Ad article 425 concernant la vérification par le CMSS des rapports d'activités des médecins établis par la CNS*

*„Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.“*

13. Cet article reprend le point 9) de l'article 418, alinéa 1 actuel.

**Sous réserve du droit de contrôle et de cogestion octroyé aux partenaires sociaux formulé ci-avant, la CSL donne son accord au présent texte.**

*Ad article 426 concernant la compétence liée des institutions concernées à l'égard du CMSS*

*„Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.“*

14. L'article 426 reprend les dispositions de l'article 418, paragraphe 3 du Code de la sécurité sociale concernant la compétence liée. Ainsi, comme dans le passé, les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées. Il s'agit d'éviter notamment lors des réunions des comités directeurs que des éléments de nature médicale soient discutés et des appréciations émises sur l'état de santé des assurés par des personnes n'ayant pas la qualité de médecin.

**14bis. Pour éviter des discussions au sein des comités directeurs des administrations concernées lesquelles ont compétence liée à l'égard du CMSS en ce qui concerne les avis à caractère médical et à portée individuelle, il est indispensable que les partenaires sociaux aient un droit à faire entendre leur avis en leur octroyant, le cas échéant, la possibilité de recourir à l'avis d'experts, recours dont dispose le CMSS en vertu de l'article 421 nouveau pour faire évaluer l'état de santé des assurés. Comme déjà soulevé ci-avant, le texte est muet sur la question de savoir qui tranche s'il existe un litige sur le caractère médical ou non médical d'un avis émis par le CMSS, étant donné que de cette question dépend si les administrations concernées ont oui ou non compétence liée à l'égard du CMSS? La CSL est d'avis qu'il faudrait compléter l'article 72bis du CSS en donnant la possibilité tant à l'administration concernée qu'à l'assuré de porter le litige devant la Commission de surveillance.**

**14ter. La CSL est soucieuse de voir régler les litiges entre assurés et CNS en concertation avec les partenaires sociaux au niveau des organismes de sécurité sociale (CMSS, Commission de**

**surveillance, CNS etc.) afin d'épargner à l'assuré une procédure devant les juridictions de la sécurité sociale souvent lente, coûteuse et préjudiciable à celui-ci.**

14quater. A remarquer que le présent projet entend confirmer et renforcer le rôle du Contrôle médical en tant que partenaire de confiance des institutions de sécurité sociale sur toute question de nature médicale. L'évolution s'est faite vers une appréciation globale de l'état des assurés au-delà des différents risques indemnisés par les institutions de sécurité sociale et admettre que les institutions emploient à nouveau, comme dans le passé, leurs propres médecins marquerait un retour en arrière non souhaitable.

14quinquies. Il convient de souligner que seuls les avis du Contrôle médical à portée individuelle, tels que les avis émis dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé d'un assuré ou en matière de consommation abusive de soins de santé d'un assuré, s'imposent à la Caisse nationale de santé. Celle-ci reste libre de suivre ou non les avis à portée générale que le Contrôle médical émet dans le cadre de ses missions de conseil et d'assistance.

**En ce qui concerne le livre I du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance maladie-maternité“.**

15. Suite aux modifications du chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale, les articles 422 à 460 actuels du livre VI du Code de la sécurité sociale sont à renuméroter pour devenir les articles 427 à 465 nouveaux du Code de la sécurité sociale.

**16. La CSL ne se prononcera par la suite qu'au sujet des articles qui ont changé quant au fond, en faisant abstraction des articles qui ont dû être renumérotés et dont les références ont dû être modifiées suite aux nouveaux articles introduits sous l'article 1 du projet de loi modifiant le Chapitre III „Contrôle médical de la sécurité sociale“.**

*Ad article 2, point 3° insérant un nouvel alinéa 5 à la suite de l'article 11, alinéa 4 du CSS*

*„La conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie.“*

17. Afin de permettre au Contrôle médical de la sécurité sociale de travailler efficacement et d'assortir ses contrôles de l'incapacité de travail d'effets également pendant la période de l'obligation patronale de maintien du salaire, il est important que le droit à la conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie, donc également pour les motifs figurant par exemple à l'article 16 du Code de la sécurité sociale, comme le refus de l'assuré, sans motif valable, de se soumettre au contrôle médical.

**17bis. La CSL soutient l'instauration d'une uniformité des contrôles de l'incapacité de travail par le CMSS que ce soit pendant la période de la continuation de la rémunération ou pendant la période de la prise en charge de l'indemnité pécuniaire de maladie. Elle ne cesse cependant de répéter que pour ce faire, elle insiste sur un droit de contrôle et de cogestion des partenaires sociaux en ce qui concerne les attributions et la gestion du CMSS (ainsi que sur le droit de demander, le cas échéant, une expertise médicale par un expert).**

*Ad article 2, point 4° supprimant la troisième phrase de l'article 14, paragraphe 1er du CSS*

*„Après la période de suspension visée aux articles 11, alinéa 2 et 12, alinéa 3, l'indemnité pécuniaire ne peut être accordée que si l'assuré présente un rapport médical circonstancié, établi par son médecin traitant.“*

18. Selon le commentaire des articles, le système d'introduction du rapport médical circonstancié (R4) mis en place par la loi du 21 décembre 2004 et modifié par la loi du 13 mai 2008 sur le statut unique ne fonctionne toutefois pas comme escompté: en effet, la troisième phrase de l'article 14 a été introduite dans le Code de la sécurité sociale en vue d'améliorer la gestion de l'incapacité de longue durée et est basée sur l'hypothèse où l'assuré est incapable de travailler de manière continue pendant plusieurs semaines, ce qui est toutefois l'exception dans la pratique.

18bis. Dans la majorité des cas, plusieurs périodes d'incapacité de travail et de reprise du travail se succèdent chez les assurés jusqu'à ce que l'assurance maladie intervienne dans l'indemnisation de l'incapacité de travail. L'algorithme qui détermine quand le rapport circonstancié R4 est généré et envoyé à l'assuré dans le cadre d'un système de gestion automatique n'est donc pas parallèle à l'algorithme qui définit la charge de l'incapacité de travail, comme prévu initialement. Il s'ensuit que le rapport R4 est souvent envoyé à l'assuré à un moment inapproprié. L'envoi et la rémunération automatique des rapports R4 génèrent pour la Caisse nationale de santé un coût et pour le Contrôle médical une charge administrative disproportionnés par rapport à l'utilité de cet instrument. En réalité, le Contrôle médical reçoit tardivement les rapports R4, qui de surcroît sont souvent incomplets, de sorte que dans la majorité des cas, la réception du R4 sert surtout à programmer la convocation des assurés en arrêt maladie auprès du Contrôle médical. Il est dès lors proposé de modifier la procédure de l'envoi du rapport R4 en même temps que les dispositions relatives au contrôle de l'incapacité de travail pendant la période de la charge patronale.

18ter. Désormais, les assurés seront convoqués en temps utile et le Contrôle médical utilisera le rapport R4 de manière plus sélective, en décidant en connaissance de cause dans quels cas il y a lieu de lancer la procédure R4. Dès réception de ce document, le médecin-conseil jugera au vu du contenu du R4 de la recevabilité de ce document conformément à l'article 173 des statuts de la Caisse nationale de santé, déterminant ainsi si le R4 réceptionné est à prendre en charge par la Caisse nationale de santé. La nouvelle procédure du R4 vise à pallier aux inconvénients actuels du système tout en permettant au Contrôle médical d'aiguiller l'assuré, comme dans le passé mais avec davantage d'efficacité, vers le système de prise en charge adapté. **La CSL peut donner son accord au présent texte au vu des explications fournies.**

*Ad article 2, point 5°, complétant l'article 14, alinéa 3 du CSS*

*„Les statuts peuvent prévoir les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“*

19. La présente modification a pour objet de permettre aux statuts de la Caisse nationale de santé de prévoir, en cas de cessation de l'affiliation, des informations à fournir par le bénéficiaire de l'indemnité pécuniaire permettant de documenter l'origine de la cessation de l'affiliation et d'apprécier si la personne ne touche pas d'autres revenus, que ce soit un revenu lié à une nouvelle activité professionnelle ou un revenu de remplacement. **La CSL donne son accord à la présente proposition de texte.**

*Ad article 2, point 6°, ajoutant un nouveau point 5) à l'article 16, alinéa 1, du CSS*

*„5) tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale.“*

20. A l'instar de ce que prévoit l'article 127 en matière d'assurance accident, il y a lieu d'ajouter à l'article 16 que l'indemnité pécuniaire n'est pas payée si l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale, ceci notamment au vu de la suppression de la troisième phrase de l'article 14, alinéa 1 et de la nouvelle procédure R4 proposée (cf. commentaire du point 4) ci-avant. **Afin de sauvegarder le parallélisme des formes, la CSL approuve la présente proposition de texte.**

*Ad article 2, point 7°, complétant l'article 16 du CSS par un nouvel alinéa*

*„Les prestations en espèces octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution. Les sommes indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire. Elles peuvent également être déduites des prestations ou des arrérages restant dus ou être recouvrées par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 434.“*

21. Il est proposé d'introduire dans les dispositions régissant les prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité une disposition similaire à ce que prévoit l'article 23 pour les prestations en nature. Des dispositions similaires existent déjà pour l'assurance accident (article 127) et l'assurance dépen-

dance (article 315). A noter que la modification proposée renvoie au nouvel article 434 après la renumérotation à opérer suite à la modification des dispositions relatives au Contrôle médical de la sécurité sociale, soit à l'article 429 actuel du Code de la sécurité sociale. **La CSL donne son accord à la présente disposition.**

*Ad article 2, point 9°, modifiant l'article 47, alinéa 1, du CSS*

*„Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification.*

*L'opposition est vidée par le comité directeur.“*

22. Il résulte des travaux parlementaires relatifs à la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique que l'intention du législateur était que l'article 47, alinéa 1 soit libellé comme l'article 51, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, à savoir que lorsque l'assuré demande, dans le cadre d'une question à portée individuelle à son égard, une décision susceptible de recours, la Caisse nationale de santé lui notifie une décision présidentielle susceptible de recours devant le comité directeur.

22bis. Le texte est par ailleurs précisé en prévoyant désormais expressément, à l'instar de l'article 146 du Code de la sécurité sociale en matière d'assurance accident, que la Caisse nationale de santé peut émettre des décisions présidentielles en l'absence de demande d'une décision attaquant émanant des assurés.

**22ter. Si la CSL salue également la présente proposition de texte destinée à uniformiser les procédures des questions à portée individuelle à l'égard d'un assuré tant en matière d'assurance maladie qu'en matière d'assurance accident, elle estime néanmoins que, d'un point de vue syntaxe, il y a lieu de redresser tant la première phrase de l'article 47, alinéa 1 que celle de l'article 146 du CSS en leur donnant la teneur suivante:**

*„Toute question à portée individuelle (...) peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé/de l'Association d'assurance accident ou de son délégué. Ceux-ci doivent le faire à la demande de l'assuré (...).“*

22quater. En effet le libellé actuel de l'article 47, alinéa 1 est insuffisant dans la mesure où il exclut de son champ d'application toutes les situations produisant des effets en dehors d'une initiative de l'assuré, de par un effet automatique de la loi ou en raison d'une sanction à prononcer par le président en cas de consommation abusive d'une prestation en nature ou d'une prestation en espèces. Afin d'éviter toute interprétation préjudiciable aux droits de l'assuré il y a lieu de clarifier l'article 47, alinéa 1. Par ce nouveau libellé la pratique administrative actuelle que la Caisse nationale a mise en place dans le cadre de sa gestion administrative journalière, consistant à informer l'assuré d'une éventuelle non-prise en charge, sans décision formelle du président, peut être maintenue. En effet, il s'agit là d'une procédure administrative d'information à distinguer de la procédure décisionnelle formelle. L'assuré qui se voit communiquer l'information administrative d'une non-prise en charge peut toujours faire valoir l'article 47 et obtenir une décision présidentielle susceptible, dans une première étape, d'un recours gracieux devant le comité directeur et, dans une deuxième étape, d'un recours contentieux devant les juridictions sociales. L'objectif de la présente modification est donc de clarifier la procédure décisionnelle de la Caisse nationale de santé de façon uniforme pour toutes les décisions administratives individuelles, peu importe que la décision formelle soit précédée d'une procédure d'information ou non et peu importe que la décision soit prise suite à une demande de l'assuré ou en dehors de toute initiative de l'assuré. La procédure décisionnelle doit toujours être la même avec la consécration du droit de l'assuré de disposer d'un recours gracieux et d'un recours contentieux.



*Ad article 2, point 10°, insérant un nouvel alinéa 2 à la suite de l'article 47, alinéa 1 du CSS*

*„La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Ces décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent.“*

23. La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie fait l'objet d'une simple information lorsqu'elle est motivée par le changement de la charge qui va de l'employeur vers la Caisse nationale de santé ou vice-versa ou lorsque le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie cesse à l'expiration de la période de cinquante-deux semaines. La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie fait par contre l'objet d'une décision présidentielle si sa cause réside dans l'article 16 du Code de la sécurité sociale ou si elle résulte d'un constat de capacité au travail par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Le nouvel alinéa 2 met par ailleurs fin à l'insécurité juridique qui existait jusqu'à présent, liée à deux procédures de recours différentes, l'une devant les juridictions du travail pendant la période de l'obligation patronale et l'autre devant les juridictions sociales lorsque la charge se situait auprès de la Caisse nationale de santé.

23bis. Dorénavant, la Caisse nationale de santé pourra prendre des décisions de non-paiement du salaire et de l'indemnité pécuniaire de maladie suite par exemple au constat de capacité ou au refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical, l'assuré disposant d'une voie de recours devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé, puis devant les juridictions sociales. Ces décisions s'imposeront automatiquement en matière de droit du travail. A noter que conformément au projet de loi n° 6555 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe, toutes les décisions prises par la Commission mixte (décisions de reclassement interne ou externe, décisions de non-reclassement et décisions relatives au statut des personnes sous reclassement professionnel externe) sont susceptibles d'une procédure de recours unifiée devant les juridictions sociales.

**23ter. Si la CSL salue dans son principe la clarification et l'uniformisation des procédures de recours contre une décision de refus de la CNS compétente désormais tant pour la période de la continuation de la rémunération par l'employeur que pour la période de la prise en charge de l'indemnité pécuniaire de maladie par la CNS au seul bénéfice des juridictions de sécurité sociale, elle ne peut toutefois donner son aval à une détérioration des droits des assurés, ceci d'autant plus si dans les hypothèses où les administrations ou institutions compétentes ont une compétence liée à l'égard du CMSS les partenaires sociaux n'ont pas un droit de contrôle sur les attributions du CMSS et un droit de codécision sur la gestion de celui-ci.**

*Ad article 7, point 3° insérant un nouvel alinéa 4 au nouvel article 431 (actuel article 426, alinéa 3) du CSS*

*„Par dérogation à l'alinéa 1, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre sur support informatique.“*

24. Lors de l'introduction de l'assurance dépendance au 1er janvier 1999, l'ancien plafond de déclaration fixé au septuple du salaire social minimum avait été supprimé au motif que la contribution dépendance était perçue par le Centre commun sur base de l'assiette de cotisation en matière d'assurance maladie mais sans application du plafond cotisable correspondant au quintuple du salaire social minimum.

24bis. Pour éviter de devoir contraindre, sous peine d'amende d'ordre, l'ensemble des employeurs, dont certains se montrent plutôt réticents, à déclarer l'intégralité de la rémunération gagnée par chaque salarié et compte tenu du fait que les rémunérations individuelles n'ont pas d'incidence sur le montant des prestations de dépendance, contrairement à la plupart des prestations en espèces des autres branches de la sécurité sociale, il importe d'autoriser les employeurs à plafonner les déclarations individuelles au septuple du salaire social minimum. Afin de réduire le nombre de déclarations plafonnées et de permettre au Centre commun une gestion aisée et un contrôle efficace des déclarations en bloc annuelles établies pour le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite, le recours à cette procédure exceptionnelle est soumis à plusieurs conditions:

1. Les déclarations mensuelles et le décompte annuel doivent être effectués sur support informatique;
2. Le décompte en bloc annuel n'est autorisé que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année;
3. La condition exigée doit être remplie dans le chef de trois salariés au moins;
4. La déclaration en bloc portant en principe sur une année entière correspond nécessairement à un montant positif;
5. Le Centre commun effectue chaque année des contrôles ponctuels dans plusieurs entreprises pour vérifier si le montant en bloc déclaré correspond bien à la somme des différents salaires individuels signalés comme plafonnés au cours de l'année.

*Ad article 7, point 4, ajoutant un nouvel alinéa final au nouvel article 431 (actuel article 426) du CSS*

*„Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 7 et 5 au Centre commun par voie électronique.“*

25. L'alinéa 6 a pour objet d'imposer aux employeurs l'obligation légale de transmettre au Centre commun par voie informatique la déclaration mensuelle des salaires et des périodes d'incapacité de travail. En effet, la déclaration par voie électronique présente l'avantage pour le Centre commun non seulement d'éliminer une source d'erreurs provenant de la saisie manuelle des données, mais encore de lui permettre d'affecter son personnel de saisie à d'autres tâches plus valorisantes. Quant à l'employeur, il sera immédiatement averti, le cas échéant, de l'échec de sa tentative de transmission électronique des données au Centre commun.

25bis. En vue d'assurer une plus grande cohérence entre les données communiquées et de favoriser la déclaration des heures de travail, des heures d'incapacité de travail et des éléments de la rémunération par une seule et même personne, il convient de lier informatiquement les déclarations périodiques entre elles et par conséquent d'étendre l'obligation légale de communiquer les données par voie électronique aux déclarations d'incapacité de travail selon les mêmes modalités que les déclarations des salaires.

**Au vu des explications fournies ci-avant, la CSL donne son accord au présent texte.**

*Ad article 8, point 1°, complétant l'alinéa 2 du paragraphe 3 de l'article L.121-6 du Code du travail*

*„Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail cesse pour le salarié en cas de décision de refus émise par la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, qui s'impose à l'employeur. La période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède cesse à l'expiration du délai de recours de quarante jours courant à partir de la notification de la décision de la Caisse nationale de santé à l'assuré. La Caisse nationale de santé informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède est maintenue. Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli en cas de révision de la décision de refus susvisée ayant mis fin au droit, l'employeur en étant informé par la Caisse nationale de santé.“*



26. La modification proposée vise à mieux coordonner les dispositions du droit du travail avec celles du Code de la sécurité sociale. Si la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique a introduit un nouvel alinéa 2 à l'article 418 du Code de la sécurité sociale traitant des attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale en vue de préciser que les attributions en matière de contrôle médical de l'incapacité de travail peuvent également être exercées pendant la période couverte par l'obligation patronale, cette disposition est restée lettre morte, alors que les conclusions du Contrôle médical de la sécurité sociale sont à l'heure actuelle inopposables au niveau du droit du travail et sont donc dépourvues d'effets.

26bis. Pour améliorer la gestion de l'incapacité de travail, il est indispensable de prévoir un parallélisme entre l'obligation patronale de maintien de salaire et le droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie quant à la procédure de contrôle médical de l'incapacité de travail par le Contrôle médical de la sécurité sociale avec les voies de recours afférentes, ceci d'autant plus que la charge se situe tantôt auprès de l'employeur, tantôt auprès de la Caisse nationale de santé. En cas de constat de capacité au travail par le médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale ou en présence d'un autre motif mettant fin au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie, tel que le refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical sans motif valable, la Caisse nationale de santé pourra désormais prendre une décision de refus s'imposant en matière de droit du travail et mettant fin automatiquement au droit au maintien du salaire ou au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie selon que la charge se situe auprès de l'employeur ou de la Caisse nationale de santé.

**26ter. La CSL s'oppose à une telle détérioration des droits du salarié – tant en ce qui concerne la protection contre le licenciement qu'en ce qui concerne le maintien de la rémunération/de l'indemnité pécuniaire de maladie pour les raisons déjà plus amplement développées ci-avant. A titre subsidiaire, elle ne saurait y donner son accord que si les partenaires sociaux aient un droit de contrôle sur les attributions et un droit de codécision sur la gestion du CMSS.**

26quater. La protection contre le licenciement pour une période de vingt-six semaines au plus à partir de la survenance de l'incapacité de travail est maintenue même en cas de cessation du droit au maintien du salaire à condition que le salarié fasse un recours contre la décision de la Caisse nationale de santé à l'origine de la cessation du droit et la protection court, pour une période maximale de 26 semaines, tant qu'il n'existe pas de décision coulée en force de chose décidée ou jugée ayant confirmée la décision de refus.

**26quinquies. La CSL exige toutefois que l'assuré soit informé par courrier séparé deux semaines avant l'expiration du délai de recours sur les conséquences de la décision de refus de la CNS pour le salarié/assuré, les voies de recours contre cette décision ainsi que les organismes, administrations ou organisations ayant compétence pour l'épauler dans ses démarches.**

26sexties. L'assuré est donc protégé contre le licenciement en cas de recours dans un premier temps contre la décision présidentielle, puis en cas de recours devant le Conseil arbitral contre la décision du comité directeur. Si dans la pratique le délai de 26 semaines est expiré en cas de recours devant le Conseil supérieur contre le jugement du Conseil arbitral, puisque l'exercice des voies de recours devant d'abord le comité directeur puis devant le Conseil arbitral prennent du temps, il est évident que si exceptionnellement le délai de 26 semaines ne devrait pas encore être expiré au moment où le Conseil arbitral prononce son jugement, il continuerait à courir et la protection y afférente serait maintenue en cas d'appel par l'assuré. A noter que l'employeur pourra s'adresser à tout moment à la Caisse nationale de santé pour obtenir des renseignements sur la date de notification des décisions de refus à l'assuré faisant courir les délais de recours.

*Ad article 8, point 3° remplaçant les paragraphes 1 et 2 de l'article L.351-4 du Code du travail*

*„(1) Le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner un examen médical, à effectuer par un médecin du travail de la Direction de la santé, des salariés exposés à l'un des agents visés à l'annexe 5 du présent code.*

*(2) Si l'examen médical, visé au paragraphe (1), révèle que la santé des salariés est gravement menacée, le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner que le salarié soit temporairement soustrait à l'action d'un agent.“*

27. L'article L.351-4, paragraphe 1, dispose actuellement que *„le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, sur avis d'un médecin du travail de la Direction de la santé, peut ordonner un examen médical des salariés exposés à l'un des agents visés à l'annexe 5 du présent code. L'examen médical est effectué par les services du Contrôle médical de la sécurité sociale“.*

27bis. Le paragraphe 2 prévoit que *„si l'examen médical, visé au paragraphe (1), révèle que la santé des salariés est gravement menacée, le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, sur avis d'un médecin du travail de la Direction de la santé, peut ordonner que le salarié soit temporairement soustrait à l'action d'un agent. (...)“.*

27ter. La modification proposée vise à simplifier la procédure faisant l'objet de l'article L.351-4 en prévoyant que le salarié soit immédiatement examiné par le médecin du travail. En effet, étant donné que cet examen médical relève de la compétence de la médecine du travail et que le médecin du travail doit de toute façon procéder à un examen du salarié pour émettre son premier avis, un examen par le Contrôle médical de la sécurité sociale ainsi que la prise d'un deuxième avis auprès du médecin du travail tels que prévus dans la procédure actuelle ne se justifient pas et alourdissent inutilement la procédure. **La CSL est d'accord avec une telle simplification administrative.**

*Ad article 9, point 1°, complétant l'article 5, paragraphe 1, point 1) et figurant sous le chapitre II intitulé „Contrôle médical de la sécurité sociale“ de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale*

*„c) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12  
des psychologues*

*d) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12  
des conseillers de direction première classe;  
des conseillers de direction;  
des conseillers de direction adjoints;  
des attachés de direction premier rang;  
des attachés de direction;  
des stagiaires ayant le titre d'attaché de direction.“*

28. Au vu du travail à assumer par le Contrôle médical de la sécurité sociale, il faut prévoir, en plus d'un renforcement du personnel scientifique, un fonctionnaire de la carrière administrative supérieure de l'administration. Afin de permettre au médecin directeur ainsi qu'au médecin directeur adjoint de se concentrer sur la direction médicale, il est important qu'un fonctionnaire de la carrière administrative supérieure se charge de la direction administrative du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette tâche comprend entre autres la gestion des ressources humaines, la gestion financière, la coordination du service, les relations avec les institutions de sécurité sociale et les autres administrations de l'Etat ainsi que la mise en place de nouvelles procédures de collaboration avec le médecin directeur, dont la gestion des plaintes des assurés.

*Ad article 9, point 2, modifiant l'article 5, paragraphe 1, point 2) intitulé „dans la carrière moyenne de l'administration“ de la loi modifiée du 15 décembre 1993 précitée*

*„b) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 10  
des infirmiers gradués“.*

## **29. Le présent ajout ne suscite pas de remarques de la part de la CSL.**

*Ad article 10 „Disposition transitoire“*

*„Le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est autorisé à engager à titre permanent et à tâche complète, pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, quinze médecins-conseils, un attaché de direction, un pharmacien-inspecteur, cinq psychologues, un infirmier gradué et cinq expéditionnaires.“*

**30. En raison des remarques soulevées ci-dessus, la CSL demande de tenir en suspens le présent projet de loi jusqu'au vote du projet de loi n° 6555 sur le reclassement et ensuite prendre en considération les remarques formulées par notre Chambre dans son avis du 16 mai 2013 y relatif. Une fois le projet de loi n° 6555 voté, la CSL invite le Gouvernement à revisiter le présent projet en prenant en considération les remarques formulées dans le présent avis.**

Luxembourg, le 20 mars 2014

*Pour la Chambre des salariés,*

*Le Directeur,*  
Norbert TREMUTH

*Le Président,*  
Jean-Claude REDING

\*

## AVIS DU COLLEGE MEDICAL

### DEPECHE DU PRESIDENT ET DU SECRETAIRE DU COLLEGE MEDICAL AU MINISTRE DE LA SECURITE SOCIALE

(12.3.2014)

Monsieur le Ministre,

Le Collège médical a l'honneur d'aviser le projet sous rubrique dont l'importance au plan professionnel est indéniable.

Il semble logique que l'avis du Collège médical porte essentiellement sur les impacts qu'aurait la loi telle que projetée sur le mode d'exercice des professionnels inscrits et l'implication dans la relation médecin-patient.

\*

#### 1. CONSIDERATIONS GENERALES

Si d'une façon générale il existe un besoin urgent de gérer plus judicieusement les dépenses de la sécurité sociale, il faut toutefois rester attentif aux moyens mis en oeuvre pour canaliser les dépenses publiques.

La lecture du texte du projet et surtout celle de l'exposé des motifs et des commentaires dégage l'impression que leurs auteurs semblent partir de la prémisse d'un abus systématique en matière de prestations tant par les prestataires que par les bénéficiaires de soins.

Le Collège médical est profondément déçu par le fait que le législateur projette de ne concéder la prise en charge des prestations en faveur du bien le plus précieux des assurés, leur santé, que **dans la plus stricte économie compatible** avec l'efficacité ... (2ème alinéa art. 423).

C'est donc le souci de l'économie qui prédomine, alors que le principal souci du ministère en charge devrait être celui de la sécurité sociale de ses assurés, qui sont, et ne l'oublions pas, les principaux financiers du système de sécurité sociale.

Alors que la définition précise des compétences requises pour faire office de médecin-conseil du CMSS fait défaut, le texte sous avis entend attribuer au CMSS une extension de ses pouvoirs, allant à l'encontre de certains principes fondamentaux de la pratique médicale actuelle dont notamment

- le droit du patient
  - o à voir posé son diagnostic avec circonspection, dans un délai raisonnable et en ayant recours à tous les examens complémentaires requis;
  - o à se voir proposé le meilleur traitement possible;
  - o au libre choix de son médecin;
- la liberté thérapeutique du médecin;
- l'indépendance de l'exercice médical;
- l'obligation des moyens pour le médecin dans un monde de plus en plus judiciairisé.

Le Collège médical voudrait mettre en garde contre des risques d'abus de pouvoir de la part du CMSS, qui pourrait, à la faveur des dispositions l'y autorisant, systématiser la remise en cause des décisions du médecin traitant

- Le CMSS sera désormais autorisé à conseiller le patient sur d'éventuelles insuffisances dans la prise en charge par son médecin traitant habituel et à émettre un second avis. La légitimation de l'immixtion du CMSS interférera de cette manière dans la relation de confiance existante entre le patient et son médecin traitant au risque de la compromettre sérieusement.
- Le CMSS sera le principal conseil de la CNS dans la définition des règles de prise en charge des prestations en respectant l'„utile et nécessaire“ „conforme aux acquis de la science et aux dispositions déontologiques“ „pour soigner mieux et dépenser mieux“.

A lire le projet il est à craindre que le nombre des prestations soumises à une autorisation préalable et les examens médicaux y relatifs ne feront qu'augmenter, avec comme conséquence des démarches administratives imposées, la prise de retards inutiles voire dangereux de l'exécution des traitements.

Il n'y a pas de doute qu'un médecin du CMSS doit avoir le droit de discuter le bien-fondé d'une décision thérapeutique, reste néanmoins à prouver ses compétences devant l'éventail élargi des spécialités médicales et le développement rapide de la médecine de terrain dont la vision pourrait échapper, du moins partiellement, à un médecin dont l'activité essentiellement administrative l'a éloigné des contingences de la médecine.

Si déjà dans le passé il a été retenu que „Si à l'occasion d'un examen, il apparaît au médecin du CMSS qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant de l'assuré, il le lui signale ainsi qu'à l'assuré“ (art. 423), il faut reconnaître que ce dialogue a été jusqu'à présent plutôt lapidaire, se limitant à des communications techniques de non-conformité à des dispositions et ne répondait absolument pas aux critères d'un dialogue constructif pour le bien du patient.

Dans cet ordre d'idées, en cas de nécessité d'un second avis médical, celui-ci ne devrait-il pas être émis par un médecin indépendant, n'ayant ni obligation d'économie financière, ni lien de subordination à un organisme financier ou assureur?

En application du projet actuel il est fort probable que les avis des praticiens du terrain ne trouveront, comme déjà dans le passé, que peu de retentissements avec comme conséquences le risque d'entrave sérieuse aux progrès de la médecine et la naissance d'une médecine à deux vitesses, dans laquelle seulement une minorité bien portante pourra profiter de traitements non encore avisés favorablement par le CMSS.

Bien sûr que le Collège médical est en faveur d'un arsenal législatif axé sur la nécessité de faire des choix, fondés sur des critères scientifiques/médicaux au juste coût, au meilleur rapport qualitatif de la prise en charge, sans qu'on ne puisse remettre en cause la couverture à laquelle a légitimement droit l'assuré, ni exposer le prestataire à la merci d'une vindicte économique.

Cependant les auteurs du projet de loi semblent, dans leur souci d'économie, être d'avis que cet objectif ne pourra être atteint que moyennant la généralisation du procédé des contrôles par autorisations préalables, au désagrément de la grande majorité des assurés et prestataires, alors que la petite minorité des abuseurs, de part et d'autre, n'auront que peu de chances à se faire détecter.

Une recherche systématique des abus d'une minorité ne semble pas particulièrement retenir l'attention des auteurs, probablement au vu d'expériences non concluantes dans le passé.

Certes il est fait référence à des modalités de recherche d'abus à grande échelle (qui sont les prises en charge d'examens complémentaires et de traitements à la demande excessive de la part des assurés et/ou sur prescription excessive par les prestataires), mais il est à craindre que le CMSS se dédie essentiellement à la restriction du droit aux prestations en s'attaquant en premier lieu directement aux plus vulnérables qui sont certaines catégories d'assurés, se trouvant dans une relation de dépendance totale de la sécurité sociale (affections longue durée de toutes sortes, invalidités par affection physique et/ou mentale).

On recherche vainement dans le projet actuel, tout comme d'ailleurs dans tout le système de santé en vigueur, des dispositions et des mécanismes qui présenteraient un attrait tant pour l'assuré que pour le prestataire à utiliser d'une manière responsable les ressources.

Tenant compte de ce qui précède il est évident que le projet de loi prévoit l'augmentation importante en effectifs du CMSS, augmentation engendrant de nouveaux coûts fixes, justement contraire à la finalité économique recherchée.

Il existe donc un risque que les économies réalisées par cette politique répressive, décrite surtout dans l'exposé des motifs et les commentaires, ne suffiront qu'à couvrir cette augmentation de personnel administratif et n'engendrent pas les économies espérées, loin de là.

Le projet de loi, élaboré sous le paradigme pompeux de „soigner mieux en dépensant mieux“ est un vain essai de comprimer les dépenses pour la couverture sociale des citoyens, en sacrifiant définitivement les principes de liberté thérapeutique et d'indépendance, principes, il est vrai, depuis longtemps ébranlés par la réalité.

Ainsi le projet s'inscrit dans la lignée de la loi sur la réforme du secteur de santé de décembre 2010, afin d'éviter de poser la question essentielle, question éminemment politique, à savoir si notre système de sécurité sociale reste finançable dans les modalités actuelles.

Le Collège médical se permet de poser la question si celui qui, pour raisons économiques, ampute le médecin de ses moyens, au détriment finalement du malade, ne devait pas en assumer également la responsabilité?

La Collège médical s'oppose donc formellement au projet de loi dans sa forme actuelle.

\*

## 2. COMMENTAIRE DES ARTICLES

*Article 1 concernant l'organisation de la sécurité sociale (CSS Chap. III du titre I, livre VI)*

*Article 418: Attributions du contrôle médical*

Ce texte interpelle sur les missions du contrôle médical et ses diverses missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle portant notamment sur:

- les éléments médicaux nécessaires pour autoriser la prise en charge de prestations médicales et paramédicales ainsi que la détection d'éventuels abus
- les périodes d'incapacités de travail indemnisées et les périodes de suspension de l'indemnité pécuniaire
- l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

Au vu de l'importance de ces attributions, le Collège médical voudrait insister sur la nécessité de leur conformité avec la déontologie médicale, dont le respect contribuera à la crédibilité de l'activité des médecins du CMSS vis-à-vis de leurs interlocuteurs.

A cet effet le Collège médical aimerait s'attarder sur l'aspect déontologique de deux piliers de l'exercice médical qui sont l'**indépendance professionnelle et la liberté de prescription** et leur impact sur les missions du médecin de contrôle (articles 7-9 et 89-96 du Code de Déontologie médicale).

Comme déjà signalé dans le commentaire général l'indépendance professionnelle du médecin est un des piliers fondamentaux de l'exercice médical.

Cette indépendance est entérinée d'une manière générale dans les articles 7-9 du Code de Déontologie et d'une manière spécifique dans les articles 89 à 96 pour les missions de conseil et de contrôle<sup>1</sup>.

**1 Code de Déontologie médicale de 2013**

**L'indépendance professionnelle et la liberté de prescription**

**Article 7**

L'exercice de la médecine est personnel; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes. Il doit souscrire les assurances responsabilité civile et professionnelle adéquates.

Sans préjudice de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, le médecin peut éventuellement s'adjoindre le concours de collaborateurs qui, sans être médecins, sont suffisamment compétents, qualifiés et capables de l'assister.

Il contribue à la formation continue nécessaire de ses collaborateurs non médecins.

**Article 8**

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Le médecin ne peut recevoir, à titre personnel ou par personne interposée, des avantages, en nature ou en espèces, offerts par des fournisseurs ou par des prestataires de soins de santé dont l'activité professionnelle ou commerciale fait l'objet d'une prise en charge directe ou indirecte par les régimes de la sécurité sociale.

Par dérogation, et sans préjudice du règlement grand-ducal modifié du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments les deux alinéas qui précèdent ne s'appliquent pas aux avantages, aux hospitalités ou aux rémunérations perçues dans le cadre d'activités et manifestations professionnelles à condition qu'ils ne soient ni excessifs, ni disproportionnés par rapport au service rendu.

**Article 9**

Le médecin est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

**Chapitre VIII – La médecine de contrôle: articles 89-95**

**Article 89**

Le médecin exerçant la médecine à titre de médecin-conseil ou de médecin de contrôle est soumis aux dispositions du présent Code de déontologie.

**Article 90**

Il doit être objectif dans ses conclusions.

Il refusera l'examen de toute personne avec laquelle subsistent des liens susceptibles d'influencer sa liberté de jugement.

Il ne peut être à la fois le médecin de contrôle et le médecin traitant de la même personne.

**Article 91**

Il doit, avant de procéder à l'exécution de sa mission, faire connaître son identité à la personne soumise à son contrôle, lui dire en quelle qualité il agit et quelle est sa mission.

Il doit être très circonspect dans ses propos.

**Article 92**

Il doit se récuser s'il estime que la mission dont il est chargé dépasse ses compétences ou l'expose au risque de contrevenir aux dispositions du présent code.

**Article 93**

Il est tenu au secret professionnel à l'égard de l'administration ou de l'organisme sollicitant ses services.

Il fournira ses conclusions dans les formes requises, permettant aux sollicitateurs légitimes de se prononcer sur la situation de la personne contrôlée.

Les données médicales nominatives contenues dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiquées ni aux personnes étrangères au service médical du demandeur, ni à une autre institution sans l'accord formel de la personne concernée.

**Article 94**

Il ne doit pas s'immiscer dans le traitement que suit la personne examinée, dans la mesure où ce traitement est conforme aux données acquises de la science et que l'assuré a été suffisamment informé pour permettre son consentement éclairé au traitement proposé.

Si à l'occasion de l'examen il lui apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant, il doit le lui signaler personnellement.

**Article 95**

Dans l'intérêt du patient, les médecins qui interviennent dans un dossier (notamment médecin-conseil, médecins du travail, médecins traitants, etc.) se concerteront pour éviter des conclusions contradictoires.

**Article 96**

Le médecin ne peut user de sa fonction ou de sa mission pour accroître sa clientèle.

Il s'abstient de tout acte susceptible d'influencer le libre choix du patient.



L'article 7 du Code de déontologie pose le principe de l'inaliénabilité de l'indépendance professionnelle du médecin.

Pour le médecin de contrôle lié par un contrat d'emploi, c'est l'article 93 qui énonce la règle du secret professionnel vis-à-vis de l'employeur.

Ils existent néanmoins des menaces sur l'indépendance du médecin de contrôle du fait

- qu'il est rattaché à l'établissement public national de sécurité sociale à l'intérieur d'une structure hiérarchisée et centralisée,
- qu'il est soumis à un statut de droit public limitant son action dans la gestion et le fonctionnement internes, guidés par la législation propre à la fonction publique,
- qu'il est exposé en permanence au risque d'une possible intervention ou influence de l'autorité de tutelle à laquelle il doit rendre compte,
- qu'il y a risque d'évolution de ses missions dont l'accomplissement, d'année en année, se fait au gré des priorités des pouvoirs publics.

D'autre part il ressort des dispositions du projet des éléments témoignant de l'indépendance du médecin de contrôle:

- L'article 425 donne la latitude au médecin de contrôle de saisir la Commission de surveillance en cas de déviation injustifiée de l'activité.
- L'article 426, pose une règle d'indépendance technique en ce sens que les décisions du médecin de contrôle s'imposent aux institutions concernées, sous réserve de recours devant les juridictions sociales.

Il s'agira donc de donner au CMSS une structure conciliant l'autonomie/indépendance médicale avec les missions de contrôle lui conférées par le législateur.

*Article 419:*

*Evaluation de l'état de santé de l'assuré en vue de l'attribution de prestations. Communication des indications relatives au diagnostic et au traitement par les médecins traitants, les établissements de santé et les prestataires de soins.*

*Droit du médecin de contrôle à l'accès aux données sur place.*

Le contrôle médical acquiert à l'égard du bénéficiaire de l'assurance une compétence en matière de vérification de la justification médicale et répond à une mission d'expertise médico-sociale en vue de la liquidation de droits.

Quant au deuxième aspect, il rend nécessaire un renvoi à l'article 4 du Code de déontologie obligeant tout médecin au **respect du secret professionnel** dans l'intérêt du patient (...).

Il faut donc circonscrire les contours du secret professionnel du médecin de contrôle et celui du médecin traitant dans l'exercice des missions d'évaluation sur l'état de santé.

Le Collège médical insiste sur la portée de l'article 4 du Code de déontologie, d'application au médecin de contrôle autant qu'au médecin traitant qui doivent le maintenir, chacun dans sa sphère d'intervention et dans le seul intérêt du patient.

Le **médecin traitant**, détenteur d'éléments utiles au bon accomplissement des missions du médecin de contrôle, communique les informations limitées à celles visées à l'alinéa premier de l'article 419, à savoir: „*les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution (...)*“.

On peut donc admettre que le patient, dans l'exercice de son droit aux prestations, autorise la communication des données d'ordre médical au médecin de contrôle. L'échange d'informations entre le médecin de contrôle et le médecin traitant de l'assuré crée une relation médico-sociale.

Cette déduction s'inspire de l'article 34 du Code de déontologie, qui commande au médecin de faciliter l'obtention d'avantages sociaux auxquels donne droit la situation du patient, sans céder à une demande abusive.

En conséquence le médecin traitant se voit autorisé à communiquer au médecin désigné par l'organisme de sécurité sociale du patient les renseignements indispensables.

La communication se fait au **médecin de contrôle** qui aura la charge de respecter le contenu de l'information en s'assurant que l'usage corresponde effectivement à la liquidation des droits de l'assuré.



La loi confère au médecin de contrôle le droit de consulter sur place toutes les données médicales détenues par les prestataires de soins, réseaux et établissements.

Du moment qu'il est légalement autorisé à consulter les documents médicaux des établissements ou réseaux de soins, le médecin de contrôle est amené à connaître de nombreuses données médicales nominatives.

L'article 93, alinéa 3 du Code de déontologie affirme avec force que les données nominatives établies par le médecin de contrôle ne peuvent être communiquées ni aux personnes étrangères au service médical, ni à d'autres organismes.

Le traitement de ces données devra donc suffire aux restrictions strictes imposées **au secret professionnel partagé**.

L'assuré, du moment qu'il cherche de la part de son assureur la prise en charge ou l'octroi d'une prestation, doit implicitement donner son accord au traitement de données médicales par des non-médecins.

Tout comme dans un cabinet médical ou paramédical, il est inévitable que des non-professionnels de santé aient accès à au moins une partie des données médicales au sein du CMSS, ne citons que pour exemples les cas

- de la secrétaire qui dactylographie ou enregistre un rapport,
- des membres du Conseil arbitral de la Sécurité sociale ou du Conseil supérieur de la Sécurité sociale dont les séances sont, rappelons-le, publiques!

Il incombe aux médecins de veiller à limiter l'accès aux données au strict minimum et surtout et de sauvegarder le strict respect du secret professionnel partagé par les non-professionnels de santé en charge.

Il va de soi que le Collège médical plaide en faveur d'une mise en oeuvre d'un système informatique dont la fiabilité puisse garantir la confidentialité des fichiers médicaux face à des personnes externes à l'administration concernée.

*Article 420:*

*Autorisation médicale de la prise en charge des traitements prévus à l'article 17, alinéa 1 du Code de sécurité sociale pour autant qu'elle est prescrite par les lois et règlements: contrôle des assurés par les avis de prestation.*

Alors que cet article semble l'évidence même, le Collège médical voudrait souligner le risque d'une surréglementation et d'une focalisation de la mission du Contrôle médical sur un rôle de régulateur macroéconomique.

Comme la loi prévoit une autorisation préalable de la prise en charge de certains traitements de santé, il conviendrait plutôt que la mission du CMSS soit centrée sur la **définition des critères donnant droit au remboursement** dans la mesure où le traitement est conforme à l'état actuel de la science et se limite à des contrôles ponctuels, sauf en cas de suspicion de fraude.

En effet, si certains contrôles de conformité de prise en charge ont un résultat positif, force est de constater, qu'outre qu'ils contribuent à alourdir inutilement la tâche journalière du médecin de contrôle, ils ne permettent souvent pas de raisonner ni les consommateurs, ni les dispensateurs excessifs de soins.

Ne perdons pas de vue qu'un contrôle crédible nécessite une obligation de formation continue par ses acteurs en matière des différents traitements médicaux.

Si obligation d'optimiser et d'actualiser ses compétences relève de l'obligation légale et déontologique de tout médecin (Art. 6 de la loi sur l'exercice de la profession de médecin; art 13-15 du

Code Déontologie médicale<sup>2)</sup> un renvoi explicite à la formation continue obligatoire plaiderait en faveur d'une crédibilité accrue face aux prestataires et bénéficiaires et contribuerait à une communication entre professionnels avec un positionnement à compétences équivalentes. Or, la question des compétences se pose déjà au moment des décisions sur la justification médicale des soins.

Pour répondre à cette problématique, les modalités de recrutement des médecins de contrôle se doivent d'être élargies non seulement vers les connaissances techniques spécifiques à l'exercice de contrôle, mais aussi vers l'aptitude à la communication indispensable au dialogue avec les assurés et les professionnels.

D'un autre côté le Collège médical doit pointer le doigt sur la situation de sous-représentation des spécialités dans la composition du CMSS à l'heure actuelle.

Ceci pose la question d'une approche entre polyvalence et spécialisation des médecins de contrôle, sachant qu'une spécialisation par branche ou regroupement d'activité ne peut être optimale que dans la mesure où elle permettrait de répondre à la variété/variabilité de la population d'assurés.

Dès lors, le Collège médical ne peut qu'encourager une sélection des candidats-médecins-conseils sur base d'une expérience clinique, d'acquis épidémiologiques et d'acquis en économie de la santé.

Rappelons ici encore que l'article 92 du Code de déontologie prévoit la possibilité pour le médecin de contrôle de se récuser lorsqu'il estime que la mission lui assignée dépasse ses compétences et que le recours à des experts soit déjà expressément envisagé à l'alinéa 3 de l'article 421.

A ce propos le Collège médical se demande de la création d'une cellule de conseil scientifique, de composition multidisciplinaire, indépendante, qui pourra être consultée par le médecin de contrôle et qui pourra également répondre à d'autres fonctions attribuées dans le projet sous avis au CMSS, p. ex. la collaboration à la commission de nomenclature, le conseil auprès de la CNS etc. (voir plus loin, art. 422)

*Article 421:*

*Examens médicaux effectués par le CMSS en application des lois et règlements ou des statuts:*

Dans le commentaire de cet article, il est précisé que le CMSS „doit évidemment pouvoir effectuer ou faire effectuer les examens médicaux nécessaires ...“.

**2 Loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire**

**„Art. 6.**

(1) Le médecin autorisé à exercer doit veiller à la continuité des soins aux patients dont il a la charge. Au cas où il ne peut pas satisfaire à cette obligation du fait de l'existence d'un deuxième cabinet ou lieu d'établissement, le ministre peut l'obliger à se limiter à un seul cabinet ou lieu d'établissement.

(2) Il doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de sa profession au Luxembourg. Il engage sa responsabilité disciplinaire, civile et pénale si, par suite d'une insuffisance de ces connaissances, il commet une erreur dans l'exercice de sa profession ou fait commettre une erreur à d'autres dans l'exercice de leurs professions.

**(loi du 14 juillet 2010)**

„Dès son installation il doit recueillir les informations nécessaires concernant les législations sanitaire et sociale et la déontologie applicables au Luxembourg.“

Il est obligé de tenir à jour ses connaissances professionnelles.

Il est tenu au secret professionnel.“

...

**Code de Déontologie médicale**

**Le développement professionnel continu**

**Article 13**

Tout médecin doit entretenir et perfectionner sa compétence professionnelle en assurant son développement professionnel continu.

Dans l'exercice de sa profession, il se tient au courant des recommandations de bonne pratique.

**Article 14**

Il doit connaître et appliquer les lois, les règlements, les conventions et toutes autres dispositions régissant les secteurs de la Santé publique qui s'appliquent à l'exercice de sa profession.

**Article 15**

Il a l'obligation légale et morale d'acquérir les connaissances des langues française, allemande et luxembourgeoise en vue de pouvoir dialoguer avec le patient et d'assurer la meilleure prise en charge du patient.

Des fautes professionnelles en rapport avec le non-respect de cette disposition peuvent l'exposer à des poursuites judiciaires et/ou déontologiques.

La formulation de ce commentaire est malencontreuse, car elle place le médecin traitant dans un état de subordination par rapport au CMSS.

La disposition en discussion semble viser les cas de morbidité sujets à d'importantes dépenses soumises à remboursement (affections de longue durée etc.), ainsi que les cas de prescriptions fréquentes d'arrêts de travail ou de soins et traitements par nature susceptibles à détournement de leur usage par l'assuré.

Dans ce cas précis il serait judicieux d'encourager un dialogue, voire une communication constructive, entre le CMSS et le médecin traitant.

Des accords de protocoles thérapeutiques conclus entre l'assuré/prestataire et l'assureur en tenant compte des recommandations spécifiques du domaine contribueraient à créer un climat de confiance.

Dans un troisième alinéa, il est prévu que le CMSS „... prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire ...“.

La progression rapide des techniques médicales et le possible manque de recul du médecin de contrôle par rapport à un confrère en activité médicale quotidienne, rendent nécessaire le recours à des spécialistes référents.

Le Collège médical encourage vivement cette possibilité (voir en haut, sous commentaire à l'article 420).

Néanmoins il regrette que le législateur n'encourage pas plus un dialogue, entre l'assuré/prestataire et l'assureur, préalable à toute décision, mais réserve le recours à l'avis d'experts spécialisés au seul jugement du CMSS, conférant à celui-ci une position de force non contributive à une collaboration fructueuse.

Il serait opportun d'officialiser une procédure de médiation pouvant intervenir rapidement en cas de désaccord, avant d'entamer la voie du contentieux devant le Conseil arbitral de la Sécurité sociale, voire devant le Conseil supérieur de la Sécurité sociale. La cellule de conseil scientifique mentionnée pourrait bien accomplir cette mission.

#### *Article 422:*

##### *Missions de conseil auprès de la CNS*

Le rôle de conseiller du CMSS auprès de la CNS semble tout à fait justifié, sous condition que le „conseiller“ ait des connaissances à jour en ce qui concerne les sujets sur lesquels il prodigue ses conseils, c'est-à-dire:

- 1) les règles de prise en charge des prestations en tenant compte de l'utile et nécessaire et du conforme à l'acquis de la science et à la déontologie;
- 2) les négociations de tarifs entre la CNS et les prestataires de soins de santé;
- 3) le développement d'indicateurs de qualité.

En ce qui concerne le point 2, vu que certains médecins de contrôle n'ont jamais, ou seulement dans un passé lointain, connus les contraintes d'un exercice médical auprès du patient, le Collège médical doit émettre le doute sur leurs capacités d'apprécier à sa juste valeur un acte, surtout s'il s'agit de prestations hautement spécialisées.

En ce qui concerne les indicateurs de qualité pour les soins de santé (point 3), il faut relever que cette mission fait double emploi avec de nombreux acteurs du secteur public y impliqués et effectuant un travail tout à fait congruent. Afin d'éviter de multiples implications (Ministère de la Santé, Inspection générale de la Sécurité sociale, CNS, CRP-Santé etc.), il serait plus judicieux que le CMSS n'intervienne que ponctuellement, ne serait-ce que dans un besoin d'économie de ressources humaines, donc de coût.

#### *Article 423:*

##### *Les relations du contrôle médical avec le médecin traitant:*

##### *L'indispensable devoir de confraternité*

La formulation de 1er alinéa de ce texte est conforme à l'article 94 du code de déontologie médicale dont le libellé similaire stipule que le médecin chargé du contrôle „(...) ne doit pas s'immiscer dans le traitement que suit la personne examinée, dans la mesure où ce traitement est conforme aux données acquises de la science et que l'assuré a été suffisamment informé pour permettre son consentement

*éclairé au traitement proposé. Si à l'occasion de l'examen il lui apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant, il doit le lui signaler personnellement*“.

Malheureusement le respect de cette disposition ne sera pas évident.

Le médecin contrôleur mandaté qui se propose de signifier à la personne des conclusions contraires à la prescription du médecin traitant, devrait conformément à la déontologie médicale préalablement contacter le médecin traitant.

En outre le Code de déontologie rappelle que les médecins doivent entretenir des rapports de bonne confraternité (art. 81-83 du Code de Déontologie<sup>3</sup>).

La confraternité doit être réciproque en ce sens que le médecin traitant doit se rendre compte que le médecin de contrôle intervient dans le cadre d'une mission légale, inversement, le contrôle doit être absolument exempt d'animosité et ne pas porter atteinte à la relation de confiance entre le patient et son médecin traitant.

Par conséquent il serait utile de s'attarder sur les moyens de communication entre le médecin du contrôle médical et le médecin traitant en favorisant le dialogue constructif pour le bien du patient, contrairement à la procédure actuelle où l'institution concernée communique à l'assuré/prestataire un avis de refus quasi anonyme sur argumentation purement technique par renvoi à des dispositions légales ou statutaires.

Quant à la teneur du 2ème alinéa le Collège médical se doit de répéter ce qui a été dit au 3ème alinéa des considérations générales.

Si les critères d'efficacité, de conformité aux données acquises par la science et de médecine factuelle, de conformité à la déontologie médicale, d'information suffisante du patient ainsi que de consentement éclairé sont tout à fait logiques dans le cadre d'une prise en charge des prestations en rapport avec le bien le plus précieux du citoyen, c'est-à-dire sa santé, la restriction à „la **plus stricte économie compatible**“ est déplacée et en dit long sur l'esprit de finalité dans lequel le projet a été élaboré.

Exiger de la part d'un médecin de contrôle le respect de la plus stricte économie l'expose en permanence à une potentielle violation de son devoir premier qui est d'agir pour le bien du patient.

D'ailleurs cette exigence est incompatible avec l'exercice d'une médecine moderne tributaire de l'obligation des moyens et du devoir d'offrir le meilleur traitement possible.

Le Collège médical pourrait se rallier à la formule. „... soient faites dans une économie compatible avec l'efficacité ...“.

### 3 Chapitre VI – Les rapports professionnels de bonne confraternité entre médecins: articles 80-83

#### Article 80

Le médecin doit faire preuve d'une collaboration professionnelle loyale lorsqu'il exerce avec le concours des confrères de spécialités différentes ou avec d'autres professionnels de santé au diagnostic et au traitement du patient.

#### Article 81

Les médecins entretiennent des rapports de bonne confraternité, se soutiennent dans l'adversité, en faisant preuve de solidarité et d'entraide dans l'accomplissement de leur mission médicale. Il est interdit de calomnier ou de diffamer un confrère, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos de nature à lui faire du tort.

#### Article 82

Un dissentiment entre médecins ne doit pas donner lieu à des polémiques publiques.

Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation ou une médiation, au besoin par l'intermédiaire du Collège médical.

#### Article 83

Les rapports entre médecins doivent être empreints de courtoisie et d'une totale loyauté. Le médecin doit s'abstenir de tout acte susceptible de nuire à un confrère.

Excepté volonté expresse et librement consentie du patient, est considéré comme atteinte à ce devoir, tout détournement ou tentative de détournement de patients, notamment dans les circonstances ci-après:

- Le médecin de garde ou de remplacement continuant à soigner un malade dont il n'est pas le médecin habituel mais qu'il a pris en charge pendant la garde ou le remplacement,
- Le médecin spécialiste poursuivant le traitement du patient dont il est chargé d'un avis de spécialité en ne renvoyant plus le patient à son médecin traitant habituel.
- Le médecin hospitalier continuant à traiter en mode ambulatoire un patient lui adressé malgré que le traitement après hospitalisation pourrait être continué par le médecin traitant habituel.

*Articles 424 et 425:**L'analyse de l'activité des professionnels*

Ces textes posent le principe et les modalités/moyens d'un contrôle quantitatif soit a priori ou a posteriori des prescriptions et consommations de prestations sur base de données.

Le principe d'un contrôle est tout à fait indiqué devant une pratique professionnelle où des abus les plus évidents de certains professionnels passent inaperçus.

Comme toutes les prestations ne sont pas nécessairement abusives, les critères d'une déviation injustifiée méritent d'être pensés et posés.

Une déviation est définie par une quantité de prescriptions et prestations fort différente de celle d'autres praticiens à activité similaire dans un environnement semblable.

Dès que l'activité montre une déviation, un contrôle approfondi devrait être de mise afin de donner un signal aux professionnels qui seraient tentés.

Le résultat du contrôle quantitatif sera transmis en application de l'article 73 du Code de la Sécurité Sociale à la Commission de surveillance qui, elle seule, garde la compétence à statuer en la matière.

Dans ce contexte le Collège médical voudrait rappeler que dans le cadre de ses missions légales d'instructions de plaintes et de litiges, il est amené à découvrir des déviations de l'activité médicale, sous formes d'abus d'actes, de cotations injustifiées ou fausses et à solliciter les sanctions afférentes devant la juridiction disciplinaire.

Le Collège médical déplore que:

- des déviations évidentes découvertes lors de ces instructions aient échappé aux responsables disposant des informations, ou n'aient pas reçus assez d'attention pour être transmises à la Commission de surveillance,
- le législateur n'ait pas retenu pour le Collège médical le droit de saisir directement ladite commission,
- des pratiques professionnelles abusives, susceptibles d'exposer des personnes à un danger grave, ne soient pas visées par l'analyse de l'activité.

Le Collège se doit donc d'insister que les actions soient axées autant sur la prévention que la détection et la répression des pratiques fautives et espère que les membres du CMSS développent assez de „feeling“ pour détecter des abus bien camouflés qui auraient pris une envergure non négligeable.

*Article 426:**La portée des décisions du Contrôle médical de la Sécurité sociale*

Cet article consacre l'autorité du CMSS auprès des institutions consultantes auxquelles les avis du CMSS s'imposent afin d'éviter de révéler des données médicales à des non-médecins et de les faire juger par ces derniers.

Toutefois le concerné pourra, s'il est en désaccord avec les décisions prises sur avis du CMSS, moyennant une contradiction par expertise médicale, porter son affaire devant les organismes de juridiction de la Sécurité sociale, composés de non-médecins, qui décideront en séance publique du bien-fondé de l'appel interjeté.

Il est donc surprenant, qu'alors que les avis du CMSS s'imposent aux institutions, des non-médecins dont le Collège médical ne voudrait pas mettre en doute l'impartialité, soient les juges dans des dossiers à visée purement médicale.

*Article 2 concernant l'Assurance maladie-maternité (CSS, livre I)*

Il s'agit ici de modifications touchant essentiellement les modalités du contrôle de l'assuré malade et son indemnisation.

Ces dispositions n'influencent que marginalement l'activité médicale de sorte que le Collège médical se limite aux commentaires suivants:

Le Collège médical approuve que le droit de contrôle du CMSS pendant la période minimale de 77 jours pendant laquelle le salarié a droit au maintien de sa rémunération par l'employeur trouve son entrée dans les textes légaux.

De même, il est tout à fait compréhensible que le recours systématique à la demande du rapport R4 après six semaines de congé pour raison de santé sur une période de référence de seize semaines, soit remplacé par des demandes ciblées générées par le CMSS suite à une décision en connaissance de cause.

*Articles 3-7 (CSS, livres II, III, IV, V, VI)*

Pas de commentaires

*Article 8 (CT)*

Cet article officialise les décisions prises sur avis du CMSS en matière de droit du travail pendant les périodes couvertes par l'obligation patronale et semble porter clarification nette dans ce domaine.

*Article 9 (Cadre du personnel des administrations)*

Cette disposition est la suite logique du dédoublement des effectifs du CMSS.

*Article 10 (Disposition transitoire)*

Le Collège médical a déjà relevé dans ses considérations générales que l'élargissement des compétences du CMSS allait engendrer nécessairement une augmentation des effectifs avec son coût y relatif.

Comme le démontrent les chiffres mis à dispositions dans les commentaires, il y a déjà eu dans le passé une augmentation logique de la charge de travail du CMSS consécutive à une augmentation de la population assurée.

Si le Collège médical approuve l'engagement du médecin de contrôle de formation biologie clinique en vue de l'autorisation de la prise en charge de médicaments onéreux sur mesure et de tests génétiques, il déplore l'absence d'une intention de vouloir collaborer avec les gens du terrain.

Dans le même ordre d'idées, l'engagement de psychologues semble justifié, toujours est-il que le commentaire laisse entrevoir la conviction des auteurs qu'une souffrance psychique ne doit pas forcément être l'objet d'une reconnaissance, donc d'une indemnisation.

La présence de psychologues peut représenter un atout pour conseiller tant le patient que le médecin-conseil mais néanmoins est déontologiquement non concevable que les psychologues puissent se substituer aux médecins traitants ayant pris en charge le patient soit dans les centres hospitaliers spécialisés, soit dans leur pratique privée. Le rôle du psychologue doit se limiter tout au plus à conseiller le patient dans ses démarches avec les instances officielles.

Le Collège médical ose espérer que l'attribution des psychologues ne sera pas celle de „contrôler“ ou d'infirmes les diagnostics psychiatriques et les prises en charge psychiatriques, la fonction de „contrôle“ d'affections psychiatriques ne pouvant être effectuée que par un médecin-conseil ayant de préférence compétence en psychiatrie

Un accompagnement psychologique dans le cadre de l'activité du contrôle médical ne peut être qu'adjuvant.

Il est donc regrettable que le projet de loi manque de précision en ce qui concerne la description de poste, la qualification et le champ d'activité des futurs psychologues qui seront engagés au nombre de 3 dans le cadre de l'activité „assurance maladie/contrôle des malades et des prestations“.

Le Collège médical vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de sa parfaite considération.

*Pour le Collège médical,*

*Le Secrétaire,*  
Dr Roger HEFTRICH

*Le Président,*  
Dr Pit BUCHLER

CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau



6656/02

N° 6656<sup>2</sup>

## CHAMBRE DES DEPUTES

Session extraordinaire 2013-2014

**PROJET DE LOI**

**modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale et modifiant:**

1. le Code de la sécurité sociale;
2. le Code du travail;
3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale

\* \* \*

## SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Avis de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics (22.4.2014) .....	1
2) Avis de l'Association des médecins et médecins-dentistes (20.3.2014) .....	5

\*

**AVIS DE LA CHAMBRE DES FONCTIONNAIRES  
ET EMPLOYES PUBLICS**

(22.4.2014)

Par dépêche du 4 février 2014, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale a demandé, „dans les meilleurs délais“ bien évidemment, l'avis de la Chambre des fonctionnaires et employés publics sur le projet de loi spécifié à l'intitulé.

La Chambre constate tout d'abord que, si le projet lui soumis pour avis est bien accompagné d'un exposé des motifs ainsi que d'un commentaire des articles, la fiche financière exigée par l'article 79 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat fait défaut.

Le projet sous avis comporte plusieurs volets traitant tant des attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale que de diverses modifications à apporter au Code de la sécurité sociale ainsi qu'au Code du travail.

*Article 1er*

Aux termes de l'exposé des motifs, il s'agit de moderniser et de restructurer les dispositions des articles 418 à 421 du Code de la sécurité sociale.

L'article 418 précité énumère, dans sa teneur actuelle, en détail et de façon exhaustive, les différentes attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Dans un souci de clarté, les auteurs proposent désormais une formulation plus générale de ces attributions, qui seront ainsi regroupées en quatre catégories distinctes, comprenant:

- les missions d'évaluation,
- les missions d'autorisation,
- les missions de conseil, ainsi que
- les missions de contrôle.

Ainsi, l'article 418 se limite, dans sa version projetée, à déterminer de manière générale le champ d'intervention du Contrôle médical et renvoie aux articles 419 à 426 pour une définition plus détaillée de ses missions.

Ledit article 418 prévoit en outre que l'administration „émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité“.

Or, aux termes de l'exposé des motifs, il aurait été décidé de „délimiter expressément le champ d'intervention du Contrôle médical aux prestations de sécurité sociale, domaine vaste qui accapare toutes ses ressources“.

La Chambre des fonctionnaires et employés publics tient à faire remarquer que les cartes de priorité et d'invalidité, émises par le Ministère de l'Intérieur, ne sauraient être considérées comme étant une „prestation de sécurité sociale“. Par conséquent, les avis et examens médicaux y relatifs ne devraient plus rentrer dans les compétences du Contrôle médical, ceci d'autant moins que le nombre de demandes en obtention d'une telle carte n'a cessé d'augmenter pour atteindre 4.288 au cours de l'année 2013, tel qu'il ressort du rapport d'activité du Ministère de la Sécurité sociale.

L'article 419 formule désormais de manière générale les missions d'évaluation du Contrôle médical et prévoit en outre que l'administration se prononce dans des avis motivés. La Chambre apprécie que le texte proposé soit conforme aux exigences de la procédure administrative non contentieuse.

Le fait d'étendre à tous les prestataires de soins (hôpitaux, réseaux, etc.) l'obligation de communication de toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement trouve également son accord.

Par contre, la Chambre des fonctionnaires et employés publics se demande si le fait d'habiliter les médecins du Contrôle médical à se rendre auprès des prestataires de soins pour y consulter les documents énumérés à l'article 60bis du Code de la sécurité sociale ne risque pas de causer problème.

D'un côté, les médecins-conseils n'ont pas la qualité d'officier de police judiciaire, et, de l'autre, le texte sous avis reste muet au sujet de toute procédure à respecter. Même la „carte de légitimation“ qu'ils sont tenus de présenter sur demande n'est définie nulle part.

Partant, la Chambre suggère de revoir, à la lumière de ce qui précède, l'alinéa 3 de l'article 419 dans sa version projetée afin d'éviter de placer les médecins-conseils dans une situation d'insécurité juridique.

Aux termes du nouvel article 421, alinéa 2, les médecins du Contrôle médical sont habilités à se rendre dans les établissements hospitaliers pour examiner les assurés, dans le but d'apprécier la nécessité et la durée du traitement. La Chambre renvoie dans ce contexte à ses remarques faites ci-dessus au sujet de l'article 419, alinéa 3.

L'article 421, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale prévoit dans sa teneur actuelle que „les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ils doivent s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement“.

Or, toute appréciation par le Contrôle médical sur le bien-fondé d'un certificat d'incapacité de travail ou d'une prestation soumise à une autorisation préalable peut à la limite être considérée comme étant une immixtion dans le traitement, et partant dans les rapports entre l'assuré et son médecin traitant.

Par conséquent, les auteurs du projet sous avis proposent de compléter l'interdiction de s'immiscer dans le traitement, en s'inspirant de l'article 94, alinéa 1er du Code de déontologie médicale, qui dispose que „il (le médecin exerçant la médecine à titre de médecin-conseil ou de médecin de contrôle) ne doit pas s'immiscer dans le traitement que suit la personne examinée, dans la mesure où ce traitement est conforme aux données acquises de la science et que l'assuré a été suffisamment informé pour permettre son consentement éclairé au traitement proposé“.

En reprenant cette formulation dans le nouveau texte de l'article 423, alinéa 1er, les auteurs garantissent que les médecins-conseils peuvent dorénavant assurer correctement leurs fonctions, tout en étant conformes à la législation leur applicable en tant que médecins-fonctionnaires, et dans le respect absolu des dispositions du Code de déontologie médicale.

Les auteurs du projet proposent en outre d'attribuer aux médecins-conseils, à côté de leur mission de contrôle, une nouvelle fonction visant à conseiller les assurés. Cette mission de conseil est toutefois limitée de façon précise et doit garantir que

- „les prestations correspondent au mieux à l'état de santé des assurés

- *sans dépasser l'utile et le nécessaire et*
- *soient faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des traitements,*
- *tout en étant conformes aux données acquises par la science, à la médecine factuelle et à la déontologie médicale“.*

La Chambre constate que les auteurs, mis à part l'introduction de la notion de „*médecine factuelle*“, reprennent ici le texte de l'article 23, alinéa 1er du Code de la sécurité sociale, déterminant les conditions d'une prise en charge par l'assurance maladie des prestations de soins de santé.

Enfin, pour conclure cet alinéa, les auteurs utilisent la formulation de l'article 94, alinéa 2 du Code de déontologie médicale, qui dispose que „*si à l'occasion de l'examen il lui (est visé le médecin exerçant la médecine à titre de médecin-conseil ou de médecin de contrôle) apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant, il doit le lui signaler personnellement*“.

Au vu d'une délimitation aussi précise du cadre dans lequel se situe la nouvelle mission de conseil du Contrôle médical, la Chambre des fonctionnaires et employés publics est d'avis que le texte projeté suffit à éviter toute immixtion non justifiée de la part d'un médecin-conseil dans les rapports entre le médecin traitant et son patient.

Ceci d'autant plus que les médecins-conseils, en tant que fonctionnaires de l'Etat, ont presté le serment de remplir leurs fonctions avec intégrité, exactitude et impartialité. Etant en outre soumis au Code de déontologie médicale, les médecins-conseils sont tenus d'être objectifs dans leurs conclusions, conformément à l'article 90, alinéa 1er dudit code.

Les auteurs définissent au nouvel article 424 le rôle du Contrôle médical dans le cadre de la lutte contre les abus et les fraudes, tant dans le chef des prestataires de soins que dans celui des assurés.

Si les assurés sont d'ores et déjà systématiquement contrôlés, notamment dans le cadre des incapacités de travail ou de la consommation abusive, la Chambre se doit de constater que la lutte antifraude visant les prestataires de soins, bien qu'il ne s'agisse que d'une minorité en cause, se trouve encore et toujours à l'état embryonnaire.

La vérification des rapports d'activité des médecins et médecins-dentistes, prévue par l'article 425 dans sa version projetée, ne fait que reprendre la mission actuelle du Contrôle médical consistant en la constatation „*de toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire*“.

La Chambre des fonctionnaires et employés publics est d'avis que l'établissement et le contrôle des rapports d'activité des prestataires de soins sont des outils indispensables dans la lutte contre les abus et les fraudes.

Elle regrette dès lors que la mission de contrôle en relation avec les rapports d'activité, actuellement prévue à l'article 418, point 9) du Code de la sécurité sociale, soit restée lettre morte depuis presque une vingtaine d'années.

Le nouveau texte de l'article 426 reprend les dispositions actuelles concernant la compétence liée. Ainsi les décisions à portée individuelle continueront-elles à s'imposer aux institutions de sécurité sociale. La Chambre ne peut qu'approuver cette démarche.

En effet, étant donné qu'il s'agit d'une administration de l'Etat indépendante, le Contrôle médical est libre de toute pression. En se basant en outre sur une médecine objective, ses avis garantissent un traitement égalitaire de tous les assurés.

Finalement, la Chambre des fonctionnaires et employés publics apprécie que les auteurs du projet sous avis aient abandonné l'institution d'un Conseil supérieur, tel que prévu par la législation en vigueur. En effet, toute immixtion dans le fonctionnement de l'administration risque de mettre en cause l'indépendance des médecins-conseils.

De plus, le Contrôle médical de la sécurité sociale est une administration de l'Etat au même titre que l'Administration des contributions directes ou l'Administration des bâtiments publics, pour n'en citer que deux. Placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, elle ne saurait dès lors être soumise à un autre organe de conseil ou de contrôle quelconque.

## *Article 2*

Les auteurs du projet sous avis proposent diverses modifications à apporter aux dispositions du livre Ier du Code de la sécurité sociale relatives à l'assurance maladie-maternité.

D'après le commentaire de l'article 2, ces modifications devraient, entre autres, permettre au Contrôle médical de „travailler efficacement et d'assortir ses contrôles de l'incapacité de travail d'effets également pendant la période de l'obligation patronale de maintien du salaire“.

Aussi le recours systématique au rapport médical R4 est-il abandonné en faveur d'une demande plus ciblée d'un tel rapport, sur initiative du médecin-conseil. La Chambre constate que l'utilisation dudit rapport deviendra ainsi plus efficiente et ce à un coût beaucoup moins élevé.

#### *Articles 3 à 7*

Ces articles modifient les dispositions des livres II à VI du Code de la sécurité sociale. S'agissant d'adaptations techniques et d'un toilettage du texte, la Chambre n'a pas de remarques particulières à formuler.

#### *Article 8*

Diverses modifications à apporter au Code du travail, et visant essentiellement une meilleure coordination des dispositions afférentes avec celles du Code de la sécurité sociale, font l'objet de cet article qui ne suscite pas d'observation de la part de la Chambre des fonctionnaires et employés publics.

#### *Articles 9 et 10*

Finalement, les articles 9 et 10 du projet de loi sous avis prévoient une extension du cadre du personnel du Contrôle médical de la sécurité sociale. La Chambre constate que le renforcement du personnel concorde avec le programme gouvernemental qui envisage non seulement de procéder à une réforme du Contrôle médical, mais aussi d'optimiser les ressources de l'administration, afin de lui permettre de s'acquitter convenablement de toutes ses missions.

Ce n'est que sous la réserve des remarques et observations qui précèdent que la Chambre des fonctionnaires et employés publics se déclare d'accord avec le projet de loi lui soumis pour avis.

Ainsi délibéré en séance plénière le 22 avril 2014.

*Le Directeur,*  
G. MULLER

*Le Président,*  
E. HAAG

\*

## AVIS DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS ET MEDECINS-DENTISTES

(20.3.2014)

### Article 418

Pas de commentaire.

### Article 419

Les deux premiers alinéas de l'article 419 tels que proposés sont absolument conformes et adéquats à la mission confiée aux agents du Contrôle médical.

Tel n'est cependant pas le cas en ce qui concerne le 3e alinéa de l'article 419. Selon cet alinéa, les médecins du Contrôle médical sont habilités à se rendre dans les cabinets des médecins traitants, et auprès de tout autre prestataire de soins „afin d'y consulter sur place les documents énumérés à l'article 60bis, auxquels ils doivent avoir accès“. Les documents prévus à l'article 60bis constituent le dossier médical avec ses rapports, ses analyses, ses comptes rendus et investigations et diagnostics, ses ordonnances d'imagerie médicale et tout autre document concernant le traitement.

Le texte ne prévoit pas de sanction à l'égard du prestataire qui ne s'exécute pas. De deux choses l'une: ou bien le texte de l'art. 419-3 est mort-né, ou bien son contenu équivaut à un pouvoir de perquisition auquel la formulation décente „à se rendre dans les cabinets afin d'y consulter les dossiers auxquels ils doivent avoir accès“ ne change rien.

En fait, ce texte prévoit en faveur des médecins du Contrôle médical des pouvoirs d'officier de police judiciaire, sans cependant le dire et sans conférer la moindre protection au prestataire à garantir le secret médical.

Il arrive souvent que des officiers de police judiciaire se présentent auprès d'un médecin pour y obtenir des renseignements ou le dossier médical. Dans cette hypothèse ils sont munis d'une ordonnance de perquisition émanant d'un juge d'instruction.

La Constitution (article 15) et la loi sur les officiers de police judiciaire considèrent qu'une perquisition dans un domicile ne peut se faire que dans des hypothèses de prévision légale et selon des formes protectrices.

Ce qui plus est que l'intrusion dans un domicile n'est pas applicable à la *recherche* d'un délit; le juge d'instruction ne peut l'ordonner que si la nécessité de la violation d'un domicile *résulte déjà d'investigations préalables* et que la perquisition ne sert qu'à apporter les preuves définitives.

De plus une perquisition qui est constituée par la pénétration dans un lieu clos, constitue un acte de coercition et qui ne devient juridiquement possible qu'en cas *de nécessité* et ensuite que lorsqu'elle n'enfreint pas le *principe de la proportionnalité*. Cette proportionnalité doit être estimée selon le lieu où la perquisition se pratique. A noter que pour d'autres professions, par exemple pour les avocats, la loi prévoit que pour sauvegarder le secret professionnel et pour éviter des abus, le Bâtonnier doit être appelé à assister et que le procès-verbal doit faire état non seulement de sa présence mais également de ses commentaires. Le juge d'instruction a l'obligation de prendre des mesures pour sauvegarder le secret professionnel; les pièces éventuellement saisies doivent être inventoriées et déposées au greffe.

En ce qui concerne l'activité de la police judiciaire elle s'exerce sous la direction du procureur d'état près du tribunal incompétent et d'une façon générale les officiers de police judiciaire travaillent sous la surveillance du procureur général. La loi prévoit des sanctions pour des abus.

Or, force est de constater que pour le 3e alinéa de l'article 409 les auteurs du texte ne se font pas le moindre souci ni pour protéger le secret médical, ni pour éviter des abus. Et ce ne seront pas des officiers de police judiciaire qui se présenteront, munis d'une expérience et au courant des dispositions judiciaires, mais des médecins du Contrôle médical non autrement désignés. Le texte ne prévoit pas la moindre forme à respecter, ni la moindre protection. Elle ne prévoit pas l'usage que les médecins du Contrôle médical pourront faire des documents consultés; elle ne défend pas de prendre des copies ou de faire des photos des documents ni où ces copies et documents devraient être déposés.

Pour l'AMMD le 3e alinéa de l'article 409 est inacceptable parce qu'il constitue un nouveau texte „sui generis“ dont on ne connaît pas ce qu'il en adviendra dans la pratique. Il est peu précis, ne donne aucune garantie contre des abus et ne prévoit pas les formes de l'activité y prévue, ni les suites et les conséquences.

Par rapport aux prévisions légales qui existent pour autoriser de telles intrusions, en matière judiciaire et même pour celles ordonnées par un juge selon une procédure prédéfinie, le texte sous avis est inacceptable.

Il suffira de prévoir que le médecin traitant doit fournir au Contrôle médical les indications concernant le diagnostic et le traitement, voire même doit lui fournir les documents utiles à sa mission. Et ce n'est que dans la mesure où l'absence de réaction du médecin pourrait être considérée comme permettant de conclure à l'existence d'une fraude à la sécurité sociale, qu'une perquisition devrait être envisagée par les voies judiciaires normales, à savoir à la suite d'une ordonnance du juge d'instruction; cette ordonnance serait à exécuter par des véritables officiers de police judiciaire conformément aux prescriptions légales.

#### *Article 420*

L'article 17 alinéa 1er y mentionné représente le relevé des prestations prises en charge par la Sécurité Sociale, dans une mesure suffisante et appropriée.

#### *Article 421*

Le 2ème alinéa de l'article 421 emporte les mêmes commentaires que ceux ci-dessus, relativement au 3ème alinéa de l'article 419.

Le 3ème alinéa prévoit que le Contrôle médical peut prendre l'avis d'experts spécialisés. Le texte ne dit cependant pas ce qu'il adviendra de l'avis des experts spécialisés; de même, le texte ne prévoit pas si le médecin traitant concerné a le moyen de contredire l'avis des experts, s'ils doivent être informés de la nomination d'un expert et de leur avis; finalement le texte ne prévoit rien en ce qui concerne la responsabilité découlant de l'avis d'expert et de l'intervention des médecins du Contrôle médical.

#### *Article 422*

Le premier alinéa ne comporte pas de commentaire particulier. L'article 17 alinéa 1er concerne la couverture du traitement „dans une mesure suffisante et appropriée“ et l'article 23 alinéa 1er prévoit les critères de „l'utile et du nécessaire“ en accord avec une économie stricte compatible avec l'efficacité du traitement et selon les données acquises de la science, et encore conformément à la déontologie médicale.

Selon le 2ème alinéa le Contrôle conseille et assiste la Caisse Nationale de Santé.

A ce sujet il faut rappeler que selon l'article 418 le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale, bien que placé sous l'autorité du ministre de la Sécurité Sociale est une administration de l'Etat. Juridiquement elle est dès lors distincte de la Caisse Nationale de Santé et elle devrait être appelée à jouer un rôle objectif et neutre. Le 2ème alinéa de l'article 422 selon laquelle, surtout, elle assiste la Caisse Nationale de Santé, semble quelque peu en contradiction avec l'objectivité dont elle devrait faire preuve.

#### *Article 423*

Nous pensons qu'il suffirait de dire que le Contrôle médical ne s'immisce pas dans le traitement que suit l'assuré.

La restriction relative à l'efficacité et à la conformité aux données acquises du traitement, à sa conformité à la déontologie médicale et surtout au sujet de la question si l'assuré a été suffisamment informé, sera génératrice de conflits sans pareil contexte. Il y aurait également des conséquences pour le Contrôle médical. On peut ainsi se poser la question si l'assuré ne pourra pas impliquer le Contrôle médical dans un procès en responsabilité. En effet en relisant l'article 423 et en l'interprétant a contrario, le Contrôle médical peut s'immiscer dans le traitement dans la mesure où celui-ci n'est pas efficace ni conforme aux données acquises de la science ou qu'il y ait eu un problème au sujet de l'information éclairée et du consentement.

En ce qui concerne le 2ème alinéa on peut se demander dans quelle mesure il ne constitue pas l'immixtion en principe prohibée par le 1er alinéa. De plus comme nous sommes dans une matière susceptible d'être sanctionnée pénalement, où la faute la plus légère peut donner lieu à une action pénale, il y a risque que l'absence de conseil dans la mesure où il était nécessaire, ne constitue pas une infraction et pourrait être sanctionnée comme telle et ceci tant sur le plan pénal que par voie de conséquence également sur le plan civil de la responsabilité. Il appartiendra aux tribunaux d'apprécier la non-intervention du médecin du Contrôle médical.



*Article 424*

En combinant l'article 424 d'un côté avec d'un autre côté l'article 419, 3ème alinéa, les médecins du Contrôle médical ont une mission qui normalement devrait être confiée à un officier de police judiciaire, à savoir de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes. Or, rien ne permet de dire que la loi a voulu en faire des officiers de police judiciaire et les procédures et garanties prévues pour pareille hypothèse font absolument défaut.

*Article 425*

Pas de commentaire.

*Article 426*

L'AMMD propose d'ajouter la phrase suivante à la première phrase du texte: „Les autorisations accordées par le Contrôle médical pour des prestations ou traitements médicaux ne peuvent en aucun cas préjudicier les intérêts du prestataire directement concerné ni en cas d'une exploitation statistique de l'ensemble des prestataires“.

A ce sujet nous nous permettons de rappeler le problème débattu lors du dernier dossier débattu devant le Conseil Supérieur de la Sécurité Sociale en matière d'adaptation de la lettre-clé des médecins-dentistes (sentence du CSSS du 23 janvier 2014).

Gast NEU

CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

6656/03

N° 6656<sup>3</sup>

## CHAMBRE DES DEPUTES

Session extraordinaire 2013-2014

**PROJET DE LOI**

**modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale et modifiant:**

1. le Code de la sécurité sociale;
2. le Code du travail;
3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale

\* \* \*

**AVIS COMMUN DE LA CHAMBRE DE COMMERCE  
ET DE LA CHAMBRE DES METIERS**

(6.10.2014)

Par sa lettre du 4 février 2014, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale a bien voulu demander l'avis de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers au sujet du projet de loi repris sous rubrique.

L'objet du projet de loi est, selon ses auteurs, de moderniser les dispositions relatives au Contrôle médical de la sécurité sociale „*afin de tenir compte des changements intervenus tant au niveau législatif que dans la pratique depuis la création de cette administration*“. Cette réforme appelle des modifications substantielles des dispositions du Code de la sécurité sociale applicables en la matière ainsi que du Code du travail, spécialement en ses articles L. 121-6 (relatif à l'incapacité de travail du salarié pour cause de maladie) et L. 351-4 (relatif à l'Inspection du travail et des mines).

Au regard de l'importance du présent projet de loi et de ses répercussions sur l'ensemble des entreprises luxembourgeoises, les deux chambres professionnelles ont estimé utile et nécessaire de prendre position à travers un avis commun.

\*

**RESUME SYNTHETIQUE**

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent la volonté du Gouvernement de **réformer et de moderniser le Contrôle médical de la sécurité sociale** (ci-après, le „CMSS“) à travers le présent projet de loi. Cette réforme complète utilement la réforme plus globale de la procédure d'appréciation de l'incapacité de travail réalisée sur initiative du Comité directeur de la Caisse nationale de santé (ci-après, la „CNS“) et intégrée dans les statuts CNS en 2013.

Le CMSS est une administration de l'Etat, indépendante et placée sous l'autorité du Ministère de la Sécurité sociale. Agissant principalement en tant qu'**expert médical au service de la sécurité sociale**, le CMSS intervient dans la procédure de réinsertion professionnelle, en cas d'incapacité d'un salarié, dans le but de trouver la solution la plus adaptée afin de réduire la durée de versement de l'indemnité pécuniaire de maladie.

La réforme du CMSS tend à réaliser plusieurs objectifs:

- restructurer les dispositions relatives aux missions du CMSS pour plus de clarté et de lisibilité,
- limiter le champ d'intervention du CMSS aux tâches à caractère médical et principalement aux prestations de sécurité sociale,

- renforcer ses missions actuelles d'évaluation et de contrôle tant des assurés que des prestataires de soins de santé ainsi que ses missions de conseil auprès des assurés et de la CNS,
- mettre à disposition les ressources humaines nécessaires en vue de l'évaluation de la qualité des prestations à charge de la sécurité sociale.

Il s'agit, aux yeux de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers, d'une réforme indispensable en vue de garantir le bon fonctionnement du système de santé et de permettre l'encadrement efficace de ce dernier.

Cette réforme est d'autant plus attendue que, lors de l'accord tripartite relatif au statut unique, les organisations patronales avaient lié leur adhésion au processus de réforme en 2009 aux garanties obtenues par le Gouvernement d'antan, qui s'était lui-même engagé à initier des mesures durables destinées à agir sur les causes de l'absentéisme, notamment abusif. Ainsi, la mission du CMSS devrait notamment être précisée et étendue dans le cadre de la prise en charge patronale.

Cette réforme appelle des modifications substantielles du droit de la sécurité sociale mais également du droit du travail.

D'une part, le présent projet de loi permettra au CMSS d'effectuer les examens médicaux „*lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions*“, tout en convoquant – voire en convoquant une nouvelle fois – à cet effet les assurés, notamment aussi pendant la période de „Lohnfortzahlung“ (ci-après, la „LFZ“), période au cours de laquelle le salarié en incapacité de travail a droit au maintien de son salaire. A cet égard, la reconnaissance de la **primauté de l'avis du CMSS sur celui du médecin traitant du salarié malade** est particulièrement saluée par les deux chambres professionnelles même si, pour le sur-plus, les modifications apportées par le projet de loi à l'article L. 121-6 du Code du travail relatif à l'incapacité de travail du salarié rendent cette disposition plus complexe et soulèvent des questions de fond.

Parallèlement, le recours systématique au rapport médical à faire établir par le médecin traitant, appelé „formulaire R4<sup>1</sup>“, sera abandonné au profit d'une demande plus ciblée de la part du médecin-conseil du CMSS puisque celui-ci aura désormais la possibilité d'apprécier l'état de santé de l'assuré de manière plus précoce en vue (i) du maintien éventuel en incapacité de travail, (ii) de l'attribution d'une pension d'invalidité, (iii) d'une mesure de réinsertion professionnelle ou (iv) d'une reprise de travail. Cette mesure est d'autant plus saluée par les deux chambres professionnelles qu'elle permettra aussi d'accélérer la procédure de reclassement en voie d'être réformée. Dans ce contexte, il importe de rappeler que les remarques critiques énoncées dans le cadre de cette autre réforme doivent être considérées.

La restructuration de la procédure du formulaire R4 permettra en outre de dégager des ressources humaines et financières qui pourront être employées aux nouvelles missions prévues par le présent projet de loi. Plus généralement, les capacités du CMSS en termes d'effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs seront augmentées.

Par ailleurs, le renforcement de la coopération entre le CMSS et la CNS, qui est une pièce angulaire de la présente réforme, devra pérenniser notre système d'assurance maladie-maternité sur la base de critères de qualité élevés, tout en ne perdant pas de vue les considérations financières en matière de prise en charge des prestations de soins de santé. Tout en sachant que le CMSS évitera de s'immiscer dans le traitement que suit l'assuré, celui-ci pourra toutefois conseiller les assurés afin que les prestations correspondent au mieux à l'état de santé des assurés „*sans dépasser l'utile et le nécessaire*“.

Enfin, la réforme du CMSS participera à l'objectif de simplification administrative, cher aux deux chambres professionnelles, en modernisant un certain nombre de formalités en matière de sécurité sociale pour les entreprises.

Si la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont ainsi en mesure d'accueillir favorablement le présent projet de loi, elles exigent en premier lieu que le CMSS puisse exécuter ses attributions légales en toute indépendance et sans aucune immixtion quelconque.

Elles soulignent en second lieu qu'il est important que tous les projets de réforme, actuels ou à venir, notamment en matière de reclassement professionnel ou de services de santé au travail, soient appré-

<sup>1</sup> Au cours de la cinquième semaine d'arrêt-maladie, le CMSS demande à l'assuré de lui retourner le formulaire R4 au plus tard au cours de la dixième semaine d'incapacité de travail, sous peine de perdre ses droits à l'indemnité pécuniaire de maladie. Ce formulaire consiste en un rapport circonstancié sur la situation personnelle du salarié à faire établir par le médecin traitant.

hendés dans leur globalité et non isolément, en soupesant leur impact respectif pour les employeurs, les assurés ainsi que les finances publiques.

Finalelement, si la présente réforme augmente l'efficacité du CMSS, entraînant à terme une diminution de l'absentéisme, cela aboutirait à tenir l'engagement de l'Etat visant à faire baisser ledit absentéisme après l'instauration du statut unique. L'attente de ces éventuelles réalisations ne doit cependant pas faire oublier la hausse de 17% de l'absentéisme depuis 2006, augmentant d'autant les dépenses de la Mutualité des Employeurs, dont le budget est actuellement sous pression du fait du non-respect par l'Etat d'un autre de ses engagements, à savoir celui du maintien de l'équilibre budgétaire de ladite Mutualité.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, après consultation de leurs ressortissants, sont en mesure d'approuver le présent projet de loi, sous réserve de la prise en compte de leurs remarques concernant l'articulation du droit du travail et du droit de la sécurité sociale en matière d'incapacité de travail du salarié.

\*

## 1. CONSIDERATIONS GENERALES

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers tiennent à souligner d'emblée leur adhésion au concept général d'un système national de soins de santé de qualité élevée, guidé par la maxime du „soigner mieux en dépensant moins“, garantissant un niveau de protection sociale élevé et un accès aux soins de santé pour tous. Il est utile de rappeler, dans ce contexte, que la réforme du système de soins de santé engagée en 2010 s'est notamment basée sur les deux éléments fondamentaux suivants:

- une „meilleure coordination et une meilleure pilotabilité du système de soins de santé, précisant le cadre normatif en matière de documentation et de standards, misant sur des gains d'efficacité et d'efficacités, stimulant la responsabilité des différents prestataires et améliorant les mécanismes de contrôle et de surveillance“,
- un „redressement à court terme de la situation financière de l'assurance maladie-maternité“.

Etant donné ce cadre de réforme général, le présent projet de loi visant une réforme du CMSS est considéré comme une nécessité et donc un projet prioritaire aux yeux des deux chambres professionnelles.

Il répond à un certain nombre de préoccupations des organisations patronales, discutées depuis l'introduction du statut unique à partir du 1er janvier 2009, voire depuis la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé.

Ainsi, dans le cadre de leurs avis respectifs relatifs au projet de loi portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers avaient relevé l'importance du CMSS dans la lutte contre l'absentéisme. En 2008, il avait déjà été noté qu'il serait indispensable de doter les structures en place auprès du CMSS du personnel nécessaire pour accroître ainsi leur mission de contrôle et, partant, leur efficacité. Il était clair également, à ce moment-là, qu'il faudrait organiser et structurer également la collaboration entre la CNS et le CMSS, surtout en matière de contrôle de l'absentéisme. Les deux chambres professionnelles avaient mis en exergue la nécessité pour le CMSS de faire partie intégrante du dispositif à mettre en place, à un moment où il était considéré comme complètement étranger à la lutte contre les abus. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers concluaient qu'il revenait au législateur de conférer au CMSS un rôle beaucoup plus actif, notamment dans la lutte contre l'absentéisme abusif.

Par conséquent, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent la volonté du Gouvernement de réformer, voire d'étendre, les missions du CMSS. Cette réforme est d'autant plus indispensable que, lors de l'accord tripartite relatif au statut unique, les organisations patronales avaient lié leur adhésion au processus de réforme envisagé aux garanties obtenues par le Gouvernement, qui s'était lui-même engagé à initier des mesures durables destinées à agir sur les causes de l'absentéisme.

Or, lors de l'instauration du statut unique en 2009, le Gouvernement de l'époque n'avait pas pris les mesures qui s'imposaient afin de contrer le phénomène de l'absentéisme accru, abusif ou non. De surcroît, depuis lors, l'absentéisme a connu une hausse continue, passant de 3,28% en 2009 à 3,73%

en 2013, ce qui a considérablement augmenté le coût de l'absentéisme à supporter par les employeurs suite à la généralisation du principe de continuation des salaires en cas d'incapacité de travail à tous les salariés.

Ainsi, „depuis l'entrée en vigueur du statut unique de salarié le 1er janvier 2009, les entreprises supportent la très grande majorité du financement de la couverture du risque des absences pour cause de maladie ou d'accident dû à la généralisation de la continuation du paiement du salaire des travailleurs pendant une période allant jusqu'à la fin du mois au cours duquel se situe le 77ème jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs. Cette généralisation n'a pas manqué de grever davantage les charges des entreprises, alors qu'un certain nombre d'engagements pris par le Gouvernement dans ce cadre restent en souffrance. Il s'agit en l'occurrence (i) de l'opposabilité des résultats des contrôles administratifs effectués par la CNS et des contrôles médicaux aux salariés dans le cadre de la gestion de l'absentéisme par les entreprises, (ii) de l'augmentation du nombre des contrôleurs de maladie, (iii) du contrôle des salariés frontaliers par les autorités compétentes de leur pays de résidence (voire par les agents de la CNS sur la base d'accords internationaux à conclure), (iv) du paiement de certaines majorations indues pour les salariés portés malades, (v) de la révision du système des indemnités de départ pour les entreprises en difficulté et enfin (vi) de la neutralité financière du statut unique au niveau interprofessionnel“.<sup>2</sup>

Le renforcement du contrôle administratif, introduit après la réforme du système de soins de santé en 2011, a été une première approche importante en vue de donner les moyens à la CNS de contrôler les assurés. Bien qu'étant louable en soi, cette initiative avait toujours été considérée par les organisations patronales comme étant incomplète, étant donné que les mesures de „contrôle administratif“ auraient dû être complétées, depuis l'instauration du statut unique, par un contrôle médical réorganisé.

Les deux chambres professionnelles tiennent ainsi à rappeler qu'en juillet 2012, lors des discussions intervenues autour d'une révision de certaines dispositions du Code de la sécurité sociale et des statuts de la CNS relatives aux „prestations en espèces“, les partenaires sociaux, c'est-à-dire les représentants des employeurs et des salariés, avaient convenu de façon consensuelle avec la CNS de maintenir le principe du contrôle administratif, éventuellement plus réduit et ciblé, pour le cas où une interaction constructive avec le CMSS serait mise en place.

Les partenaires sociaux avaient, à cette occasion, relevé l'importance d'un CMSS réformé susceptible d'interagir plus fortement avec le service de contrôle de la CNS.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers exigent dès lors que le CMSS réformé dans le cadre du présent projet de loi puisse exécuter ses attributions légales en toute indépendance et sans aucune immixtion quelconque.

En outre, il importe de mettre en évidence que le projet de réforme du CMSS intervient à un moment où la réforme de la procédure de reclassement, entamée en 2013 par le Gouvernement précédent, n'est pas encore clôturée. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers insistent dès lors sur le fait que les propositions formulées dans leurs avis respectifs, plus particulièrement en rapport avec le lancement de la procédure de reclassement et donc avec la saisine du CMSS, tout comme la coopération interinstitutionnelle et le transfert des dossiers médicaux des assurés entre le CMSS, la Division de la Santé au travail, les services de santé au travail et l'ADEM, soient prises en compte. Il importe que les remarques critiques découlant de la pratique vécue dans les entreprises et faites par les deux chambres patronales, ainsi que les propositions d'adaptation des textes, soient prises en considération lors de la réforme de la procédure de reclassement. Cette dernière, avec la présente réforme du CMSS, pourrait poser les bases d'un suivi plus efficient et plus rapide des assurés en incapacité de maladie en leur proposant des voies alternatives, tout en maintenant leur employabilité sur le premier marché du travail.

<sup>2</sup> Avis commun de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers du 3.12.2010 sur le projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (Documents parlementaires n° 6196<sup>9</sup> – Chambre des Députés – Session ordinaire 2010-2011), page 11.



## 1.1. Impact positif du projet de réforme du CMSS

Les deux chambres professionnelles mettent en exergue les remarques principales suivantes, plus particulièrement en relation avec l'impact positif que le projet de réforme sous avis est susceptible de produire à l'avenir, surtout eu égard à l'article 1 du projet de loi sous avis traitant des articles 418 à 426 du Code de la sécurité sociale précisant les „missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle“ du CMSS.

### 1.1.1. *Meilleure évaluation de l'état de santé des assurés et moyens accrus en matière de contrôle de tous les prestataires*

Afin de mettre en œuvre la mission d'évaluation du CMSS de l'état de santé des assurés, en vue de l'attribution de prestations de sécurité sociale, le projet de loi sous avis prévoit que les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, y compris les hôpitaux, réseaux ou établissements d'aide et de soins, sont tenus de fournir au CMSS, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement de l'assuré.

Par ailleurs, les médecins du CMSS, tenus eux-mêmes au secret professionnel, sont habilités à se rendre entre huit heures et dix-huit heures auprès des médecins traitants et de tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement, afin d'y consulter sur place les documents auxquels ils doivent avoir accès. Tel est déjà actuellement le cas pour les agents des autorités de contrôle du secteur financier dans le cadre de leur mission de surveillance.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent l'extension des moyens mis à la disposition du CMSS et ce à l'égard de tous les prestataires, réseaux ou établissements. Le CMSS ne se verra ainsi plus privé d'une information spécifique quant au diagnostic et au traitement de l'assuré concerné et pourra dorénavant évaluer l'état de santé de celui-ci sur base d'un dossier d'information médical complet.

### 1.1.2. *Accélération de la procédure de reclassement et de réintégration des salariés à reclasser sur le marché de l'emploi*

Dans le cadre de leurs avis respectifs concernant la réforme de la procédure de reclassement, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers ont défendu le point de vue selon lequel il est indispensable d'accélérer le moment de la saisine de la commission mixte dans le cadre du lancement de la procédure de reclassement.

Pour ce faire, les deux chambres professionnelles argumentaient de la nécessité de démarrer la procédure de reclassement le plus tôt possible pendant la période dite de LFZ, par exemple entre la 3ème et la 6ème semaine d'incapacité de travail, si l'inaptitude au dernier poste est avérée.

Plusieurs propositions concrètes avaient été énoncées dans ce contexte:

- afin de pouvoir accélérer la procédure, le CMSS devrait mettre ses conclusions et données médicales sur le salarié en question à la disposition du médecin du travail afin que ce dernier puisse rendre plus rapidement son avis;
- d'autre part, l'assuré devrait avoir la possibilité de saisir, par le biais du médecin du travail, le CMSS pour accéder à la procédure de reclassement, sachant qu'actuellement, l'assuré est malheureusement obligé de se mettre en maladie, afin d'être convoqué, après un long délai, par le CMSS qui l'aiguille vers la procédure appropriée;
- finalement, le CMSS devrait, au même titre que les services de santé au travail concernés et le médecin de l'ADEM dans le cadre des salariés reclassés en externe à placer, transférer les informations médicales concernant les capacités restantes de ces salariés aux conseillers professionnels du Service de placement de l'ADEM. Cette nouvelle procédure de transmission des données, qui interviendrait à un stade précoce de la procédure de reclassement, permettrait d'éviter qu'une personne en procédure de reclassement externe puisse refuser des offres d'emploi en se référant à des limitations au niveau de ses capacités d'occuper un poste de travail précis qui, le cas échéant, ne seraient pas médicalement justifiées.

Le fait que le présent projet de loi permette au CMSS d'effectuer les examens médicaux „lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions“, tout en convoquant voire en convoquant une

nouvelle fois à cet effet les assurés, plus particulièrement et de façon systématique pendant les premières semaines de la période de la LFZ, pourra utilement accélérer la procédure de reclassement, tout en permettant au CMSS de juger ainsi de l'état de santé de l'assuré pendant la période de continuation du salaire, qui est à charge de l'employeur.

Cette nouvelle approche trouve l'approbation des deux chambres professionnelles, plus particulièrement étant donné que l'expertise du CMSS permettra d'aiguiller plus rapidement les salariés présentant une incapacité quant au dernier poste de travail vers la procédure de reclassement, en évitant de longues périodes d'attente et d'inactivité de leur part, tout en augmentant les espoirs d'une réintégration plus rapide de ces personnes sur le marché du travail, par référence à leurs capacités restantes.

### **1.1.3. Renforcement des moyens du CMSS en vue de lutter contre la consommation abusive de soins de santé par les assurés**

Le projet de loi sous rubrique donne la possibilité au CMSS de conseiller la CNS en matière de prise en charge des prestations de sécurité sociale et de lui fournir des avis, à la demande de la CNS, notamment relativement aux médicaments voire aux normes à établir par les statuts en vue de définir la „consommation abusive de soins de santé par les assurés“.

Par ailleurs, le CMSS a la possibilité de conseiller et d'assister la CNS, à sa demande, au sujet de toute question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé, „y compris le développement d'indicateurs de qualité pour les soins de santé ambulatoires et stationnaires“ (indicateurs de qualité „médicaux“).

Le fait que la CNS doive veiller au maintien d'un système d'assurance maladie-maternité basé sur des prestations qui doivent respecter le principe de l'utile et du nécessaire, tout en veillant à une prise en charge de qualité, permettra au CMSS de fournir à l'avenir son expertise médicale et de conseiller la CNS sur la mise en place d'indicateurs de qualité opposables aux prestataires, réseaux et établissements.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers voient dans ce renforcement de la coopération entre le CMSS et la CNS une pièce angulaire de la présente réforme permettant de pérenniser notre système d'assurance maladie-maternité sur la base de critères de qualité élevée, tout en ne perdant pas de vue les considérations financières en matière de prise en charge des prestations de soins de santé.

Cette façon de faire devrait impacter les mentalités aussi bien du côté des prestataires que du côté des assurés et permettre de limiter à terme la consommation abusive de médicaments et de soins de santé par les assurés.

En outre, les deux chambres professionnelles approuvent le fait que, pour le surplus, le CMSS puisse assister la CNS dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations, le tout en vue de détecter et de sanctionner des abus et fraudes.

Finalement, le CMSS se voit confirmer ses moyens d'action en vue de vérifier les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la CNS par voie informatique. Pour le cas où, à la lecture d'un rapport d'activité, le CMSS constaterait une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il ferait suivre ce rapport à la „Commission de surveillance“ pour examen, ce dont les deux chambres professionnelles se félicitent.

Si d'aucuns disent que la réforme du CMSS devrait aller plus loin et inclure d'autres éléments essentiels de lutte contre les abus, fraudes et déviations, notamment l'introduction d'un système de sanctions performant, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers sont d'avis que la transmission pour examen des rapports d'activités concernés à la „Commission de surveillance“ offre des garanties suffisantes dans le cadre de la présente réforme.

Rappelons dans ce contexte la révision en 2011 du règlement grand-ducal modifié du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la Commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale. Cette révision a notamment pu redéfinir les missions et procédures de désignation des délégués de la Commission de surveillance en renforçant sa fonction d'investigation et de contrôle des prestataires. Il a par ailleurs été procédé à une redéfinition des sanctions à prononcer par le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

#### **1.1.4. Renforcement de la mission de conseil aux assurés**

Tout en sachant que les futurs spécialistes du CMSS, guidés par le principe de liberté thérapeutique du médecin traitant, risquent de se voir reprocher une immixtion dans le traitement que suit l'assuré, ils peuvent toutefois conseiller les assurés afin que les prestations correspondent au mieux à l'état de santé des assurés „sans dépasser l'utile et le nécessaire“.

Les deux chambres professionnelles considèrent le renforcement de la mission de conseil aux assurés dans le chef du CMSS comme étant un complément important à la mission de conseil et d'assistance à la CNS, commentée plus haut.

Les possibilités d'échanges et de conseils face aux assurés sont par ailleurs prévues plus explicitement si, à l'occasion d'un examen, il apparaîtrait au médecin du CMSS qu'un „élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant de l'assuré“. Dans un pareil cas, le projet de loi prévoit que le CMSS signale ses conclusions au médecin traitant et à l'assuré concerné.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent cette nouvelle orientation des missions du CMSS. L'expertise de ce dernier pourra impacter plus durablement les prestations, que ce soit par rapport au critère de „l'utile ou du nécessaire“ ou par rapport au critère de „stricte économie compatible avec l'efficacité des traitements appliqués“. Les deux chambres notent que, de par leur fonction de médecins et de par leurs attributions au sein du système de santé, les médecins du CMSS doivent apprécier l'état de santé des assurés et cette appréciation comporte nécessairement une appréciation directe ou indirecte du traitement. Ainsi, le CMSS appréciera, dans le cadre de sa nouvelle mission, la qualité des soins, en contrôlera le bien-fondé et l'efficacité et pourra désormais s'exprimer à cet égard s'il le juge nécessaire.

#### **1.1.5. Impact financier favorable du projet de loi sur l'assurance maladie-maternité ainsi que sur le budget de l'Etat**

Le projet de loi sous rubrique aura sans aucun doute un impact positif sur les dépenses de l'assurance-maladie sous condition d'un traitement plus efficace des cas de maladie de courte durée.

Le fait que, d'une part, le CMSS examinera systématiquement les salariés en incapacité de travail pendant la LFZ et que, d'autre part, il décidera de manière sélective s'il y a lieu de lancer la procédure du rapport circonstancié, dénommé „formulaire R4“, permettra de réduire aussi bien les dépenses de la CNS que les charges administratives du CMSS.

En convoquant l'assuré en congé de maladie à un moment précoce de son incapacité de travail (par exemple à la troisième semaine), le CMSS aura la possibilité de l'aiguiller plus rapidement et de façon plus efficace vers la pension d'invalidité, vers une mesure de réinsertion professionnelle ou vers une reprise de travail respectivement de le maintenir, le cas échéant, en incapacité de travail.

Etant donné qu'actuellement, aux dires des auteurs du projet de loi sous rubrique, l'algorithme qui détermine le moment où le rapport circonstancié R4 est généré et envoyé à l'assuré dans le cadre de la gestion électronique (à savoir six semaines d'incapacité de travail totales pour une période de seize semaines) n'est pas parallèle, voire incompatible avec l'algorithme qui définit la charge de l'incapacité de travail, comme cela avait été initialement prévu dans le cadre du statut unique, le rapport R4 est transmis à l'assuré à un moment inapproprié. Sachant qu'en 2013, plus que 23.500 rapports R4 ont été réalisés et remboursés par la CNS, on peut en déduire le montant exorbitant des charges totales découlant de l'inefficacité des procédures actuelles.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers approuvent le renforcement des capacités du CMSS relevé dans le plan quadriennal, prévoyant une augmentation des effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs. Comme énoncé dans les commentaires des articles, les gains financiers résultant de la restructuration de la procédure R4 permettront de dégager des ressources humaines et financières qui pourront être employées pour se consacrer aux nouvelles missions prévues. A terme toutefois, les deux chambres professionnelles sont convaincues que l'augmentation des charges de personnel du CMSS sera compensée par des gains d'efficacité au niveau des procédures inter-reliées prévues aussi bien par le Code de la sécurité sociale que par le Code du travail.

L'extension des missions du CMSS, tout comme les nouvelles procédures prévues, permettront *in fine* de circonscrire à l'avenir les contributions financières de l'Etat en vue de cofinancer les prestations en espèces tout comme les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité.

Le système de soins de santé constitue un élément essentiel de la qualité de vie et de la cohésion sociale du Luxembourg. Pour pouvoir continuer à bénéficier du système de santé extrêmement généreux, il est impératif de maintenir l'équilibre financier du système de soins de santé. La réforme du CMSS constitue dès lors un élément parmi d'autres afin de mieux maîtriser la progression des dépenses de soins de santé et d'aboutir à un taux de progression maximal dégressif des dépenses pour soins de santé.

### **1.1.6. Simplification administrative**

Le projet de loi prévoit un certain nombre de mesures de simplification administrative au profit des entreprises.

Celles-ci auront en effet la possibilité de plafonner, sous certaines conditions, les déclarations individuelles de salaire au septuple du salaire social minimum. Seules les entreprises d'une certaine envergure, dans une première phase, auront l'obligation de procéder aux déclarations des salaires par voie électronique sécurisée. Quant à l'obligation de procéder aux déclarations d'incapacités de travail par voie électronique, elle se fera selon les mêmes modalités que celles relatives aux déclarations des salaires.

## **1.2. Réflexions circonstanciées quant à la mise en relation entre droit du travail et droit de la sécurité sociale**

L'article 8 du projet de loi introduit trois modifications dans le Code du travail, les deux premières visant l'article L. 121-6 relatif à l'incapacité du travail du salarié pour cause de maladie et la troisième visant l'article L. 351-4 relatif à la protection des salariés contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques nuisibles. Les deux chambres professionnelles jugent indispensable de s'attarder essentiellement sur les modifications apportées à l'article L. 121-6 du Code du travail dans la mesure où cet article est particulièrement crucial tant pour l'employeur que pour le salarié.

### **1.2.1. Concernant les modifications relatives à l'article L. 121-6 du Code du travail relatif à l'incapacité du travail du salarié**

Les deux chambres professionnelles reproduisent ci-après une version consolidée du projet d'article L. 121-6 du Code du travail afin de mettre en évidence la portée des modifications projetées ainsi que les questions pratiques soulevées.

#### ***Version consolidée du nouvel article L. 121-6 du Code du travail***

Le projet d'article L. 121-6 du Code du travail est reproduit ci-après avec indication, en gras et souligné, des modifications résultant du projet de loi sous avis:

„**Art. L. 121-6.** (1) Le salarié incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident est obligé, le jour même de l'empêchement, d'en avvertir personnellement ou par personne interposée l'employeur ou le représentant de celui-ci.

L'avertissement visé à l'alinéa qui précède peut être effectué oralement ou par écrit.

(2) Le troisième jour de son absence au plus tard, le salarié est obligé de soumettre à l'employeur un certificat médical attestant son incapacité de travail et sa durée prévisible.

(3) L'employeur averti conformément au paragraphe (1) ou en possession du certificat médical visé au paragraphe (2) n'est pas autorisé, même pour motif grave, à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable visé à l'article L. 124-2 pour une période de vingt-six semaines au plus à partir du jour de la survenance de l'incapacité de travail.

Le salarié incapable de travailler a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. Un nouveau droit à la conservation du salaire n'est ouvert qu'au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte. **Le droit au maintien intégral du**

**salaires et des autres avantages résultant du contrat de travail cesse pour le salarié en cas de décision de refus émise par la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, qui s'impose à l'employeur. La période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède cesse à l'expiration du délai de recours de quarante jours courant à partir de la notification de la décision de la Caisse nationale de santé à l'assuré. La Caisse nationale de santé informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède est maintenue. Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli en cas de révision de la décision de refus susvisée ayant mis fin au droit, l'employeur en étant informé par la Caisse nationale de santé.**

Les dispositions des alinéas 1 et 2 cessent d'être applicables à l'égard de l'employeur si la présentation du certificat médical n'est pas effectuée avant l'expiration du troisième jour d'absence du salarié.

La résiliation du contrat effectuée en violation des dispositions du présent paragraphe est abusive.

(...)

(5) L'employeur peut résilier le contrat de travail du salarié après l'expiration de la période visée au paragraphe (3), alinéa 1er **et 2**.

(...)"

#### ***Portée des modifications introduites à l'article L. 121-6 du Code du travail***

Actuellement, le salarié incapable de travailler doit justifier son absence du lieu de travail et établir la réalité de sa maladie. Cette preuve est apportée par la production d'un certificat médical. Dans ce cas, le salarié bénéficie du maintien de son salaire pendant la LFZ et d'une protection contre le licenciement au cours d'une période de 26 semaines. Selon une jurisprudence constante des juridictions du travail, le certificat médical produit par le salarié constitue toutefois une présomption simple et peut être combattu par l'employeur (i) soit au moyen de deux avis médicaux contraires<sup>3</sup> – dont l'un peut provenir du CMSS mais pas obligatoirement – (ii) soit par la preuve de faits contredisant l'incapacité de travail du salarié<sup>4</sup>.

Dans le régime envisagé par le projet de loi, **l'avis du CMSS – entériné par une décision du Président de la CNS – suffira à lui seul pour renverser la présomption d'incapacité du salarié. Ce constat de capacité de travail s'imposera à l'employeur** qui sera tenu de suspendre le versement du salaire, bien que le salarié continuera de bénéficier de la protection contre le licenciement au moins durant les 40 jours qui suivent la décision (40 jours pendant lesquels il pourra introduire un recours contre la décision du Président de la CNS) et pour une durée plus longue en cas de recours.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers accueillent favorablement tant la possibilité reconnue au CMSS d'examiner le salarié malade en période de LFZ que la primauté de l'avis du CMSS sur celui du médecin traitant du salarié malade qui étaient toutes deux des revendications patronales dans le cadre de l'introduction du statut unique.

Les deux chambres professionnelles insistent néanmoins sur le fait

- que l'employeur doit conserver le droit dont il dispose actuellement de pouvoir invalider l'incapacité de travail en dehors de toute intervention du CMSS et de la CNS.
- que la période de protection contre le licenciement du salarié qui ne vient pas travailler doit rester comme à l'heure actuelle de 26 semaines au maximum.

Les deux chambres professionnelles s'opposent dès lors à toute solution qui ne tiendrait pas compte de ces considérations.

Par ailleurs, elles s'accordent à reconnaître que le nouveau régime envisagé par le projet de loi est plus complexe que le régime actuel et qu'il soulève des questions de fond.

3 Voir notamment: C.S.J., 23.3.2000 n° 22246 du rôle; Cour d'appel, IIIème chambre, 14.6.2012, n° 37518 du rôle.

4 Voir notamment: Cour d'appel, IIIème chambre, 11.10.2012, n° 37324 du rôle.



Elles détaillent ci-après les questions pratiques quant au régime envisagé dans le projet de loi tant au niveau de la protection contre le licenciement qu'au niveau du maintien du salaire de nature à créer des insécurités juridiques préjudiciables à l'employeur et au salarié.

Les deux chambres professionnelles relèvent d'emblée que le nouveau régime rend l'article L. 121-6 du Code du travail plus complexe par le fait que le droit au maintien du salaire et la protection contre le licenciement ne seraient désormais plus liés:

- actuellement, le droit au maintien du salaire et la protection contre le licenciement sont liés de sorte que le salarié qui ne remet pas à son employeur un certificat médical attestant son incapacité de travail, au plus tard le troisième jour de son absence, perd aussi bien le droit au maintien du salaire que la protection contre le licenciement,
- dans le nouveau régime envisagé, le droit au maintien du salaire pourra cesser en cas de décision de refus de la CNS (décision entérinant l'avis de capacité de travail du CMSS) sans pour autant que cela remette en cause la protection contre le licenciement. Le droit au maintien du salaire pourra toutefois être rétabli si la décision de refus de la CNS est invalidée par les juridictions sociales.

*Insécurité juridique quant au droit d'initiative de l'employeur d'invalidiser l'incapacité de travail*

Le projet de loi prévoit que l'incapacité de travail du salarié peut être invalidée par un avis du CMSS. Il reste par contre silencieux quant au droit reconnu aux employeurs de renverser eux aussi la présomption d'incapacité de travail du salarié en dehors de toute intervention du CMSS, respectivement parallèlement à l'intervention du CMSS.

Les deux chambres professionnelles estiment que l'employeur doit conserver le droit de pouvoir combattre le certificat médical produit par le salarié soit au moyen de deux avis médicaux contraires, soit par la preuve de faits contredisant cette incapacité. Ainsi, l'avis du CMSS serait un outil complémentaire dans le cadre de la réduction du coût des absences injustifiées tel que convenu dans le cadre des discussions en vue de l'introduction du statut unique. Prévoir le contraire, à savoir que dorénavant la présomption simple attachée au certificat médical produit par un salarié ne pourrait être invalidée que par un avis du CMSS, constituerait une régression par rapport aux moyens dont dispose l'employeur à l'heure actuelle qui sont d'ailleurs reconnus par une jurisprudence constante.

La solution préconisée par les deux chambres professionnelles s'impose d'autant plus

- que dans le cadre du projet de loi, l'employeur ne peut pas exiger que le CMSS examine un assuré en incapacité de travail et qu'en cas de demande en ce sens de la part de l'employeur, la CNS apprécie la suite à y donner (contrôle médical du CMSS, contrôle administratif, ...),
- et qu'il y a un risque certain que le CMSS, malgré un renforcement de son personnel, ne soit pas en mesure de traiter avec une réactivité suffisante l'ensemble des cas extrêmement nombreux d'incapacité de travail entraînant alors une insécurité juridique importante pour l'employeur et le salarié quant à leurs droits et obligations.

Cette solution conduira cependant à une dualité de compétence entre les juridictions de la sécurité sociale et les juridictions du travail pour déterminer en définitive les droits et obligations du salarié et de l'employeur liés à l'exécution du contrat de travail pendant la période de continuation du salaire.

*Insécurité juridique quant à la protection du salarié contre le licenciement*

- *Insécurité juridique quant à la portée de la protection contre le licenciement*

En cas d'incapacité de travail, le salarié qui ne vient pas travailler est protégé lorsqu'il remplit les exigences prévues à l'article L. 121-6. (1) et (2) du Code du travail.

Actuellement, lorsqu'un premier contre-examen médical contredit l'incapacité de travail d'un salarié, celui-ci peut persister dans sa décision de ne pas aller travailler pendant la période couverte par le certificat médical remis à l'employeur et la CNS et, le cas échéant, par les certificats médicaux de prolongation, et ainsi continuer à être protégé contre le licenciement tant que l'employeur n'aura pas renversé la présomption d'incapacité de travail au moyen d'un second contre-examen médical. Le salarié peut toutefois accepter de revenir travailler à la suite du premier contre-examen médical: le contrat de travail reprend alors son cours normal et la protection contre le licenciement cesse.

Le projet de loi prévoit que la présomption d'incapacité de travail peut être renversée par une décision de la CNS qui entérine l'avis du CMSS invalidant l'incapacité de travail, sans préjudice pour le salarié d'introduire un recours contre cette décision de la CNS endéans un délai de 40 jours. Le projet

de loi protège alors le salarié pendant ce délai de 40 jours, puis, le cas échéant, pendant la durée du recours.

Selon la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, le texte actuel du projet de loi pourrait laisser croire que cette protection de 40 jours (qui peut être prolongée en cas de recours) est absolue. En effet, il ne ressort pas clairement du texte que le salarié, qui ne revient pas travailler à la suite de la décision de la CNS parce qu'il entend contester celle-ci, doit continuer, comme c'est déjà le cas actuellement, à fournir des certificats médicaux pour justifier ces périodes d'absence et bénéficier de la protection contre le licenciement. Il ne ressort également pas clairement du texte que le salarié qui revient travailler à la suite de la décision de la CNS perd, à l'instar du régime actuel, la protection contre le licenciement. Au vu de la complexité du nouveau régime, il conviendrait de clarifier ces aspects pour éviter d'induire en erreur l'employeur et le salarié quant à la portée de cette protection de 40 jours.

• *Insécurité juridique concernant la durée de la protection contre le licenciement*

Les deux chambres professionnelles tiennent à soulever un problème d'articulation entre l'alinéa 2 du paragraphe 3 de l'article L. 121-6 du Code du travail (modifié par le projet de loi) et l'alinéa 1er dudit paragraphe (inchangé) en termes de durée de protection contre le licenciement:

- (i) l'alinéa 1er, actuellement en vigueur, fixe la durée de la protection contre le licenciement à 26 semaines d'incapacité de travail,
- (ii) l'alinéa 2, tel que modifié par le projet de loi, prévoit quant à lui une période de protection minimale de 40 jours correspondant au délai accordé au salarié, à compter de la notification de la décision de la CNS, pour introduire un recours contre ladite décision, étant précisé que la période de protection peut se prolonger en cas de recours contre ladite décision.

Les deux chambres professionnelles sont d'avis que le libellé envisagé par les auteurs du projet de loi ne garantit nullement que les nouveaux délais prévus à l'alinéa 2 seront applicables dans la limite du délai actuel de 26 semaines.

Par ailleurs, si le commentaire des articles commence par renseigner que la protection contre le licenciement „pour une période de 26 semaines au plus“ est maintenue, il précise ensuite qu'„il est évident que si exceptionnellement le délai de 26 semaines ne devait pas être expiré au moment où le Conseil arbitral prononce son jugement, il continuerait à courir et la protection y afférente sera maintenue en cas d'appel de l'assuré“.

Dans un souci de sécurité juridique, les deux chambres professionnelles souhaiteraient que soit clarifiée l'incidence du délai minimal de 40 jours dans la computation du délai actuel de 26 semaines dans le sens que les deux périodes de protection ne sont pas cumulables et que la période de protection contre le licenciement ne peut en aucun cas dépasser le délai de protection prévu par l'alinéa 1 du paragraphe 3 de l'article L. 121-6 du Code du travail.

Par ailleurs, l'introduction du délai de 40 jours (qui peut être prolongé en cas de recours) complexifie le régime actuel et il conviendrait de préciser à l'article L. 124-10 du Code du travail que le délai d'un mois laissé à l'employeur pour invoquer un motif grave est suspendu aussi longtemps que le salarié est protégé contre le licenciement suivant les modalités prévues à l'article L. 121-6 du Code du travail.

*Insécurité juridique concernant la cessation du droit au maintien du salaire*

Le projet de loi dispose que „le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail cesse pour le salarié en cas de décision de refus émise par la Caisse nationale de santé (...)“.

Le projet ne règle pas la question de savoir à compter de quelle date cessera le droit au maintien du salaire. Plusieurs possibilités sont envisageables, non expressément tranchées par le projet de loi: la date (éventuellement rétroactive) fixée par le CMSS, la date du contrôle médical ou la date de la décision du Président de la CNS entérinant l'avis du CMSS? Dans le silence du projet de loi, les deux chambres professionnelles considèrent que le CMSS serait libre de fixer la date à partir de laquelle il estime que le salarié n'est pas en incapacité de travail et que la CNS sera liée par cette date (via l'article 426 CSS modifié par le projet de loi).

Les chambres professionnelles soulignent de plus que, lorsque l'employeur pourra „cesser“ de verser le salaire au salarié suite à une décision de la CNS entérinant l'invalidation du certificat médical par



le CMSS, il sera tenu en réalité de provisionner ce salaire en attendant que soit vidé l'éventuel recours du salarié contre la décision de la CNS.

**1.2.2. Concernant les modifications projetées à l'article L. 351-4 du Code du travail relatif à la protection des salariés contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques nuisibles**

Dans sa teneur actuelle, l'article L. 351-4 du Code du travail prévoit que l'Inspection du travail et des mines, sur avis du médecin du travail de la Direction de la santé, peut ordonner l'intervention du CMSS en vue de procéder à un examen médical du salarié. Ainsi, sur base de cet examen médical et après un second avis du médecin du travail mentionné ci-dessus, l'Inspection du travail et des mines peut ordonner que le salarié fasse l'objet d'un changement de poste.

La modification proposée par le projet de loi sous avis à l'égard de l'article L. 351-4 du Code du travail vise à simplifier la procédure actuelle en prévoyant que le salarié exposé à des agents nuisibles pourra immédiatement être examiné par le médecin du travail de la Direction de la santé. Cette modification est saluée par les deux chambres professionnelles.

**1.3. Opportunité politique de mise en oeuvre d'une vraie gouvernance des réformes en cours et à venir en matière de sécurité sociale et de santé**

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers tiennent à relever qu'il sera plus que jamais nécessaire, au vu de la situation compétitive des entreprises et de la situation des finances publiques, de réfléchir sérieusement à une réelle gouvernance des réformes en cours ou annoncées par le Gouvernement en matière de sécurité sociale et de santé.

Ainsi le Gouvernement a-t-il engagé, sinon annoncé, les réformes suivantes, qui sont étroitement liées entre elles, comme il a été relevé plus haut:

- Réforme du CMSS,
- Réforme de la procédure de reclassement,
- Réforme des services de santé au travail.

Les deux chambres professionnelles demandent aux autorités concernées de considérer tous les nouveaux projets de réformes dans leur globalité, et non isolément, en soupesant leur impact respectif pour les employeurs, les assurés ainsi que les finances publiques.

A l'avenir, il importera plus que jamais de soutenir la compétitivité de nos entreprises exposées à un monde en évolution rapide et de réduire le nombre de personnes en inactivité par des procédures efficaces qui rallient tous les acteurs et qui limitent les charges financières de tout un chacun.

\*

## 2. COMMENTAIRE DES ARTICLES

### *Concernant l'article 1er du projet de loi*

L'article 1er du projet de loi conduit à une refonte du chapitre III (titre I, livre IV) du Code de la sécurité sociale qui est spécialement dédié au „Contrôle médical de la sécurité sociale“ et en modifie les articles 418 à 426.

#### *Nouvel article 419 du CSS*

Le projet de loi impose au CMSS de se prononcer dans des „avis motivés“ sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale. La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers seraient en faveur d'une suppression de cette mention d'„avis motivés“ car elle est superflue et incomplète. En effet, la procédure administrative non contentieuse (PANC) n'exige pas toujours une motivation formelle, notamment lorsque l'autorité administrative ne modifie pas, mais confirme la décision antérieure. La PANC exige en effet que la décision indique les motifs, soit l'énoncé de la base légale et des circonstances de faits, dans quatre cas, et en particulier lorsqu'il y a un refus

de faire droit à la demande, ou une révocation/modification d'une demande antérieure. Dans les autres cas, une motivation expresse n'est pas imposée mais l'administré a le droit d'exiger la communication des motifs.

*Concernant l'article 2 du projet de loi*

L'article 2 du projet de loi porte modification du livre I du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance maladie-maternité“.

*Point 9° (modifiant l'article 47, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale) et point 10° (ajoutant un alinéa 2 à l'article 47 du Code de la sécurité sociale)*

Les deux chambres professionnelles comprennent de la pratique administrative qu'une question à portée individuelle peut être une „information“ ou une „décision“ adressée à l'assuré.

Un exemple d'information est l'indication par la CNS à l'assuré qu'elle ne prendra pas en charge le trajet en ambulance tant qu'elle n'aura pas reçu l'ordonnance afférente. L'assuré conserve la possibilité de se mettre en ordre pour bénéficier de l'intervention financière de la CNS. Il n'y a pas de délai endéans lequel l'assuré peut demander qu'une „information“ à son égard soit transformée en décision susceptible de recours. Or, les délais pour introduire un recours ne courent pas tant qu'il s'agit d'une information. L'assuré pourrait vouloir contester cette information plusieurs mois plus tard et demander alors la transformation de celle-ci en une „décision“, les délais de recours ne commençant à courir qu'à compter de cette „transformation“.

Les deux chambres professionnelles comprennent de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale envisagé dans le projet de loi que la cessation du droit à la conservation légale de la rémunération est:

- une information lorsqu'elle est motivée par le changement de la charge du paiement de l'employeur vers la CNS et vice et versa,
- une décision du Président de la CNS lorsqu'elle résulte d'une application de l'article 16 du Code de la sécurité sociale ou si elle résulte d'un constat de capacité au travail par le CMSS.

Le texte envisagé de l'alinéa 2 de l'article 47 devrait clairement reprendre cette distinction, au lieu de se calquer uniquement sur l'article 2 point 9° modifiant l'article 47 alinéa 1 du Code de la sécurité sociale susmentionné.

*Concernant l'article 8 du projet de loi*

L'article 8 porte modification de trois dispositions du Code du travail.

*Point 1° (modifiant l'article L.121-6 du Code du travail)*

Les deux chambres professionnelles relèvent que les modifications effectuées par le point 1° au sein du paragraphe 3 de l'article L.121-6 du Code du travail conduisent à une incohérence entre l'alinéa 2 et l'alinéa 3. En effet, l'alinéa 3 prévoit que: „Les dispositions des alinéas 1 et 2 du paragraphe 3 cessent d'être applicables à l'égard de l'employeur si la présentation du certificat médical n'est pas effectuée avant l'expiration du troisième jour d'absence du salarié“. Or, l'alinéa 2 prévoit, dans la version du projet de loi, la cessation du droit au maintien du salaire en cas de décision de refus de la CNS. Combinée avec l'alinéa 3, la cessation du droit au maintien du salaire „cesserait d'être applicable“ si le certificat médical n'était pas remis à l'employeur avant l'expiration du troisième jour d'absence. Une telle solution apparaît parfaitement illogique et il convient d'y remédier.

Pour le surplus, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers renvoient à leurs développements sous le point 1.2 des considérations générales qui ont mis en évidence un certain nombre d'incohérences et de points d'insécurité juridique dus à la difficulté d'articuler le droit du travail et le droit de la sécurité sociale.

\*

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers, après consultation de leurs ressortissants, sont en mesure d'approuver le présent projet de loi, sous réserve de la prise en compte de leurs remarques concernant l'articulation du droit du travail et du droit de la sécurité sociale en matière d'incapacité de travail du salarié.

CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau

6656/04

N° 6656<sup>4</sup>

## CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2014-2015

**PROJET DE LOI****modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale et modifiant:**

1. **le Code de la sécurité sociale;**
2. **le Code du travail;**
3. **la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale**

\* \* \*

**AVIS DU CONSEIL D'ETAT**

(11.11.2014)

Par dépêche du 5 février 2014, le Premier ministre, ministre d'Etat, a soumis à l'avis du Conseil d'Etat le projet de loi sous rubrique, élaboré par le ministre de la Sécurité sociale. Au texte du projet de loi étaient joints un exposé des motifs, un commentaire des articles, une fiche d'évaluation d'impact ainsi qu'une fiche financière.

Les avis de la Chambre des salariés et du Collège médical ont été communiqués au Conseil d'Etat par dépêche du 8 mars 2014, ceux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics et de l'Association des médecins et médecins-dentistes par dépêche du 29 avril 2014, l'avis commun de la Chambre de commerce et de la Chambre des métiers par dépêche du 13 octobre 2014.

\*

**CONSIDERATIONS GENERALES**

Avec le projet de loi sous avis, les auteurs entendent apporter plusieurs modifications aux missions du Contrôle médical de la sécurité sociale qui devraient lui permettre de mieux accomplir sa fonction de contrôleur. Comme son nom l'indique, le rôle essentiel du Contrôle médical de la sécurité sociale consiste en effet à contrôler le bien-fondé des dépenses pour prestations de soins de santé à charge du système de sécurité sociale, en évaluant l'adéquation entre l'état de santé des assurés et les ressources engagées à leur égard. La dernière réforme visant à renforcer ce rôle du Contrôle médical de la sécurité sociale date de 2010.

En effet, la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé a adapté et précisé les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale. Elle a ajouté comme attributions l'assistance à la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires établis par les prestataires de soins, ainsi que la possibilité de la saisine de la Commission de nomenclature en vue de l'introduction de nouveaux actes, de la précision du libellé d'actes litigieux ou de la révision d'actes existants. Elle a précisé en outre la collaboration du Contrôle médical de la sécurité sociale avec les autres institutions et organes tels que la Caisse nationale de santé, la Commission de nomenclature et la Commission de surveillance.

La nécessité d'une nouvelle réforme est soulignée par les auteurs du projet de loi sous avis par la constatation que „dans son programme établi pour la période de législature 2004-2009, le Gouvernement avait déjà souligné „la nécessité de valoriser le rôle du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la maîtrise des coûts“.“ Au Conseil d'Etat de se demander dans quelle mesure cet objectif n'aurait pas

été suffisamment atteint par la loi précitée du 17 décembre 2010. Le Conseil d'Etat regrette l'absence d'un bilan des dernières quatre années, démontrant, le cas échéant, que les mesures mises en œuvre n'ont pas porté leurs fruits et précisant les raisons précises de cet échec. Au cas où il s'avérerait que ce bilan n'a pas été fait parce que la période révolue de moins de quatre ans était trop courte pour tirer des conclusions, il faudrait se demander si la réforme actuellement proposée n'est pas prématurée.

Confronté à la conviction des auteurs, „qu'un toilettage des textes est cependant indispensable dans le cadre de l'objectif poursuivi d'un meilleur pilotage de l'assurance maladie et s'inscrit dans la volonté du Gouvernement d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins tout en maîtrisant mieux les coûts“, le Conseil d'Etat a de sérieux doutes qu'un objectif d'une telle envergure pourrait être atteint par un „toilettage des textes“. Selon les auteurs, la redéfinition des missions du Contrôle médical de la sécurité sociale fut abandonnée lors de la réforme de 2010, „faute de temps“, l'envergure de ce projet n'ayant finalement plus permis de procéder également à une modification des dispositions du Code de la sécurité sociale ayant trait au Contrôle médical de la sécurité sociale. Le présent projet de loi viendrait donc compléter sur ce point la réforme votée en 2010. En analysant le projet de loi sous avis, le Conseil d'Etat a cependant du mal à déceler des modifications de dispositions ayant trait au Contrôle médical de la sécurité sociale qui seraient plus appropriées que celles proposées lors de la réforme de 2010 pour atteindre les objectifs esquissés.

Les points sur lesquels les auteurs du projet de loi sous avis veulent mettre l'accent sont les suivants:

- augmenter le pouvoir de contrôle en prévoyant des visites dans les cabinets des professionnels de santé et dans les établissements hospitaliers;
- disposer de l'expertise médicale nécessaire pour pouvoir évaluer la qualité des prestations prises en charge;
- conseiller le patient par rapport à la prise en charge mise en œuvre par les médecins traitants;
- procéder à un suivi plus rapproché des personnes en incapacité de travail afin d'aiguiller l'assuré avec davantage d'efficacité vers le système de prise en charge adapté en temps utile, en abolissant le recours systématique à des rapports médicaux circonstanciés.

Finalement, les auteurs expriment dans l'exposé des motifs le souhait, non développé dans les dispositions du texte sous avis, de voir l'organisation interne de l'établissement public Caisse nationale de santé améliorée, afin de permettre au Contrôle médical de la sécurité sociale, confronté à une explosion du nombre des demandes d'autorisations préalables, d'améliorer l'efficacité de son travail. En ce qui concerne cette doléance particulière, le Conseil d'Etat s'interroge dans quelle mesure un établissement public, en l'occurrence la Caisse nationale de santé, est actuellement habilité à engager par les dispositions de ses statuts, qui font figure de règlements d'exécution, des moyens relevant d'une administration publique qui n'est pas liée à cet établissement public. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat note que les auteurs du projet de loi sous avis veulent abroger, sans en exposer les motifs, la base légale conférée par l'actuel article 419 au Conseil supérieur exerçant des fonctions consultatives auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui a notamment dans ses attributions les relations entre le Contrôle médical de la sécurité sociale et les institutions de sécurité sociale.

En ce qui concerne le pouvoir donné au Contrôle médical de la sécurité sociale de pénétrer dans les locaux professionnels de prestataires de soins de santé, de tout établissement hospitalier, de tout réseau d'aides et de soins, dans le but d'y pouvoir consulter sur place les documents visés à l'article 60*bis* du Code de la sécurité sociale, et dans le cas des établissements hospitaliers d'examiner des patients, le Conseil d'Etat rappelle à cet égard sa position développée dans son avis du 23 novembre 2010 sur le projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1) le Code de la sécurité sociale; 2) la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers: „Le paragraphe 4 de l'article 47 confère au Contrôle médical de la sécurité sociale un droit d'inspection s'étendant aux lieux où exerce le prestataire concerné de la sécurité sociale, ainsi qu'aux hôpitaux et établissements où le prestataire concerné a effectué les soins, afin de donner son avis sur tout litige opposant un prestataire à la Caisse nationale de santé portant soit sur l'application d'un tarif prévu par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles, soit, dans des cas individuels, sur le non-respect des dispositions prévues à l'article 23. Le Conseil d'Etat considère ce pouvoir de contrôle comme disproportionné par rapport au but recherché et non conforme au droit de l'inviolabilité du domicile garanti par l'article 15 de la Constitution et l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. Le Conseil d'Etat doit donc s'y opposer formellement.“ Le Conseil d'Etat constate que

les auteurs du projet de loi récidivent quatre ans plus tard avec une disposition analogue et ne peut qu'affirmer que les mesures qui ont été jugées disproportionnées par le Conseil d'Etat en 2010 le restent en 2014.

L'évaluation de la qualité des prestations est un objectif essentiel dans le développement de tout système de santé. L'Etat luxembourgeois a ainsi mis en place un système d'évaluation de la qualité des prestations de soins prodiguées au niveau des établissements hospitaliers. La base légale de ce système d'évaluation de la qualité des prestations de soins est fournie par l'article 23 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. Le Conseil d'Etat met en garde de créer des structures parallèles d'évaluation de la qualité dans les dispositions du Code de la sécurité sociale, dont le champ d'application serait par ailleurs limité aux seules prestations prises en charge par la Caisse nationale de santé. De telles structures devraient par contre plutôt s'appliquer à toutes les prestations de soins auxquelles un patient a accès au Luxembourg. Aussi, le Conseil d'Etat estime-t-il qu'il appartient à des organismes placés sous l'autorité du ministre ayant la Santé dans ses attributions de promouvoir, de coordonner et de contrôler les systèmes de management de la qualité dans le domaine de la santé, et demande que l'attribution pour l'évaluation de la qualité des prestations de soins de santé dispensées au Luxembourg soit maintenue auprès du seul Ministère de la santé, au lieu de risquer une redondance en dispersant cette compétence entre différentes institutions.

Le Conseil d'Etat ne partage dès lors pas l'avis des auteurs qui estiment qu'„un pilotage efficace du système de soins de santé avec le maintien d'une prise en charge de qualité n'est en effet réalisable à terme qu'avec l'aide d'un Contrôle médical de la sécurité sociale qui dispose des moyens nécessaires pour évaluer la qualité des prestations à charge de la sécurité sociale“. Le concept proposé reste d'ailleurs, aux yeux du Conseil d'Etat, trop flou pour justifier l'attribution de moyens considérables à cet effet à l'administration étatique visée, à une époque où chaque nouvelle dépense publique mérite plus que jamais d'être examinée minutieusement. L'objectif de payer pour une performance plutôt que pour un acte presté selon une nomenclature définie est un changement de paradigme qui commence à s'imposer dans le financement des systèmes de santé de nombreux pays; dans une telle démarche, une mission spécifique du Contrôle médical de la sécurité sociale serait une mesure connexe parmi d'autres. Or, le projet de loi n'esquisse malheureusement même pas les grandes lignes d'un tel changement de paradigme qui pourrait être à la base d'une vraie réforme du système de santé luxembourgeois. Le Conseil d'Etat est convaincu qu'une telle démarche apporterait une plus-value majeure au système de santé luxembourgeois, et qu'elle permettrait de mesurer la valeur d'une prestation sur base de données qualitatives, tant sur le plan national que lors de l'évaluation de prestations offertes dans un contexte de dispense de soins transfrontaliers. Adapter maintenant les moyens du Contrôle médical de la sécurité sociale sans toucher au système de financement apparaît dès lors comme prématuré.

Un nouveau rôle pour le Contrôle médical de la sécurité sociale, important selon les auteurs, est celui de prodiguer des conseils aux patients par rapport aux options de prise en charge retenues par leur médecin. Il s'agit en fait d'une démarche nouvelle, alors que le Contrôle médical de la sécurité sociale est actuellement censé donner des avis à caractère médical et à portée individuelle aux seules institutions de sécurité sociale. Cette intervention du Contrôle médical de la sécurité sociale correspondrait formellement à un second avis, sans qu'il y ait forcément une demande ou du patient concerné ou du médecin traitant de ce patient. Le Conseil d'Etat a des doutes sur le bénéfice qu'apporterait cette mesure selon les auteurs du projet de loi sous avis et qui justifierait la mise à disposition des ressources humaines demandées pour accomplir une telle tâche. Ce second avis serait surtout guidé par la recherche d'une médication économique compatible avec l'efficacité. Or, tout médecin est tenu par le Code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège médical en 2013, de limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins, sans négliger son devoir d'assistance morale. Le contrôle du respect de cette disposition déontologique tombe dans les attributions du Collège médical. Si ses prescriptions ne correspondent pas à l'utile et au nécessaire, le médecin se rend coupable d'une infraction aux dispositions de l'article 23 du Code de la sécurité sociale, et il ne convient alors pas de conseiller le patient, mais de sanctionner le médecin. En effet, les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent pas dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. Les violations de cet article sont recherchées par la commission de surveillance.



Finalement, cette nouvelle attribution conférée au Contrôle médical de la sécurité sociale interférerait avec celles du médecin référent, introduites par la réforme précitée de 2010. Celui-ci a en effet notamment comme missions de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré, de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de sensibiliser le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires et d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins. Le Conseil d'Etat constate qu'il y a donc redondance de cette nouvelle attribution du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale avec les missions élémentaires du médecin référent. Il estime également que la plus-value qu'apporterait le Contrôle médical de la sécurité sociale par son expertise médicale spécifique et ponctuelle serait plutôt à portée restreinte par rapport à celle apportée par l'approche pluridisciplinaire et par l'accès à un dossier de soins partagé informatisé des professionnels de santé s'occupant régulièrement du patient.

Ceci étant, l'apport de l'expertise médicale du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la prise en charge globale du patient sous forme d'avis donnés à la demande explicite du patient et documentés en bonne et due forme conformément à la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient n'est pas à écarter d'office. Les dispositions légales qui pourraient concerner les examens médicaux effectués par les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale dans un tel contexte sont la documentation des éléments intéressant l'état de santé du patient, l'information préalable par rapport aux actes diagnostiques posés dans le cadre de cet examen et la tenue d'un dossier médical accessible au patient. Les éléments ainsi apportés par les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale pourraient ainsi être utilement pris en compte par le patient et ses médecins.

En ce qui concerne le réaménagement des dispositions à l'intérieur du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, le Conseil d'Etat estime qu'il convient de ne pas augmenter le nombre d'articles, afin d'éviter une renumérotation d'une quarantaine d'articles consécutifs et de nombreuses adaptations de références. Cette procédure entraînerait en effet une vingtaine de modifications de références par le projet de loi sous avis. Par conséquent, le Conseil d'Etat propose un texte qui remplacera les quatre articles initiaux du chapitre III, par rapport aux neuf articles prévus par les auteurs.

\*

## EXAMEN DES ARTICLES

### *Article 1er*

L'alinéa 1er de cet article remplace le chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale. Le Conseil d'Etat propose une reformulation de cet alinéa, qui permettra de maintenir le nombre d'articles dans le chapitre III à quatre. L'article 418 déterminera ainsi les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'article 419 ses attributions d'évaluation et de conseil auprès des institutions de sécurité sociale, l'article 420 ses attributions en ce qui concerne les autorisations préalables, l'article 421 les modalités d'évaluation et les relations avec les prestataires.

### *Article 418*

Le Conseil d'Etat propose de reformuler le dispositif de l'article 418 en projet.

Par ailleurs, il suggère de faire figurer la dernière phrase de cet article *in fine* de l'alinéa 1er de l'article 419. Il suggère en outre de faire figurer la disposition de l'actuel article 419 portant sur le Conseil supérieur *in fine* de l'article 418.

### *Article 419*

Le Conseil d'Etat propose de faire figurer dans cet article les dispositions sur la mission d'élaboration d'avis, ainsi que celles ayant trait aux avis donnés à la Caisse nationale de santé et à la vérification des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes.

En ce qui concerne l'alinéa 1er, le Conseil d'Etat propose de remplacer l'expression „dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts“ par l'expression „dans les limites fixées par les lois et règlements“, les statuts se rapportant aux statuts de l'établissement public „Caisse nationale de santé“ étant à considérer comme règlements au sens de l'article 108*bis* de la Constitution. La deuxième phrase de l'article 418 figurerait en tant que deuxième phrase dans cet alinéa 1er de l'article 419.

L'alinéa 2, qui reformule l'alinéa 2 de l'article 421 actuellement en vigueur, serait maintenu en tant qu'alinéa 3 dans le nouvel article 421 tel que proposé par le Conseil d'Etat.

En ce qui concerne l'alinéa 3, le Conseil d'Etat renvoie à ses observations faites à l'endroit des considérations générales sur le pouvoir donné au Contrôle médical de la sécurité sociale de pénétrer dans des locaux professionnels, disproportionné par rapport au but recherché et non conforme au droit de l'inviolabilité du domicile garanti par l'article 15 de la Constitution et l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. Il exige sa suppression sous peine d'opposition formelle.

Le Conseil d'Etat propose de reformuler la disposition de l'article 422 du projet de loi dans un nouvel alinéa 2 de l'article sous revue qui prendrait la teneur suivante:

„Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1er et 23, alinéa 1er. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le présent Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.“

L'article 424 du projet de loi sous avis (point 18 de l'alinéa 1er de l'actuel article 418) concernant l'assistance de la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes deviendrait selon la proposition de texte du Conseil d'Etat l'alinéa 3 de l'article sous revue.

L'article 425 du projet de loi sous avis (point 9 du premier alinéa de l'actuel article 418) concernant la vérification des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes deviendrait selon la proposition de texte du Conseil d'Etat l'alinéa 4 de l'article sous revue.

L'alinéa 1er de l'article 426 du projet de loi sous avis qui reformule l'alinéa 3 de l'actuel article 418 deviendrait selon la proposition de texte du Conseil d'Etat l'alinéa 5 de l'article sous revue.

#### *Article 420*

Comme l'expression „les statuts“ se rapporte aux statuts de l'établissement public „Caisse nationale de santé“ qui sont à considérer comme règlements au sens de l'article 108*bis* de la Constitution, le Conseil d'Etat propose d'en faire abstraction et de formuler cet article comme suit:

„Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des prestations de santé visées à l'article 17, alinéa 1er, pour autant qu'une autorisation de prise en charge est requise par les lois et règlements.“

#### *Article 421*

Le Conseil d'Etat propose de faire figurer dans cet article les modalités d'évaluation de l'état de santé des assurés par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Il propose de remplacer l'expression „les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions“ par l'expression „les examens médicaux indispensables pour l'accomplissement de ses missions“ et par conséquent de formuler la première phrase de l'alinéa 1er comme suit:

„Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux indispensables pour l'accomplissement de ses missions et convoque à cet effet les assurés.“

L'alinéa 2 prévoit de permettre l'accès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale à l'intérieur de la chambre du malade à l'hôpital, entre 8 heures et 18 heures, afin qu'il puisse s'assurer de la justification de l'hospitalisation. Le Conseil d'Etat estime que cette disposition est disproportionnée à l'égard des exigences des articles 15 de la Constitution et 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. En effet, ou bien le patient est mobile et peut consulter le médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale dans ses locaux, ou bien son état de santé ne le permet pas, ce qui laisse conclure à la justification d'une hospitalisation qui ne devrait alors pas empêcher le prestataire de soins visé d'organiser, le cas échéant, la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale. Le Conseil d'Etat pourrait accorder la dispense du second vote constitutionnel, si l'alinéa en question prenait le libellé suivant:

„Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.“

L'alinéa 3 de cet article devrait correspondre selon le Conseil d'Etat à l'alinéa 2 de l'article 419 du projet de loi sous avis. Un alinéa 4 et un alinéa 5 reformuleraient l'alinéa 1er et la première phrase de l'alinéa 3 de l'actuel article 421, en maintenant l'idée, déjà retenue dans l'avis du 23 novembre 2010 précité du Conseil d'Etat, que le médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale n'a pas à s'immiscer dans la relation de confiance qui existe entre le médecin et le patient et à porter un jugement sur les modalités thérapeutiques retenues, sauf à la demande expresse de ce dernier. La liberté de choix du patient et son droit à un second avis peuvent ainsi être retenus comme dérogation à ce principe.

L'alinéa 3 de l'article 421 en projet deviendrait ainsi l'alinéa 6 de l'article 421 tel que proposé par le Conseil d'Etat.

#### *Article 422*

Les deux alinéas de l'article sous revue sont réunis dans un seul alinéa qui figure dans la proposition de texte du Conseil d'Etat en tant qu'alinéa 2 de l'article 419. En ce qui concerne les demandes d'avis prévus aux articles 22 et 23 du Code de la sécurité sociale, le Conseil d'Etat propose de ne plus faire référence à ces articles, mais au Code en tant que tel.

#### *Article 423*

Le Conseil d'Etat renvoie à ses observations faites à l'endroit des considérations générales et de l'article 421 en rapport avec l'immixtion du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la relation médecin-patient, en ce qui concerne l'établissement d'un diagnostic ou l'appréciation sur le traitement médicamenteux ou chirurgical retenu. Il propose de remplacer les dispositions du présent article par une reformulation de celles figurant à l'endroit de l'article 421 actuel et de les insérer à l'endroit de l'article 421 pour y former les 4e et 5e alinéas.

#### *Article 424*

Selon la proposition de texte du Conseil d'Etat, cet article (point 18 du premier alinéa de l'actuel article 418) concernant l'assistance de la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes deviendrait l'alinéa 3 de l'article 419.

#### *Article 425*

Selon la proposition de texte du Conseil d'Etat, cet article (point 9 du premier alinéa de l'actuel article 418) concernant la vérification des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes deviendrait l'alinéa 4 de l'article 419.

#### *Article 426*

Cet article qui reformule l'alinéa 3 de l'actuel article 418 deviendrait selon la proposition de texte du Conseil d'Etat l'alinéa 5 de l'article 419.

Le Conseil d'Etat note que la disposition figurant en tant qu'alinéa 2 de l'article 1er du projet de loi, et qui porte sur la renumérotation des articles du Code de la sécurité sociale est une disposition autonome qui devrait figurer soit sous un article ou point distinct au projet de loi sous avis.

Dans la mesure où il est donné suite à l'approche du Conseil d'Etat de maintenir le nombre d'articles au chapitre III à quatre, cette disposition devient superfétatoire et peut être supprimée.

Suite à ces observations, l'article 1er est à libeller comme suit:

„**Art. 1er.** Le chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ prend la teneur suivante:

#### **„Chapitre III – Contrôle médical de la sécurité sociale**

**Art. 418.** L'administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a des missions

d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie.

Un Conseil supérieur exerce des fonctions consultatives auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale. Les missions et la composition de ce Conseil sont déterminées par règlement grand-ducal.

**Art. 419.** Dans les limites fixées par les lois et règlements, le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'élaborer des avis motivés portant sur l'évaluation de santé des assurés et livrant les éléments d'ordre médical qui impliquent l'attribution de prestations de sécurité sociale. En outre, il émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1er et 23, alinéa 1er. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

**Art. 420.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des prestations de santé visées à l'article 17, alinéa 1er, pour autant qu'une autorisation de prise en charge est requise par les lois et règlements.

**Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux indispensables pour l'accomplissement de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.

Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60*bis* sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.

Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur sa demande expresse qu'ils forment devant un malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement médicamenteux ou chirurgical.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en

rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.“ “

*Article 2*

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, les points 1, 2, 8, 12, 13, 17 et 18 peuvent être supprimés.

*Point 3*

Sans observation.

*Point 4*

Ce point apporte une modification en ce qui concerne les rapports médicaux circonstanciés qui engendrent actuellement une grande charge financière et permet ainsi de dégager des ressources qui pourront être employées pour renforcer le personnel du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui demandera les rapports médicaux circonstanciés uniquement s'il le juge nécessaire. Il ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'Etat.

*Point 5*

Le Conseil d'Etat propose la formulation suivante:

„La Caisse nationale de santé peut préciser dans ses statuts les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“

*Point 6*

Sans observation.

*Point 7*

La phrase introductive se lira comme suit: „L'article 16 est complété *in fine* par un alinéa libellé comme suit: (...).“

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, la référence à l'article 434 doit être remplacée par une référence à l'article 429.

*Points 9 à 11*

Sans observation.

*Point 14*

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, la référence à l'article 425 doit être remplacée par une référence à l'article 419.

*Point 15*

Sans observation.

*Point 16*

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, la référence à l'article 425 doit être remplacée par une référence à l'article 419.

*Point 19*

Sans observation.

*Article 3*

Sans observation.

*Articles 4 et 5*

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, ces articles peuvent être supprimés.

*Article 6*

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, les points 2 et 4 peuvent être supprimés. Au point 1, la référence aux articles 430 à 440 doit être remplacée par une référence aux articles 425 à 435.

*Article 7*

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, les points 1, 2, 5, 6, 7 et 8 peuvent être supprimés.

*Point 3*

La première phrase se lira: „A la suite de l'article 426, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit:“

*Point 4*

La première phrase se lira: „Il est ajouté *in fine* de l'article 426 un alinéa libellé comme suit:“

*Article 8**Point 1*

La modification proposée vise à mieux coordonner les dispositions du Code du travail avec celles du Code de la sécurité sociale. La disposition dans cet alinéa qui précise que la décision de refus émise par la Caisse nationale de santé s'impose à l'employeur est redondante avec celle de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

*Point 2*

Sans observation.

*Point 3*

La modification proposée vise à simplifier la procédure faisant l'objet de l'article L. 351-4 en prévoyant que le salarié soit immédiatement examiné par le médecin du travail. Il ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'Etat.

*Articles 9 et 10*

Pour autant que le Conseil d'Etat soit suivi dans ses observations, les moyens à mettre à disposition pour mettre en œuvre les dispositions qui précèdent sont à adapter.

*Article 11*

Sans observation.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 11 novembre 2014.

*Le Secrétaire général,*  
Marc BESCH

*Le Président,*  
Victor GILLEN

CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau



6656/05

N° 6656<sup>5</sup>

## CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2014-2015

**PROJET DE LOI****modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale et modifiant:**

1. le Code de la sécurité sociale;
2. le Code du travail;
3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale

\* \* \*

## SOMMAIRE:

	<i>page</i>
<i>Amendements adoptés par la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale</i>	
1) Dépêche du Président de la Chambre des Députés à la Présidente du Conseil d'Etat (5.3.2015).....	1
2) Texte coordonné.....	6

\*

**DEPECHE DU PRESIDENT DE LA CHAMBRE DES DEPUTES  
A LA PRESIDENTE DU CONSEIL D'ETAT**

(5.3.2015)

Madame la Présidente,

Me référant à l'article 19 (2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, j'ai l'honneur de vous transmettre ci-après une série d'amendements au projet de loi mentionné sous rubrique, que la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale a adoptés dans sa réunion du 4 mars 2015. Je joins également un nouveau texte coordonné du projet de loi.

L'énoncé et la motivation des amendements se présentent comme suit:

*Amendement 1*

A l'article 1er du projet de loi, l'article 418 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

**„Art. 418.** L'administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 421. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.“

*Commentaire*

Comme proposé par le Conseil d'Etat, à la première phrase, les termes „une administration“ et „sous la haute autorité“ sont remplacés respectivement par les termes „l'administration“ et „sous l'autorité“.

Il y est par ailleurs opéré une adaptation du renvoi aux articles du Code de la sécurité sociale, le renvoi aux articles 419 à 426 étant remplacé par un renvoi aux articles 419 à 421, ceci afin de tenir compte de la proposition du Conseil d'Etat de réagencement et de renumérotation des articles du chapitre III du titre I du livre VI du Code de la sécurité sociale qui fait l'objet de l'article 1er du projet de loi. En effet, le Conseil d'Etat propose que „l'article 418 déterminera ainsi les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'article 419 ses attributions d'évaluation et de conseil auprès des institutions de sécurité sociale, l'article 420 ses attributions en ce qui concerne les autorisations préalables, l'article 421 les modalités d'évaluation et les relations avec les prestataires.“

Etant donné que les avis à émettre en matière des cartes de priorité et d'invalidité font partie des missions du Contrôle médical définies à l'article 418, la commission n'a pas donné suite à la proposition du Conseil d'Etat de faire figurer la dernière phrase de l'article 418 *in fine* de l'alinéa 1er de l'article 419. Il n'est par ailleurs pas indiqué de suivre le Conseil d'Etat en ce qu'il propose de maintenir le Conseil supérieur prévu à l'article 419 du Code de la sécurité sociale, disposition restée lettre morte depuis près de trente-cinq ans.

#### *Amendement 2*

A l'article 1er du projet de loi, l'article 419 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 419.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1er et 23, alinéa 1er. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.“

#### *Commentaire*

Le présent amendement reprend les propositions du Conseil d'Etat, excepté en ce qui concerne l'alinéa 1er, maintenu dans la teneur du projet de loi.

En ce qui concerne l'alinéa 1er, le Conseil d'Etat „propose de remplacer l'expression „dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts“ par l'expression „dans les limites fixées par les lois et règlements“, les statuts se rapportant aux statuts de l'établissement public „Caisse nationale de santé“ étant à considérer comme règlements au sens de l'article 108bis de la Constitution.

Suivant le Conseil d'Etat, la deuxième phrase de l'article 418 figurerait en tant que deuxième phrase dans cet alinéa 1er de l'article 419.

La commission ne reprend pas cette proposition car elle risquerait de rendre l'alinéa 1er ambigu. En effet, si les statuts visés à l'alinéa 1er sont à considérer comme règlements au sens de l'article 108bis de la Constitution, les règlements visés à l'alinéa 1er sont les règlements grand-ducaux.

Amalgamer les règlements grand-ducaux et les statuts sous le terme générique de „règlements“ n’est pas souhaitable, alors qu’il s’agit de normes revêtant un rang différent dans la hiérarchie des normes et que la formulation „lois, règlements et statuts“ consacre cette distinction à maints endroits du Code de la sécurité sociale. La deuxième phrase de l’article 418 ayant été maintenue au niveau de l’article 418, il n’y a également pas lieu de suivre le Conseil d’Etat sur ce point. Il est renvoyé à cet égard au commentaire de l’amendement 1.

Conformément aux propositions du Conseil d’Etat, l’alinéa 2 de l’article 419 du projet de loi est transféré à l’article 421 pour y devenir le nouvel alinéa 3. Le nouvel alinéa 2 de l’article 419 correspond à l’article 422 du projet de loi tel que reformulé par le Conseil d’Etat, l’article 422 dans la teneur initiale étant supprimé.

L’alinéa 3 de l’article 419 du projet de loi est supprimé suite à l’opposition formelle du Conseil d’Etat et remplacé par un nouvel alinéa 3, qui correspond à l’article 424 supprimé du projet de loi.

Les alinéas 4 et 5 nouveaux ajoutés à l’article 419 correspondent aux articles 425 respectivement 426 supprimés du projet initial.

#### *Amendement 3*

A l’article 1er du projet de loi, l’article 420 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 420.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des prestations de soins de santé visées à l’article 17, alinéa 1 pour autant qu’une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.“

#### *Commentaire*

Le présent amendement ne reprend pas la formulation proposée par le Conseil d’Etat pour la raison invoquée à l’alinéa 4 du commentaire de l’amendement 2, auquel il est renvoyé. L’article 420 est donc maintenu dans la teneur du projet de loi, sauf que la commission propose de remplacer le terme „traitements“ par l’expression „prestations de soins de santé“, afin de tenir compte de la modification de terminologie intervenue suite à l’entrée en vigueur de la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l’application du droit des patients en matière de soins transfrontaliers.

#### *Amendement 4*

A l’article 1er du projet de loi, l’article 421 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante:

„**Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu’il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

Dans la mesure où un tel examen s’avère indispensable auprès d’un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l’article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l’établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l’assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l’assuré.

Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l’article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.

Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s’immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n’est que sur la demande expresse du malade qu’ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Toutes les fois qu’ils le jugent utile dans l’intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l’avis d’experts spécialisés toutes les fois qu’il le juge nécessaire dans le cadre de l’évaluation de l’état de santé des assurés.“

### *Commentaire*

Le présent amendement reprend les propositions du Conseil d'Etat, excepté en ce qui concerne l'alinéa 1er, maintenu dans la teneur du projet de loi et excepté l'alinéa 4 à l'endroit duquel le présent amendement modifie sur deux points le texte proposé par le Conseil d'Etat.

L'alinéa 2 est remplacé par le texte proposé par le Conseil d'Etat suite à son opposition formelle.

L'alinéa 3 du texte gouvernemental devient l'alinéa 6. Comme proposé par le Conseil d'Etat, le nouvel alinéa 3 correspond à l'article 419, alinéa 2 du projet de loi, qui y est transféré.

Conformément à la proposition du Conseil d'Etat, les nouveaux alinéas 4 et 5 remplacent l'article 423 supprimé du projet de loi. Le présent amendement reprend le nouvel alinéa 4 dans la teneur proposée par le Conseil d'Etat, mais en modifiant la deuxième phrase à deux endroits. Ainsi la phrase „*Ce n'est que sur sa demande expresse qu'ils formulent devant un malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement médicamenteux ou chirurgical*“ est remplacée par la phrase „*Ce n'est que sur la demande expresse du malade qu'ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement*“. Cette nouvelle formulation précise sans équivoque que le texte vise en l'occurrence la demande expresse du malade et non pas celle du médecin traitant et tient compte du fait que les termes „*traitement médicamenteux ou chirurgical*“ sont trop restrictifs, le Contrôle médical étant amené à se prononcer également dans d'autres domaines, tels qu'un traitement de kinésithérapie ou un traitement dentaire. Conformément à la proposition du Conseil d'Etat, le nouvel alinéa 5 reprend la première phrase de l'alinéa 3 de l'actuel article 421 du Code de la sécurité sociale, qui n'avait pas été reprise dans le projet de loi.

\*

La Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale ajoute les explications suivantes concernant l'agencement général du texte coordonné tel qu'il découle des amendements 1 à 4 ci-dessus explicités:

Etant donné que la commission a maintenu, comme proposé par le Conseil d'Etat, le nombre des articles dans le chapitre III à quatre, les articles 422 à 426 peuvent être supprimés, conformément à la proposition du Conseil d'Etat. Les dispositions afférentes ont été intégrées dans les articles 418 à 421 comme suit:

- L'article 422 a été reformulé tel que proposé par le Conseil d'Etat et est devenu le nouvel alinéa 2 de l'article 419 du Code de la sécurité sociale.
- L'article 423 a été reformulé et est repris aux nouveaux alinéas 4 et 5 de l'article 421 du Code de la sécurité sociale (voir commentaire de l'amendement 4, qui modifie sur deux points le texte proposé par le Conseil d'Etat pour l'article 421, alinéa 4, 2ème phrase).
- L'article 424 est devenu le nouvel article 419, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.
- L'article 425 est devenu le nouvel article 419, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.
- L'article 426, alinéa 1 est devenu le nouvel article 419, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale.

La disposition figurant sous l'article 426, alinéa 2 du texte gouvernemental initial et qui a porté sur la renumérotation des articles du Code de la sécurité sociale est devenue superfétatoire et a pu être supprimée.

\*

Par ailleurs, il est précisé que comme à l'article 1er, l'énumération des articles du chapitre III du titre 1er du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale a été conservée, la commission a procédé, conformément à l'avis du Conseil d'Etat, à la suppression des points 1, 2, 8, 12, 13, 17 et 18 de l'article 2. A ce même article, aux points 5 et 7 du texte gouvernemental (nouveaux points 3 et 5) la commission a repris les propositions de texte formulées par le Conseil d'Etat et elle a procédé à l'adaptation de la numérotation des différents points et de certaines références.

Dans ce même ordre d'idées, les articles 4 et 5 du texte gouvernemental initial ont également pu être supprimés, de même que les points 1, 2, 5, 6, 7 et 8 de l'article 7 (nouvel article 5). A ce même article 5, aux points 3 et 4 (nouveaux points 1 et 2) la commission reprend les modifications rédactionnelles proposées par le Conseil d'Etat.

*Amendement 5*

Le point 1° de l'article 6, qui devient le nouvel article 4, prend la teneur suivante:

„A l'article 377, alinéa 2, le renvoi aux numéros 1), 2), 3) et 7) à 12) de l'article 1er est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 7) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1er; à l'alinéa 3, le renvoi à l'article 38 est à remplacer par un renvoi à l'article 33; à l'alinéa 4, le renvoi aux numéros 1) à 3) et 6) à 12) de l'article 1er est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1er; à l'alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 425 à 435, 445 et 447.“

Les points 2° et 4° de l'article 6, devenu le nouvel article 4, sont supprimés.

*Commentaire*

Les renvois vers d'autres articles du Code de la sécurité sociale prévus à l'article 377 n'ont été modifiés ni suite à l'introduction du statut unique pour les salariés du secteur privés en 2009, ni suite aux réformes de l'assurance maladie en 2010 et de l'assurance accident en 2011 et n'ont donc jamais été adaptés aux diverses modificatives législatives intervenues au cours des dernières années. Le présent amendement apporte les corrections nécessaires à ces renvois.

Les points 2° et 4° du nouvel article 4 sont supprimés conformément à la proposition du Conseil d'Etat.

*Amendement 6*

La commission propose d'ajouter trois nouveaux points 3°, 4° et 5° à l'article 9 du projet de loi, qui devient le nouvel article 7, libellés comme suit:

„3° A l'article 5, paragraphe 2, 1ère phrase, le renvoi au paragraphe 1, sub 1) est remplacé par un renvoi au paragraphe 1, sub 1), points a) à c).

4° Il est inséré un nouvel alinéa 2 à la suite de l'article 5, paragraphe 2, alinéa 1, libellé comme suit:

„Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut général des fonctionnaires de l'Etat, les conditions et modalités d'admission et de nomination aux fonctions désignées au paragraphe 1, sub 1) d) du présent article sont celles qui sont prévues pour le personnel des cadres supérieurs de l'administration gouvernementale; pour autant qu'il s'agit de dispositions réglementaires, elles peuvent être modifiées ou complétées par règlement grand-ducal.“

Les alinéas 2 à 6 de l'article 5, paragraphe 2 deviennent les alinéas 3 à 7 nouveaux.

5° L'article 6, alinéa 1 est abrogé.“

*Commentaire*

Le présent amendement a pour objet de réparer un oubli lors de l'élaboration du projet de loi. En effet, les précisions apportées par les nouveaux points 3° et 4° à l'article 5, paragraphe 2 s'imposent du fait de l'introduction, par l'article 6, 1° du projet de loi, d'une carrière supérieure administrative auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale. Il convient par ailleurs d'abroger l'article 6, alinéa 1er de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, alors qu'il est incompatible avec les obligations d'indépendance et de neutralité à charge des médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale et que ce texte, en autorisant les médecins-conseils à faire des expertises médicales en nom personnel et en dehors de leur activité de médecin-conseil, est source de conflits d'intérêts. L'article 6, alinéa 1 peut être complètement abrogé dans la mesure où l'interdiction pour les médecins-conseils d'exercer une activité médicale accessoire résulte également des dispositions de l'article 14 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat.

La commission est consciente d'un éventuel chevauchement avec les amendements du 13 février 2015 dans le cadre du projet de loi 6459 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat et procédera au besoin aux modifications qui s'imposeront en vue d'une harmonisation des textes. La commission tiendra le Conseil d'Etat au courant des éventuelles incidences de la réforme de la Fonction publique sur l'article 9 (article 7 nouveau) du présent projet de loi.

*Amendement 7*

A l'article 10 du projet de loi, qui est devenu le nouvel article 8, les termes „quinze médecins-conseil“ sont remplacés par les termes „treize médecins-conseils“.

*Commentaire*

L'article VII de la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ayant d'ores et déjà autorisé le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions à engager, au courant de l'exercice 2014 et en attendant le vote de la présente loi, deux médecins-conseils pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, le nombre des médecins-conseils figurant à l'article 8 est ramené à treize.

\*

Copie de la présente est adressée pour information à M. Xavier Bettel, Premier Ministre, Ministre d'Etat, à M. Romain Schneider, Ministre de la Sécurité sociale, avec prière d'en saisir les chambres professionnelles concernées et à M. Fernand Etgen, Ministre aux Relations avec le Parlement.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération très distinguée.

*Le Président de la Chambre des Députés,*

Mars DI BARTOLOMEO

\*

## TEXTE COORDONNE

### PROJET DE LOI

#### modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant:

1. le Code de la sécurité sociale;
2. le Code du travail;
3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale

*(Les amendements sont imprimés en caractères gras,  
les textes repris du Conseil d'Etat sont imprimés en italique)*

**Art. 1.** Le chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ prend la teneur suivante:

#### **„Chapitre III – Contrôle médical de la sécurité sociale**

**Art. 418.** ~~Une administration~~ *L'administration* de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée ~~sous la haute autorité~~ *sous l'autorité* du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à **421**. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

**Art. 419.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1er et 23, alinéa 1er. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et*



au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.*

*Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.*

**Art. 420.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des **traitements des prestations de soins de santé visées** à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.

**Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

*Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.*

*Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.*

*Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur sa **la** demande expresse **du malade** qu'ils forment **devant un malade** un diagnostic ou une appréciation sur le traitement **médicamenteux ou chirurgical**.*

*Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.*

**Art. 422.** *Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 et lui fournit à sa demande des avis, dont les avis visés à l'article 22 en matière de médicaments et les avis concernant les normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille et assiste la Caisse nationale de santé, à sa demande, au sujet de toute question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé, y compris le développement d'indicateurs de qualité pour les soins de santé ambulatoires et stationnaires.*

**Art. 423.** *Le Contrôle médical de la sécurité sociale ne s'immisce pas dans le traitement que suit l'assuré, dans la mesure où ce traitement est efficace et conforme aux données acquises par la*

*science et la déontologie médicale et que l'assuré a été suffisamment informé pour permettre son consentement éclairé au traitement proposé.*

*Toutefois, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut conseiller les assurés afin que les prestations correspondent au mieux à l'état de santé des assurés sans dépasser l'utile et le nécessaire et soient faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des traitements tout en étant conformes aux données acquises par la science, à la médecine factuelle et à la déontologie médicale. Si à l'occasion d'un examen, il apparaît au médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant de l'assuré, il le lui signale ainsi qu'à l'assuré.*

**Art. 424.** *Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.*

**Art. 425.** *Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.*

**Art. 426.** *Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.*

*Suite aux modifications du chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale, les articles 422 à 460 actuels du livre VI du Code de la sécurité sociale sont à renuméroter pour devenir les articles 427 à 465 nouveaux du Code de la sécurité sociale.*

**Art. 2.** Le livre I du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance maladie-maternité“ est modifié comme suit:

1° A l'article 10, alinéa 4 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.

2° A l'article 11, alinéas 2 et 3 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.

1° 3° A la suite de l'article 11, alinéa 4 il est inséré un nouvel alinéa 5 libellé comme suit:

„(5) La conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie.“

L'alinéa 5 actuel devient l'alinéa 6 nouveau.

2° 4° A l'article 14, alinéa 1, la troisième phrase est supprimée.

3° 5° L'article 14, alinéa 3 est complété par la phrase suivante:

„Les statuts peuvent prévoir les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“

„La Caisse nationale de santé peut préciser dans ses statuts les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“

4° 6° A l'article 16, alinéa 1 est ajouté un nouveau point 5) libellé comme suit:

„5) tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale“.

5° 7° L'article 16 est complété *in fine* par un ~~nouvel~~ alinéa libellé comme suit:

„Les prestations en espèces octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution. Les sommes indûment touchées doivent

être restituées par le bénéficiaire. Elles peuvent également être déduites des prestations ou des arrérages restant dus ou être recouvrées par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 434 429."

8° ~~A l'article 23, alinéa 2 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.~~

6° 9° L'article 47, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur."

7° 10° A la suite de l'article 47, alinéa 1 il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit:

„La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Ces décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent."

Les alinéas 2, 3 et 4 actuels deviennent les alinéas 3, 4 et 5 nouveaux.

8° 11° A l'article 47, alinéa 4 nouveau, les renvois à l'alinéa 2 sont à remplacer par des renvois à l'alinéa 3.

~~12° A l'article 53, alinéa 1, point 2) le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.~~

~~13° A l'article 59, alinéa 2 le renvoi aux articles 454 à 456 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 à 461.~~

9° 14° A l'article 64, alinéa 2, point 5) le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 425 419.

10° 15° A l'article 72bis, alinéa 1, point 1) le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5 et au point 2) le renvoi à l'article 47, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 3.

11° 16° A l'article 73, alinéa 1, le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 425 419.

~~17° A l'article 73bis, alinéa 3, le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.~~

~~18° A l'article 83, alinéa 1 le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.~~

12° 19° A l'article 83, alinéa 1 les termes „les décisions prises en matière de prestations et d'amendes d'ordre" sont remplacés par „les décisions à portée individuelle prises en matière d'assurance maladie-maternité".

**Art. 3.** Le livre II du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance accident" est modifié comme suit:

A l'article 91, alinéa 1, point 10), le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 421.

**Art. 4.** Le livre III du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance pension" est modifié comme suit:

~~A l'article 171, alinéa 2 le renvoi à l'article 449, alinéa 1 sous 3) est à remplacer par un renvoi à l'article 454, alinéa 1, point 3).~~

**Art. 5.** Le livre IV du Code de la sécurité sociale intitulé „Prestations familiales" est modifié comme suit:

~~A l'article 318, alinéa 2, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.~~

**Art. 4. 6.** Le livre V du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance dépendance“ est modifié comme suit:

1° ~~A l'article 377, alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 430 à 440.~~

A l'article 377, alinéa 2, le renvoi aux numéros 1), 2), 3) et 7) à 12) de l'article 1er est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 7) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1er; à l'alinéa 3, le renvoi à l'article 38 est à remplacer par un renvoi à l'article 33; à l'alinéa 4, le renvoi aux numéros 1) à 3) et 6) à 12) de l'article 1er est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1er; à l'alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 425 à 435, 445 et 447.

2° ~~A l'article 382, alinéa 5, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.~~

3° 2° A l'article 383, le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5.

4° ~~A l'article 393ter, alinéa 3 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.~~

**Art. 5. 7.** Le livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ est modifié comme suit:

1° ~~A l'article 396, alinéa 4, le renvoi à l'article 454, alinéas 3 et 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 459, alinéas 3 et 4.~~

2° ~~A l'article 416, alinéa 2, le renvoi à l'article 429, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 434, alinéa 2.~~

1° 3° ~~A la suite de l'actuel article 426, alinéa 3, qui devient le nouvel article 431, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit:~~

*A la suite de l'article 426, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit:*

„Par dérogation à l'alinéa 1, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre sur support informatique.“

L'alinéa 4 actuel devient l'alinéa 5 nouveau.

2° 4° ~~Il est ajouté un nouvel alinéa final à l'actuel article 426, devenu le nouvel article 431, qui devient l'alinéa 6, libellé comme suit:~~

*Il est ajouté in fine de l'article 426 un alinéa libellé comme suit:*

„Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 1 et 5 au Centre commun par voie électronique.“

5° ~~A l'article 432, alinéa 1, qui devient le nouvel article 437, le renvoi à l'article 449, alinéa 1er, numéro 3 est à remplacer par un renvoi à l'article 454, alinéa 1, point 3).~~

6° ~~A l'article 454, paragraphe 3, alinéa 2, qui devient le nouvel article 459, le renvoi aux articles 59, 318, 382, 457 est à remplacer par un renvoi aux articles 59, 318, 382 et 462.~~

7° ~~A l'article 454, paragraphe 7, alinéa 2, qui devient le nouvel article 459, le renvoi aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 457 est à remplacer par un renvoi aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 462.~~

8° ~~A l'article 457, alinéa 2, qui devient le nouvel article 462, le renvoi à l'article 454 est à remplacer par un renvoi à l'article 459.~~

**Art. 6. 8.** Le Code du travail est modifié comme suit:

1° L'alinéa 2 du paragraphe 3 de l'article L. 121-6 est complété comme suit:

„Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail cesse pour le salarié en cas de décision de refus émise par la Caisse nationale de santé en vertu de

l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, qui s'impose à l'employeur. La période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède cesse à l'expiration du délai de recours de quarante jours courant à partir de la notification de la décision de la Caisse nationale de santé à l'assuré. La Caisse nationale de santé informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède est maintenue. Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli en cas de révision de la décision de refus susvisée ayant mis fin au droit, l'employeur en étant informé par la Caisse nationale de santé."

2° A l'article L. 121-6, paragraphe 5, première phrase, les termes „après l'expiration de la période visée au paragraphe (3), alinéa 1er“ sont remplacés par „après l'expiration des périodes visées au paragraphe (3), alinéas 1 et 2“.

3° L'article L. 351-4, paragraphe (1) et paragraphe (2), alinéa premier sont remplacés comme suit:

„(1) Le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner un examen médical, à effectuer par un médecin du travail de la Direction de la santé, des salariés exposés à l'un des agents visés à l'annexe 5 du présent code.

(2) Si l'examen médical, visé au paragraphe (1), révèle que la santé des salariés est gravement menacée, le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner que le salarié soit temporairement soustrait à l'action d'un agent.“

**Art. 7. 9.** Le chapitre II intitulé „Contrôle médical de la sécurité sociale“ de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale est modifiée comme suit:

1° A l'article 5, paragraphe 1, le point 1) intitulé „dans la carrière supérieure de l'administration“ est complété comme suit:

„c) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12  
des psychologues

d) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12  
des conseillers de direction première classe;  
des conseillers de direction;  
des conseillers de direction adjoints;  
des attachés de direction premier en rang;  
des attachés de direction;  
des stagiaires ayant le titre d'attaché de direction.“

2° A l'article 5, paragraphe 1, le point 2) intitulé „dans la carrière moyenne de l'administration“ est modifié comme suit:

Il est inséré entre le point a) et b), qui devient le point c), un nouveau point b) libellé comme suit:

„b) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 10  
des infirmiers gradués“.

3° A l'article 5, paragraphe 2, 1ère phrase, le renvoi au paragraphe 1, sub 1) est remplacé par un renvoi au paragraphe 1, sub 1), points a) à c).

4° Il est inséré un nouvel alinéa 2 à la suite de l'article 5, paragraphe 2, alinéa 1, libellé comme suit:

**„Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut général des fonctionnaires de l'Etat, les conditions et modalités d'admission et de nomination aux fonctions désignées au paragraphe 1, sub 1) d) du présent article sont celles qui sont prévues pour le personnel des cadres supérieurs de l'administration gouvernementale; pour autant qu'il s'agit de dispositions réglementaires, elles peuvent être modifiées ou complétées par règlement grand-ducal.“**

Les alinéas 2 à 6 de l'article 5, paragraphe 2 deviennent les alinéas 3 à 7 nouveaux.

5° L'article 6, alinéa 1 est abrogé.

### **Disposition transitoire**

**Art. 8. 10.** Le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est autorisé à engager à titre permanent et à tâche complète, pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, ~~quinze~~ **treize** médecins-conseils, un attaché de direction, un pharmacien-inspecteur, cinq psychologues, un infirmier gradué et cinq expéditionnaires.

### **Entrée en vigueur**

**Art. 9. 11.** La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial.

6656/06



**N° 6656<sup>6</sup>****CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2014-2015

**PROJET DE LOI****modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale et modifiant:**

- 1. le Code de la sécurité sociale;**
- 2. le Code du travail;**
- 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale**

\* \* \*

**AVIS COMPLÉMENTAIRE DU CONSEIL D'ÉTAT**

(19.5.2015)

Par dépêche du 5 mars 2015, le président de la Chambre des députés a soumis à l'avis du Conseil d'État une série d'amendements au projet de loi sous rubrique, adoptés par la Commission du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale dans sa réunion du 4 mars 2015. Au texte des amendements était joint un nouveau texte coordonné du projet de loi.

\*

**EXAMEN DES AMENDEMENTS***Amendement 1*

La reformulation de l'article 418 telle que proposée par les auteurs trouve l'accord du Conseil d'État.

*Amendement 2*

Avec cet amendement, les auteurs suivent le Conseil d'État pour reformuler l'article 419, à l'exception de l'alinéa 1er, qui est maintenu dans la teneur initiale du projet de loi.

Les auteurs souhaitent éviter tout amalgame entre les règlements grand-ducaux et les statuts avec le terme „générique“ de „règlements“, en arguant qu'il s'agit de normes revêtant un rang différent dans la hiérarchie des normes.

Les „statuts“ de l'établissement public „Caisse nationale de santé“ sont à considérer comme des règlements au sens de l'article 108bis de la Constitution. Les établissements publics peuvent se voir investir par la loi d'un pouvoir réglementaire qui est tributaire du principe de spécialité dans leur domaine de compétence et qui reste réservé à des mesures de détail précises, de nature technique et à portée pratique, facilitant la mise en œuvre des normes établies par la loi et, le cas échéant, le règlement grand-ducal.

Etant donné que les établissements publics ne peuvent être chargés que de prendre des règlements d'„exécution“, à l'instar du pouvoir réglementaire d'exécution du Grand-Duc, ils ne sauraient se voir conférer le pouvoir d'édicter des règlements à l'effet de déroger à des lois, voire de compléter celles-ci.

Le terme de règlement peut être utilisé pour désigner aussi bien les règlements grand-ducaux que les règlements d'exécution d'un établissement public. Depuis la révision constitutionnelle du

19 novembre 2004<sup>1</sup>, l'expression „statuts“ n'est pas conforme à la terminologie employée par le constituant<sup>2</sup>. Le Conseil d'État estime qu'un toilettage du texte s'impose à travers le Code de la sécurité sociale, afin de remplacer l'expression „lois, règlements ou statuts“ par celle de „lois et règlements“.

#### *Amendement 3*

Cet amendement reformule l'article 420. Le Conseil d'État renvoie à son observation faite à l'endroit de l'amendement 2.

#### *Amendement 4*

Cet amendement reprend les propositions du Conseil d'État, à l'exception de l'alinéa 1er, maintenu dans la teneur initiale du projet de loi et de l'alinéa 4. Le libellé de l'alinéa 4 trouve l'accord du Conseil d'État, quant à l'alinéa 1er, il est renvoyé aux observations faites à l'endroit de l'amendement 2.

#### *Amendement 5*

Cet amendement qui apporte les corrections nécessaires aux renvois vers d'autres articles du Code de la sécurité sociale prévus à l'article 377 ne donne pas lieu à observation.

#### *Amendement 6*

Cet amendement introduit trois nouveaux points 3°, 4° et 5° à l'article 9 du projet de loi, devenu le nouvel article 7 dans le texte coordonné, afin de tenir compte des modifications apportées dans la carrière supérieure administrative auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale. Au point 4°, le Conseil d'État propose d'omettre le bout de phrase *in fine* „; pour autant qu'il s'agit (...)“, alors qu'il est superflèteatoire.

#### *Amendement 7*

Sans observation.

Ainsi délibéré en séance plénière, le 19 mai 2015.

*Le Secrétaire général,*  
Marc BESCH

*La Présidente,*  
Viviane ECKER

1 Loi du 19 novembre 2004 portant 1. révision des articles 11, paragraphe (6), 32, 36 et 76 de la Constitution; 2. création d'un article 108bis nouveau de la Constitution.

2 Art.108bis: „(...) Dans la limite de leur spécialité le pouvoir de prendre des règlements peut leur être accordé par la loi qui peut en outre soumettre ces règlements à l'approbation (...)“.

6656/07

N° 6656<sup>7</sup>

## CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2014-2015

**PROJET DE LOI**

**modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale et modifiant:**

- 1. le Code de la sécurité sociale;**
- 2. le Code du travail;**
- 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre  
du personnel des administrations, des services et des juri-  
dictions de la sécurité sociale**

\* \* \*

**RAPPORT DE LA COMMISSION DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI  
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

(29.6.2015)

La Commission se compose de: M. Georges ENGEL, Président-Rapporteur; MM. Gérard ANZIA, Frank ARNDT, André BAULER, Mme Taina BOFFERDING, M. Félix EISCHEN, Mme Joëlle ELVINGER, MM. Ali KAES, Alexander KRIEPS, Paul-Henri MEYERS, Marc SPAUTZ, Serge URBANY et Serge WILMES, Membres.

\*

**I. ANTECEDENTS ET PROCEDURE**

Le projet de loi a été déposé le 14 février 2014 à la Chambre des Députés par M. le Ministre de la Sécurité sociale.

Les chambres professionnelles et associations consultées ont rendu leurs avis aux dates suivantes:

- le Collège médical, Dépêche du Président et du Secrétaire du Collège médical au Ministre de la Sécurité sociale, le 12 mars 2014,
- la Chambre des salariés, le 20 mars 2014,
- l'Association des médecins et médecins-dentistes, le 20 mars 2014,
- la Chambre des fonctionnaires et employés publics, le 22 avril 2014,
- la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers (avis commun), le 6 octobre 2014.

Le Conseil d'Etat a émis son avis le 11 novembre 2014 ainsi qu'un avis complémentaire sur les amendements parlementaires le 19 mai 2015.

Dans sa réunion du 28 janvier 2015, la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale a désigné M. Georges Engel comme rapporteur et elle a entendu la présentation du projet de loi par M. le Ministre de la Sécurité sociale.

Dans ses réunions des 28 janvier 2015 et 11 février 2015, la commission a procédé à l'examen détaillé du projet de loi et de l'avis du Conseil d'Etat avant d'adopter une série d'amendements parlementaires dans sa réunion du 4 mars 2015.

Dans sa réunion du 24 juin 2015, la commission a examiné l'avis complémentaire du Conseil d'Etat du 19 mai 2015, avant d'adopter le présent rapport dans sa réunion du 29 juin 2015.

\*

## II. OBJET DU PROJET DE LOI

Dans son programme établi pour la période de législature 2004-2009, le Gouvernement avait déjà souligné „la nécessité de valoriser le rôle du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la maîtrise des coûts“. Bien que le Gouvernement n’ait pas expressément mentionné la nécessité d’une modification des dispositions relatives au Contrôle médical dans son programme pour la période de législature 2009-2014, un toilettage des textes est cependant indispensable dans le cadre de l’objectif poursuivi d’un meilleur pilotage de l’assurance maladie et s’inscrit dans la volonté du Gouvernement d’améliorer la prise en charge et la qualité des soins tout en maîtrisant mieux les coûts.

En effet, le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) est un acteur incontournable dans la poursuite de cet objectif du „soigner mieux en dépensant mieux“ et il convient de lui donner les moyens nécessaires pour y parvenir. Le fait que le système de soins de santé luxembourgeois doit par ailleurs davantage faire face à une comparaison voire une concurrence avec des offres de soins transfrontalières suite à la transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l’application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers<sup>1</sup> justifie également que les pouvoirs du Contrôle médical soient renforcés et qu’il joue à l’avenir un rôle dans l’appréciation de la qualité des soins dispensés au Luxembourg.

Bien que la redéfinition des missions du Contrôle médical de la sécurité sociale avait été discutée dans le cadre des groupes de travail institués pour préparer le projet de réforme ayant abouti à la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, elle fut abandonnée faute de temps, l’envergure du projet n’ayant finalement plus permis de procéder également à une modification des dispositions du Code de la sécurité sociale ayant trait au Contrôle médical. Le présent projet de loi vient donc compléter sur ce point la réforme votée en 2010.

Le but de la réforme opérée par le présent projet de loi est de modifier les dispositions relatives au Contrôle médical de la sécurité sociale afin de tenir compte des changements intervenus tant au niveau législatif que dans la pratique depuis la création de cette administration tout en garantissant la qualité des soins dispensés au Luxembourg.

Désormais, les missions du Contrôle médical seront formulées de manière générale dans des articles distincts au lieu d’être énumérées en détail, comme dans l’article 418 actuel du Code de la sécurité sociale. Le texte gagne ainsi en clarté, cette présentation des attributions allant de pair avec un des objectifs du projet visant à permettre au Contrôle médical de se concentrer davantage sur ses missions et de le décharger du travail qui devrait être effectué par d’autres.

Il a été décidé ainsi de délimiter expressément le champ d’intervention du Contrôle médical aux prestations de sécurité sociale, domaine vaste qui accapare toutes ses ressources. Ainsi, d’autres administrations et structures sont compétentes aujourd’hui pour s’occuper de la médecine du travail, de la réinsertion professionnelle et de la prévention (médecine du travail, Direction de la Santé).

Une révision des dispositions actuelles du Code de la sécurité sociale s’impose également en ce qui concerne les pouvoirs du Contrôle médical dans le sens d’un renforcement de ses missions actuelles d’évaluation et de contrôle tant des assurés que des prestataires, mais aussi d’un élargissement de ses pouvoirs en lui conférant une mission de conseil tant pour la Caisse nationale de santé que pour les assurés – si ceux-ci en font la demande expresse. De toute évidence, le Contrôle médical de la sécurité sociale a, en tant qu’expert médical au service de la sécurité sociale, un rôle essentiel à jouer dans la prise en charge des assurés et l’application du principe d’une médication économique. A noter que si

<sup>1</sup> Loi du 1er juillet 2014 portant

- 1) transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l’application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers;
- 2) modification du Code de la sécurité sociale;
- 3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l’exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire;
- 4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminant les conditions d’autorisation d’exercer la profession de pharmacien;
- 5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l’exercice et la revalorisation de certaines professions de santé;
- 6) modification de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments;
- 7) modification de la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux.

le texte initial du projet de loi prévoyait des missions de conseil étendues à l'égard des assurés, celles-ci ont été restreintes suite à l'avis du Conseil d'Etat.

Un pilotage efficace du système de soins de santé avec le maintien d'une prise en charge de qualité n'est en effet réalisable à terme qu'avec l'aide d'un Contrôle médical qui dispose des moyens nécessaires pour évaluer la qualité des prestations à charge de la sécurité sociale.

En ce qui concerne les différentes dispositions, il convient de relever certaines innovations:

Il est précisé que le Contrôle médical exercera ses missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle non seulement dans le cadre des prestations de sécurité sociale, mais également „dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie“.

Ainsi, une articulation entre le droit du travail et le droit de la sécurité sociale sera dorénavant garantie. En effet, le projet de loi précise expressément au niveau de l'article 418 du Code de la sécurité sociale que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions également pendant la période de conservation légale du salaire indemnisée au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, afin qu'il soit clair que le Contrôle médical de la sécurité sociale puisse également évaluer, examiner et contrôler les assurés pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs. Le Contrôle médical pourra intervenir dès la première semaine du congé de maladie. Si, dans l'état actuel du droit, le Contrôle médical est déjà habilité à contrôler les assurés pendant les 77 premiers jours de maladie – période pendant laquelle le salarié a droit au maintien de son salaire de la part de son employeur –, les avis émis par le Contrôle médical à ce stade de la procédure n'ont aucune incidence sur la continuation de la rémunération par l'employeur. Cette nouvelle disposition permettra finalement de mettre fin à l'insécurité juridique qui existait jusqu'à l'heure actuelle, insécurité qui était due à deux procédures de recours différentes, l'une devant les juridictions du travail pendant la période de l'obligation patronale et l'autre devant les juridictions sociales lorsque la charge se situait auprès de la Caisse nationale de santé. Dorénavant, la Caisse nationale de santé pourra prendre des décisions de non-paiement du salaire et de l'indemnité pécuniaire de maladie suite par exemple au constat de capacité ou au refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical, l'assuré disposant d'une voie de recours devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé, puis devant les juridictions sociales. Ces décisions s'imposeront automatiquement en matière de droit du travail.

Les modifications prévues à l'article 14 du Code de la sécurité sociale mettent fin à l'utilisation systématique du rapport médical circonstancié (appelé communément R4). A l'avenir un emploi plus ciblé du rapport R4<sup>2</sup> devrait permettre au CMSS de lancer la procédure et d'entrer éventuellement en contact avec l'assuré si cela s'avère être nécessaire.

Cette modification devrait permettre une réduction d'au moins de la moitié du nombre des avis R4 envoyés.

En effet, à l'heure actuelle, le rapport R4 ne parvient pas en temps utile au Contrôle médical de la sécurité sociale et il est souvent incomplet, de sorte qu'il est inutilisable, tout en engendrant en même temps une grande charge financière et administrative. Finalement, dans la majorité des cas, la réception du R4 sert surtout à programmer la convocation des assurés en arrêt maladie auprès du Contrôle médical. Plus particulièrement, le système mis en place ne fonctionne pas comme escompté, alors qu'il est basé sur l'hypothèse que l'assuré est incapable de travailler de manière continue pendant plusieurs semaines, alors que cette hypothèse est toutefois l'exception dans la pratique. Dans la majorité des cas, plusieurs périodes d'incapacité de travail et de reprise du travail se succèdent jusqu'à ce que l'assurance maladie intervienne dans l'indemnisation de l'incapacité de travail de l'assuré. L'algorithme qui détermine quand le rapport circonstancié R4 est généré et envoyé à l'assuré dans le cadre d'un système de gestion automatique n'est donc pas parallèle à l'algorithme qui définit la charge de l'incapacité de travail, comme prévu initialement. Il s'ensuit que le rapport R4 est souvent envoyé à l'assuré à un moment inapproprié.

Il est dès lors proposé de modifier la procédure de l'envoi du rapport R4 en même temps que les dispositions relatives au contrôle de l'incapacité de travail pendant la période de la charge patronale. Non seulement le Contrôle médical de la sécurité sociale propose de lancer lui-même au besoin la

<sup>2</sup> Conformément à l'article 173 des statuts de la Caisse nationale de santé, on entend par rapport médical circonstancié le rapport dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée prévu par la nomenclature des actes et services des médecins (R4) ou tout autre rapport médical circonstancié adressé au Contrôle médical de la sécurité sociale et accepté comme tel par celui-ci.

procédure du rapport R4 dès le premier contact avec le patient, mais il souhaite également entrer en contact le plus tôt possible avec l'assuré, afin d'éviter que ce dernier bénéficie d'un congé de maladie médicalement injustifié sur une période prolongée. Ainsi la modification proposée permettra de dégager des ressources qui pourront être employées pour renforcer le personnel du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui lancera désormais lui-même la procédure du R4 s'il le juge nécessaire.

\*

### III. CONSIDERATIONS DE LA COMMISSION

La Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale tient à souligner l'importance de la réforme opérée par le présent projet de loi, qui est à voir notamment en relation avec le projet de loi 6555 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe et qui complète par ailleurs la réforme opérée par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé.

\*

Dans le cadre des discussions sur la réforme du reclassement ainsi que celle du Contrôle médical la commission a soulevé la problématique dite „des 52 semaines“. En effet, l'article L. 125-4. (2) du Code du travail dispose que „le contrat de travail cesse de plein droit (...) le jour de l'épuisement des droits du salarié à l'indemnité pécuniaire de maladie lui accordée conformément à l'article 9, alinéa 1 du Code des assurances sociales“. Or, selon l'article 14 du Code de la sécurité sociale, „le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines“.

Cette disposition est à l'origine d'un certain nombre de cas de rigueur qui ont été évoqués. Il s'agit de trouver une solution permettant de surmonter la phase de transition concernant le cas des assurés dont l'incapacité de travail dépasse les cinquante-deux semaines (salariés atteints d'une maladie grave en rémission) et qui nécessitent un temps plus long pour pouvoir reprendre leur travail, mais qui disposent néanmoins d'une perspective réelle de pouvoir retourner en temps utile à leur poste de travail.

A noter qu'en 2014, le nombre d'assurés dont le contrat de travail a cessé de plein droit suite à une incapacité de travail dépassant 52 semaines s'élève à 270, dont 40 personnes auraient pu être réintégrées à leur dernier poste de travail.

Suite à une proposition d'amendement visant à régler la question à travers une invalidité temporaire durant laquelle le contrat de travail serait suspendu, la commission a été informée que ces questions ont été et continueront à être discutées au Comité permanent du Travail et de l'Emploi.

Dans ce contexte, l'accord entre le Gouvernement et la CGFP, l'OGBL et le LCGB à l'issue des discussions du 28 novembre 2014 stipule qu'au sujet du „maintien du contrat de travail en cas de maladie prolongée avec perspectives de réintégration sur l'ancien poste de travail [...] le Gouvernement présentera des propositions au CPTE pour régler le problème sous rubrique au cours du premier semestre 2015.“

Lors de la réunion du Comité permanent du Travail et de l'Emploi (CPTE) du 3 mars 2015 le Ministre de la Sécurité sociale a présenté une première base de discussion en vue d'assurer le maintien du contrat de travail pour un assuré en état d'incapacité de travail au-delà de 52 semaines, s'il est susceptible de reprendre son ancien poste de travail dans un délai prévisible.

Par la suite, le sujet a été mis à l'ordre du jour du groupe de travail tripartite „protection sociale“ du 30 mars 2015 qui, après un échange de vues, a proposé une solution alternative qui consiste à prévoir une prolongation exceptionnelle et temporaire de l'indemnité pécuniaire de maladie au-delà de la limite de 52 semaines sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) et en accord avec l'employeur. Les partenaires sociaux ont décidé de poursuivre les discussions relatives à cette proposition au niveau du Comité directeur de la Caisse nationale de santé (CNS).

Cette approche a été validée dans la réunion tripartite entre le Gouvernement et les partenaires sociaux du 24 avril 2015 en vue de présenter une solution finalisée lors de la prochaine consultation tripartite en octobre 2015. Actuellement, les démarches nécessaires sont déployées au niveau de la CNS pour résoudre les problèmes décrits et contrecarrer d'éventuels cas de rigueur sur base de la dernière



phrase du paragraphe (2) de l'article 14 du Code de la sécurité sociale, qui prévoit au sujet du droit à l'indemnité pécuniaire que „les statuts peuvent définir des situations particulières pour lesquelles la limite et la période de référence sont adaptées“.

\*

Dans le cadre de ses travaux, la commission a reçu des informations sur la composition et le fonctionnement du Contrôle médical (CMSS).

A l'heure actuelle, celui-ci est notamment composé de médecins généralistes, d'un cardiologue, de deux chirurgiens (spécialisation „chirurgie générale et traumatologie“), d'un anesthésiste-réanimateur, d'un médecin interniste (spécialisation néphrologie), d'un neurologue, d'un urologue, d'un orthopédiste, d'un médecin du travail et d'un dentiste.

Dans le cadre de la présente réforme il sera procédé par ailleurs à l'engagement de treize médecins-conseils, un attaché de direction, un pharmacien-inspecteur, cinq psychologues, un infirmier gradué et cinq expéditionnaires.

A noter que dans un quart des cas, le Contrôle médical de la sécurité sociale ne reçoit les informations nécessaires pour l'évaluation de l'état de santé de l'assuré, qu'après avoir rendu un avis négatif (soit pour défaut d'information ou information inadéquate). Lesdits éléments d'informations fournis postérieurement par l'assuré, respectivement par le médecin traitant peuvent le cas échéant permettre de redresser l'avis émis.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale doit également assurer un suivi des assurés présentant des maladies psychiques, un nombre qui n'a cessé de croître aux cours des dernières années (24% à l'heure actuelle), ce qui explique également le besoin d'engager des psychologues. En effet, il est constaté que dans la société actuelle de plus en plus de personnes sont confrontées au harcèlement moral, au mobbing, ou encore à des situations de stress sur le lieu de travail qu'elles ne sont plus en mesure de gérer. Il est relevé dans ce contexte qu'au Luxembourg le taux d'absentéisme enregistré est cependant légèrement moins élevé qu'à l'étranger (à l'heure actuelle un taux de 3,7% par rapport à environ 4% à l'étranger).

A noter que les personnes souffrant de maladies psychiques seront dorénavant examinées par un médecin-conseil et, en cas de besoin, orientées ensuite vers un psychologue-conseil au sein du Contrôle médical de la sécurité sociale.

\*

Pour ce qui est des questions procédurales, il a été précisé que si l'assuré demande une décision présidentielle, respectivement s'il décide d'introduire un recours gracieux suite à la communication de l'information administrative d'une non-prise en charge, il est garanti que le dossier de l'assuré ne sera pas traité par la même personne au cours de la procédure. Dans ce cadre, il est cependant rappelé que le but initial des décisions présidentielles n'a pas été de permettre à l'assuré de recevoir une nouvelle décision, mais de corriger les éventuelles erreurs matérielles dans la décision parvenue à l'assuré, et ce en vue d'éviter des recours arbitraux inutiles.

Par ailleurs, il est noté que dans le cadre de la fonction de conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale à l'égard d'autres institutions de la Sécurité sociale, comme dans le passé, les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées. Il s'agit d'éviter notamment lors des réunions des comités directeurs que des éléments de nature médicale soient discutés et des appréciations émises sur l'état de santé des assurés par des personnes n'ayant pas la qualité de médecin.

Il a été souligné par ailleurs que les méthodes de collaboration ont changé au cours des dernières années, notamment en favorisant un meilleur dialogue entre les différentes institutions, de nature à permettre notamment un désengorgement important de la commission mixte. Le temps d'attente, auparavant de l'ordre de six à sept mois, a substantiellement diminué pour se situer actuellement entre huit et douze semaines. Par ailleurs, actuellement entre 100 à 150 demandes sont déposées par le Contrôle médical par mois.

Concernant la disposition de l'alinéa 3 de l'article 421 du Code de la sécurité sociale, qui prévoit que „le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il

*le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés*“, la commission a pris note qu'à l'état actuel déjà le Contrôle médical de la sécurité sociale est composé d'un certain nombre d'experts spécialisés afin de pouvoir garantir des avis de qualité (un cardiologue, deux chirurgiens (spécialisation „chirurgie générale et traumatologie“), un anesthésiste-réanimateur, un médecin interniste (spécialisation néphrologie), un neurologue, un urologue, un orthopédiste, un médecin du travail et un dentiste). Pour cette raison, il n'est pas nécessaire de demander d'office l'avis d'experts spécialisés, mais uniquement dans les cas jugés nécessaires par le Contrôle médical de la sécurité sociale. A l'heure actuelle, un traitement de huit patients par période de quatre heures est assuré.

A noter qu'en principe, le Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas associé au projet du dossier médical informatisé, projet qui est actuellement pendant devant la Commission nationale pour la protection des données. Le Contrôle médical de la sécurité sociale saluerait un accès aux dossiers précités, accès qui devrait nécessiter cependant dans tous les cas une autorisation préalable de l'assuré concerné.

\*

#### **IV. AVIS DU CONSEIL D'ETAT ET DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES**

##### **Avis du Conseil d'Etat**

Dans son avis du 11 novembre 2014, le Conseil d'Etat pose la question si et dans quelle mesure l'objectif „de valoriser le rôle du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la maîtrise des coûts“ n'a pas pu être atteint par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé qui a adapté et précisé les missions du CMSS. Dans ce contexte, la Haute Corporation regrette qu'un bilan des mesures introduites par la loi précitée fasse défaut.

Le Conseil d'Etat émet deux oppositions formelles: concernant le pouvoir donné au CMSS de pénétrer dans les locaux des professionnels pour consulter les documents nécessaires et de se rendre dans les établissements hospitaliers pour examiner les patients. Elle considère ces dispositions comme disproportionnées par rapport au but recherché et non conforme au droit de l'inviolabilité du domicile garanti par l'article 15 de la Constitution et l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales.

Le Conseil d'Etat estime par ailleurs que le contrôle de la qualité des soins devrait s'appliquer à toutes les prestations de soins de santé dispensées au Luxembourg et non seulement celles prises en charge par la Caisse nationale de santé. Aussi ledit contrôle devrait-il continuer à se faire sous l'autorité du ministre ayant la Santé dans ses attributions.

Au sujet de la nouvelle mission du CMSS de conseiller les patients par rapport à la prise en charge et les choix thérapeutiques mis en œuvre par le médecin, le Conseil d'Etat fait remarquer qu'elle équivaut formellement à un second avis, ce qui ne répond pas forcément à une demande expresse ni du patient, ni du médecin traitant. Un des critères principaux du CMSS serait la recherche d'une médication économique compatible avec l'efficacité – conformément aux dispositions de l'article 23 du Code de la sécurité sociale et du mot d'ordre de „l'utile et nécessaire“. Ainsi, la Haute Corporation souligne que si „[l]es prescriptions [du médecin] ne correspondent pas à l'utile et au nécessaire, le médecin se rend coupable d'une infraction aux dispositions de l'article 23 du Code de la sécurité sociale, et il ne convient alors pas de conseiller le patient, mais de sanctionner le médecin“.

Le Conseil d'Etat a rendu son avis complémentaire en date du 19 mai 2015. Pour le détail, il est renvoyé au commentaire des articles.

##### **Avis du Collège médical**

Tout en approuvant le droit de contrôle du CMSS pendant la période de continuation du salaire, ainsi que l'introduction de demandes plus ciblées du rapport R4, le Collège médical, dans son avis du 12 mars 2014, s'oppose au projet de loi dans son ensemble. Celui-ci donnerait l'impression que les auteurs partent de la prémisse d'un abus systématique en matière de prestations tant par les prestataires que par les bénéficiaires de soins.

Le Collège médical voit d'un mauvais œil le risque d'ingérence du CMSS dans la relation entre le patient et son médecin traitant. Même s'il semble approprié de discuter du bien-fondé d'une décision thérapeutique, il „reste néanmoins à prouver [I]es compétences [du médecin du CMSS] devant l'éventail élargi des spécialités médicales et le développement rapide de la médecine de terrain dont la vision pourrait échapper, du moins partiellement, à un médecin dont l'activité essentiellement administrative l'a éloigné des contingences de la médecine.“

Le Collège médical craint que la recherche de „la plus stricte économie compatible avec l'efficacité“ recherchée par les auteurs du projet de loi, n'amène le CMSS à généraliser les contrôles par autorisations préalables, alors que des incitatifs à utiliser d'une manière responsable les ressources font défaut. Ainsi le projet de loi sacrifierait définitivement les principes de liberté thérapeutique et d'indépendance.

#### **Avis de la Chambre des salariés**

Dans son avis du 20 mars 2014, la Chambre des salariés (CSL) critique le fait que le projet de loi 6555 concernant le reclassement professionnel et ayant également des incidences sur le Contrôle médical de la sécurité sociale n'ait pas encore été voté. Regrettant l'absence de statistiques et de données chiffrées sur les avis du CMSS, la CSL met en doute le bien-fondé de la réforme en projet qu'elle juge disproportionnée, „d'autant plus que le présent projet de loi va restreindre de façon considérable les droits des salariés tant en matière de droit du travail (...) qu'en matière de sécurité sociale (...)“.

La Chambre des salariés estime que les représentants des assurés devraient pouvoir se prononcer sur des mesures ayant un intérêt collectif et avoir un droit de regard dans les affaires individuelles des assurés si ceux-ci le désirent.

La CSL soutient l'uniformité des contrôles de l'incapacité de travail par le CMSS tant pendant la période de continuation de la rémunération que pendant la période de la prise en charge de l'indemnité pécuniaire de maladie, mais soulève la question si l'assuré continue à toucher son salaire ou l'indemnité pécuniaire lorsqu'il fait opposition contre une décision de refus du président de la CNS.

Par ailleurs, elle considère que pour pouvoir exercer un droit de contrôle, les médecins du CMSS devraient participer régulièrement à des formations en leur permettant d'être au courant de l'évolution de la science médicale.

#### **Avis de l'Association des médecins et médecins-dentistes**

Dans son avis du 20 mars 2014, l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) critique sévèrement l'article 419 du Code de la sécurité sociale, qui dans sa version initiale, donnait aux médecins du CMSS des pouvoirs d'officier de police judiciaire, sans „le moindre souci ni pour le secret médical, ni pour éviter des abus“.

Concernant l'article 423 du Code de la sécurité sociale au sujet de l'immixtion du médecin du CMSS, l'AMMD est d'avis qu'il „suffirait de dire que le Contrôle médical ne s'immisce pas dans le traitement que suit l'assuré“. A ses yeux, la formulation prévue risquerait de créer des conflits et d'ouvrir la porte à des procès en responsabilité de la part des assurés à l'encontre du CMSS.

#### **Avis de la Chambre des fonctionnaires et employés publics**

Dans son avis du 22 avril 2014, la Chambre des fonctionnaires et employés publics fait remarquer que la mission attribuée au CMSS d'émettre des avis et d'effectuer les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité ne correspond pas au but déclaré de „délimiter expressément le champ d'intervention du Contrôle médical aux prestations de sécurité sociale, domaine vaste qui accapare toutes ses ressources“. Par rapport à la formulation du nouvel article 423 du Code de la sécurité sociale, elle estime que le texte suffit à éviter toute immixtion non justifiée de la part du CMSS dans les relations entre le médecin traitant et son patient.

La Chambre des fonctionnaires et employés publics considère que si le contrôle des assurés fonctionne de façon systématique, celui visant les prestataires reste „encore et toujours à l'état embryonnaire“.

### **Avis commun de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers**

Dans leur avis commun du 6 octobre 2014, la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers saluent la volonté du Gouvernement de réformer et de moderniser le CMSS et approuvent l'extension de la compétence du CMSS pour la période de continuation de la rémunération. L'abandon du recours systématique au formulaire R4 au profit d'une demande plus ciblée de la part du médecin-conseil trouve l'accord des deux chambres, qui y voient un moyen permettant d'accélérer la procédure de reclassement.

La Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers estiment que „si la présente réforme augmente l'efficacité du CMSS, entraînant à terme une diminution de l'absentéisme, cela aboutirait à tenir l'engagement de l'Etat visant à faire baisser ledit absentéisme après l'instauration du statut unique“.

\*

### **V. COMMENTAIRE DES ARTICLES**

A titre liminaire, concernant l'agencement général du texte coordonné, il convient de préciser que la commission reprend la numérotation proposée par le Conseil d'Etat dans son avis du 11 novembre 2014: le nombre des articles dans le chapitre III est maintenu à quatre et les articles 422 à 426 du texte gouvernemental sont supprimés, conformément à la proposition du Conseil d'Etat. Les dispositions afférentes ont été intégrées dans les articles 418 à 421.

Par ailleurs, comme à l'article 1er, l'énumération des articles du chapitre III du titre 1er du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale a été conservée, la commission a procédé, conformément à l'avis du Conseil d'Etat, à la suppression des points 1, 2, 8, 12, 13, 17 et 18 de l'article 2. A ce même article, aux points 5 et 7 du texte gouvernemental (nouveaux points 3 et 5) la commission a repris les propositions de texte formulées par le Conseil d'Etat et elle a procédé à l'adaptation de la numérotation des différents points et de certaines références.

Dans ce même ordre d'idées, les articles 4 et 5 du texte gouvernemental initial ont également pu être supprimés, de même que les points 1, 2, 5, 6, 7 et 8 de l'article 7 (nouvel article 5). A ce même article 5, aux points 3 et 4 (nouveaux points 1 et 2) la commission reprend les modifications rédactionnelles proposées par le Conseil d'Etat.

#### *Article 1er*

L'article 1er remplace l'ensemble des dispositions du chapitre III intitulé „*Contrôle médical de la sécurité sociale*“ du titre I „*Organisation de la sécurité sociale*“ du livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „*Dispositions communes*“ et propose de procéder à une nouvelle numérotation, à savoir remplacer les articles 418 à 421 du Code de la sécurité sociale, par les nouveaux articles 418 à 426 du projet de loi.

Le Conseil d'Etat propose cependant une reformulation de cet alinéa, qui permettra de maintenir le nombre d'articles dans le chapitre III à quatre articles. L'article 418 déterminera ainsi les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'article 419 ses attributions d'évaluation et de conseil auprès des institutions de sécurité sociale, l'article 420 ses attributions en ce qui concerne les autorisations préalables, l'article 421 les modalités d'évaluation et les relations avec les prestataires.

La commission, comme précisé ci-dessus, se rallie à la proposition du Conseil d'Etat et par conséquent décide de ne pas procéder à une renumérotation telle que proposée dans le texte gouvernemental mais de maintenir le nombre d'articles dans le chapitre III du titre I du livre VI du Code de la sécurité sociale à quatre articles, conformément à la version actuelle du Code de la sécurité sociale.

#### *Article 418*

Cette disposition définit le champ d'intervention du Contrôle médical de la sécurité sociale, dont les missions sont exercées dans le cadre des prestations de sécurité sociale. Si le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie naît conformément à l'article 11 du Code de la sécurité sociale dès le premier jour d'incapacité de travail d'un salarié, il est cependant suspendu pendant la période de conservation légale du salaire. Même si la Mutualité des employeurs verse des prestations aux employeurs et que le salarié bénéficie généralement de prestations en nature pendant cette période, il a été jugé préférable

de préciser expressément au niveau de l'article 418 que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions également pendant la période de conservation légale du salaire indemnisée au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, afin qu'il soit clair que le Contrôle médical de la sécurité sociale puisse également évaluer, examiner et contrôler les assurés pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs. La dernière phrase de l'article reprend l'actuelle disposition de l'article 418, alinéa 1, point 13 relative aux cartes de priorité et d'invalidité.

Par conséquent, le nouvel article 418 tel que proposé par le texte gouvernemental se lit comme suit:

*„Une administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 426. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.“*

Le Conseil d'Etat propose de reformuler le dispositif de l'article 418 du texte gouvernemental comme suit:

*„L'administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie.“*

Par ailleurs, il suggère de faire figurer la dernière phrase de cet article in fine de l'alinéa 1er de l'article 419. Il propose en outre de faire figurer la disposition de l'actuel article 419 portant sur le Conseil supérieur in fine de l'article 418.

La commission décide cependant de ne pas reprendre la proposition de texte du Conseil d'Etat à l'endroit de la première phrase de l'article 418, sauf à remplacer les termes „une administration“ et „sous la haute autorité“ par les termes „l'administration“ et „sous l'autorité“.

Il y est par ailleurs opéré une adaptation du renvoi aux articles du Code de la sécurité sociale, le renvoi aux articles 419 à 426 étant remplacé par un renvoi aux articles 419 à 421, ceci afin de tenir compte de la proposition du Conseil d'Etat de réagencement et de renumérotation des articles du chapitre III du titre I du livre VI du Code de la sécurité sociale qui fait l'objet de l'article 1er du projet de loi.

Etant donné que les avis à émettre en matière des cartes de priorité et d'invalidité font partie des missions du Contrôle médical définies à l'article 418, la commission n'a pas donné suite à la proposition du Conseil d'Etat de faire figurer la dernière phrase de l'article 418 in fine de l'alinéa 1er de l'article 419. Il n'est par ailleurs pas indiqué de suivre le Conseil d'Etat en ce qu'il propose de maintenir le Conseil supérieur prévu à l'article 419 du Code de la sécurité sociale, disposition restée lettre morte depuis près de trente-cinq ans et que le texte gouvernemental propose d'abroger.

Par conséquent, le nouvel article 418 est amendé comme suit:

**„Art. 418.** ~~Une administration~~ *L'administration* de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée ~~sous la haute autorité~~ *sous l'autorité* du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 421. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.“

La reformulation de l'article 418 telle que proposée par les auteurs trouve l'accord du Conseil d'Etat dans son avis complémentaire.

#### *Article 419*

Au lieu d'énumérer en détail les divers domaines dans lesquels le Contrôle médical de la sécurité sociale est chargé de se prononcer sur l'état de santé des assurés et de renvoyer aux diverses dispositions légales mentionnant que le Contrôle médical de la sécurité sociale doit émettre un avis, comme le



faisait jusqu'ici l'article 418 du Code de la sécurité sociale, le nouvel article 419, alinéa 1 formule désormais de manière générale la mission d'évaluation de l'état de santé des assurés conférée au Contrôle médical de la sécurité sociale et précisée dans les lois, règlements ou statuts. En prévoyant expressément que les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sont motivés, il est satisfait aux exigences de la procédure administrative non contentieuse.

Il convient de préciser que comme l'article 418 dispose de façon générale que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions tant dans le cadre des prestations de sécurité sociale que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire, les articles 419 et suivants ne précisent plus à chaque fois que le Contrôle médical peut évaluer l'état de santé des assurés et procéder aux examens médicaux nécessaires pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire. Ainsi, le nouvel article 11, alinéa 5 du CSS tel que proposé dans le présent projet dispose que la conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie et le nouvel article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale ainsi que le nouvel article L. 121-6 du Code du travail prévus aux articles 2 et 8 du présent projet permettront à la Caisse nationale de santé de prendre à l'avenir des décisions de refus, notamment sur base d'un avis du Contrôle médical, s'imposant en matière de droit du travail et mettant fin automatiquement tant au droit au maintien du salaire qu'au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie.

Si l'obligation de communication des indications concernant le diagnostic et le traitement à charge des médecins traitants des assurés figure déjà actuellement à l'article 421, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, elle a été étendue à tout autre prestataire de soins de santé, réseau, établissement hospitalier ou établissement d'aide et de soins énumérés à l'article 60bis du Code de la sécurité sociale alors que le Contrôle médical de la sécurité sociale doit disposer de toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement, donc également de celles émanant d'autres prestataires, pour pouvoir correctement évaluer l'état de santé des assurés.

Au besoin, le Contrôle médical de la sécurité sociale est habilité à se rendre auprès des différents prestataires pour consulter le dossier médical d'un assuré.

Le nouvel article 419 du texte gouvernemental se lit comme suit:

*„Art. 419. Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.*

*Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.*

*Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale sont habilités à se rendre entre huit heures et dix-huit heures auprès des médecins traitants et de tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis afin d'y consulter sur place les documents énumérés à l'article 60bis, auxquels ils doivent avoir accès. Ils doivent être dûment munis de leur carte de légitimation qu'ils présenteront sur demande.*

Le Conseil d'Etat propose de faire figurer dans cet article les dispositions sur la mission d'élaboration d'avis, ainsi que celles ayant trait aux avis donnés à la Caisse nationale de santé et à la vérification des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes.

En ce qui concerne l'alinéa 1er, le Conseil d'Etat propose de remplacer l'expression „dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts“ par l'expression „dans les limites fixées par les lois et règlements“, les statuts se rapportant aux statuts de l'établissement public „Caisse nationale de santé“ étant à considérer comme règlements au sens de l'article 108bis de la Constitution. La deuxième phrase de l'article 418 figurerait en tant que deuxième phrase dans cet alinéa 1er de l'article 419. L'alinéa 2, qui reformule l'alinéa 2 de l'article 421 actuellement en vigueur, serait maintenu en tant qu'alinéa 3 dans le nouvel article 421 tel que proposé par le Conseil d'Etat.

En ce qui concerne l'alinéa 3, le Conseil d'Etat renvoie à ses observations faites à l'endroit des considérations générales sur le pouvoir donné au Contrôle médical de la sécurité sociale de pénétrer dans des locaux professionnels, disproportionné par rapport au but recherché et non conforme au droit de l'inviolabilité du domicile garanti par l'article 15 de la Constitution et l'article 8 de la Convention

de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. Il exige sa suppression sous peine d'opposition formelle.

Le Conseil d'Etat propose de reformuler la disposition de l'article 422 du projet de loi dans un nouvel alinéa 2 de l'article sous revue qui prendrait la teneur suivante:

„Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1er et 23, alinéa 1er. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le présent Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.“

L'article 424 du projet de loi sous examen (point 18 de l'alinéa 1er de l'actuel article 418 du CSS) concernant l'assistance de la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes deviendrait selon la proposition de texte du Conseil d'Etat l'alinéa 3 de l'article sous revue.

L'article 425 du projet de loi sous avis (point 9 du premier alinéa de l'actuel article 418 du CSS) concernant la vérification des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes deviendrait selon la proposition de texte du Conseil d'Etat l'alinéa 4 de l'article sous revue.

L'alinéa 1er de l'article 426 du projet de loi sous avis qui reformule l'alinéa 3 de l'actuel article 418 deviendrait selon la proposition de texte du Conseil d'Etat l'alinéa 5 de l'article sous revue.

La commission reprend les propositions du Conseil d'Etat, excepté en ce qui concerne l'alinéa 1er, maintenu dans la teneur du projet de loi et excepté la proposition du Conseil d'Etat d'intégrer la disposition relative à la carte d'invalidité à l'endroit de l'article 419, disposition que la commission a décidé de maintenir au niveau de l'article 418.

Plus particulièrement, concernant l'alinéa 1er du nouvel article 419 du projet gouvernemental, la commission ne reprend pas la proposition du Conseil d'Etat, car elle risquerait de rendre l'alinéa 1er ambigu. Ainsi, si les statuts visés à l'alinéa 1er sont à considérer comme règlements au sens de l'article 108*bis* de la Constitution, les règlements visés à l'alinéa 1er sont les règlements grand-ducaux. Amalgamer les règlements grand-ducaux et les statuts sous le terme générique de „règlements“ n'est pas souhaitable, alors qu'il s'agit de normes revêtant un rang différent dans la hiérarchie des normes et que la formulation „lois, règlements et statuts“ consacre cette distinction à maints endroits du Code de la sécurité sociale.

Il est donné à considérer que dans le passé déjà l'utilisation du terme „statuts“ a fait l'objet d'une opposition formelle de la part du Conseil d'Etat dans le cadre du projet de loi 6554 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, notamment au motif qu'une non-conformité à la Constitution en vigueur en résulterait. En effet, le projet de loi précité, en se basant sur l'article 108*bis* de la Constitution, avait habilité le comité directeur de la Caisse nationale de santé à préciser certaines des mesures d'exécution dans les statuts. A cet égard, le Conseil d'Etat avait rappelé que le pouvoir réglementaire des établissements publics est un pouvoir limité, qui ne pourra consister qu'en une simple mise en oeuvre des règles d'application générale. En effet, d'après la jurisprudence de la Cour constitutionnelle, „le pouvoir normatif des établissements publics est tributaire du principe de spécialité dans leur domaine de compétence et reste réservé à des mesures de détail précises, de nature technique et à portée pratique, destinées à permettre à celles-ci l'exercice, de façon autonome, d'une mission de régulation sectorielle facilitant la mise en oeuvre des normes établies par la loi et, le cas échéant, le règlement grand-ducal“. Les grands principes devront dès lors figurer dans le texte de la loi et c'est la seule mise en oeuvre du détail qui pourra être reléguée au pouvoir réglementaire de l'établissement public, en l'occurrence aux statuts de la Caisse nationale de santé. La commission avait finalement décidé de ne pas se baser sur le terme „statuts“.

Il est relevé que le maintien de cette formulation en l'occurrence pourrait à son tour poser problème.

Dans ce contexte il est donné à considérer que l'enlèvement du terme „statuts“ ne serait pas sans conséquences sur le principe directeur de la large autonomie de gestion de la CNS dans le système de santé luxembourgeois et que l'on ne souhaite pas remettre en cause le principe fondamental de la gestion de l'assurance maladie dans le cadre du pouvoir normatif des statuts de la CNS. Par conséquent,



il y a lieu de maintenir le terme „statuts“ et ce notamment vu au fait que le Conseil d'Etat n'a pas formulé une opposition formelle à cet égard.

Finalement la commission décide de maintenir la formulation „lois, règlements et statuts“, tout en étant disposé de s'inspirer de la formulation utilisée dans la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers en cas d'une éventuelle opposition formelle du Conseil d'Etat dans un avis complémentaire.

Conformément aux propositions du Conseil d'Etat, l'alinéa 2 de l'article 419 du projet de loi est transféré à l'article 421 pour y devenir le nouvel alinéa 3. Le nouvel alinéa 2 de l'article 419 correspond à l'article 422 du projet de loi tel que reformulé par le Conseil d'Etat, l'article 422 dans la teneur du projet de loi étant supprimé.

L'alinéa 3 de l'article 419 du projet de loi est supprimé suite à l'opposition formelle du Conseil d'Etat et est remplacé par un nouvel alinéa 3, qui correspond à l'article 424 du projet de loi, que la commission propose de supprimer conformément à l'avis du Conseil d'Etat.

Certes, la suppression de l'alinéa 3 de l'article 419 revient en quelque sorte à une renonciation de l'une des idées de départ du texte gouvernemental de conférer un nouveau pouvoir au Contrôle médical de la sécurité sociale. Au lieu d'abroger la disposition en cause, l'on aurait pu définir et préciser clairement ce que ce nouveau pouvoir signifierait dans la pratique. Cependant un tel pouvoir signifierait également que le Contrôle médical de la sécurité sociale devra être doté des moyens nécessaires pour qu'il puisse exercer ce nouveau pouvoir.

La commission décide finalement de suivre le Conseil d'Etat et de supprimer l'alinéa 3 de l'article 419 du texte gouvernemental.

Les alinéas 4 et 5 nouveaux ajoutés à l'article 419 correspondent aux articles 425 respectivement 426 supprimés du projet initial.

Par conséquent le nouvel article 419 a pris la teneur amendée suivante:

**„Art. 419.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1er et 23, alinéa 1er. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestations de soins de santé.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.*

*Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.*

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat constate qu'avec cet amendement, les auteurs le suivent pour reformuler l'article 419, à l'exception de l'alinéa 1er, qui est maintenu dans la teneur initiale du projet de loi.

Le Conseil d'Etat constate que par le biais du texte amendée, la commission souhaite éviter tout amalgame entre les règlements grand-ducaux et les statuts avec le terme „générique“ de „règlements“, en arguant qu'il s'agit de normes revêtant un rang différent dans la hiérarchie des normes.

Le Conseil d'Etat ajoute que les „statuts“ de l'établissement public „Caisse nationale de santé“ sont à considérer comme des règlements au sens de l'article 108*bis* de la Constitution. Les établissements publics peuvent se voir investir par la loi d'un pouvoir réglementaire qui est tributaire du principe de spécialité dans leur domaine de compétence et qui reste réservé à des mesures de détail précises, de nature technique et à portée pratique, facilitant la mise en oeuvre des normes établies par la loi et, le cas échéant, le règlement grand-ducal.

Etant donné que les établissements publics ne peuvent être chargés que de prendre des règlements d'„exécution“, à l'instar du pouvoir réglementaire d'exécution du Grand-Duc, ils ne sauraient se voir conférer le pouvoir d'édicter des règlements à l'effet de déroger à des lois, voire de compléter celles-ci.

Le terme de règlement peut être utilisé pour désigner aussi bien les règlements grand-ducaux que les règlements d'exécution d'un établissement public. Depuis la révision constitutionnelle du 19 novembre 2004, l'expression „statuts“ n'est pas conforme à la terminologie employée par le constituant. Le Conseil d'Etat estime qu'un toilettage du texte s'impose à travers le Code de la sécurité sociale, afin de remplacer l'expression „lois, règlements ou statuts“ par celle de „lois et règlements“.

La commission prend acte de ces considérations générales du Conseil d'Etat.

#### *Article 420*

Au lieu d'énumérer en détail les divers domaines dans lesquels le Contrôle médical de la sécurité sociale doit autoriser la prise en charge de prestations comme le faisait jusqu'à présent l'article 418 du Code de la sécurité sociale, l'article 420 proposé par le projet gouvernemental, qui formule désormais de manière générale la mission d'autorisation de prise en charge des traitements visés à l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale pour autant qu'une telle autorisation est prescrite par les lois, règlements ou statuts, dispose que:

*„Art. 420. Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des traitements visés à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.“*

Comme l'expression „les statuts“ se rapporte aux statuts de l'établissement public „Caisse nationale de santé“ qui sont à considérer comme règlements au sens de l'article 108*bis* de la Constitution, le Conseil d'Etat propose d'en faire abstraction et de formuler cet article comme suit:

*„Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des prestations de santé visées à l'article 17, alinéa 1er, pour autant qu'une autorisation de prise en charge est requise par les lois et règlements.“*

La commission décide toutefois de ne pas reprendre la formulation proposée par le Conseil d'Etat pour la raison invoquée sous l'examen de l'article 419 du texte gouvernemental. L'article 420 est donc maintenu dans la teneur du projet de loi, sauf que la commission a décidé de remplacer par voie d'amendement le terme „traitements“ par les termes „prestations de soins de santé“, afin de tenir compte de la modification de terminologie intervenue suite à l'entrée en vigueur de la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application du droit des patients en matière de soins transfrontaliers.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat constate que cet amendement reformule l'article 420. Le Conseil d'Etat renvoie à son observation faite à l'endroit de l'amendement 2.

La commission en prend note.

#### *Article 421*

Dans le cadre de la mission d'évaluation de l'état de santé des assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale doit évidemment pouvoir effectuer ou faire effectuer les examens médicaux nécessaires, y compris lorsque l'assuré est hospitalisé, ceci tant dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts que lorsque le Contrôle médical le juge nécessaire, par exemple s'il estime devoir revoir un assuré une ou plusieurs fois notamment dans le cadre du suivi de pathologies psychiques ou devoir convoquer un assuré dans le cadre du contrôle des périodes d'incapacité totale de travail, contrôle qui pourra être effectué et sera assorti d'effets dès le premier jour de l'incapacité de travail.

L'article 421 du texte gouvernemental se lisait comme suit:

*„Art. 421. Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.“*

Dans le cadre de l'évaluation de la nécessité et de la durée d'un traitement en milieu stationnaire, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale sont habilités à se rendre, entre huit heures et dix-huit heures, dans les établissements hospitaliers au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, pour examiner l'assuré. Ils doivent être dûment munis de leur carte de légitimation qu'ils présenteront sur demande.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.

Le Conseil d'Etat propose de faire figurer dans cet article les modalités d'évaluation de l'état de santé des assurés par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Il propose de remplacer l'expression „les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions“ par l'expression „les examens médicaux indispensables pour l'accomplissement de ses missions“ et par conséquent de formuler la première phrase de l'alinéa 1er comme suit:

„Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux indispensables pour l'accomplissement de ses missions et convoque à cet effet les assurés.“

L'alinéa 2 prévoit de permettre l'accès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale à l'intérieur de la chambre du malade à l'hôpital, entre 8 heures et 18 heures, afin qu'il puisse s'assurer de la justification de l'hospitalisation. Le Conseil d'Etat estime que cette disposition est disproportionnée à l'égard des exigences des articles 15 de la Constitution et 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. En effet, ou bien le patient est mobile et peut consulter le médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale dans ses locaux, ou bien son état de santé ne le permet pas, ce qui laisse conclure à la justification d'une hospitalisation qui ne devrait alors pas empêcher le prestataire de soins visé d'organiser, le cas échéant, la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale. Le Conseil d'Etat pourrait accorder la dispense du second vote constitutionnel, si l'alinéa en question prenait le libellé suivant:

„Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.“

L'alinéa 3 de cet article devrait correspondre selon le Conseil d'Etat à l'alinéa 2 de l'article 419 du projet de loi sous avis. Un alinéa 4 et un alinéa 5 reformuleraient l'alinéa 1er et la première phrase de l'alinéa 3 de l'actuel article 421, en maintenant l'idée, déjà retenue dans l'avis du 23 novembre 2010 précité du Conseil d'Etat, que le médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale n'a pas à s'immiscer dans la relation de confiance qui existe entre le médecin et le patient et à porter un jugement sur les modalités thérapeutiques retenues, sauf à la demande expresse de ce dernier. La liberté de choix du patient et son droit à un second avis peuvent ainsi être retenus comme dérogation à ce principe.

L'alinéa 3 de l'article 421 deviendrait ainsi l'alinéa 6 de l'article 421 tel que proposé par le Conseil d'Etat.

La commission reprend les propositions du Conseil d'Etat, excepté en ce qui concerne l'alinéa 1er, maintenu dans la teneur du projet de loi, alors que la proposition de texte du Conseil d'Etat est jugée plus restrictive au niveau de la marge de manœuvre du Contrôle médical que la formulation du texte gouvernemental, et excepté en ce qui concerne l'alinéa 4, proposition d'amendement modifiant sur deux points le texte proposé par le Conseil d'Etat.

L'alinéa 2 est remplacé par le texte proposé par le Conseil d'Etat suite à son opposition formelle.

L'alinéa 3 du texte gouvernemental devient le nouvel alinéa 6 de l'article 421. Le nouvel alinéa 3 de l'article 421 correspond à l'article 419, alinéa 2 du texte gouvernemental, qui y est transféré.

Conformément à la proposition du Conseil d'Etat, les nouveaux alinéas 4 et 5 remplacent l'article 423 supprimé du projet de loi. Le nouvel alinéa 4 correspond à la teneur proposée par le Conseil d'Etat, mais en modifiant la deuxième phrase à deux endroits par voie d'amendement. Ainsi la phrase „Ce n'est que sur sa demande expresse qu'ils forment devant un malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement médicamenteux ou chirurgical“ est remplacée par la phrase „Ce n'est que sur la demande expresse du malade qu'ils forment un diagnostic ou une appréciation sur le traitement“ afin qu'il soit non équivoque que le texte vise ici la demande expresse du malade et non celle du médecin traitant et afin de tenir compte du fait que les termes „traitement médicamenteux ou chirur-

gical“ sont trop restrictifs, le Contrôle médical étant amené à se prononcer également dans d’autres domaines, tels qu’un traitement de kinésithérapie ou un traitement dentaire. Conformément à la proposition du Conseil d’Etat, le nouvel alinéa 5 reprend la première phrase de l’alinéa 3 de l’actuel article 421 du Code de la sécurité sociale, qui n’avait pas été reprise dans le projet de loi.

La commission a dès lors décidé de conférer à l’article 421 la teneur amendée suivante:

„**Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu’il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

Dans la mesure où un tel examen s’avère indispensable auprès d’un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l’article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l’établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l’assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l’assuré.

Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l’article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.

Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s’immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n’est que sur sa **la** demande expresse **du malade** qu’ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement **médicamenteux ou chirurgical**.

Toutes les fois qu’ils le jugent utile dans l’intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l’avis d’experts spécialisés toutes les fois qu’il le juge nécessaire dans le cadre de l’évaluation de l’état de santé des assurés.“

Dans son avis supplémentaire, le Conseil d’Etat relève que cet amendement reprend les propositions du Conseil d’Etat, à l’exception de l’alinéa 1er, maintenu dans la teneur initiale du projet de loi et de l’alinéa 4. Le libellé de l’alinéa 4 trouve l’accord du Conseil d’Etat. Quant à l’alinéa 1er, le Conseil d’Etat renvoie aux observations faites à l’endroit de l’amendement 2.

La commission n’a pas d’observations particulières à formuler à cet égard.

#### *Articles 422-426 du texte gouvernemental – supprimés*

Etant donné que la commission a maintenu, comme proposé par le Conseil d’Etat, le nombre des articles dans le chapitre III à quatre, les articles 422 à 426 peuvent être supprimés, conformément à la proposition du Conseil d’Etat. En effet, il ressort de ce qui précède que les dispositions afférentes ont été intégrées dans les articles 418 à 421 comme suit:

- L’article 422 a été reformulé tel que proposé par le Conseil d’Etat et est devenu le nouvel alinéa 2 de l’article 419 du Code de la sécurité sociale.
- L’article 423 a été reformulé et est repris aux nouveaux alinéas 4 et 5 de l’article 421 du Code de la sécurité sociale (voir commentaire de l’amendement 4, qui modifie sur deux points le texte proposé par le Conseil d’Etat pour l’article 421, alinéa 4, 2ème phrase).
- L’article 424 est devenu le nouvel article 419, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.
- L’article 425 est devenu le nouvel article 419, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.
- L’article 426, alinéa 1 est devenu le nouvel article 419, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale.

La disposition figurant sous l’article 426, alinéa 2 du texte gouvernemental initial et qui a porté sur la renumérotation des articles du Code de la sécurité sociale est devenue superfétatoire et a pu être supprimée.

\*

Dans le cadre de l'examen de l'article 423, la commission a évoqué la question de savoir si le fait qu'un médecin-conseil invalide un certificat d'incapacité de travail d'un médecin traitant n'est pas à qualifier d'immixtion du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la relation médecin-patient. De même en cas de refus d'une demande d'un transfert à l'étranger, un tel refus ne constitue-t-il pas en soi une immixtion du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la relation médecin-patient. Que faut-il entendre par les termes „immixtion d'un médecin-conseil dans le traitement d'un médecin traitant“?

Au sein de la commission a été exprimé l'avis que l'invalidation d'un certificat d'incapacité de travail par un médecin-conseil dans le cadre d'une pathologie ne se manifestant pas par des symptômes décelables (notamment maladie psychique), respectivement pour laquelle les médicaments ne peuvent qu'atténuer les symptômes (notamment en cas de grippe), constituerait en tout état de cause une immixtion dans la relation entre le médecin traitant et son patient.

Quant au refus d'une demande de transfert à l'étranger, il est argumenté qu'il n'y a pas d'immixtion en soi dans le traitement, alors qu'il s'agit d'une décision préliminaire, le traitement n'ayant pas encore commencé. Plus particulièrement, le refus précité concerne une autorisation préalable (stade préalable au traitement), le médecin du Contrôle médical étant d'avis que le patient peut être soigné au Luxembourg. Par ailleurs, il est relevé que parmi les personnes demandant un transfert à l'étranger, il y aurait également lieu de faire une différence entre les personnes ayant déjà suivi auparavant un traitement au Luxembourg et celles sans traitement au Luxembourg. En effet, nombreux sont les cas de personnes ayant déjà suivi un traitement dans notre pays préalablement à leur demande de transfert à l'étranger, mais qui en raison de la complexité de la pathologie se font finalement soigner à l'étranger.

En outre, il est relevé qu'une décision de refus de transfert à l'étranger basée sur le seul argument qu'il existe également un médecin spécialiste adéquat au Luxembourg ne saurait être acceptée comme argument valable, allant finalement à l'encontre de la préservation des intérêts des patients. Le médecin traitant est le mieux à même de décider si un transfert à l'étranger est nécessaire pour le bien-être des patients (notamment au vu de l'expérience des médecins à l'étranger dans des domaines spécifiques), une décision qui ne saurait être remise en cause par un médecin du Contrôle médical ne connaissant pas tous les éléments du dossier. En tout état de cause, le bien-être des patients doit primer.

A noter qu'en 2013, le nombre de transferts autorisés à l'étranger s'est élevé à 17.545 cas dans les différents groupes de pathologies (dont 17,7% dans le cadre de l'ophtalmologie).

Le nombre de jugements concernant le refus d'un transfert à l'étranger depuis 2013 est relativement faible. De même parmi les décisions de refus de l'indemnité pécuniaire de maladie, le nombre de recours qui ont été faits devant les juridictions s'élève à 5%.

Il est encore souligné qu'il est important que le refus soit motivé adéquatement. En prévoyant expressément que les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent être motivés, il est satisfait aux exigences législatives, à celles de la procédure administrative non contentieuse, à celles de la jurisprudence ainsi qu'aux recommandations formulées par l'ombudsman dans ce sens en 2005.

Quant au nouveau rôle pour le Contrôle médical de la sécurité sociale consistant à prodiguer des conseils aux patients par rapport aux options de prise en charge retenues par leur médecin, il est relevé que cette intervention du Contrôle médical de la sécurité sociale – correspondant à un second avis –, devrait être impérativement précédée d'une demande préalable expresse du patient concerné ou du médecin traitant de ce patient. Cette position est d'ailleurs également soutenue par le Conseil d'Etat (voir notamment à cet égard la proposition de texte du Conseil d'Etat à l'endroit de l'alinéa 3 de l'article 421 du texte gouvernemental.)

Par ailleurs, l'attention est attirée sur l'avis du Collège médical, qui regrette notamment que le législateur n'encourage pas plus un dialogue entre l'assuré/prestataire et l'assureur, préalable à toute décision, mais réserve le recours à l'avis d'experts spécialisés au seul jugement du Contrôle médical, conférant à celui-ci une position de force non contributive à une collaboration fructueuse.

Il serait opportun d'officialiser une procédure de médiation pouvant intervenir rapidement en cas de désaccord, avant d'entamer la voie du contentieux devant le Conseil arbitral de la Sécurité sociale, voire devant le Conseil supérieur de la Sécurité sociale. La cellule de conseil scientifique pourrait bien accomplir cette mission.

Pour ce qui est de l'instrument de médiation, la commission a été informée qu'à l'état actuel, il existe déjà une certaine forme de procédure de médiation interne. Ainsi, en cas d'opposition formée



par l'assuré à l'encontre de l'avis émis dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé par le médecin-conseil, un second avis est demandé à un deuxième médecin-conseil.

#### *Article 2*

Cet article regroupe les modifications apportées au livre I du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance maladie-maternité.

##### *Point 1° du texte gouvernemental – article 10, alinéa 4 CSS – supprimé*

Le point 1 du texte gouvernemental dispose qu'à l'article 10, alinéa 4 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.

Cette modification de renvoi s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, le point 1 peut être supprimé.

La commission fait sienne la proposition du Conseil d'Etat de supprimer le point 1.

##### *Point 2° du texte gouvernemental – article 11, alinéas 2 et 3 CSS – supprimé*

Le point 2 qui prévoit que „2° A l'article 11, alinéas 2 et 3 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.“ est également une modification qui s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Le Conseil d'Etat propose également de supprimer le point 2 au vu du fait que la proposition de texte du Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale.

Etant donné que la commission est d'accord à reprendre la proposition du Conseil d'Etat, l'énumération des articles du chapitre III du titre 1er du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale est conservée et le point 2 peut être supprimé.

##### *Point 1 (point 3° du texte gouvernemental – article 11, nouvel alinéa 5 CSS)*

Afin de permettre au Contrôle médical de la sécurité sociale de travailler efficacement et d'assortir ses contrôles de l'incapacité de travail d'effets également pendant la période de l'obligation patronale de maintien du salaire, il est important que le droit à la conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie, donc également pour les motifs figurant par exemple à l'article 16 du Code de la sécurité sociale, comme le refus de l'assuré, sans motif valable, de se soumettre au contrôle médical.

Plus particulièrement, il résulte du point 3 du texte gouvernemental, (nouveau point 1) qui n'appelle pas d'observation du Conseil d'Etat, qu'à la suite de l'article 11, alinéa 4 il est inséré un nouvel alinéa 5 libellé comme suit:

„(5) La conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie.“

L'alinéa 5 actuel devient l'alinéa 6 nouveau.

##### *Point 2 (point 4 du texte gouvernemental – article 14, alinéa 1 CSS)*

Le point 4 du texte gouvernemental, qui ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'Etat, et qui devient le point 2 du texte coordonné, dispose qu'à l'article 14, alinéa 1, la troisième phrase est supprimée.

Ce point apporte une modification en ce qui concerne les rapports médicaux circonstanciés qui engendrent actuellement une grande charge financière et permet ainsi de dégager des ressources qui pourront être employées pour renforcer le personnel du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui demandera les rapports médicaux circonstanciés uniquement s'il le juge nécessaire.

Concernant les rapports médicaux circonstanciés et la procédure R4, la commission renvoie aux explications circonstanciées figurant à l'exposé des motifs.

*Point 3 (point 5 du texte gouvernemental)*

Le point 5 du texte gouvernemental dispose que l'article 14, alinéa 3 est complété par la phrase suivante:

„Les statuts peuvent prévoir les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“

Cette modification a pour objet de permettre aux statuts de la Caisse nationale de santé de prévoir, en cas de cessation de l'affiliation, des informations à fournir par le bénéficiaire de l'indemnité pécuniaire permettant de documenter l'origine de la cessation de l'affiliation et d'apprécier si la personne ne touche pas d'autres revenus, que ce soit un revenu lié à une nouvelle activité professionnelle ou un revenu de remplacement.

Le Conseil d'Etat propose la formulation suivante:

„La Caisse nationale de santé peut préciser dans ses statuts les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“

La commission reprend cette suggestion de texte du Conseil d'Etat.

*Point 4 (point 6 du texte gouvernemental)*

Le point 6 du texte gouvernemental, qui n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat, prévoit qu'à l'article 16, alinéa 1 est ajouté un nouveau point 5) libellé comme suit:

„5) tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale.“

En effet, à l'instar de ce que prévoit l'article 127 en matière d'assurance accident, il y a lieu d'ajouter à l'article 16 que l'indemnité pécuniaire n'est pas payée si l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale, ceci notamment au vu de la suppression de la troisième phrase de l'article 14, alinéa 1 et de la nouvelle procédure R4 proposée (cf. commentaire du point 4) ci-avant.

*Point 5 (point 7 du texte gouvernemental)*

Il est proposé d'introduire dans les dispositions régissant les prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité une disposition similaire à ce que prévoit l'article 23 pour les prestations en nature. Des dispositions similaires existent déjà pour l'assurance accident (article 127) et l'assurance dépendance (article 315). A noter que la modification proposée renvoie au nouvel article 434 après la renumérotation à opérer suite à la modification des dispositions relatives au Contrôle médical de la sécurité sociale, soit à l'article 429 actuel du Code de la sécurité sociale.

Le point 7 du texte gouvernemental prévoit que l'article 16 est complété par un nouvel alinéa libellé comme suit:

„Les prestations en espèces octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution. Les sommes indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire. Elles peuvent également être déduites des prestations ou des arrérages restant dus ou être recouvrées par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 434.“

Le Conseil d'Etat estime que la phrase introductive doit se lire comme suit: „L'article 16 est complété in fine par un alinéa libellé comme suit: (...).“

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, la référence à l'article 434 doit être remplacée par une référence à l'article 429.

La commission tient compte des observations et de la proposition de texte faites par le Conseil d'Etat à l'endroit du point 7 du texte gouvernemental, qui devient le nouveau point 5.

*Point 8 du texte gouvernemental – supprimé*

Le point 8 du texte gouvernemental prévoit qu'à l'article 23, alinéa 2 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, le



Conseil d'Etat estime que le point 8 peut être supprimé, proposition de suppression à laquelle la commission décide de se rallier.

*Point 6 (point 9 du texte gouvernemental)*

Le point 9 du texte gouvernemental, qui n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat, dispose que l'article 47, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.“

L'objectif de la présente modification est de clarifier la procédure décisionnelle de la Caisse nationale de santé de façon uniforme pour toutes les décisions administratives individuelles, peu importe que la décision formelle soit précédée d'une procédure d'information ou non et peu importe que la décision soit prise suite à une demande de l'assuré ou en dehors de toute initiative de l'assuré. La procédure décisionnelle doit toujours être la même avec la consécration du droit de l'assuré de disposer d'un recours gracieux et d'un recours contentieux.

Pour de plus amples informations il y a lieu de se référer à l'exposé des motifs.

*Point 7 (point 10 du texte gouvernemental)*

Ce point du texte gouvernemental, qui ne donne pas lieu à observations particulières de la part du Conseil d'Etat, prévoit qu'à la suite de l'article 47, alinéa 1 il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit:

„La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Ces décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent.“

A noter que la cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie fait l'objet d'une simple information lorsqu'elle est motivée par le changement de la charge qui va de l'employeur vers la Caisse nationale de santé ou vice-versa ou lorsque le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie cesse à l'expiration de la période de cinquante-deux semaines. La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie fait par contre l'objet d'une décision présidentielle si sa cause réside dans l'article 16 du Code de la sécurité sociale ou si elle résulte d'un constat de capacité au travail par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Le nouvel alinéa 2 met par ailleurs fin à l'insécurité juridique qui existait jusqu'à présent, liée à deux procédures de recours différentes, l'une devant les juridictions du travail pendant la période de l'obligation patronale et l'autre devant les juridictions sociales lorsque la charge se situait auprès de la Caisse nationale de santé. Dorénavant, la Caisse nationale de santé pourra prendre des décisions de non-paiement du salaire et de l'indemnité pécuniaire de maladie suite par exemple au constat de capacité ou au refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical, l'assuré disposant d'une voie de recours devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé, puis devant les juridictions sociales. Ces décisions s'imposeront automatiquement en matière de droit du travail. A noter que conformément au projet de loi 6555 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe, toutes les décisions prises par la Commission mixte (décisions de reclassement interne ou externe, décisions de non-reclassement et décisions relatives au statut des personnes sous reclassement professionnel externe) sont susceptibles d'une procédure de recours uniforme devant les juridictions sociales.

*Point 8 (point 11 du texte gouvernemental)*

Le point 11 du texte gouvernemental, une modification de renvoi qui s'impose suite à l'insertion d'un nouvel alinéa 2 à l'article 47, n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'Etat et dispose qu'à l'article 47, alinéa 4 nouveau, les renvois à l'alinéa 2 sont à remplacer par des renvois à l'alinéa 3.

*Point 12 du texte gouvernemental – supprimé*

Le point 12 du texte gouvernemental dispose qu'à l'article 53, alinéa 1, point 2) le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.

Etant donné que conformément à la proposition du Conseil d'Etat, l'énumération des articles du chapitre III du titre 1er du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale est conservée, la commission se rallie à la proposition du Conseil d'Etat de supprimer le point 12 de l'article 2.

*Point 13 du texte gouvernemental – supprimé*

Il est prévu dans le point 13 du texte gouvernemental qu'à l'article 59, alinéa 2 le renvoi aux articles 454 à 456 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 à 461.

Suite à la proposition du Conseil d'Etat, de conserver l'énumération des articles du chapitre III du titre 1er du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale, la commission abroge le point 13 de l'article 2, conformément à la proposition du Conseil d'Etat.

*Point 9 (point 14 du texte gouvernemental)*

Le point 14 du texte gouvernemental dispose qu'à l'article 64, alinéa 2, point 5) le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 425.

Le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de remplacer la référence à l'article 425 par une référence à l'article 419, étant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale.

En tenant compte des observations faites par le Conseil d'Etat, la commission décide de remplacer la référence à l'article 425 par une référence à l'article 419 à l'endroit du nouveau point 9 (point 14 du texte gouvernemental).

*Point 10 (point 15 du texte gouvernemental)*

Le point 15 du texte gouvernemental disposant qu'à l'article 72bis, alinéa 1, point 1) le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5 et au point 2) le renvoi à l'article 47, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 3, n'appelle pas d'observations de la part du Conseil d'Etat.

En effet, il s'agit d'une modification du renvoi qui s'impose suite à l'insertion d'un nouvel alinéa à l'article 47.

*Point 11 (point 16 du texte gouvernemental)*

Le point 16 du texte gouvernemental, qui devient le nouveau point 11, prévoit qu'à l'article 73, alinéa 1, le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 425.

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, la référence à l'article 425 doit être remplacée par une référence à l'article 419.

La commission tient compte des observations faites par le Conseil d'Etat et par conséquent de remplacer la référence à l'article 425 par une référence à l'article 419.

*Point 17 du texte gouvernemental – supprimé*

Le point 17 du texte gouvernemental, disposant qu'à l'article 73bis, alinéa 3, le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434, est – conformément à la proposition du Conseil d'Etat – à supprimer suite à la décision de conserver l'énumération des articles du chapitre III du titre 1er du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale.

*Point 18 du texte gouvernemental – supprimé*

Le point 18 du texte gouvernemental qui prévoit qu'à l'article 83, alinéa 1 le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460, est, conformément à la proposition du Conseil d'Etat, à supprimer suite à la décision de conserver l'énumération des articles du chapitre III du titre 1er du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale.

*Point 12 (point 19 du texte gouvernemental)*

Le point 19 du texte gouvernemental disposant qu'à l'article 83, alinéa 1 les termes „les décisions prises en matière de prestations et d'amendes d'ordre“ sont remplacés par „les décisions à portée

individuelle prises en matière d'assurance maladie-maternité, qui n'appelle pas d'observations de la part du Conseil d'Etat, est une modification qui vise à harmoniser l'article 83 avec le nouveau libellé proposé au niveau de l'article 47, alinéa 1.

#### Article 3

L'article 3 du texte gouvernemental dispose que: „**Art. 3.** *Le livre II du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance accident“ est modifié comme suit:*

*A l'article 91, alinéa 1, point 10), le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 421.“*

Cet article, qui n'appelle pas d'observations particulières de la part du Conseil d'Etat, comprend la modification apportée au livre II du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance accident.

A noter que la modification de renvoi à l'endroit de l'article 91 alinéa 1 CSS s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

#### Article 4

L'article 4 du texte gouvernemental, qui comprend la modification apportée au livre III du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance pension, prévoit que le livre III du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance pension“ est modifié comme suit:

A l'article 171, alinéa 2 le renvoi à l'article 449, alinéa 1 sous 3) est à remplacer par un renvoi à l'article 454, alinéa 1, point 3).

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, le Conseil d'Etat estime que le présent article peut être supprimé, proposition que la commission décide de suivre.

#### Article 5

Il est prévu à l'endroit de l'article 5 du texte gouvernemental que le livre IV du Code de la sécurité sociale intitulé „Prestations familiales“ est modifié comme suit:

A l'article 318, alinéa 2, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.

En effet, cet article comprend la modification apportée au livre IV du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives aux prestations familiales.

Par analogie au raisonnement du Conseil d'Etat à l'endroit de l'article 4, l'article 5 du texte gouvernemental sera également supprimé sur proposition de la commission, conformément à l'avis du Conseil d'Etat.

#### Article 4 (article 6 du texte gouvernemental)

L'article 6 du texte gouvernemental qui regroupe les modifications apportées au livre V du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance dépendance, prévoit que le livre V du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance dépendance“ est modifié comme suit:

1° A l'article 377, alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 430 à 440.

2° A l'article 382, alinéa 5, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.

3° A l'article 383, le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5.

4° A l'article 393<sup>ter</sup>, alinéa 3 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, le Conseil d'Etat suggère de supprimer les points 2 et 4. Au point 1, la référence aux articles 430 à 440 doit être remplacée par une référence aux articles 425 à 435.

Les points 2° et 4° du nouvel article 4 sont supprimés conformément à la proposition du Conseil d'Etat.

Les renvois vers d'autres articles du Code de la sécurité sociale prévus à l'article 377 n'ont été modifiés ni suite à l'introduction du statut unique pour les salariés du secteur privé en 2009, ni suite aux réformes de l'assurance maladie en 2010 et de l'assurance accident en 2011 et n'ont donc jamais été adaptés aux diverses modifications législatives intervenues au cours des dernières années. La commission décide par conséquent de conférer la teneur suivante au point 1 du nouvel article 4 (article 6 du texte gouvernemental):

*„1° A l'article 377, alinéa 2, le renvoi aux numéros 1), 2), 3) et 7) à 12) de l'article 1er est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 7) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1er; à l'alinéa 3, le renvoi à l'article 38 est à remplacer par un renvoi à l'article 33; à l'alinéa 4, le renvoi aux numéros 1) à 3) et 6) à 12) de l'article 1er est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1er; à l'alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 425 à 435, 445 et 447.“*

Dans son avis supplémentaire, le Conseil d'Etat constate que cet amendement qui apporte les corrections nécessaires aux renvois vers d'autres articles du Code de la sécurité sociale prévus à l'article 377 ne donne pas lieu à observation.

#### *Article 5 (article 7 du texte gouvernemental)*

Cet article, qui regroupe les modifications apportées au livre VI du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives aux dispositions communes, prévoit que le livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ est modifié sur 8 points.

Il est renvoyé aux explications détaillées figurant à l'exposé des motifs en particulier en ce qui concerne l'utilisation de la procédure informatique SECULine pour la déclaration mensuelle des salaires.

Le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de supprimer les points 1, 2, 5, 6, 7 et 8, étant donné que la proposition de texte du Conseil d'Etat de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale.

Quant au point 3, le Conseil de d'Etat propose de conférer à la première phrase la teneur suivante: *„A la suite de l'article 426, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit:“*

Concernant le point 4, le Conseil de d'Etat suggère de libeller la première phrase comme suit: *„Il est ajouté in fine de l'article 426 un alinéa libellé comme suit:“*

La commission décide de suivre le Conseil d'Etat et confère par conséquent au nouvel article 5 (article 7 du texte gouvernemental) la teneur suivante:

*„Art. 5. Le livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ est modifié comme suit:*

*1° A la suite de l'article 426, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit:*

*„Par dérogation à l'alinéa 1, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre sur support informatique.“*

*L'alinéa 4 actuel devient l'alinéa 5 nouveau.*

*2° Il est ajouté in fine de l'article 426 un alinéa libellé comme suit:*

*„Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 1 et 5 au Centre commun par voie électronique.“*

#### *Article 6 (article 8 du texte gouvernemental)*

L'article 8 du texte gouvernemental regroupe les modifications apportées au Code du travail.

*Points 1 et 2 – article L. 121-6, paragraphe 3, alinéa 2 et paragraphe 5 du Code du travail*

Les modifications aux points 1 et 2 visent à mieux coordonner les dispositions du droit du travail avec celles du Code de la sécurité sociale, en particulier suite à l'introduction d'un statut unique par la loi du 13 mai 2008.

En effet, il a été introduit un nouvel alinéa 2 à l'article 418 du Code de la sécurité sociale traitant des attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale en vue de préciser que les attributions en matière de contrôle médical de l'incapacité de travail peuvent également être exercées pendant la période couverte par l'obligation patronale, cette disposition est restée lettre morte, alors que les conclusions du Contrôle médical de la sécurité sociale sont à l'heure actuelle inopposables au niveau du droit du travail et sont donc dépourvues d'effets. Pour améliorer la gestion de l'incapacité de travail, il est indispensable de prévoir un parallélisme entre l'obligation patronale de maintien de salaire et le droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie quant à la procédure de contrôle médical de l'incapacité de travail par le Contrôle médical de la sécurité sociale avec les voies de recours afférentes, ceci d'autant plus que la charge se situe tantôt auprès de l'employeur, tantôt auprès de la Caisse nationale de santé. En cas de constat de capacité au travail par le médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale ou en présence d'un autre motif mettant fin au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie, tel que le refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical sans motif valable, la Caisse nationale de santé pourra désormais prendre une décision de refus s'imposant en matière de droit du travail et mettant fin automatiquement au droit au maintien du salaire ou au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie selon que la charge se situe auprès de l'employeur ou de la Caisse nationale de santé.

La protection contre le licenciement pour une période de vingt-six semaines au plus à partir de la survenance de l'incapacité de travail est maintenue même en cas de cessation du droit au maintien du salaire à condition que le salarié fasse un recours contre la décision de la Caisse nationale de santé à l'origine de la cessation du droit et la protection court, pour une période maximale de 26 semaines, tant qu'il n'existe pas de décision coulée en force de chose décidée ou jugée ayant confirmé la décision de refus. L'assuré est donc protégé contre le licenciement en cas de recours dans un premier temps contre la décision présidentielle, puis en cas de recours devant le Conseil arbitral contre la décision du comité directeur. Si dans la pratique le délai de 26 semaines est expiré en cas de recours devant le Conseil supérieur contre le jugement du Conseil arbitral, puisque l'exercice des voies de recours devant d'abord le comité directeur puis devant le Conseil arbitral prennent du temps, il est évident que si exceptionnellement le délai de 26 semaines ne devait pas encore être expiré au moment où le Conseil arbitral prononce son jugement, il continuerait à courir et la protection y afférente serait maintenue en cas d'appel par l'assuré. A noter que l'employeur pourra s'adresser à tout moment à la Caisse nationale de santé pour obtenir des renseignements sur la date de notification des décisions de refus à l'assuré faisant courir les délais de recours.

Il est souligné que le fait de permettre dorénavant au Contrôle médical d'intervenir pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs constitue l'une des innovations majeures du projet de loi, une nouveauté qui est saluée par plusieurs membres de la commission.

En effet, si dans l'état actuel du droit, le Contrôle médical est déjà habilité à contrôler les assurés pendant les 77 premiers jours de maladie – période pendant laquelle le salarié a droit au maintien de son salaire de la part de son employeur –, les avis émis par le Contrôle médical à ce stade de la procédure n'ont aucune incidence sur la continuation de la rémunération par l'employeur.

A cet égard, il est rappelé qu'une articulation entre le droit du travail et le droit de la sécurité sociale sera dorénavant garantie suite à un renforcement des missions de contrôle de la part du Contrôle médical. En effet, le projet de loi précise expressément au niveau de l'article 418 que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions également pendant la période de conservation légale du salaire indemnisée au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, afin qu'il soit clair que le Contrôle médical de la sécurité sociale puisse également évaluer, examiner et contrôler les assurés pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs.

Cette nouvelle disposition permettra finalement de mettre fin à l'insécurité juridique qui existait jusqu'à l'heure actuelle, insécurité qui a été liée à deux procédures de recours différentes, l'une devant les juridictions du travail pendant la période de l'obligation patronale et l'autre devant les juridictions sociales lorsque la charge se situait auprès de la Caisse nationale de santé.

Dorénavant, la Caisse nationale de santé pourra prendre des décisions de non-paiement du salaire et de l'indemnité pécuniaire de maladie suite par exemple au constat de capacité ou au refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical, l'assuré disposant d'une voie de recours devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé, puis devant les juridictions sociales. Ces décisions s'imposeront automatiquement en matière de droit du travail.

A cet égard il est donné à considérer que la Chambre des salariés souligne dans son avis qu'elle ne donne son aval à une réforme des attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale que si, doré-



navant, les partenaires sociaux ont un droit de cogestion dans le fonctionnement du Contrôle médical de la sécurité sociale et un droit de contrôle sur les attributions et la gestion du Contrôle médical de la sécurité sociale. La Chambre des salariés est d'avis que, abstraction faite du bien-fondé d'un avis médical émis par le Contrôle médical de la sécurité sociale, les représentants des assurés dans le comité directeur de la CNS doivent pouvoir se prononcer sur des mesures ayant un intérêt collectif comme la gestion et le fonctionnement du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Aussi estime-t-elle que dans les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle, les représentants des assurés aient un droit de regard dans les affaires individuelles des assurés si mandat leur est donné par ces derniers – à l'instar de ce qui se passe déjà au niveau du comité directeur de la CNS en cas d'opposition ou au niveau de la Commission mixte en cas de reclassement. Ce droit de cogestion dans le fonctionnement du Contrôle médical de la sécurité sociale et de contrôle sur les attributions et la gestion du Contrôle médical de la sécurité sociale par les représentants des assurés ne doit évidemment pas mettre en question le diagnostic constaté par un médecin, qu'il relève du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de la profession libérale.

Il est également relevé que la Chambre des salariés critique la façon de légiférer du Gouvernement en déposant le projet de loi sous avis alors que, à l'heure actuelle, le projet de loi 6555 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif de reclassement interne et externe et ayant également des incidences sur le rôle et les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est toujours pas voté.

En effet, elle est d'avis que le présent projet de loi risque non seulement de remettre en cause les dispositions prévues dans le projet de loi n° 6555 et ses revendications posées dans son avis y relatif, mais également la cohérence avec d'autres textes de loi et projets de loi en se contentant dans l'exposé des motifs d'annoncer solennellement le transfert de certaines des attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale à d'autres institutions comme la CNS, la médecine du travail (dans le contexte du reclassement) ou la Direction de la santé, sans pour autant que l'on ne retrouve la moindre trace de ce transfert d'attributions dans les articles.

C'est la raison pour laquelle la Chambre des salariés estime que le dépôt du présent projet de loi est prématuré tant que le projet de loi définitif sur le reclassement n'est pas voté et se doit à l'heure actuelle de se prononcer contre une telle réforme du Contrôle médical.

Il est relevé que la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers insistent dans leur avis sur le fait que l'employeur doit conserver le droit dont il dispose actuellement de pouvoir invalider l'incapacité de travail en dehors de toute intervention du Contrôle médical et de la CNS, et que la période de protection contre le licenciement du salarié qui ne vient pas travailler doit rester comme à l'heure actuelle de 26 semaines au maximum. Les deux chambres professionnelles relèvent d'emblée que le nouveau régime rend l'article L. 121-6 du Code du travail plus complexe par le fait que le droit au maintien du salaire et la protection contre le licenciement ne seraient désormais plus liés:

- actuellement, le droit au maintien du salaire et la protection contre le licenciement sont liés de sorte que le salarié qui ne remet pas à son employeur un certificat médical attestant son incapacité de travail, au plus tard le troisième jour de son absence, perd aussi bien le droit au maintien du salaire que la protection contre le licenciement,
- dans le nouveau régime envisagé, le droit au maintien du salaire pourra cesser en cas de décision de refus de la CNS (décision entérinant l'avis de capacité de travail du Contrôle médical) sans pour autant que cela remette en cause la protection contre le licenciement. Le droit au maintien du salaire pourra toutefois être rétabli si la décision de refus de la CNS est invalidée par les juridictions sociales.

Le projet de loi prévoit que l'incapacité de travail du salarié peut être invalidée par un avis du Contrôle médical. Il reste par contre silencieux quant au droit reconnu aux employeurs de renverser eux aussi la présomption d'incapacité de travail du salarié en dehors de toute intervention du Contrôle médical, respectivement parallèlement à l'intervention du Contrôle médical.

Par ailleurs, une autre question soulevée est celle relative à la reconnaissance de la primauté de l'avis du Contrôle médical sur celui du médecin traitant du salarié malade. En effet, actuellement, le salarié incapable de travailler doit justifier son absence du lieu de travail et établir la réalité de sa maladie. Cette preuve est apportée par la production d'un certificat médical. Dans ce cas, le salarié bénéficie du maintien de son salaire pendant la „Lohnfortzahlung“ et d'une protection contre le licenciement au cours d'une période de 26 semaines. Selon une jurisprudence constante des juridictions du

travail, le certificat médical produit par le salarié constitue toutefois une présomption simple et peut être combattu par l'employeur (i) soit au moyen de deux avis médicaux contraires – dont l'un peut provenir du Contrôle médical, mais pas obligatoirement – (ii) soit par la preuve de faits contredisant l'incapacité de travail du salarié.

Ainsi à l'état actuel l'avis du médecin du Contrôle médical ne prime pas sur celui du médecin traitant.

Il est souligné que le Contrôle médical saluerait une augmentation de ses pouvoirs dans le cadre de ses avis. Dans ce contexte il est donné à considérer qu'il s'agit d'une institution indépendante disposant de l'objectivité nécessaire et ne détenant aucun intérêt personnel.

A noter, qu'en 2014, le nombre de contrôles s'est élevé à 13.796 cas. Dans 13% des cas, les personnes ont été jugées aptes au travail.

Il est relevé que suivant la jurisprudence constante du Conseil supérieur de la sécurité sociale, le terme incapacité de travail au sens de la loi signifie une inaptitude générale d'exercer tout travail rémunérateur et non pas une réduction des capacités de travail de l'assuré.

Concernant le point 1, le Conseil d'Etat estime que la disposition dans cet alinéa qui précise que la décision de refus émise par la Caisse nationale de santé s'impose à l'employeur et est redondante avec celle de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

La commission décide tout de même de maintenir cette disposition dans la teneur telle que proposée par le texte gouvernemental.

Le point 2 n'appelle pas d'observations particulières de la part du Conseil d'Etat.

*Point 3 – article L. 351-4, paragraphes 1 et 2 du Code du travail*

En ce qui concerne le point 3, il y a lieu de noter que la modification proposée vise à simplifier la procédure faisant l'objet de l'article L. 351-4<sup>3</sup> en prévoyant que le salarié soit immédiatement examiné par le médecin du travail.

En effet, étant donné que cet examen médical relève de la compétence de la médecine du travail et que le médecin du travail doit de toute façon procéder à un examen du salarié pour émettre son premier avis, un examen par le Contrôle médical de la sécurité sociale ainsi que la prise d'un deuxième avis auprès du médecin du travail tels que prévus dans la procédure actuelle ne se justifient pas et alourdissent inutilement la procédure.

Ce point ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'Etat.

*Article 7 (article 9 du texte gouvernemental)*

L'article 9 du texte gouvernemental (nouvel article 7), qui regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, prévoit que le chapitre II intitulé „Contrôle médical de la sécurité sociale“ de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale est modifiée comme suit:

1° A l'article 5, paragraphe 1, le point 1) intitulé „dans la carrière supérieure de l'administration“ est complété comme suit:

- „c) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12  
des psychologues
- d) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12  
des conseillers de direction première classe;  
des conseillers de direction;

3 L'article L. 351-4 dispose actuellement que „(1) le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, sur avis d'un médecin du travail de la Direction de la santé, peut ordonner un examen médical des salariés exposés à l'un des agents visés à l'annexe 5 du présent code. L'examen médical est effectué par les services du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(2) Si l'examen médical, visé au paragraphe (1), révèle que la santé des salariés est gravement menacée, le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, sur avis d'un médecin du travail de la Direction de la santé, peut ordonner que le salarié soit temporairement soustrait à l'action d'un agent.

(...)“



des conseillers de direction adjoints;  
 des attachés de direction premier en rang;  
 des attachés de direction;  
 des stagiaires ayant le titre d'attaché de direction.“

2° A l'article 5, paragraphe 1, le point 2) intitulé „dans la carrière moyenne de l'administration“ est modifié comme suit:

Il est inséré entre le point a) et b), qui devient le point c), un nouveau point b) libellé comme suit:

„b) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 10  
 des infirmiers gradués“.

A noter qu'au vu du travail à assumer par le Contrôle médical de la sécurité sociale, il faut prévoir, en plus d'un renforcement du personnel scientifique, un fonctionnaire de la carrière administrative supérieure de l'administration. Afin de permettre au médecin directeur ainsi qu'au médecin directeur adjoint de se concentrer sur la direction médicale, il est important qu'un fonctionnaire de la carrière administrative supérieure se charge de la direction administrative du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette tâche comprend entre autres la gestion des ressources humaines, la gestion financière, la coordination du service, les relations avec les institutions de sécurité sociale et les autres administrations de l'Etat ainsi que la mise en place de nouvelles procédures de collaboration avec le médecin directeur, dont la gestion des plaintes des assurés.

Pour autant que le Conseil d'Etat soit suivi dans ses observations, les moyens à mettre à disposition pour mettre en oeuvre les dispositions qui précèdent sont à adapter.

La commission décide d'ajouter trois nouveaux points 3°, 4° et 5° à l'article 9 du projet de loi (nouvel article 7) par voie d'amendement, libellés comme suit:

„3° A l'article 5, paragraphe 2, 1ère phrase, le renvoi au paragraphe 1, sub 1) est remplacé par un renvoi au paragraphe 1, sub 1), points a) à c).

4° Il est inséré un nouvel alinéa 2 à la suite de l'article 5, paragraphe 2, alinéa 1, libellé comme suit:

*„Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut général des fonctionnaires de l'Etat, les conditions et modalités d'admission et de nomination aux fonctions désignées au paragraphe 1, sub 1) d) du présent article sont celles qui sont prévues pour le personnel des cadres supérieurs de l'administration gouvernementale; pour autant qu'ils s'agit de dispositions réglementaires, elles peuvent être modifiées ou complétées par règlement grand-ducal.“*

*Les alinéas 2 à 6 de l'article 5, paragraphe 2 deviennent les alinéas 3 à 7 nouveaux.*

5° L'article 6, alinéa 1 est abrogé.“

Cet amendement a pour objet de réparer un oubli lors de l'élaboration du projet de loi. En effet, les précisions apportées par les nouveaux points 3° et 4° à l'article 5, paragraphe 2 s'imposent du fait de l'introduction, par l'article 6, 1° du projet de loi, d'une carrière supérieure administrative auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale. Il convient par ailleurs d'abroger l'article 6, alinéa 1 de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, alors qu'il est incompatible avec les obligations d'indépendance et de neutralité à charge des médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale et que ce texte, en autorisant les médecins-conseils à faire des expertises médicales en nom personnel et en dehors de leur activité de médecin-conseil, est source de conflits d'intérêts. L'article 6, alinéa 1 peut être complètement abrogé dans la mesure où l'interdiction pour les médecins-conseils d'exercer une activité médicale accessoire résulte également des dispositions de l'article 14 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat.

Quant à l'ajout d'un nouveau point 4° à l'article 9 du texte gouvernemental (nouvel article 7 du projet de loi), il est expliqué qu'il s'agit d'une modification de la loi-cadre, qui est nécessaire du fait de l'ajout de la carrière de l'attaché au sein du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'Etat relève que cet amendement introduit trois nouveaux points 3°, 4° et 5° à l'article 9 du projet de loi, devenu le nouvel article 7 dans le texte coordonné, afin de tenir compte des modifications apportées dans la carrière supérieure administrative auprès du

Contrôle médical de la sécurité sociale. Au point 4°, le Conseil d'Etat propose d'omettre le bout de phrase in fine „; pour autant qu'il s'agit (...)“, alors qu'il est superfétatoire.

La commission décide de suivre le Conseil d'Etat.

*Article 8 (article 10 du texte gouvernemental)*

L'article 10 du texte gouvernemental (nouvel article 8) dispose que „*le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est autorisé à engager à titre permanent et à tâche complète, pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, quinze médecins-conseils, un attaché de direction, un pharmacien-inspecteur, cinq psychologues, un infirmier gradué et cinq expéditionnaires.*“

Pour plus d'informations, il y a lieu de se référer aux deux tableaux reproduits dans le texte gouvernemental aux pages 24 et 25 montrant l'accroissement de la charge de travail du Contrôle médical ces dernières années et l'évolution du personnel médical du Contrôle médical de la sécurité sociale par rapport à différents indicateurs.

A noter que depuis 1994, la population protégée (résidente et non résidente) a augmenté de 58,5%; en 2011, le ratio personnes protégées/médecin-conseil a été de 31.580. En même temps, le nombre des médecins prestant une activité à charge de l'assurance maladie a, lui, augmenté de 62,8%. Le nombre des saisines de la commission mixte de reclassement des salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail a explosé de 128,6% depuis 2004.

Les changements proposés par le présent projet augmenteront encore la charge de travail du Contrôle médical. Non seulement le nombre des contrôles médicaux augmentera considérablement, mais également la durée des consultations dans le cadre des missions actuelles et futures du Contrôle médical. En effet, en convoquant les assurés plus tôt en cas d'incapacité de travail, ceci dans le cadre d'un renforcement des contrôles des congés de maladie, le Contrôle médical devra examiner des assurés disposant de moins de pièces médicales qu'à l'heure actuelle. Le Contrôle médical doit assurer un suivi des assurés présentant des pathologies psychiques, qui ne cessent de croître, ce qui explique également le besoin d'engager des psychologues. Enfin, un suivi plus soutenu des assurés engendrera nécessairement un nombre plus important de recours de la part des assurés, qui n'accepteront pas toujours les avis émis par le Contrôle médical, surtout dans le cadre du contrôle des incapacités de travail. Le Contrôle médical devra motiver adéquatement ses avis et assister du point de vue médical les institutions en cas de contestations. La modification proposée au niveau du rapport R4, qui engendre actuellement une grande charge financière, permettra de dégager des ressources qui pourront être employées pour renforcer le personnel du Contrôle médical, qui lancera désormais lui-même la procédure du R4 s'il le juge nécessaire. Le contrôle et le suivi régulier du nouveau système mis en place du médecin référent afin de pouvoir procéder aux adaptations nécessaires, la vérification des rapports d'activité des médecins, qui est restée lettre morte faute de ressources alors qu'il s'agit-là d'un mécanisme de contrôle important, la mission de conseil des assurés, importante notamment dans le cadre de l'examen médical de jeunes demandeurs de pension d'invalidité, sont autant de missions qui nécessitent du temps et donc les moyens en ressources humaines nécessaires. L'accueil des assurés et la gestion du matériel médical devraient être assurés par un infirmier diplômé. La gestion des fichiers des assurés et la rédaction d'avis, de rapports et d'expertises supplémentaires nécessiteront un renforcement du personnel administratif.

Dans sa séance du 26 juillet 2013 le Conseil de gouvernement a précisé que le renforcement en personnel proposé à l'article 10 n'est pas à faire par dépassement des nombres limites fixés dans la loi budgétaire, de sorte que les postes proposés sont à imputer sur le *numerus clausus*. En vue du renforcement du personnel prévu à l'article 10, le plan de recrutement quadriennal est proposé aux pages 25 à 27 du texte gouvernemental.

Tout comme pour l'article 9 du texte gouvernemental (nouvel article 7), le Conseil d'Etat estime que les moyens à mettre à disposition pour mettre en oeuvre les dispositions qui précèdent sont à adapter, pour autant qu'il soit suivi dans ses observations.

La commission décide de remplacer par voie d'amendement les termes „*quinze médecins-conseil*“ par les termes „*treize médecins-conseils*“.

En effet, à noter à cet égard que l'article VII de la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ayant d'ores et déjà autorisé le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions à engager, au courant de l'exercice 2014 et en attendant le vote de la présente loi, deux médecins-conseils

pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, le nombre des médecins-conseils figurant à l'article 10 est ramené à treize.

*Article 9 (article 11 du texte gouvernemental)*

L'article 11 du texte gouvernemental, qui devient l'article 9 du projet de loi, prévoit que la présente loi entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial, n'appelle pas d'observations de la part du Conseil d'Etat.

\*

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale, à l'unanimité, recommande à la Chambre des Députés de voter le projet de loi dans la teneur qui suit:

\*

**V. TEXTE COORDONNE PROPOSE PAR LA COMMISSION  
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SECURITE SOCIALE**

**PROJET DE LOI**

**modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale et modifiant:**

- 1. le Code de la sécurité sociale;**
- 2. le Code du travail;**
- 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale**

**Art. 1.** Le chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ prend la teneur suivante:

**„Chapitre III – Contrôle médical de la sécurité sociale**

**Art. 418.** L'administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 421. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

**Art. 419.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1er et 23, alinéa 1er. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la

sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

**Art. 420.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des prestations de soins de santé visées à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.

**Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.

Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.

Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur la demande expresse du malade qu'ils forment un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.

**Art. 2.** Le livre I du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance maladie-maternité“ est modifié comme suit:

1° A la suite de l'article 11, alinéa 4 il est inséré un nouvel alinéa 5 libellé comme suit:

„(5) La conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie.“

L'alinéa 5 actuel devient l'alinéa 6 nouveau.

2° A l'article 14, alinéa 1, la troisième phrase est supprimée.

3° L'article 14, alinéa 3 est complété par la phrase suivante:

„La Caisse nationale de santé peut préciser dans ses statuts les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“

4° A l'article 16, alinéa 1 est ajouté un nouveau point 5) libellé comme suit:

„5) tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale.“

5° L'article 16 est complété in fine par un alinéa libellé comme suit:

„Les prestations en espèces octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution. Les sommes indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire. Elles peuvent également être déduites des prestations ou des

arrangements restant dus ou être recouvrées par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429."

6° L'article 47, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur."

7° A la suite de l'article 47, alinéa 1 il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit:

„La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Ces décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent."

Les alinéas 2, 3 et 4 actuels deviennent les alinéas 3, 4 et 5 nouveaux.

8° A l'article 47, alinéa 4 nouveau, les renvois à l'alinéa 2 sont à remplacer par des renvois à l'alinéa 3.

9° A l'article 64, alinéa 2, point 5) le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 419.

10° A l'article 72bis, alinéa 1, point 1) le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5 et au point 2) le renvoi à l'article 47, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 3.

11° A l'article 73, alinéa 1, le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 419.

12° A l'article 83, alinéa 1 les termes „les décisions prises en matière de prestations et d'amendes d'ordre" sont remplacés par „les décisions à portée individuelle prises en matière d'assurance maladie-maternité".

**Art. 3.** Le livre II du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance accident" est modifié comme suit:

A l'article 91, alinéa 1, point 10), le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 421.

**Art. 4.** Le livre V du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance dépendance" est modifié comme suit:

1° A l'article 377, alinéa 2, le renvoi aux numéros 1), 2), 3) et 7) à 12) de l'article 1er est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 7) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1er; à l'alinéa 3, le renvoi à l'article 38 est à remplacer par un renvoi à l'article 33; à l'alinéa 4, le renvoi aux numéros 1) à 3) et 6) à 12) de l'article 1er est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1er; à l'alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 425 à 435, 445 et 447.

2° A l'article 383, le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5.

**Art. 5.** Le livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes" est modifié comme suit:

A la suite de l'article 426, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit:

„Par dérogation à l'alinéa 1, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de

trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre sur support informatique.“

L'alinéa 4 actuel devient l'alinéa 5 nouveau.

2° Il est ajouté in fine de l'article 426 un alinéa libellé comme suit:

„Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 1 et 5 au Centre commun par voie électronique.“

**Art. 6.** Le Code du travail est modifié comme suit:

1° L'alinéa 2 du paragraphe 3 de l'article L. 121-6 est complété comme suit:

„Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail cesse pour le salarié en cas de décision de refus émise par la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, qui s'impose à l'employeur. La période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède cesse à l'expiration du délai de recours de quarante jours courant à partir de la notification de la décision de la Caisse nationale de santé à l'assuré. La Caisse nationale de santé informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède est maintenue. Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli en cas de révision de la décision de refus susvisée ayant mis fin au droit, l'employeur en étant informé par la Caisse nationale de santé.“

2° A l'article L. 121-6, paragraphe 5, première phrase, les termes „après l'expiration de la période visée au paragraphe (3), alinéa 1er“ sont remplacés par „après l'expiration des périodes visées au paragraphe (3), alinéas 1 et 2“.

3° L'article L. 351-4, paragraphe (1) et paragraphe (2), alinéa premier sont remplacés comme suit:

„(1) Le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner un examen médical, à effectuer par un médecin du travail de la Direction de la santé, des salariés exposés à l'un des agents visés à l'annexe 5 du présent code.

(2) Si l'examen médical, visé au paragraphe (1), révèle que la santé des salariés est gravement menacée, le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner que le salarié soit temporairement soustrait à l'action d'un agent.“

**Art. 7.** Le chapitre II intitulé „Contrôle médical de la sécurité sociale“ de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale est modifié comme suit:

1° A l'article 5, paragraphe 1, le point 1) intitulé „dans la carrière supérieure de l'administration“ est complété comme suit:

„c) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12  
des psychologues

d) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12  
des conseillers de direction première classe;  
des conseillers de direction;  
des conseillers de direction adjoints;  
des attachés de direction premier en rang;  
des attachés de direction;  
des stagiaires ayant le titre d'attaché de direction.“

2° A l'article 5, paragraphe 1, le point 2) intitulé „dans la carrière moyenne de l'administration“ est modifié comme suit:

Il est inséré entre le point a) et b), qui devient le point c), un nouveau point b) libellé comme suit:

„b) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 10  
des infirmiers gradués“.



3° A l'article 5, paragraphe 2, 1ère phrase, le renvoi au paragraphe 1, sub 1) est remplacé par un renvoi au paragraphe 1, sub 1), points a) à c).

4° Il est inséré un nouvel alinéa 2 à la suite de l'article 5, paragraphe 2, alinéa 1, libellé comme suit:

„Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut général des fonctionnaires de l'Etat, les conditions et modalités d'admission et de nomination aux fonctions désignées au paragraphe 1, sub 1) d) du présent article sont celles qui sont prévues pour le personnel des cadres supérieurs de l'administration gouvernementale.“

Les alinéas 2 à 6 de l'article 5, paragraphe 2 deviennent les alinéas 3 à 7 nouveaux.

5° L'article 6, alinéa 1 est abrogé.

#### **Disposition transitoire**

**Art. 8.** Le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est autorisé à engager à titre permanent et à tâche complète, pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, treize médecins-conseils, un attaché de direction, un pharmacien-inspecteur, cinq psychologues, un infirmier gradué et cinq expéditionnaires.

#### **Entrée en vigueur**

**Art. 9.** La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial.

Luxembourg, le 29 juin 2015

*Le Président-Rapporteur,*  
Georges ENGEL



6656

## Bulletin de Vote (Vote Public)

Page 1/2

Date: 09/07/2015 16:41:35  
 Scrutin: 3  
 Vote: PL 6656 Contr. médical  
 Description: Projet de loi 6656

Président: M. Di Bartolomeo Mars  
 Secrétaire A: M. Frieseisen Claude  
 Secrétaire B: Mme Barra Isabelle

	Oui	Abst	Non	Total
Présents:	54	0	2	56
Procuration:	4	0	0	4
Total:	58	0	2	60

Nom du député	Vote	(Procuration)	Nom du député	Vote	(Procuration)
<b>déi gréng</b>					
M. Adam Claude	Oui		M. Anzia Gérard	Oui	
M. Kox Henri	Oui		Mme Lorsché Josée	Oui	
Mme Loschetter Viviane	Oui		M. Traversini Roberto	Oui	

<b>CSV</b>					
Mme Adehm Diane	Oui		Mme Andrich-Duval Sylv	Oui	
Mme Arendt Nancy	Oui		M. Eicher Emile	Oui	
M. Eischen Félix	Oui		M. Gloden Léon	Oui	
M. Halsdorf Jean-Marie	Oui		Mme Hansen Martine	Oui	
Mme Hetto-Gaasch Franç	Oui		M. Kaes Aly	Oui	
M. Lies Marc	Oui	(Mme Adehm Diane)	Mme Mergen Martine	Oui	
M. Meyers Paul-Henri	Oui		Mme Modert Octavie	Oui	
M. Mosar Laurent	Oui		M. Oberweis Marcel	Oui	
M. Roth Gilles	Oui		M. Schank Marco	Oui	
M. Spautz Marc	Oui		M. Wilmes Serge	Oui	
M. Wiseler Claude	Oui		M. Wolter Michel	Oui	(Mme Mergen Martine)
M. Zeimet Laurent	Oui				

<b>LSAP</b>					
M. Angel Marc	Oui	(Mme Hemmen Cécile)	M. Arndt Fränk	Oui	
M. Bodry Alex	Oui		Mme Bofferding Taina	Oui	
Mme Burton Tess	Oui		M. Cruchten Yves	Oui	
Mme Dall'Agnol Claudia	Oui		M. Di Bartolomeo Mars	Oui	
M. Engel Georges	Oui		M. Fayot Franz	Oui	
M. Haagen Claude	Oui		Mme Hemmen Cécile	Oui	
M. Negri Roger	Oui				

<b>DP</b>					
M. Arendt Guy	Oui		M. Bauler André	Oui	
M. Baum Gilles	Oui		Mme Beissel Simone	Oui	
M. Berger Eugène	Oui		Mme Brasseur Anne	Oui	
M. Delles Lex	Oui		Mme Elvinger Joëlle	Oui	
M. Graas Gusty	Oui		M. Hahn Max	Oui	
M. Krieps Alexander	Oui	(M. Graas Gusty)	M. Mertens Edy	Oui	
Mme Polfer Lydie	Oui				

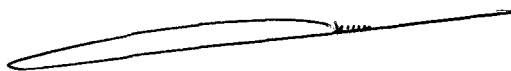
<b>ADR</b>					
M. Gibéryen Gast	Oui		M. Kartheiser Fernand	Oui	
M. Reding Roy	Oui				

<b>déi Lénk</b>					
M. Urbany Serge	Non		M. Wagner David	Non	

Le Président:



Le Secrétaire général:



Date: 09/07/2015 16:41:35

Scrutin: 3

Vote: PL 6656 Contr. médical

Description: Projet de loi 6656

Président: M. Di Bartolomeo Mars

Secrétaire A: M. Frieseisen Claude

Secrétaire B: Mme Barra Isabelle

	Oui	Abst	Non	Total
Présents:	54	0	2	56
Procuration:	4	0	0	4
Total:	58	0	2	60

n'ont pas participé au vote:

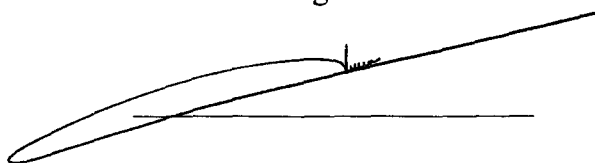
Nom du député

Le Président:



Nom du député

Le Secrétaire général:



6656/08

**N° 6656<sup>8</sup>**

**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2014-2015

---

**PROJET DE LOI**

**modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale et modifiant:**

- 1. le Code de la sécurité sociale;**
- 2. le Code du travail;**
- 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre  
du personnel des administrations, des services et des juri-  
dictions de la sécurité sociale**

\* \* \*

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

(17.7.2015)

*Le Conseil d'Etat,*

appelé par dépêche du Premier Ministre, Ministre d'Etat, du 10 juillet 2015 à délibérer sur la question de dispense du second vote constitutionnel du

**PROJET DE LOI**

**modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale et modifiant:**

- 1. le Code de la sécurité sociale;**
- 2. le Code du travail;**
- 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre  
du personnel des administrations, des services et des juri-  
dictions de la sécurité sociale**

qui a été adopté par la Chambre des députés dans sa séance du 9 juillet 2015 et dispensé du second vote constitutionnel;

Vu ledit projet de loi et les avis émis par le Conseil d'Etat en ses séances des 11 novembre 2014 et 19 mai 2015;

*se déclare d'accord*

avec la Chambre des députés pour dispenser le projet de loi en question du second vote prévu par l'article 59 de la Constitution.

Ainsi décidé en séance publique du 17 juillet 2015.

*Le Secrétaire général,*

Marc BESCH

*La Présidente,*

Viviane ECKER

CTIE – Division Imprimés et Fournitures de bureau







## Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

### Procès-verbal de la réunion du 29 juin 2015

#### Ordre du jour :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 24 juin 2015
2. 6555 Projet de loi portant modification du Code du Travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe  
- Rapporteur : Monsieur Frank Arndt  
  
- Présentation et adoption d'un projet de rapport
3. 6656 Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :
  1. le Code de la sécurité sociale ;
  2. le Code du travail ;
  3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale- Rapporteur : Monsieur Georges Engel  
  
- Présentation et adoption d'un projet de rapport

\*

Présents : M. Gérard Anzia, M. Frank Arndt, M. André Bauler, Mme Taina Bofferding, M. Félix Eischen, Mme Joëlle Elvinger, M. Georges Engel, M. Aly Kaes, M. Alexander Krieps, M. Serge Wilmes

M. Nicolas Schmit, Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire

M. Tom Dominique, Ministère de la Sécurité sociale

M. Joseph Faber, Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire

Mme Pascale Speltz, Inspection générale de la Sécurité sociale

Dr Gérard Holbach, Contrôle médical de la sécurité sociale

Mme Tania Sonnetti, Administration parlementaire

\*

Présidence : M. Georges Engel, Président de la Commission

\*

**1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 24 juin 2015**

Ce point est reporté à une date ultérieure.

**2. 6555 Projet de loi portant modification du Code du Travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe**

Monsieur le Rapporteur présente succinctement son projet de rapport, pour les détails duquel il est renvoyé au courrier électronique n° 148112.

Suite à sa présentation, les membres de la commission adoptent à l'unanimité le projet de rapport.

**3. 6656 Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :**  
**1. le Code de la sécurité sociale ;**  
**2. le Code du travail ;**  
**3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale**

Suite à une brève présentation par le Rapporteur, pour le détail de laquelle il est renvoyé au courrier électronique n° 148162, le projet de rapport est approuvé à l'unanimité des membres présents.

Luxembourg, le 29 juin 2015

Le Secrétaire-administrateur,  
Tania Sonnetti

Le Président,  
Georges Engel





## Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

### Procès-verbal de la réunion du 24 juin 2015

#### Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 4 et 25 mars 2015, des 11 et 18 mai 2015, des 30 avril et 22 mai 2015 (réunions jointes avec la Commission de l'Economie et la Commission des Finances et du Budget), du 30 avril 2015 (réunion jointe avec la Commission du Développement durable) et du 18 mai 2015 (réunion jointe avec la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports)
2. 6545 Projet de loi portant réforme du dialogue social à l'intérieur des entreprises et modifiant le Code du travail et la loi modifiée du 19 décembre 2002 concernant le Registre de Commerce et des Sociétés ainsi que la comptabilité et les comptes annuels des entreprises  
- Rapporteur : Monsieur Frank Arndt  
  
- Examen du deuxième avis complémentaire du Conseil d'État  
- Présentation et adoption d'un projet de rapport
3. Réintégration de Madame Mariette Scholtus à la tête de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM)(demande du groupe politique CSV du 8 mai 2015)
4. 6656 Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :
  1. le Code de la sécurité sociale ;
  2. le Code du travail ;
  3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale- Rapporteur : Monsieur Georges Engel  
  
- Examen de l'avis complémentaire du Conseil d'État
5. Echange de vues avec M. le Ministre de la Sécurité sociale sur le plan social auprès de "Hëllef doheem" (demande de la sensibilité politique déi Lénk du 31 mai 2015)
6. Divers

\*

Présents : Mme Diane Adehm remplaçant M. Paul-Henri Meyers, M. Gérard Anzia, M. Frank Arndt, M. André Bauler, Mme Taina Bofferding, M. Félix Eischen, Mme Joëlle Elvinger, M. Georges Engel, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Aly Kaes, M. Alexander Kriepps, M. Marc Spautz, M. Serge Urbany, M. Serge Wilmes

M. Nicolas Schmit, Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire

M. Romain Schneider, Ministre de la Sécurité sociale

M. Gary Tunsch, Mme Nadine Welter, Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire

M. Tom Dominique, Ministère de la Sécurité sociale

Mme Pascale Speltz, Inspection générale de la Sécurité sociale

Dr Gérard Holbach, Contrôle médical de la sécurité sociale

Mme Tania Sonnetti, Administration parlementaire

\*

Présidence : M. Georges Engel, Président de la Commission

\*

**1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions des 4 et 25 mars 2015, des 11 et 18 mai 2015, des 30 avril et 22 mai 2015 (réunions jointes avec la Commission de l'Economie et la Commission des Finances et du Budget), du 30 avril 2015 (réunion jointe avec la Commission du Développement durable) et du 18 mai 2015 (réunion jointe avec la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports)**

Les projets de procès-verbal sous-rubrique sont adoptés par les membres de la commission.

**2. 6545 Projet de loi portant réforme du dialogue social à l'intérieur des entreprises et modifiant le Code du travail et la loi modifiée du 19 décembre 2002 concernant le Registre de Commerce et des Sociétés ainsi que la comptabilité et les comptes annuels des entreprises**

Monsieur le Rapporteur présente succinctement son projet de rapport ainsi que quelques modifications rédactionnelles à apporter au projet de rapport envoyé par courrier électronique aux membres de la commission en vue de la présente réunion (n° 148112). Un document contenant les propositions de modification est distribué aux membres séance tenante (en annexe).

La commission décide par ailleurs qu'il y a lieu d'informer le Conseil d'État par écrit qu'elle a procédé à deux redressements dans le texte coordonné définitif à soumettre au vote de la Chambre des Députés, à savoir :

1) En premier lieu, au paragraphe (2) de l'article L. 412-2, le quatrième alinéa doit se lire comme suit:

"Si le nombre total à désigner dépasse celui des conseillers ainsi nommés, la délégation du personnel peut approuver des conseillers supplémentaires dans les limites de ~~l'alinéa 1~~ **du paragraphe 1.**"

Le redressement de cette référence s'impose suite au réagencement des différents paragraphes de l'article L. 412-2 dans le cadre des amendements parlementaires du 22 janvier 2015.

2) Ensuite, à l'article 5 concernant l'entrée en vigueur du projet de loi, la commission s'est ralliée à la modification du libellé de l'alinéa 2 telle que proposée par le Conseil d'État, étant entendu toutefois que les articles visés par cet alinéa sont les articles L. 411-3, **L. 414-4** à L. 414-13 et L. 416-1 de l'article premier ainsi que les articles 3 et 4. Par conséquent, l'alinéa 2 de l'article 5 prend la teneur suivante:

"L'entrée en vigueur des articles L. 411-3, **L. 414-4** à L. 414-13 et L. 416-1 de l'article premier ainsi que des articles 3 et 4 est fixée aux élections suivant l'entrée en vigueur de la loi."

La commission considère qu'il s'agit en l'occurrence de deux redressements d'ordre strictement matériel ne constituant pas des amendements proprement dits; elle tient à en informer le Conseil d'État avant le vote du projet de loi dans la séance publique du 2 juillet prochain.

Sous réserve de ces redressements, les membres de la commission adoptent le projet de rapport avec 7 voix pour (M. Gérard Anzia, M. Frank Arndt, M. André Bauler, Mme Taina Bofferding, Mme Joëlle Elvinger, M. Georges Engel, M. Alexander Krieps) contre 6 abstentions (M. Félix Eischen, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Aly Kaes, M. Marc Spautz, M. Serge Urbany, M. Serge Wilmes).

Quant au temps de parole, il est proposé à la Conférence des Présidents de retenir le modèle 2.

Le représentant de la sensibilité politique déi Lénk rappelle qu'une proposition de loi concernant des mesures à prendre contre les licenciements économiques abusifs a été déposée par Monsieur André Hoffman en séance publique du 17 novembre 2009, déclarée recevable et transmise au Gouvernement le premier décembre 2009. L'avis commun de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers a été rendu le 4 février 2013, celui du Conseil d'État le 12 juillet 2013 et celui de la Chambre des Salariés le 23 avril 2013.

L'on attend encore l'avis du gouvernement. Le représentant de la sensibilité politique déi Lénk souhaite présenter cette proposition de loi dans le cadre d'une réunion de la commission dans les meilleurs délais. A défaut d'une prise de position gouvernementale, il souhaite une discussion de la proposition de loi en séance publique.

Monsieur le Ministre, tout en affirmant que le gouvernement est disposé à donner un avis, relève que le comité pour l'emploi est en train de mener des discussions relatives au volet « licenciement » parallèlement à celles relatives à la loi PANC. Il suggère d'attendre la finalisation des discussions (qui devraient être terminées d'ici fin d'année) avant d'aborder la proposition de loi précitée.

Suite à une question d'un membre de la commission, Monsieur le Ministre répond que la nouvelle tâche européenne lui confiée lors de la présidence luxembourgeoise – il remplace le ministre des Affaires étrangères comme représentant du Conseil européen auprès du

Parlement européen lors de la présidence luxembourgeoise du Conseil de l'UE – n'a et n'aura certainement pas un effet négatif sur son travail en tant que Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire

**3. Réintégration de Madame Mariette Scholtus à la tête de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) (demande du groupe politique CSV du 8 mai 2015)**

Par courrier du 8 mai 2015, le groupe politique CSV a demandé de mettre à l'ordre du jour de la réunion de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale du lundi, 11 mai 2015 la réintégration de Madame Scholtus à la tête de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) et d'inviter à cette réunion Monsieur le Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire pour évoquer le sujet en sa présence.

A rappeler que cette demande n'a pas pu être traitée au cours de la réunion du 11 mai 2015, alors que Monsieur le Ministre a dû s'absenter de cette réunion prématurément pour d'autres obligations professionnelles.

La situation a changé depuis : Madame Scholtus a entretemps une nouvelle fois été évincée de la direction de l'ADEM au profit de Madame Schlosser. Madame Scholtus a déclaré respecter la décision du gouvernement, même si elle l'a jugée injuste.

Le représentant du groupe politique CSV constate dès lors que la demande de son groupe politique est devenue superfétatoire, tout en relevant que le gouvernement a pris cette décision avant d'en venir discuter à la Chambre des députés. Il s'agit certes d'un choix parfaitement légal, or il regrette que la Chambre des députés n'ait pas été tenue au courant de l'évolution de la situation.

Monsieur le Ministre rappelle qu'aux termes de l'article 35 de la Constitution, le Grand-Duc nomme aux emplois civils et militaires conformément à la loi et sauf les exceptions établies par elle; le pouvoir de nomination du Grand-Duc ne connaît donc pas d'autres limitations que celles qui résultent de la loi. Il n'y a pas de pouvoir d'immixtion du pouvoir législatif.

Monsieur le Ministre précise d'ailleurs que pour des raisons de temps, il n'a malheureusement pas été possible de tenir la commission plus tôt au courant de l'évolution du dossier.

Il est rappelé qu'il ressort de l'arrêt de la Cour administrative du 5 mai 2015 (numéro 35722C du rôle) ayant annulé l'arrêté grand-ducal du 21 juillet 2012 portant nomination de Madame Schlosser comme premier conseiller de gouvernement au ministère du Travail et de l'Emploi pour une période de sept ans à partir du 1er septembre 2012, annulation qui a pour effet que Madame Scholtus recouvre la qualité de directrice de l'ADEM qu' « *Une garantie essentielle des droits de l'administré, à savoir de ne pas être pris par surprise en cas de décision affectant ses droits et de pouvoir disposer d'un délai utile pour présenter ses observations préalablement à la prise de la décision envisagée, ayant été violée lors de la procédure tendant à nommer Madame ... premier conseiller de gouvernement, entraînant sa démission de la fonction de directrice de l'ADEM, cette procédure est à considérer comme viciée et comme devant entraîner l'annulation de la décision prise à l'issue de cette procédure.* »

La commission est informée que cette fois les délais imposés en la matière ont été scrupuleusement respectés et que l'affaire est a priori définitivement réglée.



Il est encore relevé que dès le début, il a été clair que la réintégration de Madame Scholtus ne devrait être que provisoire. De son côté, Madame Scholtus a accepté cette décision et a affirmé ne plus compter introduire de recours contre sa deuxième éviction du 5 juin 2015. Elle est par conséquent redevenue première conseillère de gouvernement au ministère du Travail.

Le représentant du groupe politique CSV ne critique pas la décision en soi mais la façon de procéder du gouvernement, respectivement la gestion de l'affaire ainsi que le retentissement médiatique. Cette affaire aurait pu être traitée de façon plus discrète. Par ailleurs, l'on aurait souhaité que Monsieur le Ministre ait expliqué plus tôt aux membres de la commission les tenants et les aboutissants de l'affaire Scholtus.

Monsieur le Ministre donne à considérer qu'ayant exercé la fonction de première conseillère de gouvernement, Madame Scholtus a elle-même insisté pour reprendre immédiatement la fonction de directrice, tout en sachant que ce n'était probablement que pour une courte période. Certes vouloir retourner à son ancien poste est tout à fait légitime, or il n'a pas été apprécié qu'elle avait aussitôt demandé à pouvoir retrouver ses sièges dans les conseils d'administration des CFL et du Fonds national de solidarité.

**4. 6656 Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :**  
**1. le Code de la sécurité sociale ;**  
**2. le Code du travail ;**  
**3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale**

Préalablement la commission est informée que les projets de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale ainsi que celui relatif au reclassement figureront probablement à l'ordre du jour de la séance publique du 9 juillet 2015.

Monsieur le Ministre expose brièvement l'état d'avancement du dossier, avant de procéder succinctement à l'analyse de l'avis complémentaire du Conseil d'État sur les amendements parlementaires du 19 mai 2015, qui se présentent comme suit :

**Amendement 1 - Article 418**

La reformulation de l'article 418 telle que proposée par les auteurs trouve l'accord du Conseil d'État dans son avis complémentaire.

**Amendement 2 - Article 419**

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État constate qu'avec cet amendement, la commission le suit pour reformuler l'article 419, à l'exception de l'alinéa 1er, qui est maintenu dans la teneur initiale du projet de loi.

La commission souhaite éviter tout amalgame entre les règlements grand-ducaux et les statuts avec le terme générique de „règlements“, en arguant qu’il s’agit de normes revêtant un rang différent dans la hiérarchie des normes.

Les „statuts“ de l’établissement public „Caisse nationale de santé“ sont à considérer comme des règlements au sens de l’article 108bis de la Constitution. Les établissements publics peuvent se voir investir par la loi d’un pouvoir réglementaire qui est tributaire du principe de spécialité dans leur domaine de compétence et qui reste réservé à des mesures de détail précises, de nature technique et à portée pratique, facilitant la mise en oeuvre des normes établies par la loi et, le cas échéant, le règlement grand-ducal.

Etant donné que les établissements publics ne peuvent être chargés que de prendre des règlements d’„exécution“, à l’instar du pouvoir réglementaire d’exécution du Grand-Duc, ils ne sauraient se voir conférer le pouvoir d’édicter des règlements à l’effet de déroger à des lois, voire de compléter celles-ci.

Le terme de règlement peut être utilisé pour désigner aussi bien les règlements grand-ducaux que les règlements d’exécution d’un établissement public. Depuis la révision constitutionnelle du 19 novembre 2004, l’expression „statuts“ n’est pas conforme à la terminologie employée par le constituant. Le Conseil d’État estime qu’un toilettage du texte s’impose à travers le Code de la sécurité sociale, afin de remplacer les termes „lois, règlements ou statuts“ par ceux de „lois et règlements“.

La commission prend acte de ces considérations générales du Conseil d’État. Tout en renvoyant aux discussions menées dans ce cadre à des réunions antérieures, il est retenu de maintenir la formulation du texte amendé.

### **Amendement 3 - Article 420**

Dans son avis complémentaire, le Conseil d’État constate que cet amendement reformule l’article 420. Le Conseil d’État renvoie à son observation faite à l’endroit de l’amendement 2.

La commission en prend note.

### **Amendement 4 - Article 421**

Dans son avis supplémentaire, le Conseil d’État relève que cet amendement reprend les propositions du Conseil d’État, à l’exception de l’alinéa 1er, maintenu dans la teneur initiale du projet de loi et de l’alinéa 4. Le libellé de l’alinéa 4 trouve l’accord du Conseil d’État, quant à l’alinéa 1er, il est renvoyé aux observations faites à l’endroit de l’amendement 2.

La commission n’a pas d’observations particulières à formuler à cet égard.

### **Amendement 5 - Article 4 (article 6 du texte gouvernemental)**

Dans son avis complémentaire, le Conseil d’État constate que cet amendement qui apporte les corrections nécessaires aux renvois vers d’autres articles du Code de la sécurité sociale prévus à l’article 377 ne donne pas lieu à observation.

### **Amendement 6 - Article 7 (article 9 du texte gouvernemental)**

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État relève que cet amendement introduit trois nouveaux points 3°, 4° et 5° à l'article 9 du projet de loi, devenu le nouvel article 7 dans le texte coordonné, afin de tenir compte des modifications apportées dans la carrière supérieure administrative auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale. Au point 4°, le Conseil d'État propose de supprimer le bout de phrase in fine „; *pour autant qu'il s'agit (...)*“, alors qu'il est superfétatoire.

La commission décide de suivre le Conseil d'État et de supprimer ce bout de phrase.

### **Amendement 7 - Article 8 (article 10 du texte gouvernemental)**

A l'article 10 du projet de loi, qui est devenu le nouvel article 8, les termes „quinze médecins-conseils“ sont remplacés par les termes „treize médecins-conseils“.

L'article VII de la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ayant d'ores et déjà autorisé le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions à engager, au courant de l'exercice 2014 et en attendant le vote de la présente loi, deux médecins-conseils pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, le nombre des médecins-conseils figurant à l'article 8 est ramené à treize.

Dans son avis complémentaire, le Conseil d'État n'a pas d'observations particulières à faire.

\*

Le représentant de la sensibilité politique déi Lénk attire l'attention sur la problématique dite « des 52 semaines », déjà abordée dans des réunions précédentes. En effet, l'article L. 125-4. (2) du Code du travail dispose que « le contrat de travail cesse de plein droit (...) le jour de l'épuisement des droits du salarié à l'indemnité pécuniaire de maladie lui accordée conformément à l'article 9, alinéa 1 du Code des assurances sociales ». Or, selon l'article 14 du Code de la sécurité sociale, « le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines ».

Il s'agit de trouver une solution permettant de surmonter la phase de transition concernant le cas des assurés dont l'incapacité de travail dépasse les cinquante-deux semaines (salariés atteints d'une maladie grave en rémission) et qui nécessitent un temps plus long pour pouvoir reprendre leur travail, mais qui disposent néanmoins d'une perspective réelle de pouvoir retourner en temps utile à leur poste de travail.

Suite à une proposition d'amendement d'un membre de la commission visant à régler la question à travers une invalidité temporaire durant laquelle le contrat de travail serait suspendu, la commission a été informée que ces questions ont été et continueront à être discutées au Comité permanent du Travail et de l'Emploi.

Lors de la réunion du Comité permanent du Travail et de l'Emploi (CPTÉ) du 3 mars 2015, le Ministre de la Sécurité sociale a présenté une première base de discussion en vue d'assurer le maintien du contrat de travail pour un assuré en état d'incapacité de travail au-delà de 52 semaines, s'il est susceptible de reprendre son ancien poste de travail dans un délai prévisible.

Par la suite, le sujet a été mis à l'ordre du jour du groupe de travail tripartite « protection sociale » du 30 mars 2015 qui, après un échange de vues, a proposé une solution alternative qui consiste à prévoir une prolongation exceptionnelle et temporaire de l'indemnité pécuniaire de maladie au-delà de la limite de 52 semaines sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) et en accord avec l'employeur. Les partenaires sociaux ont décidé de poursuivre les discussions relatives à cette proposition au niveau du Comité directeur de la Caisse nationale de santé (CNS).

Cette approche a été validée dans la réunion tripartite entre le Gouvernement et les partenaires sociaux du 24 avril 2015 en vue de présenter une solution finalisée lors de la prochaine consultation tripartite en octobre 2015. Actuellement, les démarches nécessaires sont déployées au niveau de la CNS pour résoudre les problèmes décrits et contrecarrer d'éventuels cas de rigueur sur base de la dernière phrase du paragraphe (2) de l'article 14 du Code de la sécurité sociale, qui prévoit au sujet du droit à l'indemnité pécuniaire que « les statuts peuvent définir des situations particulières pour lesquelles la limite et la période de référence sont adaptées ».

Quant à la mise en œuvre pratique, il est soulevé qu'un toilettage de divers textes s'imposera dans le domaine de la sécurité sociale et la commission est informée que l'on songe à procéder par le biais d'un « Omnibusgesetz ». Préalablement un accord au niveau de la CNS est cependant indispensable.

Un membre de la commission relève qu'il y a 3 volets à distinguer, à savoir le maintien du contrat de travail, la continuation du paiement de l'indemnité pécuniaire ainsi que le maintien du poste de travail. Le volet qui poserait particulièrement problème serait le troisième volet, c'est-à-dire la réintégration au dernier poste de travail et ce notamment si la personne concernée a travaillé dans une entreprise de petite taille. De même, il y a lieu de définir clairement les personnes susceptibles de tomber dans le champ d'application de ces nouvelles dispositions.

Il est relevé que le projet de loi sous examen permettra justement au Contrôle médical d'intervenir déjà en temps utile. Par ailleurs, une révision des dispositions actuelles du Code de la sécurité sociale en ce qui concerne les pouvoirs du Contrôle médical dans le sens d'un renforcement de ses missions actuelles d'évaluation et de contrôle tant des assurés que des prestataires, mais aussi d'un élargissement de ses pouvoirs en lui conférant une mission de conseiller tant les assurés que la Caisse nationale de santé est prévue.

D'où l'importance de traiter le projet de loi relatif au Contrôle médical ensemble avec celui portant réforme du dialogue social à l'intérieur des entreprises et modifiant le Code du travail et la loi modifiée du 19 décembre 2002 concernant le Registre de Commerce et des Sociétés ainsi que la comptabilité et les comptes annuels des entreprises.

Un membre de la commission souligne l'importance d'adapter le nouveau système individuellement. L'option de retourner au dernier poste de travail - une source de motivation pour les personnes malades souhaitant reprendre leur travail - doit rester ouverte. A noter que les risques d'abus sont relativement faibles : en effet, les personnes qui ne sont pas intéressés ou ne sont pas en mesure de reprendre leur ancien poste de travail, tentent plutôt de bénéficier d'une pension d'invalidité.

Certes s'il s'avérera certainement plus difficile pour les petites entreprises que pour les grandes entreprises d'assurer le maintien du poste de travail, l'objectif principal en l'occurrence étant de maintenir l'option d'une reprise ouverte indépendamment de la capacité de l'employeur.

\*

Concernant l'article 7 du projet de loi amendé envisageant de modifier l'article 5 du chapitre II intitulé „Contrôle médical de la sécurité sociale“ de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, il est proposé par un représentant gouvernemental de supprimer les points 1 à 4 de l'article 7 du projet de loi amendé, alors que l'article 5 de la loi modifiée du 15 décembre 1993 précitée a été entretemps modifié dans le cadre de la loi du 25 mars 2015 modifiant notamment la loi modifiée du 9 décembre 2005 déterminant les conditions et modalités de nomination de certains fonctionnaires occupant des fonctions dirigeantes dans les administrations et services de l'Etat. Cette proposition est à vérifier par les représentants gouvernementaux avant de l'intégrer le cas échéant dans le projet de rapport et d'en informer le Conseil d'État.<sup>1</sup>

\*

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale signale aux membres de la commission que pour des raisons d'ordre professionnel il ne pourra pas être présent à la réunion du 29 juin 2015, à l'ordre du jour de laquelle figureront la présentation et l'adoption des projets de rapport du projet de loi 6555 portant modification du Code du Travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe et du projet de loi 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale. Monsieur le Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire sera cependant présent.

#### **5. Echange de vues avec M. le Ministre de la Sécurité sociale sur le plan social auprès de "Hëllef doheem" (demande de la sensibilité politique déi Lénk du 31 mai 2015)**

Par courrier électronique du 31 mai 2015, parvenu aux membres de la commission le 1<sup>er</sup> juin 2015, la sensibilité politique déi Lénk a demandé la mise à l'ordre du jour de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale d'un point relatif au plan social auprès de « Hëllef doheem ».

En effet, selon des informations de presse du samedi 30 mai 2015, il serait procédé prochainement à l'ouverture de négociations pour un plan social auprès de l'a.s.b.l. "Hëllef doheem", mettant en cause 90 emplois et laissant prévoir la fermeture de plusieurs établissements dans le domaine des soins.

Ces difficultés sont attribuées par le prestataire en question à la politique de financement de ses prestations alors que des réactions syndicales n'acceptent pas les licenciements collectifs annoncés, laissent entendre des fautes dans la gérance de l'asbl "Hëllef doheem".

Comme le Gouvernement est en phase de préparation d'une réforme de l'assurance dépendance, la sensibilité politique déi Lénk souhaite connaître du Ministre de la Sécurité sociale son attitude vis-à-vis de la problématique annoncée qui risque non seulement de causer de graves problèmes aux salariés concernés, mais qui pourrait également préfigurer une évolution régressive dans un secteur de l'économie d'une importance grandissante.

---

<sup>1</sup> Au vu du fait que la loi du 25 mars 2015 précitée n'entrera en vigueur que le premier jour du septième mois qui suit celui de sa publication au Mémorial, soit le 1<sup>er</sup> octobre 2015, la modification de l'article 5 proposée par le présent projet de loi reste par conséquent nécessaire. Par conséquent, la proposition précitée du représentant gouvernemental est sans objet.

En ce qui concerne le volet relatif à la réforme structurelle de l'assurance dépendance annoncée visant à permettre la maîtrise globale de l'évolution des dépenses et des prestations en vue d'une pérennisation du système, Monsieur le Ministre relève que le dépôt du projet de loi est prévu au courant de l'année 2016 et que l'entrée en vigueur est prévue pour 2017.

En ce qui concerne le volet relatif à la « Stëftung Hëllef Doheem », Monsieur le Ministre rappelle que la décision d'un plan social concernant 90 salariés a été justifiée par l'association par des décisions prises par le Gouvernement dans le cadre du pacte d'avenir, à savoir le maintien du gel des valeurs monétaires et l'application plus restrictive par la Cellule d'évaluation et d'orientation des standards d'octroi des prestations à partir de 2015.

Cependant, un état des lieux a révélé que ce recentrage au niveau des standards d'octroi et de détermination des prestations n'a pas abouti à des coupures substantielles au niveau des prestations. En effet, à noter que la « Stëftung Hëllef Doheem » a enregistré un déficit de 3,2 millions d'euros en 2014, tandis les décisions annoncées par le Gouvernement dans le cadre du pacte d'avenir ne s'appliqueront qu'à partir de 2015. D'ailleurs, il y a lieu de souligner que les prestataires étaient au courant du gel des valeurs monétaires depuis 2013.

Une analyse des chiffres de la « Stëftung Hëllef Doheem » a révélé que les problèmes financiers sont plutôt la conséquence d'une politique peut-être trop généreuse en matière d'engagements de nouveau personnel et du financement d'un nouvel outil informatique. D'ailleurs les dirigeants de Hëllef Doheem ont estimé réaliser une hausse annuelle continue de 5% des prestations en matière de soins alors que cette hausse ne s'avère en réalité être que de 2,3% par an.

Dès que Monsieur le Ministre a eu connaissance des problèmes financiers, il a instauré une plate-forme regroupant des représentants de son département et des services y rattachés et des délégués de deux réseaux universels, dont la Stëftung Hëllef Doheem, mandatée pour analyser la problématique et déterminer à brève échéance des solutions à la problématique dans le contexte juridique actuel.

Dans le cadre d'une médiation récente mise en œuvre sur mandat du Gouvernement, les ministres de la Sécurité sociale, de la Famille et du Travail et de l'Emploi, les syndicats et la Stëftung Hëllef Doheem ont convenu que le prestataire suspend la procédure engagée du plan social. Une seconde réunion intermédiaire de conciliation entre la direction de la Stëftung Hëllef Doheem, les syndicats et le Gouvernement aura lieu le vendredi 26 juin 2015.

Pour résoudre les difficultés et problèmes avancés à long terme, le Gouvernement s'engage à prévoir une rétribution financière des efforts réalisés par le réseau concernant le déploiement de l'outil informatique précité et pour honorer son engagement relatif à la prestation d'un service universel.

Monsieur le Ministre a fait savoir qu'il souhaite auparavant recevoir un dossier complet sur ce nouvel outil informatique. Il précise qu'en cas d'une éventuelle compatibilité, il est envisagé d'intégrer cet outil dans le cadre de l'agence e-Santé.

D'ailleurs, il y a lieu de mieux cibler les prestations tout en tenant compte des besoins des bénéficiaires. Une universalisation des services couverts au niveau national est planifiée. A noter qu'à l'état actuel les services sont prestés ponctuellement entre les différents acteurs du secteur.

L'objectif est de fixer la « valeur monétaire », qui permettra ensuite de déterminer le tarif de chacun des actes d'aides ou de soins.

La réforme annoncée de l'assurance dépendance tend d'ailleurs à consolider la gouvernance de l'assurance dépendance à tous les niveaux et vise la création de filières de prise en charge efficaces et une meilleure coordination autour de la personne.

Monsieur le Ministre informe la commission qu'il a récemment eu au sein de la CNS une entrevue avec l'ensemble des acteurs du terrain concernant les rectifications à envisager suite aux nouvelles évaluations et orientations des standards d'octroi des prestations. La CNS a la mission de faire une analyse jusqu'à fin juin 2015 concernant l'évaluation des différents actes/ minutes accordés dans le cadre des établissements ainsi qu'en ce qui concerne les bénéficiaires à domicile. Par après un échange de vues ainsi qu'une évaluation sont prévus en collaboration avec la Confédération des Prestataires d'Aides et de Soins (« COPAS »).

Il est important de recentrer l'assurance dépendance sur les principes de base, le service d'aides et soins de qualité dans le domaine des actes essentiels de la vie (AEV) et la priorité du maintien à domicile.

Tout en saluant l'analyse effectuée et les démarches annoncées par le Gouvernement, le représentant de la sensibilité politique déi Lénk souhaite l'établissement d'un bilan intermédiaire quant à l'impact du pacte d'avenir ainsi que concernant l'incidence de la concurrence prévalant dans le secteur. Ce bilan permettrait également de constituer une base solide en vue des discussions à mener dans le cadre de la réforme annoncée.

A une remarque afférente, le Ministre relève que si le maintien à domicile continue à être privilégié par rapport à l'hébergement en établissement d'aides et de soins (2/3 contre 1/3 des bénéficiaires), il y a lieu de constater que les prestations facturées et les frais dans le cadre des établissements ont augmenté plus fortement que ceux notés dans le cadre des bénéficiaires à domicile au cours des dernières années.

A noter encore que l'État participe à hauteur de 40% au financement de l'assurance dépendance qui, comme toute la Sécurité sociale, correspond à un service public essentiel de l'État.

## **6. Divers**

Monsieur le Président de la commission informe la commission que le 15 juillet 2015 à 11h00, Monsieur le Président de la Chambre des Députés recevra M. Carlos Silva, Secrétaire général du syndicat portugais UGT, entrevue à laquelle le Président de la commission participe lui-même. Il est également souhaité qu'un membre de l'opposition participe à l'entretien.

Monsieur Ali Kaes se déclare intéressé à y participer.

Le Secrétaire-administrateur,  
Tania Sonnetti

Le Président,  
Georges Engel







## Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

### Procès-verbal de la réunion du 04 mars 2015

#### Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions du 28 janvier 2015 et du 11 février 2015
  2. 6656 Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :
    1. le Code de la sécurité sociale ;
    2. le Code du travail ;
    3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale- Rapporteur : Monsieur Georges Engel
- Continuation de l'examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'État  
- Adoption des propositions d'amendements

\*

Présents : Mme Diane Adehm remplaçant M. Serge Wilmes, M. Frank Arndt, M. André Bauler remplaçant M. Alexander Krieps, M. Yves Cruchten remplaçant Mme Taina Bofferding, Mme Joëlle Elvinger, M. Georges Engel, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Aly Kaes, Mme Josée Lorsché, M. Edy Mertens, M. Paul-Henri Meyers, M. Marc Spautz, M. Serge Urbany

M. Romain Schneider, Ministre de la Sécurité sociale

Dr Gérard Holbach, Contrôle médical de la sécurité sociale  
Mme Pascale Speltz, Inspection générale de la Sécurité sociale

Mme Tania Sonnetti, Administration parlementaire

\*

Présidence : M. Georges Engel, Président de la Commission

\*

**1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions du 28 janvier 2015 et du 11 février 2015**

Les projets de procès-verbal des réunions du 28 janvier 2015<sup>1</sup> et du 11 février 2015 sont approuvés à l'unanimité moins une abstention, le représentant de la sensibilité politique déi Lénk précisant qu'il ne lui a pas été possible d'étudier les projets de procès-verbal en détail.

**2. 6656 Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :**  
**1. le Code de la sécurité sociale ;**  
**2. le Code du travail ;**  
**3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale**

A titre d'introduction, le Président-rapporteur, M. Georges Engel, rappelle aux membres de la commission qu'ils se sont vu communiquer en tant que documents de travail pour la présente réunion un projet de lettre d'amendements ainsi qu'un nouveau texte coordonné envoyés par courrier électronique le 2 mars 2015 (courrier n°158194).

A titre liminaire, le représentant de la sensibilité politique déi Lénk informe la commission qu'il s'abstiendra au vote du projet de lettre dans son ensemble alors qu'il est d'avis, tout comme la Chambre des salariés, que le projet de loi est prématuré tant que le projet de loi 6555 portant modification du Code du Travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe n'est pas voté, et qu'il estime que le projet de loi précité a également des incidences sur le rôle et les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale.

A cet égard, le rapporteur du projet de loi 6555 précité M. Frank Arndt souligne également qu'il est primordial d'aborder les deux projets de loi conjointement. Idéalement, les deux projets de loi devraient être votés le même jour. Il relève qu'au cours de la présente réunion il présentera une proposition d'amendement supplémentaire, qui se répercutera sur les deux projets de loi.

---

<sup>1</sup> Suite à l'intervention du Dr. Holbach, Médecin-directeur de l'Administration du Contrôle médical de la Sécurité sociale, au cours de la réunion du 11 février 2015, le projet de procès-verbal de la réunion du 28 janvier 2015 a été modifié et complété comme suit :

- A l'endroit de la page 6 la phrase « *A noter qu'à l'état actuel, ce second avis est émis par un des deux médecins qui ont été recrutés suite à/dans le cadre de la transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers* » a été supprimée ;
- à l'endroit de la page 6 le bout de phrase concernant la composition du Contrôle médical est complété comme suit « *A l'heure actuelle, le Contrôle médical est notamment composé de médecins généralistes, d'un cardiologue, de deux chirurgiens (spécialisation « chirurgie générale et traumatologie »), d'un anesthésiste-réanimateur, d'un médecin interniste (spécialisation néphrologie), d'un neurologue, d'un urologue, d'un orthopédiste, d'un médecin du travail et d'un dentiste.* » (idem page 9);
- à l'endroit de la page 7 la phrase « *A noter que les personnes souffrant de maladies psychiques seront dorénavant prises en charge par les psychologues au sein du Contrôle médical de la sécurité sociale, tandis que les médecins-conseils continuent à être responsables des problèmes médicaux.* » et reformulée comme suit « *A noter que les personnes souffrant de maladies psychiques seront dorénavant examinées par un médecin-conseil et, en cas de besoin, orientées ensuite vers un psychologue-conseil au sein du Contrôle médical de la sécurité sociale.* ».

Monsieur le Président rappelle que ce souhait a déjà été émis au cours de la réunion du 11 février 2015 et qu'il a été retenu que les deux projets de loi seraient présentés le même jour en séance publique, voire idéalement votés ensemble.

Il est soulevé que le présent projet de loi n'est pas prématuré alors qu'il faut bien commencer quelque part et qu'il n'est pas possible de procéder à l'examen des deux projets de loi simultanément dans une réunion de la commission.<sup>2</sup>

Le Président-rapporteur procède par la suite à l'examen du projet de lettre au Conseil d'État amendement par amendement (sur base des propositions d'amendements suggérées au cours de la réunion du 11 février 2015) conjointement avec le projet de texte coordonné, pour le détail desquels il est renvoyé aux documents de travail envoyés par courrier électronique ainsi qu'aux explications fournies lors de la réunion du 11 février 2015.

Concernant **l'amendement 6**, et plus particulièrement la proposition de la commission d'ajouter un nouveau point 4° à l'article 9 du texte gouvernemental (nouvel article 7 du projet de loi), le point étant libellé comme suit « 4° Il est inséré un nouvel alinéa 2 à la suite de l'article 5, paragraphe 2, alinéa 1, libellé comme suit :

*"Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut général des fonctionnaires de l'Etat, les conditions et modalités d'admission et de nomination aux fonctions désignées au paragraphe 1, sub 1) d) du présent article sont celles qui sont prévues pour le personnel des cadres supérieurs de l'administration gouvernementale ; pour autant qu'il s'agit de dispositions réglementaires, elles peuvent être modifiées ou complétées par règlement grand-ducal." »*, il est expliqué qu'il s'agit d'une modification de la loi-cadre, qui est nécessaire du fait de l'ajout de la carrière de l'attaché au sein du Contrôle médical de la sécurité sociale.

En ce qui concerne la modification apportée à l'article 5 de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale (l'article 9 du texte gouvernemental (nouvel article 7 du projet de loi) – amendement 6), il est noté que cet article fait également l'objet d'une modification dans le cadre du projet de loi 6459 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat.

Etant consciente d'un éventuel chevauchement avec les amendements du 13 février 2015 dans le cadre du projet de loi 6459 précité, la commission, suite à un bref échange de vues, retient qu'elle procédera au besoin aux modifications qui s'imposeront en vue d'une harmonisation des textes et qu'elle tiendra le Conseil d'État au courant des éventuelles incidences de la réforme de la Fonction publique sur l'article 9 (article 7 nouveau) du présent projet de loi.

Une précision dans ce sens sera à intégrer à l'endroit du commentaire de l'amendement 6 du projet de lettre au Conseil d'État portant transmission de l'ensemble des amendements au projet de loi.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> En ce qui concerne le projet de loi 6555, le Conseil d'État a rendu son avis complémentaire en date du 11 novembre 2014, avis dont l'examen figurera à l'ordre du jour d'une réunion de la commission en date du 1<sup>er</sup> avril 2015.

<sup>3</sup> Note du secrétariat : Le commentaire de l'amendement 6 dans la lettre précitée prend dorénavant la teneur suivante :

*Le présent amendement a pour objet de réparer un oubli lors de l'élaboration du projet de loi. En effet, les précisions apportées par les nouveaux points 3° et 4° à l'article 5, paragraphe 2 s'imposent du fait de l'introduction, par l'article 6, 1° du projet de loi, d'une carrière supérieure administrative auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale. Il convient par ailleurs d'abroger l'article 6, alinéa 1er de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, alors qu'il est incompatible avec les obligations d'indépendance et de neutralité à charge des médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale et que ce texte, en autorisant les médecins-conseils à faire des expertises médicales en nom personnel et en dehors de leur activité de médecin-conseil, est source de*

\*

Suite à l'examen du projet de lettre au Conseil d'État portant transmission de l'ensemble des amendements au projet de loi et du texte coordonné, M. Frank Arndt, représentant du groupe politique LSAP, présente à la commission une proposition d'amendement supplémentaire visant à modifier l'article L. 125-4 du Code du travail, et ceci sur base d'un document distribué séance tenante aux membres de la commission.

Plus particulièrement, il propose de conférer à l'article L. 125-4 du Code du travail la teneur suivante :

**« Art. L. 125-4.**

*Le contrat de travail cesse de plein droit:*

1. *le jour de la décision portant attribution au salarié d'une pension d'invalidité **ne revêtant pas de caractère temporaire**; au cas où le salarié continue à exercer ou reprend une activité professionnelle en conformité avec les dispositions légales régissant la pension d'invalidité, un nouveau contrat de travail peut être conclu;*

2. ***sauf en cas d'attribution d'une pension d'invalidité revêtant un caractère temporaire**, le jour de l'épuisement des droits du salarié à l'indemnité pécuniaire de maladie lui accordée conformément à l'article 9, alinéa 1 du Code ~~des assurances sociales de la sécurité sociale~~;*

3. *pour le salarié qui présente une incapacité d'exercer son dernier poste de travail, le jour de la notification de la décision de la commission mixte retenant un reclassement externe;*

4. *le jour du retrait de la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé à la personne handicapée;*

5. *le jour où la confirmation de la décision de réorientation vers le marché du travail ordinaire est notifiée au salarié handicapé par la Commission d'orientation ou par les juridictions compétentes.*

**Pendant la durée de la pension d'invalidité temporaire visée ci-dessus le contrat de travail est suspendu intégralement.**»

Le représentant du groupe politique LSAP précise que l'article 190 du CSS prévoit qu'à l'expiration du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie accordée conformément aux articles du CSS et en présence d'une invalidité à caractère temporaire le Contrôle médical peut aviser une pension d'invalidité temporaire jusqu'à la convalescence de l'assuré.

Dans ce cas de figure l'article L.125-4 du Code du travail dispose actuellement que le contrat de travail cesse de plein droit, bien que la personne concernée puisse, étant donné le caractère temporaire de l'invalidité, reprendre son ancienne activité professionnelle après le terme de l'invalidité temporaire.

---

*conflits d'intérêts. L'article 6, alinéa 1 peut être complètement abrogé dans la mesure où l'interdiction pour les médecins-conseils d'exercer une activité médicale accessoire résulte également des dispositions de l'article 14 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat.*

*La commission est consciente d'un éventuel chevauchement avec les amendements du 13 février 2015 dans le cadre du projet de loi 6459 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat et procédera au besoin aux modifications qui s'imposeront en vue d'une harmonisation des textes. La commission tiendra le Conseil d'État au courant des éventuelles incidences de la réforme de la Fonction publique sur l'article 9 (article 7 nouveau) du présent projet de loi.*

L'amendement présenté propose dès lors de suspendre le contrat de travail pendant la période d'invalidité à caractère temporaire dans le but de permettre une réinsertion du salarié à son dernier poste de travail après guérison.

Il est souligné que le coût financier à charge de l'employeur dans la proposition d'amendement sera neutre du fait que l'obligation prévue au paragraphe (5) de l'article L. 121-6 du Code du travail, de compléter l'indemnité pécuniaire de maladie jusqu'à parfaire le montant du salaire net expire après les douze mois qui suivent celui de la survenance de l'incapacité de travail. De même et du fait de la suspension du contrat de travail, cette période n'est pas à considérer comme temps de travail et ne donne pas droit au congé payé.

Afin d'assurer une sécurité prévisionnelle pour les employeurs, il incombera au Contrôle médical, dans les limites de ses compétences, de veiller à une application stricte du principe d'invalidité à caractère temporaire, dont l'application consciencieuse sera à vérifier régulièrement.

A noter aussi que l'amendement proposé permettra toujours au Contrôle médical de saisir la Commission mixte afin de procéder soit à un reclassement interne, soit à un reclassement externe, en cas de persistance d'une incapacité pour exécuter les tâches correspondantes au dernier poste de l'assuré.

Par contre si aucune amélioration de l'état de santé n'est à constater et que l'assuré est à considérer comme définitivement invalide au sens de l'article 187 du CSS le contrat de travail cessera de plein droit.

Il est relevé que pour le moment les statuts de la Caisse nationale de santé permettent déjà une dérogation à la cessation du contrat de travail, au-delà de la limite des cinquante-deux semaines pour une ou plusieurs périodes d'incapacité de travail ne dépassant pas au total quatorze jours par mois de calendrier sur avis favorable du Contrôle médical estimant que l'assuré est incapable de travailler sans être atteint d'invalidité permanente ou transitoire, à condition qu'au moment de la survenance de l'incapacité de travail l'assuré ait exercé une activité professionnelle soumise à l'assurance et que la période en question ne donne droit ni à l'octroi d'une rente accident plénière, ni à la conservation légale de la rémunération.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Il est prévu à l'endroit de l'article 186 des Statuts de la Caisse nationale de santé qu' « *Au début de chaque période d'incapacité de travail, il est vérifié pour chaque jour civil de cette incapacité si la limite des cinquante-deux semaines prévues à l'article 14, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale est atteinte. A cet effet, sont totalisées les périodes d'incapacité de travail personnelles ouvrant droit à l'indemnité pécuniaire au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accident ou pendant laquelle cette indemnité était suspendue conformément aux articles 11, alinéas 2 et 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, dans la mesure où ces périodes se situent au cours d'une période de référence antérieure de cent quatre semaines comprenant à la fin le jour considéré. L'indemnité pécuniaire n'est plus due à partir du jour où la durée totale des périodes d'incapacité dépasse cinquante-deux semaines.*

*L'alinéa qui précède s'applique séparément par enfant aux périodes de congé pour raisons familiales pour en déterminer la fin.*

*L'indemnité pécuniaire accordée aux non-salariés reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. L'indemnité pécuniaire est de nouveau suspendue au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte.*

*A la demande écrite de l'assuré, l'indemnité pécuniaire est accordée, par dérogation à l'alinéa 1er qui précède, au-delà de la limite des cinquante-deux semaines pour une ou plusieurs périodes d'incapacité de travail ne dépassant au total pas quatorze jours par mois de calendrier sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale estimant que l'assuré est incapable de travailler sans être atteint d'invalidité permanente ou transitoire, à condition qu'au moment de la survenance de l'incapacité de travail l'assuré ait exercé une activité*

Le représentant du groupe politique LSAP tient finalement à souligner que sa proposition d'amendement s'inspire des discussions déjà menées à cet égard par la commission. Cette proposition ne peut certes satisfaire tout un chacun, toutefois elle permettra de tenir compte des cas de rigueur extrêmement douloureux, qui résultent en l'état actuel de l'application combinée du droit du travail et de la sécurité sociale.

*[Rappelons que les textes respectivement en cause du CSS et du Code du travail sont les suivants :*

*- l'article L. 125-4. (2) du Code du travail disposant que le contrat de travail cesse de plein droit, entre autres, le jour de l'épuisement du droit du salarié à l'indemnité pécuniaire de maladie,*

*- l'article 14, paragraphe 2 du Code de la sécurité sociale suivant lequel le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de 52 semaines pour une période de référence de 104 semaines.]*

Il s'agira plus particulièrement d'éviter l'automatisme du couperet tombant d'office une fois que la durée de 52 semaines est atteinte (écartant d'office le salarié concerné de son emploi), ceci sans égard aux antécédents de son état de santé l'ayant conduit dans cette situation souvent dramatique. En d'autres termes, il s'agit d'assurer, par exemple, que des salariés sur le point de gagner leur combat contre une maladie grave et disposant donc d'une perspective réelle de pouvoir reprendre en temps utile leur poste de travail ne soient pas écartés de ce dernier par un mécanisme injuste en raison de son application indifférenciée. Il faudra donc déterminer des modalités permettant de suspendre le contrat de travail dans cette hypothèse tout en permettant aux employeurs de procéder à des remplacements temporaires par voie de contrats à durée déterminée.

Monsieur le Ministre souligne lui aussi que des discussions dans ce sens ont déjà été menées que ce soit dans le cadre du projet de loi 6555 portant modification du Code du Travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe ou que ce soit dans le cadre du projet de loi 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Il s'agit de trouver une solution permettant de surmonter la phase de transition concernant le cas des assurés, dont l'incapacité de travail dépasse les cinquante-deux semaines et qui nécessitent un temps plus long afin de pouvoir reprendre leur travail, mais qui disposent néanmoins d'une perspective réelle de pouvoir reprendre en temps utile leur poste de travail et ce en raison du caractère temporaire de leur invalidité. Il est souligné que, d'un côté, le coût financier à charge de l'employeur sera neutre, et que, d'un autre côté, l'assuré aura la certitude qu'il pourra reprendre son poste de travail en cas de guérison.

Monsieur le Ministre informe la commission qu'il a déjà abordé cette idée dans le Comité permanent du travail et de l'emploi (CPTÉ) (plate-forme tripartite qui réunit Ministères, représentants des employeurs et organisations syndicales), qui n'y a pas été défavorable. En effet, il a été estimé qu'une modification du Code de travail dans ce sens pourrait le cas échéant permettre de résoudre la problématique existante.

A noter que cette proposition ne vise que des cas de rigueur. D'autres cas peuvent être résolus par la voie du reclassement. Monsieur le Ministre souligne dans ce contexte

---

*professionnelle soumise à l'assurance et que la période en question ne donne droit ni à l'octroi d'une rente accident plénière, ni à la conservation légale de la rémunération. Avant d'émettre son avis, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut demander l'établissement par le médecin traitant d'un certificat détaillé et motivé.*

*Les périodes visées à l'alinéa qui précède ne sont pas mises en compte pour l'application de l'alinéa 1. »*



l'importance du rôle d'évaluation qui revient au Contrôle médical, pour déterminer si le salarié présente une incapacité temporaire ou permanente pour occuper son dernier poste de travail.

A cet égard, il y a également lieu de tenir compte de l'incidence et notamment de l'interaction entre le projet de loi 6555 portant modification du Code du Travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe et le projet de loi 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Il est précisé qu'en 2014, le nombre d'assurés dont le contrat de travail a cessé de plein droit suite à une incapacité de travail dépassant 52 semaines s'élève à 270, dont 40 personnes auraient pu être réintégrées à leur dernier poste de travail.

De l'échange de vues subséquent il y a lieu de retenir succinctement les éléments suivants :

La question de la plus-value de la proposition d'amendement pour l'assuré est soulevée, notamment au vu du fait qu'en cas de versement de la pension d'invalidité temporaire, l'assuré n'aurait plus besoin de cotiser et ne ferait plus partie du personnel en termes du droit du travail. Il est argué que déjà à l'état actuel, l'employeur a la possibilité de reprendre l'assuré par la conclusion d'un nouveau contrat de travail. Afin que cette proposition puisse constituer une plus-value pour l'assuré, il faudrait prévoir une obligation pour l'employeur de réintégrer l'assuré. A cet égard il est précisé que l'idée de la proposition est justement de suspendre le contrat de travail et non de le faire cesser, ce qui impliquera que le contrat de travail reprend ses effets à partir du moment où l'assuré est en mesure de réintégrer son poste de travail.

Il est relevé que la proposition ne vise que les points 1 et 2 de l'article L. 125-4 du Code du travail, mais que les points 3 à 5 de l'article L. 125-4 du Code du travail nécessiteraient le cas échéant également une révision. Par ailleurs, il devrait clairement ressortir de la proposition de modification, qu'est visé le cas des personnes atteintes d'une invalidité temporaire dépassant 52 semaines. En outre, il serait intéressant de connaître le chiffre exact des personnes qui sont à l'heure actuelle bénéficiaires d'une pension d'invalidité provisoire.

En outre, il est soulevé que les termes « *pension d'invalidité temporaire* » nécessitent d'être définis, et l'expression « *le contrat de travail est suspendu intégralement* » nécessite d'être révisée.

Il est précisé que l'assuré, qui suite à une incapacité de travail dépassant 52 semaines est de nouveau apte à travailler, a un droit d'être réintégré à son dernier poste de travail s'il est médicalement jugé apte. Dans ce cadre est soulevée la problématique des employeurs (notamment des petites entreprises) ayant déjà procédé entretemps à des remplacements.

La question est soulevée s'il ne serait pas préférable d'accorder à l'assuré, à partir du moment où il est en mesure de reprendre son dernier poste de travail, un droit de priorité de réembauchage au lieu de prévoir une suspension du contrat de travail. En effet, lorsqu'une pension d'invalidité temporaire est accordée à l'assuré, on reconnaît qu'il n'est à l'état actuel pas apte à reprendre son dernier poste de travail, raison pour laquelle l'employeur est en droit de procéder à des remplacements, alors qu'il n'est pas prévisible quand et si l'assuré sera en mesure de reprendre son poste de travail (contrairement à un cas de maladie).

Il est soulevé qu'il y a lieu de prévoir expressément dans la proposition la voie de reclassement, si en cas de retour l'assuré ne peut plus être réaffecté à son ancien poste de travail.

Il est donné à considérer que l'idée principale est de supprimer le délai légal de 52 semaines afin que le contrat de travail ne cesse plus de plein droit et soit uniquement suspendu.

Est abordée la question de savoir s'il ne faudrait pas flexibiliser le droit du travail au niveau des contrats à durée déterminée dans le cas spécifique visé permettant à l'employeur de remplacer l'assuré par voie de plusieurs contrats à durée déterminée successifs et de déroger ainsi aux dispositions de droit commun prévoyant que le contrat à durée déterminée ne peut être renouvelé que deux fois pour une durée déterminée, sans dépasser toutefois une durée totale de 24 mois, renouvellements compris. En ce qui concerne l'affirmation de plusieurs membres de la commission qu'il y a lieu de prévoir un délai au-delà duquel la suspension du contrat cesse, il est répliqué que l'on ne souhaite pas dépasser la durée totale de 24 mois prévue dans le cadre du régime des contrats à durée déterminée.

Il est encore relevé que les dérogations éventuelles, à analyser ensemble avec le Ministre du Travail, ne doivent pas se faire au détriment des salariés travaillant sous contrat à durée déterminée.

Par ailleurs, il est rappelé qu'une problématique semblable s'est posée dans le contexte de la protection contre le licenciement de l'assuré dans le cadre d'un recours contre la décision de la Caisse nationale de santé à l'origine de la cessation du droit.

En outre, il est expliqué qu'à l'heure actuelle, en matière d'assurance accident, en cas d'incapacité de travail temporaire une « rente complète » peut être octroyée à l'assuré jusqu'à consolidation de son état à partir du moment où il n'a plus droit à l'indemnité pécuniaire. En l'occurrence il s'agit de prévoir cette même possibilité dans le cadre de l'assurance maladie.

Il est souligné que la nouvelle proposition est en tout état de cause à soumettre pour avis aux chambres professionnelles, afin d'avoir une analyse plus poussée avant de la soumettre le cas échéant pour avis au Conseil d'État. Par ailleurs, les questions abordées sont à examiner plus spécifiquement sous l'angle du droit du travail, notamment quant à la suspension du contrat de travail, qui devrait être limitée dans le temps.

Il est noté qu'un bilan sera de toute façon à faire après une année, afin de vérifier si cette nouvelle proposition pourrait effectivement constituer une plus-value pour l'assuré et si le coût financier de l'employeur serait effectivement neutre.

Si l'idée en soi est saluée par plusieurs membres de la commission, ces derniers conviennent de la nécessité de réviser et de reformuler le cas échéant la proposition de texte qui soulève des questions au niveau juridique. Il y a également lieu de se demander si le problème ne peut pas être résolu par d'autres moyens.

Il est convenu de ne pas intégrer cette proposition dans le projet de lettre à transmettre au Conseil d'État. En cas d'accord postérieur sur une proposition d'amendement sur le sujet discuté, cette dernière sera soumise à la commission et ensuite transmise aussitôt au Conseil d'État.

Monsieur le Ministre Schneider est disposé à demander que la problématique en question soit mise une seconde fois à l'ordre du jour du Comité permanent du Travail et de l'Emploi. Une prise de position et une nouvelle proposition de texte seraient souhaitable avant le vote des projets de loi 6555 portant modification du Code du Travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe et le projet de loi 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale.

\*

La prochaine réunion a lieu le 16 mars 2014 à 10h00<sup>5</sup> (à l'ordre du jour figureront l'accord entre le Gouvernement et l'UEL, la modification de la législation en matière de salaire social minimum qualifié, ainsi que la réforme de l'Inspection du Travail et des Mines). Le projet de loi 6555 portant modification du Code du Travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe figurera à l'ordre du jour de la réunion du 1<sup>er</sup> avril 2015. La réunion du 23 mars 2015 (respectivement celle du 25 mars 2015) est tenue en suspens.

Luxembourg, le 10 mars 2015

Le secrétaire-administrateur,  
Tania Sonnetti

Le Président,  
Georges Engel

---

<sup>5</sup> A la demande de plusieurs membres de la commission, la réunion du 16 mars 2014 a entretemps été reportée à 10h30.



CHAMBRE DES DÉPUTÉS  
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

**Concerne: Projet de loi 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical  
de la sécurité sociale**

**- Document de travail -**

*(en vue de la réunion du mercredi, le 4 mars 2015 à 14.00 heures)*

Transmis pour information aux membres  
- de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale,  
- de la Conférence des Présidents.

Luxembourg, le 2 mars 2015

Tania Sonnetti  
Service des commissions

Luxembourg, le 4 mars 2015

## **Projet de lettre**

Dossier suivi par Tania Sonnetti  
Service des Commissions  
Tél. : + 352 466 966 320  
Fax : + 352 466 966 308  
Courriel : [tsonnetti@chd.lu](mailto:tsonnetti@chd.lu)

Madame la Présidente  
du Conseil d'Etat  
5, rue Sigefroi  
L-2536 Luxembourg

**Concerne:** Projet de loi 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :

1. le Code de la sécurité sociale ;
2. le Code du travail ;
3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale

Madame la Présidente,

Me référant à l'article 19 (2) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat, j'ai l'honneur de vous transmettre ci-après une série d'amendements au projet de loi mentionné sous rubrique, que la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale a adoptés dans sa réunion du 4 mars 2015. Je joins également un nouveau texte coordonné du projet de loi.

L'énoncé et la motivation des amendements se présentent comme suit:

### **Amendement 1**

A l'article 1er du projet de loi, l'article 418 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante :

« **Art. 418.** L'administration de l'Etat dénommée « Contrôle médical de la sécurité sociale », placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le

cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 421. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité. »

### Commentaire

Comme proposé par le Conseil d'Etat, à la première phrase, les termes « une administration » et « sous la haute autorité » sont remplacés respectivement par les termes « l'administration » et « sous l'autorité ». Il y est par ailleurs opéré une adaptation du renvoi aux articles du Code de la sécurité sociale, le renvoi aux articles 419 à 426 étant remplacé par un renvoi aux articles 419 à 421, ceci afin de tenir compte de la proposition du Conseil d'Etat de réagencement et de renumérotation des articles du chapitre III du titre I du livre VI du Code de la sécurité sociale qui fait l'objet de l'article 1er du projet de loi. En effet, le Conseil d'Etat propose que « *l'article 418 déterminera ainsi les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'article 419 ses attributions d'évaluation et de conseil auprès des institutions de sécurité sociale, l'article 420 ses attributions en ce qui concerne les autorisations préalables, l'article 421 les modalités d'évaluation et les relations avec les prestataires.* »

Etant donné que les avis à émettre en matière des cartes de priorité et d'invalidité font partie des missions du Contrôle médical définies à l'article 418, la commission n'a pas donné suite à la proposition du Conseil d'Etat de faire figurer la dernière phrase de l'article 418 *in fine* de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 419. Il n'est par ailleurs pas indiqué de suivre le Conseil d'Etat en ce qu'il propose de maintenir le Conseil supérieur prévu à l'article 419 du Code de la sécurité sociale, disposition restée lettre morte depuis près de trente-cinq ans.

### Amendement 2

A l'article 1er du projet de loi, l'article 419 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante :

« **Art. 419.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1<sup>er</sup> et 23, alinéa 1<sup>er</sup>. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la

lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.»

### Commentaire

Le présent amendement reprend les propositions du Conseil d'Etat, excepté en ce qui concerne l'alinéa 1<sup>er</sup>, maintenu dans la teneur du projet de loi.

En ce qui concerne l'alinéa 1<sup>er</sup>, le Conseil d'Etat « propose de remplacer l'expression « *dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts* » par l'expression « *dans les limites fixées par les lois et règlements* », les statuts se rapportant aux statuts de l'établissement public « Caisse nationale de santé » étant à considérer comme règlements au sens de l'article 108bis de la Constitution.

Suivant le Conseil d'Etat, la deuxième phrase de l'article 418 figurerait en tant que deuxième phrase dans cet alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 419.

La commission ne reprend pas cette proposition car elle risquerait de rendre l'alinéa 1<sup>er</sup> ambigu. En effet, si les statuts visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont à considérer comme règlements au sens de l'article 108bis de la Constitution, les règlements visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont les règlements grand-ducaux. Amalgamer les règlements grand-ducaux et les statuts sous le terme générique de « règlements » n'est pas souhaitable, alors qu'il s'agit de normes revêtant un rang différent dans la hiérarchie des normes et que la formulation « *lois, règlements et statuts* » consacre cette distinction à maints endroits du Code de la sécurité sociale. La deuxième phrase de l'article 418 ayant été maintenue au niveau de l'article 418, il n'y a également pas lieu de suivre le Conseil d'Etat sur ce point. Il est renvoyé à cet égard au commentaire de l'amendement 1.

Conformément aux propositions du Conseil d'Etat, l'alinéa 2 de l'article 419 du projet de loi est transféré à l'article 421 pour y devenir le nouvel alinéa 3. Le nouvel alinéa 2 de l'article 419 correspond à l'article 422 du projet de loi tel que reformulé par le Conseil d'Etat, l'article 422 dans la teneur initiale étant supprimé.

L'alinéa 3 de l'article 419 du projet de loi est supprimé suite à l'opposition formelle du Conseil d'Etat et remplacé par un nouvel alinéa 3, qui correspond à l'article 424 supprimé du projet de loi.

Les alinéas 4 et 5 nouveaux ajoutés à l'article 419 correspondent aux articles 425 respectivement 426 supprimés du projet initial.

### Amendement 3

A l'article 1er du projet de loi, l'article 420 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante :

« **Art. 420.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des prestations de soins de santé visées à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts. »



## Commentaire

Le présent amendement ne reprend pas la formulation proposée par le Conseil d'Etat pour la raison invoquée à l'alinéa 4 du commentaire de l'amendement 2, auquel il est renvoyé. L'article 420 est donc maintenu dans la teneur du projet de loi, sauf que la commission propose de remplacer le terme « *traitements* » par l'expression « *prestations de soins de santé* », afin de tenir compte de la modification de terminologie intervenue suite à l'entrée en vigueur de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application du droit des patients en matière de soins transfrontaliers.

## **Amendement 4**

A l'article 1er du projet de loi, l'article 421 du Code de la sécurité sociale prend la teneur suivante :

« **Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.

Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.

Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur la demande expresse du malade qu'ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés. »

## Commentaire

Le présent amendement reprend les propositions du Conseil d'Etat, excepté en ce qui concerne l'alinéa 1<sup>er</sup>, maintenu dans la teneur du projet de loi et excepté l'alinéa 4 à l'endroit duquel le présent amendement modifie sur deux points le texte proposé par le Conseil d'Etat.

L'alinéa 2 est remplacé par le texte proposé par le Conseil d'Etat suite à son opposition formelle.

L'alinéa 3 du texte gouvernemental devient l'alinéa 6. Comme proposé par le Conseil d'Etat, le nouvel alinéa 3 correspond à l'article 419, alinéa 2 du projet de loi, qui y est transféré.

Conformément à la proposition du Conseil d'Etat, les nouveaux alinéas 4 et 5 remplacent l'article 423 supprimé du projet de loi. Le présent amendement reprend le nouvel alinéa 4 dans la teneur proposée par le Conseil d'Etat, mais en modifiant la deuxième phrase à deux endroits. Ainsi la phrase « *Ce n'est que sur sa demande expresse qu'ils formulent devant un malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement médicamenteux ou chirurgical* » est remplacée par la phrase « *Ce n'est que sur la demande expresse du malade qu'ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement* ». Cette nouvelle formulation précise sans équivoque que le texte vise en l'occurrence la demande expresse du malade et non pas celle du médecin traitant et tient compte du fait que les termes « *traitement médicamenteux ou chirurgical* » sont trop restrictifs, le Contrôle médical étant amené à se prononcer également dans d'autres domaines, tels qu'un traitement de kinésithérapie ou un traitement dentaire. Conformément à la proposition du Conseil d'Etat, le nouvel alinéa 5 reprend la première phrase de l'alinéa 3 de l'actuel article 421 du Code de la sécurité sociale, qui n'avait pas été reprise dans le projet de loi.

\*

La Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale ajoute les explications suivantes concernant l'agencement général du texte coordonné tel qu'il découle des amendements 1 à 4 ci-dessus explicités:

Etant donné que la commission a maintenu, comme proposé par le Conseil d'Etat, le nombre des articles dans le chapitre III à quatre, les articles 422 à 426 peuvent être supprimés, conformément à la proposition du Conseil d'Etat. Les dispositions afférentes ont été intégrées dans les articles 418 à 421 comme suit:

- L'article 422 a été reformulé tel que proposé par le Conseil d'Etat et est devenu le nouvel alinéa 2 de l'article 419 du Code de la sécurité sociale.

- L'article 423 a été reformulé et est repris aux nouveaux alinéas 4 et 5 de l'article 421 du Code de la sécurité sociale (voir commentaire de l'amendement 4, qui modifie sur deux points le texte proposé par le Conseil d'Etat pour l'article 421, alinéa 4, 2<sup>ème</sup> phrase).

- L'article 424 est devenu le nouvel article 419, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

- L'article 425 est devenu le nouvel article 419, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

- L'article 426, alinéa 1 est devenu le nouvel article 419, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale.

La disposition figurant sous l'article 426, alinéa 2 du texte gouvernemental initial et qui a porté sur la renumérotation des articles du Code de la sécurité sociale est devenue superfétatoire et a pu être supprimée.

\*

Par ailleurs, il est précisé que comme à l'article 1<sup>er</sup>, l'énumération des articles du chapitre III du titre 1<sup>er</sup> du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale a été conservée, la commission a procédé, conformément à l'avis du Conseil d'Etat, à la suppression des points 1, 2, 8, 12, 13, 17 et 18 de l'article 2. A ce même article, aux points 5 et 7 du texte gouvernemental (nouveaux points 3 et 5) la commission a repris les propositions de texte formulées par le Conseil d'Etat et elle a procédé à l'adaptation de la numérotation des différents points et de certaines références.

Dans ce même ordre d'idées, les articles 4 et 5 du texte gouvernemental initial ont également pu être supprimés, de même que les points 1, 2, 5, 6, 7 et 8 de l'article 7 (nouvel article 5). A ce même article 5, aux points 3 et 4 (nouveaux points 1 et 2) la commission reprend les modifications rédactionnelles proposées par le Conseil d'Etat.

### **Amendement 5**

Le point 1° de l'article 6, qui devient le nouvel article 4, prend la teneur suivante :

"A l'article 377, alinéa 2, le renvoi aux numéros 1), 2), 3) et 7) à 12) de l'article 1<sup>er</sup> est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 7) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1<sup>er</sup> ; à l'alinéa 3, le renvoi à l'article 38 est à remplacer par un renvoi à l'article 33 ; à l'alinéa 4, le renvoi aux numéros 1) à 3) et 6) à 12) de l'article 1<sup>er</sup> est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1<sup>er</sup> ; à l'alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 425 à 435, 445 et 447."

Les points 2° et 4° de l'article 6, devenu le nouvel article 4, sont supprimés.

### **Commentaire**

Les renvois vers d'autres articles du Code de la sécurité sociale prévus à l'article 377 n'ont été modifiés ni suite à l'introduction du statut unique pour les salariés du secteur privés en 2009, ni suite aux réformes de l'assurance maladie en 2010 et de l'assurance accident en 2011 et n'ont donc jamais été adaptés aux diverses modificatives législatives intervenues au cours des dernières années. Le présent amendement apporte les corrections nécessaires à ces renvois.

Les points 2° et 4° du nouvel article 4 sont supprimés conformément à la proposition du Conseil d'Etat.

### **Amendement 6**

La commission propose d'ajouter trois nouveaux points 3°, 4° et 5° à l'article 9 du projet de loi, qui devient le nouvel article 7, libellés comme suit :

"3° A l'article 5, paragraphe 2, 1<sup>ère</sup> phrase, le renvoi au paragraphe 1, sub 1) est remplacé par un renvoi au paragraphe 1, sub 1), points a) à c).

4° Il est inséré un nouvel alinéa 2 à la suite de l'article 5, paragraphe 2, alinéa 1, libellé comme suit :

"Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut général des fonctionnaires de l'Etat, les conditions et modalités d'admission et de nomination aux fonctions désignées au paragraphe 1, sub 1) d) du présent article sont celles qui sont prévues pour le personnel des cadres supérieurs de l'administration gouvernementale ; pour autant qu'ils s'agit de dispositions règlementaires, elles peuvent être modifiées ou complétées par règlement grand-ducal."

Les alinéas 2 à 6 de l'article 5, paragraphe 2 deviennent les alinéas 3 à 7 nouveaux.

5° L'article 6, alinéa 1 est abrogé."

## Commentaire

Le présent amendement a pour objet de réparer un oubli lors de l'élaboration du projet de loi. En effet, les précisions apportées par les nouveaux points 3° et 4° à l'article 5, paragraphe 2 s'imposent du fait de l'introduction, par l'article 6, 1° du projet de loi, d'une carrière supérieure administrative auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale. Il convient par ailleurs d'abroger l'article 6, alinéa 1er de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, alors qu'il est incompatible avec les obligations d'indépendance et de neutralité à charge des médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale et que ce texte, en autorisant les médecins-conseils à faire des expertises médicales en nom personnel et en-dehors de leur activité de médecin-conseil, est source de conflits d'intérêts. L'article 6, alinéa 1 peut être complètement abrogé dans la mesure où l'interdiction pour les médecins-conseils d'exercer une activité médicale accessoire résulte également des dispositions de l'article 14 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat.

## **Amendement 7**

A l'article 10 du projet de loi, qui est devenu le nouvel article 8, les termes « *quinze médecins-conseil* » sont remplacés par les termes « *treize médecins-conseils* ».

## Commentaire

L'article VII de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ayant d'ores et déjà autorisé le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions à engager, au courant de l'exercice 2014 et en attendant le vote de la présente loi, deux médecins-conseils pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, le nombre des médecins-conseils figurant à l'article 8 est ramené à treize.

\* \* \*

Copie de la présente est adressée pour information à M. Xavier Bettel, Premier Ministre, Ministre d'Etat, à M. Romain Schneider, Ministre de la Sécurité sociale, et à M. Fernand Etgen, Ministre aux Relations avec le Parlement.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération très distinguée.

Mars Di Bartolomeo  
Président de la Chambre des Députés

Annexe: Texte amendé et coordonné proposé par la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

**Projet de loi 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :**

- 1. le Code de la sécurité sociale ;**
- 2. le Code du travail ;**
- 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale**

Texte coordonné et amendé proposé par la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

*(Les amendements sont imprimés en caractères gras,  
les textes repris du Conseil d'Etat sont imprimés en italique)*

**Art. 1.** Le chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ prend la teneur suivante:

**„Chapitre III – Contrôle médical de la sécurité sociale**

**Art. 418.** ~~Une administration~~ *L'administration* de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée ~~sous la haute autorité~~ *sous l'autorité* du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à **421**. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

**Art. 419.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1<sup>er</sup> et 23, alinéa 1<sup>er</sup>. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse*

*nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.*

*Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.*

**Art. 420.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge ~~des traitements des prestations de soins de santé visées~~ à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.

**Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

*Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.*

*Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.*

*Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur ~~sa~~ **la** demande expresse **du malade** qu'ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement **médicamenteux ou chirurgical**.*

*Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.*

~~**Art. 422.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 et lui fournit à sa demande des avis, dont les avis visés à l'article 22 en matière de médicaments et les avis concernant les normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés.~~

~~*Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille et assiste la Caisse nationale de santé, à sa demande, au sujet de toute question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des*~~

~~négociations avec les prestataires de soins de santé, y compris le développement d'indicateurs de qualité pour les soins de santé ambulatoires et stationnaires.~~

~~**Art. 423.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale ne s'immisce pas dans le traitement que suit l'assuré, dans la mesure où ce traitement est efficace et conforme aux données acquises par la science et la déontologie médicale et que l'assuré a été suffisamment informé pour permettre son consentement éclairé au traitement proposé.~~

~~Toutefois, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut conseiller les assurés afin que les prestations correspondent au mieux à l'état de santé des assurés sans dépasser l'utile et le nécessaire et soient faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des traitements tout en étant conformes aux données acquises par la science, à la médecine factuelle et à la déontologie médicale. Si à l'occasion d'un examen, il apparaît au médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant de l'assuré, il le lui signale ainsi qu'à l'assuré.~~

~~**Art. 424.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.~~

~~**Art. 425.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.~~

~~**Art. 426.** Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel."~~

~~Suite aux modifications du chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale, les articles 422 à 460 actuels du livre VI du Code de la sécurité sociale sont à renuméroter pour devenir les articles 427 à 465 nouveaux du Code de la sécurité sociale.~~

**Art. 2.** Le livre I du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance maladie-maternité“ est modifié comme suit:

1° A l'article 10, alinéa 4 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.

2° A l'article 11, alinéas 2 et 3 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.



1° 3° A la suite de l'article 11, alinéa 4 il est inséré un nouvel alinéa 5 libellé comme suit:

„(5) La conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie.“

L'alinéa 5 actuel devient l'alinéa 6 nouveau.

2° 4° A l'article 14, alinéa 1, la troisième phrase est supprimée.

3° 5° L'article 14, alinéa 3 est complété par la phrase suivante:

~~„Les statuts peuvent prévoir les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“~~

*„La Caisse nationale de santé peut préciser dans ses statuts les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“*

4° 6° A l'article 16, alinéa 1 est ajouté un nouveau point 5) libellé comme suit:

„5) tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale.

5° 7° L'article 16 est complété *in fine* par un ~~nouvel~~ alinéa libellé comme suit:

„Les prestations en espèces octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution. Les sommes indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire. Elles peuvent également être déduites des prestations ou des arrrages restant dus ou être recouvrées par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 434 429.“

~~8° A l'article 23, alinéa 2 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.~~

6° 9° L'article 47, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.“

7° 10° A la suite de l'article 47, alinéa 1 il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit:

„La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Ces

décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent."

Les alinéas 2, 3 et 4 actuels deviennent les alinéas 3, 4 et 5 nouveaux.

**8° 44°** A l'article 47, alinéa 4 nouveau, les renvois à l'alinéa 2 sont à remplacer par des renvois à l'alinéa 3.

~~12° A l'article 53, alinéa 1, point 2) le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.~~

~~13° A l'article 59, alinéa 2 le renvoi aux articles 454 à 456 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 à 461.~~

**9° 44°** A l'article 64, alinéa 2, point 5) le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 425 419.

**10° 45°** A l'article 72bis, alinéa 1, point 1) le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5 et au point 2) le renvoi à l'article 47, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 3.

**11° 46°** A l'article 73, alinéa 1, le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 425 419.

~~17° A l'article 73bis, alinéa 3, le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.~~

~~18° A l'article 83, alinéa 1 le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.~~

**12° 49°** A l'article 83, alinéa 1 les termes „les décisions prises en matière de prestations et d'amendes d'ordre“ sont remplacés par „les décisions à portée individuelle prises en matière d'assurance maladie-maternité“.

**Art. 3.** Le livre II du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance accident“ est modifié comme suit:

A l'article 91, alinéa 1, point 10), le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 421.

~~**Art. 4.** Le livre III du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance pension“ est modifié comme suit:~~

~~A l'article 171, alinéa 2 le renvoi à l'article 449, alinéa 1 sous 3) est à remplacer par un renvoi à l'article 454, alinéa 1, point 3).~~

~~**Art. 5.** Le livre IV du Code de la sécurité sociale intitulé „Prestations familiales“ est modifié comme suit:~~

~~A l'article 318, alinéa 2, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.~~

**Art. 4. 6.** Le livre V du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance dépendance“ est modifié comme suit:

~~1° A l'article 377, alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 430 à 440.~~

A l'article 377, alinéa 2, le renvoi aux numéros 1), 2), 3) et 7) à 12) de l'article 1<sup>er</sup> est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 7) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1<sup>er</sup> ; à l'alinéa 3, le renvoi à l'article 38 est à remplacer par un renvoi à l'article 33 ; à l'alinéa 4, le renvoi aux numéros 1) à 3) et 6) à 12) de l'article 1<sup>er</sup> est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1<sup>er</sup> ; à l'alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 425 à 435, 445 et 447.

~~2° A l'article 382, alinéa 5, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.~~

~~3° 2° A l'article 383, le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5.~~

~~4° A l'article 393ter, alinéa 3 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.~~

**Art. 5. 7.** Le livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ est modifié comme suit:

~~1° A l'article 396, alinéa 4, le renvoi à l'article 454, alinéas 3 et 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 459, alinéas 3 et 4.~~

~~2° A l'article 416, alinéa 2, le renvoi à l'article 429, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 434, alinéa 2.~~

~~1° 3° A la suite de l'actuel article 426, alinéa 3, qui devient le nouvel article 431, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit:~~

*A la suite de l'article 426, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :*

„Par dérogation à l'alinéa 1, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre sur support informatique.“

L'alinéa 4 actuel devient l'alinéa 5 nouveau.

~~2° 4° Il est ajouté un nouvel alinéa final à l'actuel article 426, devenu le nouvel article 431, qui devient l'alinéa 6, libellé comme suit:~~

*Il est ajouté in fine de l'article 426 un alinéa libellé comme suit :*

„Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 1 et 5 au Centre commun par voie électronique.“

~~5° A l'article 432, alinéa 1, qui devient le nouvel article 437, le renvoi à l'article 449, alinéa 1er, numéro 3 est à remplacer par un renvoi à l'article 454, alinéa 1, point 3).~~

~~6° A l'article 454, paragraphe 3, alinéa 2, qui devient le nouvel article 459, le renvoi aux articles 59, 318, 382, 457 est à remplacer par un renvoi aux articles 59, 318, 382 et 462.~~

~~7° A l'article 454, paragraphe 7, alinéa 2, qui devient le nouvel article 459, le renvoi aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 457 est à remplacer par un renvoi aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 462.~~

~~8° A l'article 457, alinéa 2, qui devient le nouvel article 462, le renvoi à l'article 454 est à remplacer par un renvoi à l'article 459.~~

**Art. 6. 8-** Le Code du travail est modifié comme suit:

1° L'alinéa 2 du paragraphe 3 de l'article L. 121-6 est complété comme suit:

„Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail cesse pour le salarié en cas de décision de refus émise par la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, qui s'impose à l'employeur. La période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède cesse à l'expiration du délai de recours de quarante jours courant à partir de la notification de la décision de la Caisse nationale de santé à l'assuré. La Caisse nationale de santé informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède est maintenue. Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli en cas de révision de la décision de refus susvisée ayant mis fin au droit, l'employeur en étant informé par la Caisse nationale de santé.“

2° A l'article L. 121-6, paragraphe 5, première phrase, les termes „après l'expiration de la période visée au paragraphe (3), alinéa 1er“ sont remplacés par „après l'expiration des périodes visées au paragraphe (3), alinéas 1 et 2“.

3° L'article L. 351-4, paragraphe (1) et paragraphe (2), alinéa premier sont remplacés comme suit:

„(1) Le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner un examen médical, à effectuer par un médecin du travail de la Direction de la santé, des salariés exposés à l'un des agents visés à l'annexe 5 du présent code.

(2) Si l'examen médical, visé au paragraphe (1), révèle que la santé des salariés est gravement menacée, le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner que le salarié soit temporairement soustrait à l'action d'un agent.“

**Art. 7. 9.** Le chapitre II intitulé „Contrôle médical de la sécurité sociale“ de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale est modifiée comme suit:

1° A l'article 5, paragraphe 1, le point 1) intitulé „dans la carrière supérieure de l'administration“ est complété comme suit:

„c) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12 des psychologues

d) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12 des conseillers de direction première classe;  
des conseillers de direction;  
des conseillers de direction adjoints;  
des attachés de direction premier en rang;  
des attachés de direction;  
des stagiaires ayant le titre d'attaché de direction.“

2° A l'article 5, paragraphe 1, le point 2) intitulé „dans la carrière moyenne de l'administration“ est modifié comme suit:

Il est inséré entre le point a) et b), qui devient le point c), un nouveau point b) libellé comme suit:

„b) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 10 des infirmiers gradués“.

**3° A l'article 5, paragraphe 2, 1<sup>ère</sup> phrase, le renvoi au paragraphe 1, sub 1) est remplacé par un renvoi au paragraphe 1, sub 1), points a) à c).**

**4° Il est inséré un nouvel alinéa 2 à la suite de l'article 5, paragraphe 2, alinéa 1, libellé comme suit:**

**"Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut général des fonctionnaires de l'Etat, les conditions et modalités d'admission et de nomination aux fonctions désignées au paragraphe 1, sub 1) d) du présent article sont celles qui sont prévues pour le personnel des cadres supérieurs de l'administration gouvernementale ; pour autant qu'ils s'agit de dispositions réglementaires, elles peuvent être modifiées ou complétées par règlement grand-ducal."**

**Les alinéas 2 à 6 de l'article 5, paragraphe 2 deviennent les alinéas 3 à 7 nouveaux.**

**5° L'article 6, alinéa 1 est abrogé.**

#### **Disposition transitoire**

**Art. 8. 10.** Le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est autorisé à engager à titre permanent et à tâche complète, pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, ~~quinze~~ **treize** médecins-conseils, un attaché de direction, un pharmacien-inspecteur, cinq psychologues, un infirmier gradué et cinq expéditionnaires.

#### **Entrée en vigueur**

**Art. 9. 11.** La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial.





## Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

### Procès-verbal de la réunion du 11 février 2015

#### Ordre du jour :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 13 janvier 2015 (réunion jointe avec la Commission de la Santé) et de la réunion du 28 janvier 2015
  2. 6656 Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :
    1. le Code de la sécurité sociale ;
    2. le Code du travail ;
    3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale- Rapporteur : Monsieur Georges Engel
- Continuation de l'examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'État

\*

Présents : M. Frank Arndt, M. André Bauler remplaçant M. Edy Mertens, Mme Taina Bofferding, Mme Joëlle Elvinger, M. Georges Engel, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Aly Kaes, M. Alexander Krieps, Mme Josée Lorsché, M. Paul-Henri Meyers, M. Marc Spautz, M. Serge Urbany, M. Serge Wilmes

M. Romain Schneider, Ministre de la Sécurité sociale

M. Gérard Holbach, Contrôle médical de la sécurité sociale  
Mme Pascale Speltz, Inspection générale de la Sécurité sociale

Mme Tania Sonnetti, Administration parlementaire

\*

Présidence : M. Georges Engel, Président de la Commission

\*



**1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 13 janvier 2015 (réunion jointe avec la Commission de la Santé) et de la réunion du 28 janvier 2015**

Le projet de procès-verbal de la réunion jointe du 13 janvier 2015 avec la Commission de la Santé ne suscite pas de remarques particulières de la part des membres de la commission et est par conséquent approuvé.

L'approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 28 janvier 2015 est soumise à la réserve de quelques précisions et d'ajustements d'ordre technique et est reportée à la prochaine réunion de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale.

**2. 6656 Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :**  
**1. le Code de la sécurité sociale ;**  
**2. le Code du travail ;**  
**3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale**

La commission entame l'examen détaillé du projet de loi sous rubrique sur base d'un document synoptique juxtaposant le texte gouvernemental, l'avis du Conseil d'État du 11 novembre 2014 ainsi que le nouveau texte proposé par le Conseil d'État, élaboré par le secrétariat de la commission.

Concernant la méthode de travail, il est procédé à l'examen du projet de loi article par article tout en tenant compte des divers avis émis, à savoir l'avis de la Chambre des Salariés du 20 mars 2014 et l'avis du Collège médical du 12 mars 2014 (document parlementaire 6656<sup>1</sup>), l'avis de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics du 22 avril 2014 et l'avis de l'Association des médecins et médecins-dentistes du 20 mars 2014 (document parlementaire 6656<sup>2</sup>) et l'avis commun de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers du 6 octobre 2014 (document parlementaire 6656<sup>3</sup>).

A titre liminaire, il convient de préciser que la commission propose de reprendre la numérotation proposée par le Conseil d'État dans son avis du 11 novembre 2014.

**Article 1<sup>er</sup>**

L'article 1<sup>er</sup> remplace l'ensemble des dispositions du chapitre III intitulé « *Contrôle médical de la sécurité sociale* » du titre I « *Organisation de la sécurité sociale* » du livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé « *Dispositions communes* » et propose de procéder à une nouvelle numérotation, à savoir remplacer les articles 418 à 421 du Code de la sécurité sociale, par les nouveaux articles 418 à 426 du projet de loi.

Le Conseil d'État propose cependant une reformulation de cet alinéa, qui permettra de maintenir le nombre d'articles dans le chapitre III à quatre articles. L'article 418 déterminera ainsi les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'article 419 ses attributions d'évaluation et de conseil auprès des institutions de sécurité sociale, l'article 420 ses attributions en ce qui concerne les autorisations préalables, l'article 421 les modalités d'évaluation et les relations avec les prestataires.

La commission se rallie à la proposition du Conseil d'État et par conséquent décide de ne pas procéder à une renumérotation telle que proposée dans le texte gouvernemental mais

de maintenir le nombre d'articles dans le chapitre III du titre I du livre VI du Code de la sécurité sociale à quatre articles, conformément à la version actuelle du Code de la sécurité sociale.

### **Article 418**

Cette disposition définit le champ d'intervention du Contrôle médical de la sécurité sociale, dont les missions sont exercées dans le cadre des prestations de sécurité sociale. Si le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie naît conformément à l'article 11 du Code de la sécurité sociale dès le premier jour d'incapacité de travail d'un salarié, il est cependant suspendu pendant la période de conservation légale du salaire. Même si la Mutualité des employeurs verse des prestations aux employeurs et que le salarié bénéficie généralement de prestations en nature pendant cette période, il a été jugé préférable de préciser expressément au niveau de l'article 418 que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions également pendant la période de conservation légale du salaire indemnisée au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, afin qu'il soit clair que le Contrôle médical de la sécurité sociale puisse également évaluer, examiner et contrôler les assurés pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs. La dernière phrase de l'article reprend l'actuelle disposition de l'article 418, alinéa 1, point 13 relative aux cartes de priorité et d'invalidité.

Par conséquent, le nouvel article 418 tel que proposé par le texte gouvernemental se lit comme suit :

*« Une administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous la haute autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 426. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité. »*

Le Conseil d'État propose de reformuler le dispositif de l'article 418 du texte gouvernemental comme suit :

*« L'administration de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie. »*

Par ailleurs, il suggère de faire figurer la dernière phrase de cet article in fine de l'alinéa 1er de l'article 419. Il propose en outre de faire figurer la disposition de l'actuel article 419 portant sur le Conseil supérieur in fine de l'article 418.

La commission décide cependant de ne pas reprendre la proposition de texte du Conseil d'État à l'endroit de la première phrase de l'article 418, sauf à remplacer les termes « une administration » et « sous la haute autorité » par les termes « l'administration » et « sous l'autorité ».

Il est par ailleurs proposé par le représentant gouvernemental d'opérer une adaptation du renvoi aux articles du Code de la sécurité sociale : le renvoi aux articles 419 à 426 est à remplacer par un renvoi aux articles 419 à 421, ceci afin de tenir compte de la proposition du

Conseil d'État de réagencement et de renumérotation des articles du chapitre III du titre I du livre VI du Code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, le représentant du gouvernement estime qu'il n'est pas indiqué de donner suite à la proposition du Conseil d'État de faire figurer la dernière phrase de l'article 418 *in fine* de l'alinéa 1<sup>er</sup> à l'article 419, étant donné que les avis à émettre en matière des cartes de priorité et d'invalidité font partie des missions du Contrôle médical définies à l'article 418 (l'article 418 définissant le champ d'intervention du Contrôle médical). Cette position est partagée par la commission.

En outre, il est proposé de ne pas suivre le Conseil d'État en ce qu'il propose de maintenir le Conseil supérieur prévu à l'actuel article 419 du Code de la sécurité sociale, et de maintenir le texte gouvernemental en ce qu'il propose d'abroger cette disposition relative au Conseil supérieur, disposition restée lettre morte depuis près de trente-cinq ans.

Par conséquent, la commission propose d'amender le nouvel article 418 comme suit :

«**Art. 418.** ~~Une administration~~ *L'administration* de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée ~~sous la haute autorité~~ *sous l'autorité* du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à **421**. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.»

#### **Article 419**

Au lieu d'énumérer en détail les divers domaines dans lesquels le Contrôle médical de la sécurité sociale est chargé de se prononcer sur l'état de santé des assurés et de renvoyer aux diverses dispositions légales mentionnant que le Contrôle médical de la sécurité sociale doit émettre un avis, comme le faisait jusqu'ici l'article 418 du Code de la sécurité sociale, le nouvel article 419, alinéa 1 formule désormais de manière générale la mission d'évaluation de l'état de santé des assurés conférée au Contrôle médical de la sécurité sociale et précisée dans les lois, règlements ou statuts. En prévoyant expressément que les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sont motivés, il est satisfait aux exigences de la procédure administrative non contentieuse.

Il convient de préciser que comme l'article 418 dispose de façon générale que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions tant dans le cadre des prestations de sécurité sociale que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire, les articles 419 et suivants ne précisent plus à chaque fois que le Contrôle médical peut évaluer l'état de santé des assurés et procéder aux examens médicaux nécessaires pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire. Ainsi, le nouvel article 11, alinéa 5 du CSS tel que proposé dans le présent projet dispose que la conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie et le nouvel article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale ainsi que le nouvel article L. 121-6 du Code du travail prévus aux articles 2 et 8 du présent projet permettront à la Caisse nationale de santé de prendre à l'avenir des décisions de refus, notamment sur base d'un avis du Contrôle médical, s'imposant en matière de droit du travail et mettant fin automatiquement tant au droit au maintien du salaire qu'au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie.

Si l'obligation de communication des indications concernant le diagnostic et le traitement à charge des médecins traitants des assurés figure déjà actuellement à l'article 421, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, elle a été étendue à tout autre prestataire de soins de santé, réseau, établissement hospitalier ou établissement d'aide et de soins énumérés à l'article

60bis du Code de la sécurité sociale alors que le Contrôle médical de la sécurité sociale doit disposer de toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement, donc également de celles émanant d'autres prestataires, pour pouvoir correctement évaluer l'état de santé des assurés.

Au besoin, le Contrôle médical de la sécurité sociale est habilité à se rendre auprès des différents prestataires pour consulter le dossier médical d'un assuré.

Le nouvel article 419 du texte gouvernemental se lit comme suit :

*« Art. 419. Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.*

*Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.*

*Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale sont habilités à se rendre entre huit heures et dix-huit heures auprès des médecins traitants et de tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis afin d'y consulter sur place les documents énumérés à l'article 60bis, auxquels ils doivent avoir accès. Ils doivent être dûment munis de leur carte de légitimation qu'ils présenteront sur demande. »*

Le Conseil d'État propose de faire figurer dans cet article les dispositions sur la mission d'élaboration d'avis, ainsi que celles ayant trait aux avis donnés à la Caisse nationale de santé et à la vérification des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes.

En ce qui concerne l'alinéa 1er, le Conseil d'État propose de remplacer l'expression „dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts“ par l'expression „dans les limites fixées par les lois et règlements“, les statuts se rapportant aux statuts de l'établissement public „Caisse nationale de santé“ étant à considérer comme règlements au sens de l'article 108bis de la Constitution. La deuxième phrase de l'article 418 figurerait en tant que deuxième phrase dans cet alinéa 1er de l'article 419. L'alinéa 2, qui reformule l'alinéa 2 de l'article 421 actuellement en vigueur, serait maintenu en tant qu'alinéa 3 dans le nouvel article 421 tel que proposé par le Conseil d'État.

En ce qui concerne l'alinéa 3, le Conseil d'État renvoie à ses observations faites à l'endroit des considérations générales sur le pouvoir donné au Contrôle médical de la sécurité sociale de pénétrer dans des locaux professionnels, disproportionné par rapport au but recherché et non conforme au droit de l'inviolabilité du domicile garanti par l'article 15 de la Constitution et l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. Il exige sa suppression sous peine d'opposition formelle.

Le Conseil d'État propose de reformuler la disposition de l'article 422 du projet de loi dans un nouvel alinéa 2 de l'article sous revue qui prendrait la teneur suivante:

„Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1er et 23, alinéa 1er. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le présent Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.“

L'article 424 du projet de loi sous examen (point 18 de l'alinéa 1er de l'actuel article 418 du CSS) concernant l'assistance de la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes deviendrait selon la proposition de texte du Conseil d'État l'alinéa 3 de l'article sous revue.

L'article 425 du projet de loi sous avis (point 9 du premier alinéa de l'actuel article 418 du CSS) concernant la vérification des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes deviendrait selon la proposition de texte du Conseil d'État l'alinéa 4 de l'article sous revue.

L'alinéa 1er de l'article 426 du projet de loi sous avis qui reformule l'alinéa 3 de l'actuel article 418 deviendrait selon la proposition de texte du Conseil d'État l'alinéa 5 de l'article sous revue.

La commission propose de reprendre les propositions du Conseil d'État, excepté celle concernant l'alinéa 1<sup>er</sup> du nouvel article 419 du projet gouvernemental, maintenu dans la teneur du projet de loi et excepté la proposition du Conseil d'État d'intégrer la disposition relative à la carte d'invalidité à l'endroit de l'article 419, disposition que la commission a décidé de maintenir au niveau de l'article 418.

En effet, concernant l'alinéa 1<sup>er</sup> du nouvel article 419 du projet gouvernemental, il est estimé qu'il ne serait pas indiqué de donner suite à la proposition du Conseil d'État, car elle risquerait de rendre l'alinéa 1<sup>er</sup> ambigu. Ainsi, si les statuts visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont à considérer comme règlements au sens de l'article 108bis de la Constitution, les règlements visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont les règlements grand-ducaux. Amalgamer les règlements grand-ducaux et les statuts sous le terme générique de « règlements » n'est pas souhaitable, alors qu'il s'agit de normes revêtant un rang différent dans la hiérarchie des normes et que la formulation «lois, règlements et statuts» consacre cette distinction à maints endroits du Code de la sécurité sociale.

Il est donné à cet égard à considérer que dans le passé déjà l'utilisation du terme « statuts » a fait l'objet d'une opposition formelle de la part du Conseil d'État dans le cadre du projet de loi 6554 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, notamment au motif qu'une non-conformité à la Constitution en vigueur en résulterait. En effet, le projet de loi précité, en se basant sur l'article 108bis de la Constitution, avait habilité le comité directeur de la Caisse nationale de santé à préciser certaines des mesures d'exécution dans les statuts. A cet égard, le Conseil d'État avait rappelé que le pouvoir réglementaire des établissements publics est un pouvoir limité, qui ne pourra consister qu'en une simple mise en oeuvre des règles d'application générale. En effet, d'après la jurisprudence de la Cour constitutionnelle, „le pouvoir normatif des établissements publics est tributaire du principe de spécialité dans leur domaine de compétence et reste réservé à des mesures de détail précises, de nature technique et à portée pratique, destinées à permettre à celles-ci l'exercice, de façon autonome, d'une mission de régulation sectorielle facilitant la mise en oeuvre des normes établies par la loi et, le cas échéant, le règlement grand-ducal“. Les grands principes devront dès lors figurer dans le texte de la loi et c'est la seule mise en oeuvre du détail qui pourra être reléguée au pouvoir réglementaire de l'établissement public, en l'occurrence aux statuts de la Caisse nationale de santé. La commission avait finalement décidé de ne pas se baser sur le terme « statuts ».<sup>1</sup>

Il est relevé que le maintien de cette formulation en l'occurrence pourrait à son tour poser problème.

A cet égard il est répondu que l'enlèvement du terme « statuts » ne serait pas sans conséquences sur le principe directeur de la large autonomie de gestion de la CNS dans le système de santé luxembourgeois et que l'on ne souhaite pas remettre en cause le principe fondamental de la gestion de l'assurance maladie dans le cadre du pouvoir normatif des

---

<sup>1</sup> Pour de plus amples informations veuillez consulter le procès-verbal de la réunion du 17 mars 2014 de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale.

statuts de la CNS. Il est proposé de maintenir le terme « statuts » et ce notamment vu au fait que le Conseil d'État n'a pas formulé une opposition formelle à cet égard.

Finalement la commission décide de maintenir la formulation « lois, règlements et statuts », tout en étant disposé de s'inspirer de la formulation utilisée dans la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers en cas d'une éventuelle opposition formelle du Conseil d'État dans un avis complémentaire.

Conformément aux propositions du Conseil d'État, l'alinéa 2 de l'article 419 du projet de loi est transféré à l'article 421 pour y devenir le nouvel alinéa 3. Le nouvel alinéa 2 de l'article 419 correspond à l'article 422 du projet de loi tel que reformulé par le Conseil d'État, l'article 422 dans la teneur du projet de loi est par conséquent à supprimer.

Il est proposé de supprimer l'alinéa 3 de l'article 419 du projet de loi suite à l'opposition formelle du Conseil d'État et de le remplacer par un nouvel alinéa 3, qui correspond à l'article 424 du projet de loi, que la commission propose de supprimer conformément à l'avis du Conseil d'État.

Un membre de la commission donne à cet égard à considérer que la suppression de l'alinéa 3 de l'article 419 reviendrait à une renonciation de l'une des idées de départ du texte gouvernemental de conférer un nouveau pouvoir au Contrôle médical de la sécurité sociale. Il estime qu'il serait envisageable de maintenir l'alinéa en cause sous condition de définir et de préciser clairement ce que ce nouveau pouvoir signifierait dans la pratique.

A cet égard il est cependant relevé qu'un tel pouvoir signifierait également que le Contrôle médical de la sécurité sociale devra être doté des moyens nécessaires pour qu'il puisse exercer ce nouveau pouvoir.

La commission décide finalement de suivre le Conseil d'État et de supprimer l'alinéa 3 de l'article 419 du texte gouvernemental.

En outre, il est proposé d'ajouter un nouvel alinéa 4 à l'article 419, correspondant à l'article 425 du projet de loi, qu'il est proposé de supprimer conformément à l'avis du Conseil d'État; et d'ajouter un nouvel alinéa 5 à l'article 419, qui correspond à l'article 426 du projet de loi, qu'il est également proposé de supprimer conformément à l'avis du Conseil d'État.

Par conséquent le nouvel article 419 prendra la teneur amendée suivante :

**«Art. 419.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1<sup>er</sup> et 23, alinéa 1<sup>er</sup>. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestations de soins de santé.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.*

*Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.»*

## **Article 420**

Au lieu d'énumérer en détail les divers domaines dans lesquels le Contrôle médical de la sécurité sociale doit autoriser la prise en charge de prestations comme le faisait jusqu'à présent l'article 418 du Code de la sécurité sociale, l'article 420 proposé par le projet gouvernemental, qui formule désormais de manière générale la mission d'autorisation de prise en charge des traitements visés à l'article 17, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale pour autant qu'une telle autorisation est prescrite par les lois, règlements ou statuts, dispose que :

« Art. 420. Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des traitements visés à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts. »

Comme l'expression „les statuts“ se rapporte aux statuts de l'établissement public „Caisse nationale de santé“ qui sont à considérer comme règlements au sens de l'article 108bis de la Constitution, le Conseil d'État propose d'en faire abstraction et de formuler cet article comme suit:

„Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des prestations de santé visées à l'article 17, alinéa 1er, pour autant qu'une autorisation de prise en charge est requise par les lois et règlements.“

La commission propose toutefois de ne pas reprendre la formulation proposée par le Conseil d'État et renvoie à cet égard à son raisonnement sous l'examen de l'article 419 du texte gouvernemental. L'article 420 est donc maintenu dans la teneur du projet de loi, excepté qu'il est proposé de remplacer par voie d'amendement le terme « *traitements* » par les termes « *prestations de soins de santé* », afin de tenir compte de la modification de terminologie intervenue suite à l'entrée en vigueur de la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application du droit des patients en matière de soins transfrontaliers.

L'article 420 proposé prend dès lors la teneur amendée suivante :

« **Art. 420.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge ~~des traitements~~ **des prestations de soins de santé visées** à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts. »

## **Article 421**

Dans le cadre de la mission d'évaluation de l'état de santé des assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale doit évidemment pouvoir effectuer ou faire effectuer les examens médicaux nécessaires, y compris lorsque l'assuré est hospitalisé, ceci tant dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts que lorsque le Contrôle médical le juge nécessaire, par exemple s'il estime devoir revoir un assuré une ou plusieurs fois notamment dans le cadre du suivi de pathologies psychiques ou devoir convoquer un assuré dans le cadre du contrôle des périodes d'incapacité totale de travail, contrôle qui pourra être effectué et sera assorti d'effets dès le premier jour de l'incapacité de travail.

L'article 421 du texte gouvernemental dispose que :

« Art. 421. Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

Dans le cadre de l'évaluation de la nécessité et de la durée d'un traitement en milieu stationnaire, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale sont habilités à se rendre, entre huit heures et dix-huit heures, dans les établissements hospitaliers au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, pour examiner l'assuré. Ils doivent être dûment munis de leur carte de légitimation qu'ils présenteront sur demande.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés. »

Le Conseil d'État propose de faire figurer dans cet article les modalités d'évaluation de l'état de santé des assurés par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Il propose de remplacer l'expression „les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions“ par l'expression „les examens médicaux indispensables pour l'accomplissement de ses missions“ et par conséquent de formuler la première phrase de l'alinéa 1er comme suit:

„Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux indispensables pour l'accomplissement de ses missions et convoque à cet effet les assurés.“

L'alinéa 2 prévoit de permettre l'accès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale à l'intérieur de la chambre du malade à l'hôpital, entre 8 heures et 18 heures, afin qu'il puisse s'assurer de la justification de l'hospitalisation. Le Conseil d'État estime que cette disposition est disproportionnée à l'égard des exigences des articles 15 de la Constitution et 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. En effet, ou bien le patient est mobile et peut consulter le médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale dans ses locaux, ou bien son état de santé ne le permet pas, ce qui laisse conclure à la justification d'une hospitalisation qui ne devrait alors pas empêcher le prestataire de soins visé d'organiser, le cas échéant, la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale. Le Conseil d'État pourrait accorder la dispense du second vote constitutionnel, si l'alinéa en question prenait le libellé suivant:

„Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.“



L'alinéa 3 de cet article devrait correspondre selon le Conseil d'État à l'alinéa 2 de l'article 419 du projet de loi sous avis. Un alinéa 4 et un alinéa 5 reformuleraient l'alinéa 1er et la première phrase de l'alinéa 3 de l'actuel article 421, en maintenant l'idée, déjà retenue dans l'avis du 23 novembre 2010 précité du Conseil d'État, que le médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale n'a pas à s'immiscer dans la relation de confiance qui existe entre le médecin et le patient et à porter un jugement sur les modalités thérapeutiques retenues, sauf à la demande expresse de ce dernier. La liberté de choix du patient et son droit à un second avis peuvent ainsi être retenus comme dérogation à ce principe.

L'alinéa 3 de l'article 421 en projet deviendrait ainsi l'alinéa 6 de l'article 421 tel que proposé par le Conseil d'État.

La commission propose de reprendre les propositions du Conseil d'État, excepté en ce qui concerne l'alinéa 1<sup>er</sup>, maintenu dans la teneur du projet de loi, alors que la proposition de texte du Conseil d'État est jugée plus restrictive au niveau de la marge de manœuvre du Contrôle médical que la formulation du texte gouvernemental, et excepté en ce qui concerne l'alinéa 4, proposition d'amendement modifiant sur deux points le texte proposé par le Conseil d'État.

Ainsi, il est proposé de remplacer l'alinéa 2 par le texte proposé par le Conseil d'État suite à son opposition formelle.

L'alinéa 3 du texte gouvernemental devient le nouvel alinéa 6 de l'article 421. Le nouvel alinéa 3 de l'article 421 correspond à l'article 419, alinéa 2 du texte gouvernemental, qui y est transféré.

Les nouveaux alinéas 4 et 5 remplacent l'article 423 du projet de loi, qu'il est proposé de supprimer conformément à l'avis du Conseil d'État. Le nouvel alinéa 4 correspond à la teneur proposée par le Conseil d'État, mais en modifiant la deuxième phrase à deux endroits par voie d'amendement. Ainsi la phrase «Ce n'est que sur sa demande expresse qu'ils formulent devant un malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement médicamenteux ou chirurgical» est remplacée par la phrase «Ce n'est que sur la demande expresse du malade qu'ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement » afin qu'il soit non équivoque que le texte vise ici la demande expresse du malade et non celle du médecin traitant et afin de tenir compte du fait que les termes « traitement médicamenteux ou chirurgical » sont trop restrictifs, le Contrôle médical étant amené à se prononcer également dans d'autres domaines, tels qu'un traitement de kinésithérapie ou un traitement dentaire. Conformément à la proposition du Conseil d'État, le nouvel alinéa 5 reprend la première phrase de l'alinéa 3 de l'actuel article 421 du Code de la sécurité sociale, qui n'avait pas été repris dans le projet de loi.

La commission propose dès lors de conférer à l'article 421 la teneur amendée suivante :

**«Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

*Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.*

*Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.*

*Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur sa **la** demande expresse **du malade** qu'ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement **médicamenteux ou chirurgical**.*

*Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.»*

### **Articles 422-426**

Etant donné que la commission a maintenu, comme proposé par le Conseil d'État, le nombre des articles dans le chapitre III à quatre, les articles 422 à 426 peuvent être supprimés, conformément à la proposition du Conseil d'État. En effet, il ressort de ce qui précède que les dispositions afférentes ont été intégrées dans les articles 418 à 421 comme suit:

- L'article 422 a été reformulé tel que proposé par le Conseil d'État et est devenu le nouvel alinéa 2 de l'article 419 du Code de la sécurité sociale.

- L'article 423 a été reformulé et est repris aux nouveaux alinéas 4 et 5 de l'article 421 du Code de la sécurité sociale (voir commentaire de l'amendement 4, qui modifie sur deux points le texte proposé par le Conseil d'État pour l'article 421, alinéa 4, 2<sup>ème</sup> phrase).

Dans le cadre de l'examen de l'article 423 la commission a évoqué que

La question qui se pose est de savoir si le fait qu'un médecin conseil invalide un certificat d'incapacité de travail d'un médecin traitant n'est pas à qualifier d'immixtion du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la relation médecin-patient. De même en cas de refus d'une demande d'un transfert à l'étranger, un tel refus ne constitue-t-il pas en soi une immixtion du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la relation médecin-patient. Que faut-il entendre par les termes « immixtion d'un médecin-conseil dans le traitement d'un médecin traitant »?

Il est avancé que l'invalidation d'un certificat d'incapacité de travail par un médecin-conseil dans le cadre d'une pathologie ne se manifestant pas par des symptômes décelables (notamment maladie psychique), respectivement pour laquelle les médicaments ne peuvent qu'atténuer les symptômes (notamment en cas de grippe), constituerait en tout état de cause une immixtion dans la relation entre le médecin traitant et son patient.

Si l'invalidation d'un certificat d'incapacité de travail pourrait certes être qualifiée d'immixtion, il est cependant donné à considérer que si le Conseil médical n'a plus le pouvoir de l'invalider, il y a lieu de se demander si l'on a encore besoin de l'institution du Contrôle médical en soi.

Un membre de la commission est d'avis que le premier cas illustré est à qualifier d'immixtion contrairement au second cas de figure, au vu du fait que le traitement n'a pas encore commencé dans le cadre d'un refus d'un transfert à l'étranger. En effet, le refus dans le

second cas de figure concerne une autorisation préalable (stade préalable au traitement), le médecin du Contrôle médical étant d'avis que le patient peut être soigné au Luxembourg. Il n'y a pas d'immixtion en soi dans le traitement, alors qu'il s'agit d'une décision préliminaire.

Cependant un autre membre de la commission relève à cet égard que parmi les personnes demandant un transfert à l'étranger, il y a également lieu de faire une différence entre les personnes ayant déjà suivi auparavant un traitement au Luxembourg et celles sans traitement au Luxembourg. En effet, nombreux sont les cas de personnes ayant déjà suivi un traitement au Luxembourg préalablement à leur demande de transfert à l'étranger

A noter que les demandes de transfert à l'étranger concerne notamment le domaine de l'ophtalmologie. Dans ce cadre, il est soulevé l'utilité d'un centre de compétence.

En outre, il est relevé que dans le cas d'une incapacité de travail prolongée, une procédure devant le médecin du travail est engagée préalablement à la procédure de reclassement proprement dite.

Il est également donné à considérer qu'il existe des disparités géographiques dans notre pays.

En cas de demande de transfert à l'étranger, un membre de la commission estime qu'il s'avère nécessaire de demander l'avis de deux médecins-conseil du Contrôle médical.

Par ailleurs, il est relevé qu'une décision de refus de transfert à l'étranger basée sur le seul argument qu'il existe également un médecin spécialiste adéquat au Luxembourg ne saurait être acceptée comme argument valable, allant finalement à l'encontre de la préservation des intérêts des patients. Le médecin traitant est le mieux à même de décider si un transfert à l'étranger est nécessaire pour le bien-être des patients (notamment au vu de l'expérience des médecins à l'étranger dans des domaines spécifiques), une décision qui ne saurait être remise en cause par un médecin du Contrôle médical ne connaissant pas tous les éléments du dossier. Il est souligné par plusieurs membres de la commission que le bien-être des patients doit primer.

Il est donné à considérer qu'il existe des cas difficiles où un traitement à l'étranger s'impose.

Il est relevé que cette problématique dépasse cependant le cadre des missions du Contrôle médical, relevant plutôt du volet du plan hospitalier.

En effet, les missions et notamment les décisions de prise en charge des prestations du Contrôle médical sont fondées sur le principe de l'utile et du nécessaire.

Si un membre de la commission estime que le pouvoir de contrôle relèverait plutôt de la compétence de la CNS, un autre membre de la commission est d'avis que cette mission doit continuer à relever du champ d'application du Contrôle médical, une institution indépendante, notamment afin d'éviter que la structure de prise de décision soit la même que celle qui prend en charge les coûts du traitement.

Il est donné à considérer qu'en 2013, le nombre de transferts autorisés à l'étranger s'élève à 17545 cas dans les différents groupes de pathologies (dont 17,7 dans le cadre de l'ophtalmologie).

Un membre de la commission estime qu'il est également nécessaire de réviser le formulaire de demande de transfert en soi (notamment la tournure « *traitement inadéquat/ impossible au Grand-duché* »).

Quant au nouveau rôle pour le Contrôle médical de la sécurité sociale consistant à prodiguer des conseils aux patients par rapport aux options de prise en charge retenues par leur médecin, il est relevé que cette intervention du Contrôle médical de la sécurité sociale - correspondant à un second avis -, devrait être impérativement précédée d'une demande préalable expresse du patient concerné ou du médecin traitant de ce patient. Cette position est d'ailleurs également soutenue par le Conseil d'État (voire notamment à cet égard la proposition de texte du Conseil d'État à l'endroit de l'alinéa 3 de l'article 421 du texte gouvernemental (page 6 du document synoptique juxtaposant le texte gouvernemental, l'avis du Conseil d'État du 11 novembre 2014, ainsi que le nouveau texte proposé par le Conseil d'État).

Il est souligné qu'il est important que le refus soit motivé adéquatement. En prévoyant expressément que les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sont motivés, il est satisfait aux exigences législatives, à celles de la procédure administrative non contentieuse, à celles de la jurisprudence ainsi qu'aux recommandations formulées par l'ombudsman dans ce sens en 2005

Quant au nombre de jugements concernant le refus d'un transfert à l'étranger depuis 2013, il y a lieu de noter que ce nombre est relativement faible. De même parmi les décisions de refus de l'indemnité pécuniaire de maladie le nombre de recours qui ont été faits devant les juridictions s'élève à 5 %.

Un membre de la commission attire l'attention sur l'avis du Collège médical, qui regrette notamment que le législateur n'encourage pas plus un dialogue, entre l'assuré/prestataire et l'assureur, préalable à toute décision, mais réserve le recours à l'avis d'experts spécialisés au seul jugement du Contrôle médical, conférant à celui-ci une position de force non contributive à une collaboration fructueuse.

Il serait opportun d'officialiser une procédure de médiation pouvant intervenir rapidement en cas de désaccord, avant d'entamer la voie du contentieux devant le Conseil arbitral de la Sécurité sociale, voire devant le Conseil supérieur de la Sécurité sociale. La cellule de conseil scientifique pourrait bien accomplir cette mission.

Pour ce qui est de l'instrument de médiation, la commission est informée qu'à l'état actuel, il existe déjà une certaine forme de procédure de médiation interne. Ainsi, en cas d'opposition formée par l'assuré à l'encontre de l'avis émis dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé par le médecin-conseil, un second avis est demandé à un deuxième médecin-conseil.

- L'article 424 est devenu le nouvel article 419, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.
- L'article 425 est devenu le nouvel article 419, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.
- L'article 426, alinéa 1 est devenu le nouvel article 419, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale.

La disposition figurant sous l'article 426, alinéa 2 du texte gouvernemental initial et qui a porté sur la renumérotation des articles du Code de la sécurité sociale est devenue superfétatoire et a pu être supprimée.

## **Article 2**

Cet article regroupe les modifications apportées au livre I du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance maladie-maternité.

### **Point 1° – article 10, alinéa 4 CSS**

Le point 1 du texte gouvernemental dispose qu'à l'article 10, alinéa 4 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.

Cette modification de renvoi s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'État à l'endroit de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, le point 1 peut être supprimé.

La commission fait sienne de la proposition du Conseil d'État de supprimer le point 1.

### **Point 2° – article 11, alinéas 2 et 3 CSS**

Le point 2 qui prévoit que « 2° A l'article 11, alinéas 2 et 3 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2. » est également une modification qui s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Le Conseil d'État propose également de supprimer le point 2 au vu du fait que la proposition de texte du Conseil d'État à l'endroit de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale.

Etant donné que la commission est d'accord à reprendre la proposition du Conseil d'État, l'énumération des articles du chapitre III du titre 1er du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale est conservée et le point 2 peut, conformément au Conseil d'État, être supprimé.

### **Point 3° – article 11, nouvel alinéa 5 CSS (nouveau point 1)**

Afin de permettre au Contrôle médical de la sécurité sociale de travailler efficacement et d'assortir ses contrôles de l'incapacité de travail d'effets également pendant la période de l'obligation patronale de maintien du salaire, il est important que le droit à la conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie, donc également pour les motifs figurant par exemple à l'article 16 du Code de la sécurité sociale, comme le refus de l'assuré, sans motif valable, de se soumettre au contrôle médical.

Plus particulièrement, il résulte du point 3 du texte gouvernemental, (nouveau point 1) qui n'appelle pas d'observation du Conseil d'État, qu'à la suite de l'article 11, alinéa 4 il est inséré un nouvel alinéa 5 libellé comme suit:

„(5) La conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie.“

L'alinéa 5 actuel devient l'alinéa 6 nouveau.

### **Point 4° – article 14, alinéa 1 CSS**

Le point 4 du texte gouvernemental, qui ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'État, et qui devient le point 2 du texte coordonnée, dispose qu'à l'article 14, alinéa 1, la troisième phrase est supprimée.

Ce point apporte une modification en ce qui concerne les rapports médicaux circonstanciés qui engendrent actuellement une grande charge financière et permet ainsi de dégager des

ressources qui pourront être employées pour renforcer le personnel du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui demandera les rapports médicaux circonstanciés uniquement s'il le juge nécessaire.

Concernant les rapports médicaux circonstanciés et la procédure R4 la commission renvoie aux explications circonstanciées figurant à l'exposé des motifs.

### **Point 5 (nouveau point 3)**

Le point 5 du texte gouvernemental dispose que l'article 14, alinéa 3 est complété par la phrase suivante:

„Les statuts peuvent prévoir les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“

Cette modification a pour objet de permettre aux statuts de la Caisse nationale de santé de prévoir, en cas de cessation de l'affiliation, des informations à fournir par le bénéficiaire de l'indemnité pécuniaire permettant de documenter l'origine de la cessation de l'affiliation et d'apprécier si la personne ne touche pas d'autres revenus, que ce soit un revenu lié à une nouvelle activité professionnelle ou un revenu de remplacement.

Le Conseil d'État propose la formulation suivante:

„La Caisse nationale de santé peut préciser dans ses statuts les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“

La commission propose de reprendre la suggestion de texte du Conseil d'État.

### **Point 6 (nouveau point 4)**

Le point 6 du texte gouvernemental, qui n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'État, prévoit qu'à l'article 16, alinéa 1 est ajouté un nouveau point 5) libellé comme suit:

„5) tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale.“

En effet, à l'instar de ce que prévoit l'article 127 en matière d'assurance accident, il y a lieu d'ajouter à l'article 16 que l'indemnité pécuniaire n'est pas payée si l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale, ceci notamment au vu de la suppression de la troisième phrase de l'article 14, alinéa 1 et de la nouvelle procédure R4 proposée (cf. commentaire du point 4) ci-avant.

### **Point 7 (nouveau point 5)**

Il est proposé d'introduire dans les dispositions régissant les prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité une disposition similaire à ce que prévoit l'article 23 pour les prestations en nature. Des dispositions similaires existent déjà pour l'assurance accident (article 127) et l'assurance dépendance (article 315). A noter que la modification proposée renvoie au nouvel article 434 après la renumérotation à opérer suite à la modification des dispositions relatives au Contrôle médical de la sécurité sociale, soit à l'article 429 actuel du Code de la sécurité sociale.

Le point 7 du texte gouvernemental prévoit que l'article 16 est complété par un nouvel alinéa libellé comme suit:

„Les prestations en espèces octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution. Les sommes indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire. Elles peuvent également être déduites des prestations ou des arrérages restant dus ou être recouvrées par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 434.“

Le Conseil d'État estime que la phrase introductive doit se lire comme suit: „L'article 16 est complété in fine par un alinéa libellé comme suit: (...).“

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'État de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, la référence à l'article 434 doit être remplacée par une référence à l'article 429.

La commission propose de tenir compte des observations et de la proposition de texte faites par le Conseil d'État à l'endroit du point 7 du texte gouvernemental, qui devient le nouveau point 5.

### **Point 8**

Le point 8 du texte gouvernemental prévoit qu'à l'article 23, alinéa 2 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'État à l'endroit de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, le Conseil d'État estime que le point 8 peut être supprimé, proposition de suppression à laquelle la commission se décide se rallier.

### **Point 9 (nouveau point 6)**

Le point 9 du texte gouvernemental, qui n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'État, dispose que l'article 47, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.“

L'objectif de la présente modification est de clarifier la procédure décisionnelle de la Caisse nationale de santé de façon uniforme pour toutes les décisions administratives individuelles, peu importe que la décision formelle soit précédée d'une procédure d'information ou non et peu importe que la décision soit prise suite à une demande de l'assuré ou en dehors de toute initiative de l'assuré. La procédure décisionnelle doit toujours être la même avec la consécration du droit de l'assuré de disposer d'un recours gracieux et d'un recours contentieux.

Pour de plus amples informations il y a lieu de se référer à l'exposé des motifs.

### **Point 10 (nouveau point 7)**

Ce point du texte gouvernemental, qui ne donne pas lieu à observations particulières de la part du Conseil d'État, prévoit qu'à la suite de l'article 47, alinéa 1 il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit:

„La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Ces décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent.“

A noter que la cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie fait l'objet d'une simple information lorsqu'elle est motivée par le changement de la charge qui va de l'employeur vers la Caisse nationale de santé ou vice-versa ou lorsque le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie cesse à l'expiration de la période de cinquante-deux semaines. La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie fait par contre l'objet d'une décision présidentielle si sa cause réside dans l'article 16 du Code de la sécurité sociale ou si elle résulte d'un constat de capacité au travail par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Le nouvel alinéa 2 met par ailleurs fin à l'insécurité juridique qui existait jusqu'à présent, liée à deux procédures de recours différentes, l'une devant les juridictions du travail pendant la période de l'obligation patronale et l'autre devant les juridictions sociales lorsque la charge se situait auprès de la Caisse nationale de santé. Dorénavant, la Caisse nationale de santé pourra prendre des décisions de non-paiement du salaire et de l'indemnité pécuniaire de maladie suite par exemple au constat de capacité ou au refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical, l'assuré disposant d'une voie de recours devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé, puis devant les juridictions sociales. Ces décisions s'imposeront automatiquement en matière de droit du travail. A noter que conformément au projet de loi n° 6555 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe, toutes les décisions prises par la Commission mixte (décisions de reclassement interne ou externe, décisions de non-reclassement et décisions relatives au statut des personnes sous reclassement professionnel externe) sont susceptibles d'une procédure de recours uniforme devant les juridictions sociales.

### **Point 11 (nouveau point 8)**

Le point 11 du texte gouvernemental, une modification de renvoi qui s'impose suite à l'insertion d'un nouvel alinéa 2 à l'article 47, n'appelle pas d'observation de la part du Conseil d'État et dispose qu'à l'article 47, alinéa 4 nouveau, les renvois à l'alinéa 2 sont à remplacer par des renvois à l'alinéa 3.

### **Point 12**

Le point 12 du texte gouvernemental dispose qu'à l'article 53, alinéa 1, point 2) le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.

Etant donné que conformément à la proposition du Conseil d'État, l'énumération des articles du chapitre III du titre 1<sup>er</sup> du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale est conservée, la commission se rallie à la proposition du Conseil d'État de supprimer le point 12 de l'article 2.

### **Point 13**



Il est prévu dans le point 13 du texte gouvernemental qu'à l'article 59, alinéa 2 le renvoi aux articles 454 à 456 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 à 461.

Suite à la proposition du Conseil d'État, de conserver l'énumération des articles du chapitre III du titre 1<sup>er</sup> du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale, la commission propose de supprimer le point 13 de l'article 2, conformément à la proposition du Conseil d'État.

#### **Point 14 (nouveau point 9)**

Le point 14 du texte gouvernemental dispose qu'à l'article 64, alinéa 2, point 5) le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 425.

Le Conseil d'État estime qu'il y a lieu de remplacer la référence à l'article 425 par une référence à l'article 419, étant donné que la proposition de texte du Conseil d'État de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale.

En tenant compte des observations faites par le Conseil d'État, la commission décide de remplacer la référence à l'article 425 par une référence à l'article 419 à l'endroit du nouveau point 9 (point 14 du texte gouvernemental).

#### **Point 15 (nouveau point 10)**

Le point 15 du texte gouvernemental disposant qu'à l'article 72bis, alinéa 1, point 1) le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5 et au point 2) le renvoi à l'article 47, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 3, n'appelle pas d'observations de la part du Conseil d'État.

En effet, il s'agit d'une modification du renvoi qui s'impose suite à l'insertion d'un nouvel alinéa à l'article 47.

#### **Point 16 (nouveau point 11)**

Le point 16 du texte gouvernemental, qui devient le nouveau point 11, prévoit qu'à l'article 73, alinéa 1, le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 425 .

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'État de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, la référence à l'article 425 doit être remplacée par une référence à l'article 419.

La commission propose de tenir compte des observations faites par le Conseil d'État et par conséquent de remplacer la référence à l'article 425 par une référence à l'article 419.

#### **Point 17**

Le point 17 du texte gouvernemental, disposant qu'à l'article 73bis, alinéa 3, le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434, est - conformément à la proposition du Conseil d'État - à supprimer suite à la décision de conserver l'énumération des articles du chapitre III du titre 1er du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale.

#### **Point 18**

Le point 18 du texte gouvernemental qui prévoit qu'à l'article 83, alinéa 1 le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460, est, conformément à la proposition du Conseil d'État, à supprimer suite à la décision de conserver l'énumération des articles du chapitre III du titre 1er du livre VI actuel du Code de la sécurité sociale.

### **Point 19 (nouveau point 12)**

Le point 19 du texte gouvernemental disposant qu'à l'article 83, alinéa 1 les termes „les décisions prises en matière de prestations et d'amendes d'ordre“ sont remplacés par „les décisions à portée individuelle prises en matière d'assurance maladie-maternité, qui n'appelle pas d'observations de la part du Conseil d'État, est une modification qui vise à harmoniser l'article 83 avec le nouveau libellé proposé au niveau de l'article 47, alinéa 1.

### **Article 3**

L'article 3 du texte gouvernemental dispose que : « *Art. 3. Le livre II du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance accident“ est modifié comme suit:*

*A l'article 91, alinéa 1, point 10), le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 421. »*

Cet article, qui n'appelle pas d'observations particulières de la part du Conseil d'État, comprend la modification apportée au livre II du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance accident.

A noter que la modification de renvoi à l'endroit de l'article 91 alinéa 1 CSS s'impose en raison des changements opérés au niveau des dispositions régissant le Contrôle médical de la sécurité sociale.

### **Article 4**

L'article 4 du texte gouvernemental, qui comprend la modification apportée au livre III du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance pension, prévoit que le livre III du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance pension“ est modifié comme suit:

A l'article 171, alinéa 2 le renvoi à l'article 449, alinéa 1 sous 3) est à remplacer par un renvoi à l'article 454, alinéa 1, point 3).

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'État de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, le Conseil d'État estime que le présent article peut être supprimé, proposition que la commission décide de suivre.

### **Article 5**

Il est prévu à l'endroit de l'article 5 du texte gouvernemental que le livre IV du Code de la sécurité sociale intitulé „Prestations familiales“ est modifié comme suit:

A l'article 318, alinéa 2, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.

En effet, cet article comprend la modification apportée au livre IV du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives aux prestations familiales.

Par analogie au raisonnement du Conseil d'État à l'endroit de l'article 4, l'article 5 du texte gouvernemental sera également supprimé sur proposition de la commission, conformément à l'avis du Conseil d'État.

### **Article 6 (nouvel article 4)**

L'article 6 du texte gouvernemental qui regroupe les modifications apportées au livre V du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives à l'assurance dépendance, prévoit que le livre V du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance dépendance“ est modifié comme suit:

1° A l'article 377, alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 430 à 440.

2° A l'article 382, alinéa 5, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.

3° A l'article 383, le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5.

4° A l'article 393ter, alinéa 3 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.

Etant donné que la proposition de texte du Conseil d'État de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale, le Conseil d'État suggère de supprimer les points 2 et 4. Au point 1, la référence aux articles 430 à 440 doit être remplacée par une référence aux articles 425 à 435.

La commission propose de suivre le Conseil d'État et de supprimer les points 2° et 4°.

Par ailleurs, il est relevé par un représentant du Ministère que les renvois vers d'autres articles du Code de la sécurité sociale prévus à l'article 377 n'ont été modifiés ni suite à l'introduction du statut unique pour les salariés du secteur privés en 2009, ni suite aux réformes de l'assurance maladie en 2010 et de l'assurance accident en 2011 et n'ont donc jamais été adaptés aux diverses modificatives législatives intervenues au cours des dernières années. En tenant compte des remarques du représentant gouvernemental, la commission propose par voie d'amendement de conférer la teneur suivante au point 1 du nouvel article 4 (article 6 du texte gouvernemental) :

*« 1° A l'article 377, alinéa 2, le renvoi aux numéros 1), 2), 3) et 7) à 12) de l'article 1<sup>er</sup> est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 7) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1<sup>er</sup> ; à l'alinéa 3, le renvoi à l'article 38 est à remplacer par un renvoi à l'article 33 ; à l'alinéa 4, le renvoi aux numéros 1) à 3) et 6) à 12) de l'article 1<sup>er</sup> est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1<sup>er</sup> ; à l'alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 425 à 435, 445 et 447. »*

#### **Article 7 (nouvel article 5)**

Cet article, qui regroupe les modifications apportées au livre VI du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives aux dispositions communes, prévoit que le livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ est modifié sur 8 points.

Il est renvoyé aux explications détaillées figurant à l'exposé des motifs en particulier en ce qui concerne l'utilisation de la procédure informatique SECULine pour la déclaration mensuelle des salaires.

Le Conseil d'État estime qu'il y a lieu de supprimer les points 1, 2, 5, 6, 7 et 8, étant donné que la proposition de texte du Conseil d'État de l'article 1er conserve l'énumération des articles du chapitre III du titre premier du livre VI du Code de la sécurité sociale.

Quant au point 3, le Conseil de d'Etat propose de conférer à la première phrase la teneur suivante: *« A la suite de l'article 426, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit: »*

Concernant le point 4, le Conseil de d'Etat suggère de libeller la première phrase comme suit: « *Il est ajouté in fine de l'article 426 un alinéa libellé comme suit: »*

La commission décide de suivre le Conseil d'État et propose par conséquent de conférer à au nouvel article 5 (article 7 du texte gouvernemental) la teneur suivante :

« **Art. 5.** *Le livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ est modifié comme suit:*

*1° A la suite de l'article 426, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :*

*„Par dérogation à l'alinéa 1, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre sur support informatique.“*

*L'alinéa 4 actuel devient l'alinéa 5 nouveau.*

*2° Il est ajouté in fine de l'article 426 un alinéa libellé comme suit :*

*„Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 1 et 5 au Centre commun par voie électronique. »*

## **Article 8**

L'article 8 du texte gouvernemental regroupe les modifications apportées au Code du travail.

Ainsi les modifications aux points 1 et 2 visent à mieux coordonner les dispositions du droit du travail avec celles du Code de la sécurité sociale, en particulier suite à l'introduction d'un statut unique par la loi du 13 mai 2008.

En effet, il a été introduit un nouvel alinéa 2 à l'article 418 du Code de la sécurité sociale traitant des attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale en vue de préciser que les attributions en matière de contrôle médical de l'incapacité de travail peuvent également être exercées pendant la période couverte par l'obligation patronale, cette disposition est restée lettre morte, alors que les conclusions du Contrôle médical de la sécurité sociale sont à l'heure actuelle inopposables au niveau du droit du travail et sont donc dépourvues d'effets. Pour améliorer la gestion de l'incapacité de travail, il est indispensable de prévoir un parallélisme entre l'obligation patronale de maintien de salaire et le droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie quant à la procédure de contrôle médical de l'incapacité de travail par le Contrôle médical de la sécurité sociale avec les voies de recours afférentes, ceci d'autant plus que la charge se situe tantôt auprès de l'employeur, tantôt auprès de la Caisse nationale de santé. En cas de constat de capacité au travail par le médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale ou en présence d'un autre motif mettant fin au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie, tel que le refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical sans motif valable, la Caisse nationale de santé pourra désormais prendre une décision de refus s'imposant en matière de droit du travail et mettant fin

automatiquement au droit au maintien du salaire ou au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie selon que la charge se situe auprès de l'employeur ou de la Caisse nationale de santé.

La protection contre le licenciement pour une période de vingt-six semaines au plus à partir de la survenance de l'incapacité de travail est maintenue même en cas de cessation du droit au maintien du salaire à condition que le salarié fasse un recours contre la décision de la Caisse nationale de santé à l'origine de la cessation du droit et la protection court, pour une période maximale de 26 semaines, tant qu'il n'existe pas de décision coulée en force de chose décidée ou jugée ayant confirmé la décision de refus. L'assuré est donc protégé contre le licenciement en cas de recours dans un premier temps contre la décision présidentielle, puis en cas de recours devant le Conseil arbitral contre la décision du comité directeur. Si dans la pratique le délai de 26 semaines est expiré en cas de recours devant le Conseil supérieur contre le jugement du Conseil arbitral, puisque l'exercice des voies de recours devant d'abord le comité directeur puis devant le Conseil arbitral prennent du temps, il est évident que si exceptionnellement le délai de 26 semaines ne devait pas encore être expiré au moment où le Conseil arbitral prononce son jugement, il continuerait à courir et la protection y afférente serait maintenue en cas d'appel par l'assuré. A noter que l'employeur pourra s'adresser à tout moment à la Caisse nationale de santé pour obtenir des renseignements sur la date de notification des décisions de refus à l'assuré faisant courir les délais de recours.

Il est souligné que le fait de permettre dorénavant au Contrôle médical d'intervenir pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs constitue l'une des innovations majeures du projet de loi, une nouveauté qui est saluée par plusieurs membres de la commission.

En effet, si dans l'état actuel du droit, le Contrôle médical est déjà habilité à contrôler les assurés pendant les 77 premiers jours de maladie - période pendant laquelle le salarié a droit au maintien de son salaire de la part de son employeur -, les avis émis par le Contrôle médical à ce stade de la procédure n'ont aucune incidence sur la continuation de la rémunération par l'employeur.

A cet égard, il est rappelé qu'une articulation entre le droit du travail et le droit de la sécurité sociale sera dorénavant garantie suite à un renforcement des missions de contrôle de la part du Contrôle médical. En effet, le projet de loi précise expressément au niveau de l'article 418 que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions également pendant la période de conservation légale du salaire indemnisée au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, afin qu'il soit clair que le Contrôle médical de la sécurité sociale puisse également évaluer, examiner et contrôler les assurés pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs.

Cette nouvelle disposition permettra finalement de mettre fin à l'insécurité juridique qui existait jusqu'à l'heure actuelle, insécurité qui a été liée à deux procédures de recours différentes, l'une devant les juridictions du travail pendant la période de l'obligation patronale et l'autre devant les juridictions sociales lorsque la charge se situait auprès de la Caisse nationale de santé.

Dorénavant, la Caisse nationale de santé pourra prendre des décisions de non-paiement du salaire et de l'indemnité pécuniaire de maladie suite par exemple au constat de capacité ou au refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical, l'assuré disposant d'une voie de recours devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé, puis devant les juridictions sociales. Ces décisions s'imposeront automatiquement en matière de droit du travail.

A cet égard il est donné à considérer que la Chambre des salariés souligne dans son avis qu'elle ne donne son aval à une réforme des attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale que si, dorénavant, les partenaires sociaux ont un droit de cogestion dans le fonctionnement du Contrôle médical de la sécurité sociale et un droit de contrôle sur les attributions et la gestion du Contrôle médical de la sécurité sociale. La Chambre des salariés est d'avis que, abstraction faite du bien-fondé d'un avis médical émis par le Contrôle médical de la sécurité sociale, les représentants des assurés dans le comité directeur de la CNS doivent pouvoir se prononcer sur des mesures ayant un intérêt collectif comme la gestion et le fonctionnement du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Aussi estime-t-elle que dans les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle, les représentants des assurés aient un droit de regard dans les affaires individuelles des assurés si mandat leur est donné par ces derniers – à l'instar de ce qui se passe déjà au niveau du comité directeur de la CNS en cas d'opposition ou au niveau de la Commission mixte en cas de reclassement. Ce droit de cogestion dans le fonctionnement du Contrôle médical de la sécurité sociale et de contrôle sur les attributions et la gestion du Contrôle médical de la sécurité sociale par les représentants des assurés ne doit évidemment pas mettre en question le diagnostic constaté par un médecin, qu'il relève du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de la profession libérale.

Il est également relevé que la Chambre des salariés critique la façon de légiférer du Gouvernement en déposant le projet de loi sous avis alors que, à l'heure actuelle, le projet de loi n° 6555 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif de reclassement interne et externe et ayant également des incidences sur le rôle et les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est toujours pas voté.

En effet, elle est d'avis que le présent projet de loi risque non seulement de remettre en cause les dispositions prévues dans le projet de loi n° 6555 et ses revendications posées dans son avis y relatif, mais également la cohérence avec d'autres textes de loi et projets de loi en se contentant dans l'exposé des motifs d'annoncer solennellement le transfert de certaines des attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale à d'autres institutions comme la CNS, la médecine du travail (dans le contexte du reclassement) ou la Direction de la santé, sans pour autant que l'on ne retrouve la moindre trace de ce transfert d'attributions dans les articles.

C'est la raison pour laquelle la Chambre des salariés estime que le dépôt du présent projet de loi est prématuré tant que le projet de loi définitif sur le reclassement n'est pas voté et se doit à l'heure actuelle de se prononcer contre une telle réforme du Contrôle médical.

A cet égard plusieurs membres de la commission soutiennent qu'il est primordial d'aborder les deux projets de loi conjointement. Idéalement, les deux projets de loi seraient votés le même jour.

Il est relevé que la Chambre de Commerce et la Chambre des Métiers insistent dans leur avis sur le fait que l'employeur doit conserver le droit dont il dispose actuellement de pouvoir invalider l'incapacité de travail en dehors de toute intervention du Contrôle médical et de la CNS, et que la période de protection contre le licenciement du salarié qui ne vient pas travailler doit rester comme à l'heure actuelle de 26 semaines au maximum. Les deux chambres professionnelles relèvent d'emblée que le nouveau régime rend l'article L. 121-6 du Code du travail plus complexe par le fait que le droit au maintien du salaire et la protection contre le licenciement ne seraient désormais plus liés:

- actuellement, le droit au maintien du salaire et la protection contre le licenciement sont liés de sorte que le salarié qui ne remet pas à son employeur un certificat médical attestant son incapacité de travail, au plus tard le troisième jour de son

absence, perd aussi bien le droit au maintien du salaire que la protection contre le licenciement,

- dans le nouveau régime envisagé, le droit au maintien du salaire pourra cesser en cas de décision de refus de la CNS (décision entérinant l'avis de capacité de travail du Contrôle médical) sans pour autant que cela remette en cause la protection contre le licenciement. Le droit au maintien du salaire pourra toutefois être rétabli si la décision de refus de la CNS est invalidée par les juridictions sociales.

Le projet de loi prévoit que l'incapacité de travail du salarié peut être invalidée par un avis du Contrôle médical. Il reste par contre silencieux quant au droit reconnu aux employeurs de renverser eux aussi la présomption d'incapacité de travail du salarié en dehors de toute intervention du Contrôle médical, respectivement parallèlement à l'intervention du Contrôle médical.

Par ailleurs, une autre question soulevée est celle relative à la reconnaissance de la primauté de l'avis du Contrôle médical sur celui du médecin traitant du salarié malade. En effet, actuellement, le salarié incapable de travailler doit justifier son absence du lieu de travail et établir la réalité de sa maladie. Cette preuve est apportée par la production d'un certificat médical. Dans ce cas, le salarié bénéficie du maintien de son salaire pendant la LFZ et d'une protection contre le licenciement au cours d'une période de 26 semaines. Selon une jurisprudence constante des juridictions du travail, le certificat médical produit par le salarié constitue toutefois une présomption simple et peut être combattu par l'employeur (i) soit au moyen de deux avis médicaux contraires – dont l'un peut provenir du Contrôle médical mais pas obligatoirement – (ii) soit par la preuve de faits contredisant l'incapacité de travail du salarié.

Ainsi à l'état actuel l'avis du médecin du Contrôle médical ne prime pas sur celui du médecin traitant.

Il est souligné que le Contrôle médicale saluerait une augmentation de ses pouvoirs dans le cadre de ses avis. Dans ce contexte il est donné à considérer qu'il s'agit d'une institution indépendante disposant de l'objectivité nécessaire et ne détenant aucun intérêt personnel.

A cet égard un membre de la commission, tout en donnant à considérer que l'institution du Contrôle médical est d'un côté responsable de contrôler les cas d'incapacité de travail et d'un autre côté responsable des décisions de transferts à l'étranger, soulève la question quant à la neutralité du Contrôle médical.

A noter, qu'en 2014, le nombre de contrôles s'est élevé à 13796 cas. Dans 13% des cas, les personnes ont été jugées aptes au travail.

Il est relevé que suivant la jurisprudence constante du Conseil supérieur de la sécurité sociale, le terme incapacité de travail au sens de la loi signifie une inaptitude générale d'exercer tout travail rémunérateur et non pas une réduction des capacités de travail de l'assurée.

Concernant le point 1, le Conseil d'État estime que la disposition dans cet alinéa qui précise que la décision de refus émise par la Caisse nationale de santé s'impose à l'employeur est redondante avec celle de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

La commission décide tout de même de maintenir cette disposition dans la teneur telle que proposée par le texte gouvernemental.

Le point 2 n'appelle pas d'observations particulières de la part du Conseil d'État.

En ce qui concerne le point 3, il y a lieu de noter que la modification proposée vise à simplifier la procédure faisant l'objet de l'article L. 351-4<sup>2</sup> en prévoyant que le salarié soit immédiatement examiné par le médecin du travail.

En effet, étant donné que cet examen médical relève de la compétence de la médecine du travail et que le médecin du travail doit de toute façon procéder à un examen du salarié pour émettre son premier avis, un examen par le Contrôle médical de la sécurité sociale ainsi que la prise d'un deuxième avis auprès du médecin du travail tels que prévus dans la procédure actuelle ne se justifient pas et alourdisent inutilement la procédure.

Ce point ne donne pas lieu à observation de la part du Conseil d'État.

### **Articles 9 (nouvel article 7)**

L'article 9 du texte gouvernemental (nouvel article 7), qui regroupe les modifications apportées à la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, prévoit que le chapitre II intitulé „Contrôle médical de la sécurité sociale“ de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale est modifiée comme suit:

1° A l'article 5, paragraphe 1, le point 1) intitulé „dans la carrière supérieure de l'administration“ est complété comme suit:

„c) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12 des psychologues

d) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12

des conseillers de direction première classe;

des conseillers de direction;

des conseillers de direction adjoints;

des attachés de direction premier en rang;

des attachés de direction;

des stagiaires ayant le titre d'attaché de direction.“

2° A l'article 5, paragraphe 1, le point 2) intitulé „dans la carrière moyenne de l'administration“ est modifié comme suit:

Il est inséré entre le point a) et b), qui devient le point c), un nouveau point b) libellé comme suit:

„b) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 10 des infirmiers gradués“.

A noter qu'au vu du travail à assumer par le Contrôle médical de la sécurité sociale, il faut prévoir, en plus d'un renforcement du personnel scientifique, un fonctionnaire de la carrière administrative supérieure de l'administration. Afin de permettre au médecin directeur ainsi qu'au médecin directeur adjoint de se concentrer sur la direction médicale, il est important qu'un fonctionnaire de la carrière administrative supérieure se charge de la direction administrative du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette tâche comprend entre autres la gestion des ressources humaines, la gestion financière, la coordination du service, les

---

<sup>2</sup> L'article L. 351-4 dispose actuellement que „(1) le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, sur avis d'un médecin du travail de la Direction de la santé, peut ordonner un examen médical des salariés exposés à l'un des agents visés à l'annexe 5 du présent code. L'examen médical est effectué par les services du Contrôle médical de la sécurité sociale.

(2) Si l'examen médical, visé au paragraphe (1), révèle que la santé des salariés est gravement menacée, le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, sur avis d'un médecin du travail de la Direction de la santé, peut ordonner que le salarié soit temporairement soustrait à l'action d'un agent.  
(...)“



relations avec les institutions de sécurité sociale et les autres administrations de l'Etat ainsi que la mise en place de nouvelles procédures de collaboration avec le médecin directeur, dont la gestion des plaintes des assurés.

Pour autant que le Conseil d'État soit suivi dans ses observations, les moyens à mettre à disposition pour mettre en oeuvre les dispositions qui précèdent sont à adapter.

Compte tenu des explications des représentants gouvernementaux, la commission propose d'ajouter trois nouveaux points 3°, 4° et 5° à l'article 9 du projet de loi (nouvel article 7) par voie d'amendement, libellés comme suit :

*« 3°A l'article 5, paragraphe 2, 1<sup>ère</sup> phrase, le renvoi au paragraphe 1, sub 1) est remplacé par un renvoi au paragraphe 1, sub 1), points a) à c).*

*4° Il est inséré un nouvel alinéa 2 à la suite de l'article 5, paragraphe 2, alinéa 1, libellé comme suit :*

*« Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut général des fonctionnaires de l'Etat, les conditions et modalités d'admission et de nomination aux fonctions désignées au paragraphe 1, sub 1) d) du présent article sont celles qui sont prévues pour le personnel des cadres supérieurs de l'administration gouvernementale ; pour autant qu'ils s'agit de dispositions réglementaires, elles peuvent être modifiées ou complétées par règlement grand-ducal. »*

*Les alinéas 2 à 6 de l'article 5, paragraphe 2 deviennent les alinéas 3 à 7 nouveaux.*

*5° L'article 6, alinéa 1 est abrogé. »*

Cet amendement a pour objet de réparer un oubli lors de l'élaboration du projet de loi. En effet, les précisions apportées par les nouveaux points 3° et 4° à l'article 5, paragraphe 2 s'imposent du fait de l'introduction, par l'article 6, 1° du projet de loi, d'une carrière supérieure administrative auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale. Il convient par ailleurs d'abroger l'article 6, alinéa 1 de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, alors qu'il est incompatible avec les obligations d'indépendance et de neutralité à charge des médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale et que ce texte, en autorisant les médecins-conseils à faire des expertises médicales en nom personnel et en dehors de leur activité de médecin-conseil, est source de conflits d'intérêts. L'article 6, alinéa 1 peut être complètement abrogé dans la mesure où l'interdiction pour les médecins-conseils d'exercer une activité médicale accessoire résulte également des dispositions de l'article 14 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat.

### **Article 10 (nouvel article 8)**

L'article 10 (nouvel article 8) dispose que *« le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est autorisé à engager à titre permanent et à tâche complète, pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, quinze médecins-conseils, un attaché de direction, un pharmacien-inspecteur, cinq psychologues, un infirmier gradué et cinq expéditionnaires. »*

Pour plus d'informations, il y a lieu de se référer aux deux tableaux reproduits dans le texte gouvernemental aux pages 24 et 25 montrant l'accroissement de la charge de travail du Contrôle médical ces dernières années et l'évolution du personnel médical du Contrôle médical de la sécurité sociale par rapport à différents indicateurs.

A noter que depuis 1994, la population protégée (résidente et non résidente) a augmenté de 58,5%; en 2011, le ratio personnes protégées/médecin-conseil a été de 31.580. En même temps, le nombre des médecins prestant une activité à charge de l'assurance maladie a, lui, augmenté de 62,8%. Le nombre des saisines de la commission mixte de reclassement des salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail a explosé de 128,6% depuis 2004. Les changements proposés par le présent projet augmenteront encore la charge de travail du Contrôle médical. Non seulement le nombre des contrôles médicaux augmentera considérablement, mais également la durée des consultations dans le cadre des missions actuelles et futures du Contrôle médical. En effet, en convoquant les assurés plus tôt en cas d'incapacité de travail, ceci dans le cadre d'un renforcement des contrôles des congés de maladie, le Contrôle médical devra examiner des assurés disposant de moins de pièces médicales qu'à l'heure actuelle. Le Contrôle médical doit assurer un suivi des assurés présentant des pathologies psychiques, qui ne cessent de croître, ce qui explique également le besoin d'engager des psychologues. Enfin, un suivi plus soutenu des assurés engendrera nécessairement un nombre plus important de recours de la part des assurés, qui n'accepteront pas toujours les avis émis par le Contrôle médical, surtout dans le cadre du contrôle des incapacités de travail. Le Contrôle médical devra motiver adéquatement ses avis et assister du point de vue médical les institutions en cas de contestations. La modification proposée au niveau du rapport R4, qui engendre actuellement une grande charge financière, permettra de dégager des ressources qui pourront être employées pour renforcer le personnel du Contrôle médical, qui lancera désormais lui-même la procédure du R4 s'il le juge nécessaire. Le contrôle et le suivi régulier du nouveau système mis en place du médecin référent afin de pouvoir procéder aux adaptations nécessaires, la vérification des rapports d'activité des médecins (cf. nouvel article 425), qui est restée lettre morte faute de ressources alors qu'il s'agit-là d'un mécanisme de contrôle important, la mission de conseil des assurés, importante notamment dans le cadre de l'examen médical de jeunes demandeurs de pension d'invalidité, sont autant de missions qui nécessitent du temps et donc les moyens en ressources humaines nécessaires. L'accueil des assurés et la gestion du matériel médical devraient être assurés par un infirmier diplômé. La gestion des fichiers des assurés et la rédaction d'avis, de rapports et d'expertises supplémentaires nécessiteront un renforcement du personnel administratif.

Dans sa séance du 26 juillet 2013 le Conseil de gouvernement a précisé que le renforcement en personnel proposé à l'article 10 n'est pas à faire par dépassement des nombres limites fixés dans la loi budgétaire, de sorte que les postes proposés sont à imputer sur le *numerus clausus*. En vue du renforcement du personnel prévu à l'article 10, le plan de recrutement quadriennal est proposé aux pages 25 à 27 du texte gouvernemental.

Le Conseil d'État estime que les moyens à mettre à disposition pour mettre en oeuvre les dispositions qui précèdent sont à adapter, pour autant qu'il soit suivi dans ses observations.

La commission propose de remplacer par voie d'amendement les termes « *quinze médecins-conseil* » par les termes « *treize médecins-conseils* ».

En effet, à noter à cet égard que l'article VII de la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ayant d'ores et déjà autorisé le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions à engager, au courant de l'exercice 2014 et en attendant le vote de la présente loi, deux médecins-conseils pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, le nombre des médecins-conseils figurant à l'article 10 est ramené à treize.

Le représentant de la sensibilité politique déi Lénk aimerait avoir de plus amples informations quant aux circonstances ayant conduit au départ de deux pharmaciens-réviseurs au sein du Contrôle médicale de la sécurité sociale, demande qui sera analysée au cours de la prochaine réunion de la commission.

## **Article 11**

L'article 11 du texte gouvernemental, qui prévoit que la présente loi entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial, n'appelle pas d'observations de la part du Conseil d'État.

Finalement, il est rappelé que la Chambre des députés est à l'état actuel aussi saisie du projet de loi 6555 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe (le Conseil d'État ayant donné son avis complémentaire en date du 11 novembre 2014), projet de loi qui aura également des incidences sur le rôle et les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale.

\*

Monsieur le Président de la commission informe les membres de la commission que deux réunions ont été convoquées, l'une pour le 4 mars 2014 à 14h00 (*à l'ordre du jour figurera la continuation de l'examen du projet de loi 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale*) et l'autre pour le 16 mars 2015 à 10h00 (*à l'ordre du jour figureront l'accord entre le Gouvernement et l'UEL, la modification de la législation en matière de salaire social minimum qualifié, ainsi que la réforme de l'Inspection du Travail et des Mines*).

Luxembourg, le 27 février 2015

Le Secrétaire-administrateur,  
Tania Sonnetti

Le Président,  
Georges Engel

*Annexe : projet de texte coordonné*

**Projet de loi 6656 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :**

- 1. le Code de la sécurité sociale ;**
- 2. le Code du travail ;**
- 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale**

Texte coordonné et amendé proposé par la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

*(Les amendements sont imprimés en caractères gras,  
les textes repris du Conseil d'Etat sont imprimés en italique)*

**Art. 1.** Le chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ prend la teneur suivante:

**„Chapitre III – Contrôle médical de la sécurité sociale**

**Art. 418.** ~~Une administration~~ *L'administration* de l'Etat dénommée „Contrôle médical de la sécurité sociale“, placée ~~sous la haute autorité~~ *sous l'autorité* du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil et de contrôle telles que précisées aux articles 419 à 421. En outre le Contrôle médical de la sécurité sociale émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

**Art. 419.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1<sup>er</sup> et 23, alinéa 1<sup>er</sup>. Il lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse*

*nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.*

*Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.*

**Art. 420.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge ~~des traitements~~ **des prestations de soins de santé visées** à l'article 17, alinéa 1 pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.

**Art. 421.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

*Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré.*

*Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement visés à l'article 60bis sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.*

*Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur ~~sa~~ **la** demande expresse **du malade** qu'ils formulent ~~devant un malade~~ un diagnostic ou une appréciation sur le traitement ~~médicamenteux ou chirurgical~~.*

*Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.*

*Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.*

~~**Art. 422.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux critères des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1 et lui fournit à sa demande des avis, dont les avis visés à l'article 22 en matière de médicaments et les avis concernant les normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés.~~

~~*Le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille et assiste la Caisse nationale de santé, à sa demande, au sujet de toute question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des*~~

~~négociations avec les prestataires de soins de santé, y compris le développement d'indicateurs de qualité pour les soins de santé ambulatoires et stationnaires.~~

~~**Art. 423.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale ne s'immisce pas dans le traitement que suit l'assuré, dans la mesure où ce traitement est efficace et conforme aux données acquises par la science et la déontologie médicale et que l'assuré a été suffisamment informé pour permettre son consentement éclairé au traitement proposé.~~

~~Toutefois, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut conseiller les assurés afin que les prestations correspondent au mieux à l'état de santé des assurés sans dépasser l'utile et le nécessaire et soient faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des traitements tout en étant conformes aux données acquises par la science, à la médecine factuelle et à la déontologie médicale. Si à l'occasion d'un examen, il apparaît au médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant de l'assuré, il le lui signale ainsi qu'à l'assuré.~~

~~**Art. 424.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.~~

~~**Art. 425.** Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen conformément à l'article 73.~~

~~**Art. 426.** Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel."~~

~~Suite aux modifications du chapitre III du titre I intitulé „Organisation de la sécurité sociale“ du livre VI du Code de la sécurité sociale, les articles 422 à 460 actuels du livre VI du Code de la sécurité sociale sont à renuméroter pour devenir les articles 427 à 465 nouveaux du Code de la sécurité sociale.~~

**Art. 2.** Le livre I du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance maladie-maternité“ est modifié comme suit:

1° A l'article 10, alinéa 4 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.

2° A l'article 11, alinéas 2 et 3 le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.

1° 3° A la suite de l'article 11, alinéa 4 il est inséré un nouvel alinéa 5 libellé comme suit:

„(5) La conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie.“

L'alinéa 5 actuel devient l'alinéa 6 nouveau.

2° 4° A l'article 14, alinéa 1, la troisième phrase est supprimée.

3° 5° L'article 14, alinéa 3 est complété par la phrase suivante:

~~„Les statuts peuvent prévoir les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“~~

*„La Caisse nationale de santé peut préciser dans ses statuts les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.“*

4° 6° A l'article 16, alinéa 1 est ajouté un nouveau point 5) libellé comme suit:

„5) tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale.

5° 7° L'article 16 est complété *in fine* par un ~~nouvel~~ alinéa libellé comme suit:

„Les prestations en espèces octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution. Les sommes indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire. Elles peuvent également être déduites des prestations ou des arrérages restant dus ou être recouvrées par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 434 429.“

~~8° A l'article 23, alinéa 2 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.~~

6° 9° L'article 47, alinéa 1 prend la teneur suivante:

„Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.“

7° 40° A la suite de l'article 47, alinéa 1 il est inséré un nouvel alinéa 2 libellé comme suit:

„La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Ces

décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent."

Les alinéas 2, 3 et 4 actuels deviennent les alinéas 3, 4 et 5 nouveaux.

**8° 44°** A l'article 47, alinéa 4 nouveau, les renvois à l'alinéa 2 sont à remplacer par des renvois à l'alinéa 3.

~~12° A l'article 53, alinéa 1, point 2) le renvoi à l'article 426, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 431, alinéa 2.~~

~~13° A l'article 59, alinéa 2 le renvoi aux articles 454 à 456 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 à 461.~~

**9° 44°** A l'article 64, alinéa 2, point 5) le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article ~~425~~ 419.

**10° 45°** A l'article 72bis, alinéa 1, point 1) le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5 et au point 2) le renvoi à l'article 47, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 3.

**11° 46°** A l'article 73, alinéa 1, le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article ~~425~~ 419.

~~17° A l'article 73bis, alinéa 3, le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.~~

~~18° A l'article 83, alinéa 1 le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.~~

**12° 49°** A l'article 83, alinéa 1 les termes „les décisions prises en matière de prestations et d'amendes d'ordre“ sont remplacés par „les décisions à portée individuelle prises en matière d'assurance maladie-maternité“.

**Art. 3.** Le livre II du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance accident“ est modifié comme suit:

A l'article 91, alinéa 1, point 10), le renvoi à l'article 418 est à remplacer par un renvoi à l'article 421.

~~**Art. 4.** Le livre III du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance pension“ est modifié comme suit:~~

~~A l'article 171, alinéa 2 le renvoi à l'article 449, alinéa 1 sous 3) est à remplacer par un renvoi à l'article 454, alinéa 1, point 3).~~

~~**Art. 5.** Le livre IV du Code de la sécurité sociale intitulé „Prestations familiales“ est modifié comme suit:~~

~~A l'article 318, alinéa 2, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.~~



**Art. 4. 6.** Le livre V du Code de la sécurité sociale intitulé „Assurance dépendance“ est modifié comme suit:

~~1° A l'article 377, alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 430 à 440.~~

A l'article 377, alinéa 2, le renvoi aux numéros 1), 2), 3) et 7) à 12) de l'article 1<sup>er</sup> est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 7) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1<sup>er</sup> ; à l'alinéa 3, le renvoi à l'article 38 est à remplacer par un renvoi à l'article 33 ; à l'alinéa 4, le renvoi aux numéros 1) à 3) et 6) à 12) de l'article 1<sup>er</sup> est à remplacer par un renvoi aux numéros 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20) de l'article 1<sup>er</sup> ; à l'alinéa 5, le renvoi aux articles 329 à 340 est à remplacer par un renvoi aux articles 425 à 435, 445 et 447.

~~2° A l'article 382, alinéa 5, le renvoi aux articles 454 et 455 est à remplacer par un renvoi aux articles 459 et 460.~~

~~3° 2° A l'article 383, le renvoi à l'article 47, alinéa 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 47, alinéa 5.~~

~~4° A l'article 393ter, alinéa 3 le renvoi à l'article 429 est à remplacer par un renvoi à l'article 434.~~

**Art. 5. 7.** Le livre VI du Code de la sécurité sociale intitulé „Dispositions communes“ est modifié comme suit:

~~1° A l'article 396, alinéa 4, le renvoi à l'article 454, alinéas 3 et 4 est à remplacer par un renvoi à l'article 459, alinéas 3 et 4.~~

~~2° A l'article 416, alinéa 2, le renvoi à l'article 429, alinéa 2 est à remplacer par un renvoi à l'article 434, alinéa 2.~~

~~1° 3° A la suite de l'actuel article 426, alinéa 3, qui devient le nouvel article 431, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit:~~

*A la suite de l'article 426, alinéa 3, il est inséré un nouvel alinéa 4 libellé comme suit :*

„Par dérogation à l'alinéa 1, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre sur support informatique.“

L'alinéa 4 actuel devient l'alinéa 5 nouveau.

~~2° 4° Il est ajouté un nouvel alinéa final à l'actuel article 426, devenu le nouvel article 431, qui devient l'alinéa 6, libellé comme suit:~~

*Il est ajouté in fine de l'article 426 un alinéa libellé comme suit :*

„Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 1 et 5 au Centre commun par voie électronique.“

~~5° A l'article 432, alinéa 1, qui devient le nouvel article 437, le renvoi à l'article 449, alinéa 1er, numéro 3 est à remplacer par un renvoi à l'article 454, alinéa 1, point 3).~~

~~6° A l'article 454, paragraphe 3, alinéa 2, qui devient le nouvel article 459, le renvoi aux articles 59, 318, 382, 457 est à remplacer par un renvoi aux articles 59, 318, 382 et 462.~~

~~7° A l'article 454, paragraphe 7, alinéa 2, qui devient le nouvel article 459, le renvoi aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 457 est à remplacer par un renvoi aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 318, 382, 462.~~

~~8° A l'article 457, alinéa 2, qui devient le nouvel article 462, le renvoi à l'article 454 est à remplacer par un renvoi à l'article 459.~~

**Art. 6. 8.** Le Code du travail est modifié comme suit:

1° L'alinéa 2 du paragraphe 3 de l'article L. 121-6 est complété comme suit:

„Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail cesse pour le salarié en cas de décision de refus émise par la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, qui s'impose à l'employeur. La période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède cesse à l'expiration du délai de recours de quarante jours courant à partir de la notification de la décision de la Caisse nationale de santé à l'assuré. La Caisse nationale de santé informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède est maintenue. Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli en cas de révision de la décision de refus susvisée ayant mis fin au droit, l'employeur en étant informé par la Caisse nationale de santé.“

2° A l'article L. 121-6, paragraphe 5, première phrase, les termes „après l'expiration de la période visée au paragraphe (3), alinéa 1er“ sont remplacés par „après l'expiration des périodes visées au paragraphe (3), alinéas 1 et 2“.

3° L'article L. 351-4, paragraphe (1) et paragraphe (2), alinéa premier sont remplacés comme suit:

„(1) Le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner un examen médical, à effectuer par un médecin du travail de la Direction de la santé, des salariés exposés à l'un des agents visés à l'annexe 5 du présent code.

(2) Si l'examen médical, visé au paragraphe (1), révèle que la santé des salariés est gravement menacée, le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou, en cas d'empêchement, le directeur adjoint, peut ordonner que le salarié soit temporairement soustrait à l'action d'un agent.“

**Art. 7. 9.** Le chapitre II intitulé „Contrôle médical de la sécurité sociale“ de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale est modifiée comme suit:

1° A l'article 5, paragraphe 1, le point 1) intitulé „dans la carrière supérieure de l'administration“ est complété comme suit:

„c) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12 des psychologues

d) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 12 des conseillers de direction première classe;  
des conseillers de direction;  
des conseillers de direction adjoints;  
des attachés de direction premier en rang;  
des attachés de direction;  
des stagiaires ayant le titre d'attaché de direction.“

2° A l'article 5, paragraphe 1, le point 2) intitulé „dans la carrière moyenne de l'administration“ est modifié comme suit:

Il est inséré entre le point a) et b), qui devient le point c), un nouveau point b) libellé comme suit:

„b) grade de computation de la bonification d'ancienneté: grade 10 des infirmiers gradués“.

**3° A l'article 5, paragraphe 2, 1<sup>ère</sup> phrase, le renvoi au paragraphe 1, sub 1) est remplacé par un renvoi au paragraphe 1, sub 1), points a) à c).**

**4° Il est inséré un nouvel alinéa 2 à la suite de l'article 5, paragraphe 2, alinéa 1, libellé comme suit:**

**"Sans préjudice de l'application des règles générales relatives au statut général des fonctionnaires de l'Etat, les conditions et modalités d'admission et de nomination aux fonctions désignées au paragraphe 1, sub 1) d) du présent article sont celles qui sont prévues pour le personnel des cadres supérieurs de l'administration gouvernementale ; pour autant qu'il s'agit de dispositions réglementaires, elles peuvent être modifiées ou complétées par règlement grand-ducal."**

**Les alinéas 2 à 6 de l'article 5, paragraphe 2 deviennent les alinéas 3 à 7 nouveaux.**

**5° L'article 6, alinéa 1 est abrogé.**

#### **Disposition transitoire**

**Art. 8. 10.** Le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est autorisé à engager à titre permanent et à tâche complète, pour les besoins du Contrôle médical de la sécurité sociale, ~~quinze~~ **treize** médecins-conseils, un attaché de direction, un pharmacien-inspecteur, cinq psychologues, un infirmier gradué et cinq expéditionnaires.

## **Entrée en vigueur**

**Art. 9.** ~~11.~~ La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial.

10



## Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

### Procès-verbal de la réunion du 28 janvier 2015

#### Ordre du jour :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 15 janvier 2015
2. 6656 Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :
  1. le Code de la sécurité sociale ;
  2. le Code du travail ;
  3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale
    - Désignation d'un rapporteur
    - Présentation du projet de loi
    - Examen du projet de loi et de l'avis du Conseil d'État

\*

Présents : Mme Diane Adehm remplaçant M. Marc Spautz, M. Frank Arndt, M. André Bauler remplaçant M. Alexander Krieps, Mme Taina Bofferding, M. Félix Eischen, Mme Joëlle Elvinger, M. Georges Engel, M. Jean-Marie Halsdorf, M. Aly Kaes, Mme Josée Lorsché, M. Edy Mertens, M. Paul-Henri Meyers, Mme Octavie Modert remplaçant M. Serge Wilmes, M. Serge Urbany

M. Romain Schneider, Ministre de la Sécurité sociale

Mme Pascale Speltz, Inspection générale de la Sécurité sociale  
Dr Gérard Holbach, Contrôle médical de la sécurité sociale

M. Martin Bisenius, Mme Tania Sonnetti, Administration parlementaire

\*

Présidence : M. Georges Engel, Président de la Commission

\*

## **1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 15 janvier 2015**

Le projet de procès-verbal de la réunion du 15 janvier 2015 est approuvé.

Suite à un bref échange de vues concernant, d'une part, la demande du représentant de la sensibilité politique déi Lénk, formulée au cours de la réunion de la commission du 15 janvier 2015, de mettre l'accord conclu entre le Gouvernement et l'Union des Entreprises luxembourgeoises (UEL) du 14 janvier 2015 à l'ordre du jour d'une prochaine réunion de la Commission du Travail, de l'Emploi et la Sécurité sociale, et ,d'autre part, la demande écrite du groupe politique CSV du 15 janvier 2015 de convoquer une réunion jointe de la Commission de l'Economie et de la Commission du Travail, de l'Emploi et la Sécurité sociale afin de discuter de l'accord précité, il est retenu que ledit accord figurera à l'ordre du jour d'une réunion jointe des deux commissions dans les meilleurs délais. Si le cas échéant des questions plus spécifiques subsistaient, respectivement si des questions restaient sans réponse, Monsieur le Président de la commission serait disposé de mettre l'accord précité à l'ordre du jour d'une réunion de la Commission du Travail, de l'Emploi et la Sécurité sociale subséquente.<sup>1</sup>

## **2. 6656 Projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant :**

- 1. le Code de la sécurité sociale ;**
- 2. le Code du travail ;**
- 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale**

*[La commission se voit distribuer un document synoptique juxtaposant le texte gouvernemental, l'avis du Conseil d'État du 11 novembre 2014, ainsi que le nouveau texte proposé par le Conseil d'État élaboré par le secrétariat de la commission (transmis par courrier électronique aux membres de la commission en date du 27 janvier 2015).]*

Le président de la commission, Monsieur Georges Engel, est désigné comme rapporteur du projet de loi.

Le Ministre de la Sécurité sociale, M. Romain Schneider, procède ensuite à la présentation du projet de loi et retrace brièvement l'historique de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale. Pour le détail de cette présentation il est renvoyé aux explications circonstanciées, figurant à l'exposé des motifs.

Il est rappelé que le Gouvernement avait déjà souligné dans son programme établi pour la période de législature 2004-2009 « *la nécessité de valoriser le rôle du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la maîtrise des coûts* ». Bien que le Gouvernement n'ait pas expressément mentionné la nécessité d'une modification des dispositions relatives au Contrôle médical dans son programme pour la période de législature 2009-2014, un toilettage des textes est cependant jugé indispensable dans le cadre de l'objectif poursuivi d'un meilleur pilotage de l'assurance maladie et il s'inscrit dans la volonté du Gouvernement d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins tout en maîtrisant mieux les coûts.

---

<sup>1</sup> A noter qu'entretemps il a été décidé de traiter, dans un premier temps, ledit accord dans le cadre d'une réunion de la Commission du Travail, de l'Emploi et la Sécurité sociale, réunion qui a été convoquée pour le 16 mars 2015 à 10h00. A côté de l'accord entre le Gouvernement et l'UEL, figureront également à l'ordre du jour la modification de la législation en matière de salaire social minimum qualifié ainsi que la réforme de l'Inspection du travail et des mines.

Monsieur le Ministre souligne la nécessité d'une nouvelle réforme notamment au niveau des missions confiées au Contrôle médical de la sécurité sociale, qui a vu son champ d'intervention s'élargir au fil du temps. En effet, il s'agit de moderniser les dispositions relatives au Contrôle médical de la sécurité sociale afin de tenir compte des changements intervenus tant au niveau législatif que dans la pratique depuis la création de cette administration tout en garantissant la qualité des soins dispensés au Luxembourg.

Il est relevé que le rôle du Contrôle médical ne se limite pas uniquement à une mission de contrôle, mais que son rôle consiste également à émettre des avis dans le cadre de ses missions de conseil et d'assistance tant à l'égard des assurés, qu'à l'égard de la Caisse nationale de santé.

Une révision des dispositions actuelles du Code de la sécurité sociale s'impose en ce qui concerne les pouvoirs du Contrôle médical dans le sens d'un renforcement de ses missions actuelles d'évaluation et de contrôle tant des assurés que des prestataires, mais aussi d'un élargissement de ses pouvoirs en lui conférant une mission de conseil tant pour les assurés que pour la Caisse nationale de santé. De toute évidence, le Contrôle médical de la sécurité sociale a, en tant qu'expert médical au service de la sécurité sociale, un rôle essentiel à jouer dans la prise en charge des assurés et l'application du principe d'une médication économique.

En ce qui concerne plus particulièrement le texte du projet de loi, il est précisé que les premiers articles énoncent les missions d'évaluation, d'autorisation, de conseil ainsi que de contrôle du Contrôle médical de la sécurité sociale dans le cadre des prestations de sécurité sociale, ainsi que dans le cadre de l'indemnisation des personnes présentant une incapacité de travail au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale a notamment pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui impliquent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

Le contrôle porte aussi sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail, et si à l'occasion d'un examen, il apparaît au médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant de l'assuré, il le lui signale ainsi qu'à l'assuré. Il revient au Contrôle médical de la sécurité sociale d'évaluer la qualité des prestations de soins de santé.

Quant au pouvoir donné au Contrôle médical de la sécurité sociale de pénétrer dans des locaux professionnels (article 419 alinéa 3), le Conseil d'État considère ce pouvoir comme disproportionné par rapport au but recherché et non conforme au droit de l'inviolabilité du domicile garanti par l'article 15 de la Constitution et l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. Le Conseil d'État exige par conséquent la suppression de cette disposition sous peine d'opposition formelle. Monsieur le Ministre propose de suivre la suggestion du Conseil d'État.

Par ailleurs, le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des traitements visés à l'article 17, alinéa 1 du Code de la Sécurité sociale<sup>2</sup> pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.

---

<sup>2</sup> « Art. 17. Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée

1) les soins de médecine;

2) les soins de médecine dentaire;



En outre, le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés, conformément à l'alinéa 1 de l'article 421.

Dans le cadre de l'évaluation de la nécessité et de la durée d'un traitement en milieu stationnaire, il est prévu à l'endroit de l'alinéa 2 de l'article 421 du projet de loi que les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale sont habilités à se rendre à l'intérieur de la chambre du malade dans les établissements hospitaliers au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, entre huit heures et dix-huit heures, pour examiner l'assuré, prévu à l'alinéa 2 de l'article 421. Le Conseil d'État estime que cette disposition est disproportionnée à l'égard des exigences des articles 15 de la Constitution et 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. En effet, ou bien le patient est mobile et peut consulter le médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale dans ses locaux, ou bien son état de santé ne le permet pas, ce qui laisse conclure à la justification d'une hospitalisation qui ne devrait alors pas empêcher le prestataire de soins visé d'organiser, le cas échéant, la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale.

En tenant compte des remarques du Conseil d'État, Monsieur le Ministre propose de reprendre la proposition de texte du Conseil d'État qui se présente comme suit :

*« Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier au sens de l'article 1 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou le cas échéant la visite du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale au chevet de l'assuré. »*

A noter que le Contrôle médical de la sécurité sociale sollicite l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.

En outre, le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé dans un large éventail de domaines (notamment dans le domaine des dispositifs médicaux, dans le domaine médical ambulatoire, ainsi que dans le domaine stationnaire).

Il est précisé que le Contrôle médical de la sécurité sociale ne s'immisce toutefois pas dans le traitement que suit l'assuré, dans la mesure où ce traitement est efficace et conforme aux données acquises par la science et la déontologie médicale et que l'assuré a été suffisamment informé pour permettre son consentement éclairé au traitement proposé.

- 
- 3) les traitements effectués par les professionnels de santé;
  - 4) les analyses de biologie médicale;
  - 5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;
  - 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
  - 7) les dispositifs médicaux;
  - 8) les traitements effectués en milieu hospitalier;
  - 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
  - 10) les cures thérapeutiques et de convalescence;
  - 11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;
  - 12) les frais de transport des malades;
  - 13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal.
- (...) »

Le Contrôle médical de la sécurité sociale peut cependant conseiller les assurés afin que les prestations correspondent au mieux à l'état de santé des assurés sans dépasser l'utile et le nécessaire et soient faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des traitements tout en étant conformes aux données acquises par la science, à la médecine factuelle et à la déontologie médicale.

Si à l'occasion d'un examen, il apparaît au médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant de l'assuré, il le lui signale ainsi qu'à l'assuré.

Par ailleurs, le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.

Il vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il transmet ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen.

Tandis que l'article 7 du projet de loi regroupe les modifications apportées au livre VI du Code de la sécurité sociale contenant les dispositions relatives aux dispositions communes, l'article 8 du projet de loi regroupe les modifications apportées au Code du travail.

Il est encore relevé qu'un renforcement du personnel du Contrôle médical s'impose afin de donner à ce dernier les moyens nécessaires pour remplir ses missions adéquatement. Par conséquent, il est proposé dans le projet de loi de recruter 15 médecins-conseils, 1 attaché de direction, 1 pharmacien-inspecteur, 5 psychologues, 1 infirmier gradué ainsi que 5 expéditionnaires. Or, au vu du fait que Monsieur le Ministre a déjà été autorisé à recruter 2 médecins-conseils dans le cadre de la transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers en vue d'un renforcement du personnel du Contrôle médical, il est disposé de prévoir dans le cadre du présent projet de loi seulement un recrutement de 13 médecins-conseils.

Finalement, il est rappelé que la Chambre des députés est à l'état actuel aussi saisie du projet de loi 6555 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe (le Conseil d'État ayant donné son avis complémentaire en date du 11 novembre 2014), projet de loi qui aura également des incidences sur le rôle et les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale.

A noter, que le présent projet de loi entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial.

\*

Suite à la présentation du projet de loi de M. le Ministre de la Sécurité sociale, la commission procède à un premier échange de vues duquel il y a lieu de retenir succinctement ce qui suit :

Concernant l'observation du Conseil d'État qui se demande dans quelle mesure l'objectif visé dans le programme gouvernemental établi pour la période de législature 2004-2009 relative à « *la nécessité de valoriser le rôle du Contrôle médical de la sécurité sociale dans la maîtrise des coûts* » n'aurait pas été suffisamment atteint par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, tel qu'exposé dans l'exposé du motif du

présent projet de loi, et plus particulièrement concernant la question de la part d'un représentant du groupe politique CSV relative à la plus-value du présent projet de loi, Monsieur le Ministre réplique que si effectivement une redéfinition des missions du Contrôle médical de la sécurité sociale avait été discutée dans le cadre des groupes de travail institués pour préparer le projet de réforme, ayant abouti à la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, cette redéfinition fut finalement abandonnée. En effet, faute de temps, l'envergure de ce projet n'a finalement plus permis de procéder également à une modification des dispositions du Code de la sécurité sociale ayant trait au Contrôle médical, tel que cela a d'ailleurs déjà été expliqué dans l'exposé du motif du présent projet de loi. Le présent projet de loi complète donc sur ce point la réforme votée en 2010.

Par ailleurs, il est soulevé que le Contrôle médical de la sécurité sociale a des missions en concurrence avec celles des médecins du travail. En effet, plus particulièrement, avec l'entrée en vigueur de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle, les attributions des médecins du travail viennent chevaucher celles des médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale en matière d'appréciation de l'incapacité de travail des assurés, introduisant ainsi des points de friction entre le droit du travail et le droit de la sécurité sociale. Il s'agit par conséquent également de moderniser les dispositions relatives au Contrôle médical de la sécurité sociale afin de tenir compte des changements intervenus tant au niveau législatif que dans la pratique depuis la création de cette administration.

Quant à la critique du Conseil d'État regrettant l'absence d'un bilan des dernières quatre années, de nature à démontrer le cas échéant, que les mesures mises en oeuvre n'ont pas porté leurs fruits, Monsieur le Ministre donne à considérer que certaines mesures nécessitent encore d'être mises en pratique et que, par conséquent, il serait encore trop tôt pour tirer des conclusions et dresser un bilan. Aux yeux de Monsieur le Ministre la réforme actuellement proposée n'est pas prématurée, alors qu'elle poursuit justement un des objectifs du projet visant à permettre au Contrôle médical de se concentrer davantage sur ses missions et de le décharger du travail qui devrait être effectué par d'autres instances.

Il est souligné, qu'afin de pouvoir mieux maîtriser les coûts au niveau des prestations de sécurité sociale, il s'avère indispensable de redéfinir les missions du Contrôle médical de la sécurité sociale et de lui donner les moyens nécessaires pour y parvenir.

Tout en saluant le projet de loi, un représentant du groupe politique LSAP propose d'introduire l'instrument de médiation. Il souligne qu'il est également important de prendre en compte la situation des frontaliers dans le cadre du présent projet de loi.

Pour ce qui est de l'instrument de médiation, la commission est informée, qu'à l'état actuel, il existe déjà une certaine forme de procédure de médiation interne. Ainsi, en cas d'opposition formée par l'assuré à l'encontre de l'avis émis dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé par le médecin-conseil, un second avis est demandé à un deuxième médecin-conseil.

Un autre instrument consiste dans l'évaluation de l'assuré par deux médecins-conseils issus de différentes disciplines médicales.

A l'heure actuelle, le Contrôle médical est notamment composé de médecins généralistes, d'un cardiologue, de deux chirurgiens (spécialisation « chirurgie générale et traumatologie »), d'un anesthésiste-réanimateur, d'un médecin interniste (spécialisation néphrologie), d'un neurologue, d'un urologue, d'un orthopédiste, d'un médecin du travail et d'un dentiste.

Il convient également de noter à cet égard que dans un quart des cas, le Contrôle médical de la sécurité sociale ne reçoit les informations nécessaires pour l'évaluation de l'état de santé de l'assuré, qu'après avoir rendu un avis négatif (soit pour défaut d'information ou

information inadéquate). Lesdits éléments d'informations fournis postérieurement par l'assuré, respectivement par le médecin traitant peuvent le cas échéant permettre de redresser l'avis émis.

En outre, il est relevé qu'une articulation entre le droit du travail et le droit de la sécurité sociale sera dorénavant garantie suite à un renforcement des missions de contrôle de la part du Contrôle médical. En effet, le projet de loi précise expressément au niveau de l'article 418 que le Contrôle médical de la sécurité sociale exerce ses missions également pendant la période de conservation légale du salaire indemnisée au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail, afin qu'il soit clair que le Contrôle médical de la sécurité sociale puisse également évaluer, examiner et contrôler les assurés pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs. Le Contrôle médical pourra ainsi intervenir dès la première semaine du congé de maladie. Si, dans l'état actuel du droit, le Contrôle médical est déjà habilité à contrôler les assurés pendant les 77 premiers jours de maladie - période pendant laquelle le salarié a droit au maintien de son salaire de la part de son employeur -, les avis émis par Contrôle médical à ce stade de la procédure n'ont aucune incidence sur la continuation de la rémunération par l'employeur. Cette nouvelle disposition permettra finalement de mettre fin à l'insécurité juridique qui existait jusqu'à l'heure actuelle, insécurité qui a été liée à deux procédures de recours différentes, l'une devant les juridictions du travail pendant la période de l'obligation patronale et l'autre devant les juridictions sociales lorsque la charge se situait auprès de la Caisse nationale de santé. Dorénavant, la Caisse nationale de santé pourra prendre des décisions de non-paiement du salaire et de l'indemnité pécuniaire de maladie suite par exemple au constat de capacité ou au refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical, l'assuré disposant d'une voie de recours devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé, puis devant les juridictions sociales. Ces décisions s'imposeront automatiquement en matière de droit du travail.

Le Conseil d'État, quant à lui, ne s'est pas prononcé sur cette nouvelle disposition.

En outre, il est souligné que le Contrôle médical de la sécurité sociale doit également assurer un suivi des assurés présentant des maladies psychiques, un nombre qui n'a cessé de croître aux cours des dernières années (24 % à l'heure actuelle), ce qui explique également le besoin d'engager des psychologues. En effet, il est constaté que dans la société actuelle de plus en plus de personnes sont confrontées au harcèlement moral, au mobbing, ou encore à des situations de stress sur le lieu de travail qu'elles ne sont plus en mesure de gérer. Il est relevé dans ce contexte qu'au Luxembourg le taux d'absentéisme enregistré est cependant légèrement moins élevé qu'à l'étranger (à l'heure actuelle un taux de 3,7% par rapport à environ 4 % à l'étranger).

A noter que les personnes souffrant de maladies psychiques seront dorénavant examinées par un médecin-conseil et, en cas de besoin, orientées ensuite vers un psychologue-conseil au sein du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Dans le cadre de la fiche financière du présent projet de loi, Monsieur le Ministre souligne que l'objectif primaire de la réforme des attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale est de permettre aux assurés de bénéficier de soins de santé de qualité dans la mesure de l'utile et du nécessaire.

A cet effet, certaines procédures ont été revues qui, introduites par des modifications légales antérieures, n'ont pas eu l'effet escompté, telle que l'obligation pour l'assuré de produire un rapport circonstancié R4 en vue du commencement du paiement de l'indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé.

Il est estimé que la modification proposée au niveau du rapport R4, notamment une utilisation plus ciblée, devrait permettre une réduction d'au moins de la moitié du nombre des avis R4 envoyés.

*[Conformément à l'article 173 des statuts de la Caisse nationale de santé, on entend par rapport médical circonstancié le rapport dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée prévu par la nomenclature des actes et services des médecins (R4) ou tout autre rapport médical circonstancié adressé au Contrôle médical de la sécurité sociale et accepté comme tel par celui-ci.]*

En effet, à l'heure actuelle, le rapport R4 ne parvient pas en temps utile au Contrôle médical de la sécurité sociale et il est souvent incomplet, de sorte qu'il est inutilisable, tout en engendrant en même temps une grande charge financière et administrative. Finalement, dans la majorité des cas, la réception du R4 sert surtout à programmer la convocation des assurés en arrêt maladie auprès du Contrôle médical. Plus particulièrement, le système mis en place ne fonctionne pas comme escompté, alors qu'il est basé sur l'hypothèse que l'assuré est incapable de travailler de manière continue pendant plusieurs semaines, alors que cette hypothèse est toutefois l'exception dans la pratique. Dans la majorité des cas, plusieurs périodes d'incapacité de travail et de reprise du travail se succèdent jusqu'à ce que l'assurance maladie intervienne dans l'indemnisation de l'incapacité de travail de l'assuré. L'algorithme qui détermine quand le rapport circonstancié R4 est généré et envoyé à l'assuré dans le cadre d'un système de gestion automatique n'est donc pas parallèle à l'algorithme qui définit la charge de l'incapacité de travail, comme prévu initialement. Il s'ensuit que le rapport R4 est souvent envoyé à l'assuré à un moment inapproprié.

Il est dès lors proposé de modifier la procédure de l'envoi du rapport R4 en même temps que les dispositions relatives au contrôle de l'incapacité de travail pendant la période de la charge patronale. Non seulement le Contrôle médical de la sécurité sociale propose de lancer lui-même au besoin la procédure du rapport R4 dès le premier contact avec le patient, mais il souhaite également entrer en contact le plus tôt possible avec l'assuré, afin d'éviter que ce dernier bénéficie d'un congé de maladie médicalement injustifié sur une période prolongée. Ainsi la modification proposée permettra de dégager des ressources qui pourront être employées pour renforcer le personnel du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui lancera désormais lui-même la procédure du R4 s'il le juge nécessaire.

Suite à une question afférente, il est précisé que si l'assuré demande une décision présidentielle, respectivement s'il décide d'introduire un recours gracieux suite à la communication de l'information administrative d'une non-prise en charge, il est garanti que le dossier de l'assuré ne sera pas traité par la même personne au cours de la procédure. Dans ce cadre, il est cependant rappelé que le but initial des décisions présidentielles n'a pas été de permettre à l'assuré de recevoir une nouvelle décision, mais de corriger les éventuelles erreurs matérielles dans la décision parvenue à l'assuré, et ce en vue d'éviter des recours arbitraux inutiles.

Par ailleurs, il est noté que dans le cadre de la fonction de conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale à l'égard d'autres institutions de la Sécurité sociale, comme dans le passé, les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées. Il s'agit d'éviter notamment lors des réunions des comités directeurs que des éléments de nature médicale soient discutés et des appréciations émises sur l'état de santé des assurés par des personnes n'ayant pas la qualité de médecin.

Dans le passé on a même songé à conférer directement au Contrôle médical de la sécurité sociale un pouvoir de décision, cependant cette idée a été abandonnée en vue de garantir une certaine souplesse dans le cadre des prises de décisions.

Un représentant du groupe politique CSV soutient la position du Conseil d'État que l'attribution pour l'évaluation de la qualité des prestations de soins de santé dispensés au Luxembourg est à maintenir auprès du seul Ministère de la santé, au lieu de risquer une redondance en dispersant cette compétence entre différentes institutions. Il estime que le

Conseil d'État remarque à juste titre que le concept proposé reste trop flou pour justifier l'attribution de moyens considérables à cet effet à l'administration étatique visée, à une époque où chaque nouvelle dépense publique mérite plus que jamais d'être examinée minutieusement. Ledit représentant partage également l'avis du Conseil d'État qu'adapter maintenant les moyens du Contrôle médical de la sécurité sociale sans toucher au système de financement apparaît dès lors comme prématuré.

A cet égard, il est noté que les méthodes de collaboration ont changé au cours des dernières années, notamment en favorisant un meilleur dialogue entre les différentes institutions, de nature à permettre un désengorgement important de la commission mixte. Le temps d'attente, auparavant de l'ordre de 6 à 7 mois, a substantiellement diminué pour se situer actuellement entre 6 et 8 semaines. Par ailleurs, actuellement entre 150 à 200 demandes sont déposées par le Contrôle médical par mois.

Dans ce contexte, M. le Ministre rappelle également que faute de temps, l'envergure du projet de réforme ayant abouti à la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé n'a plus permis de procéder également à une modification des dispositions du Code de la sécurité sociale ayant trait au Contrôle médical, modification qu'il juge cependant nécessaire. Le présent projet de loi vient donc compléter sur ce point la réforme votée en 2010.

Concernant la remarque d'un représentant du groupe politique CSV estimant que la disposition de l'alinéa 3 de l'article 421, qui prévoit que « *le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés* », est trop vague, M. le Ministre donne à considérer qu'à l'état actuel déjà le Contrôle médical de la sécurité sociale est composé d'un certain nombre d'experts spécialisés afin de pouvoir garantir des avis de qualité (un cardiologue, deux chirurgiens (spécialisation « chirurgie générale et traumatologie »), un anesthésiste-réanimateur, un médecin interniste (spécialisation néphrologie), un neurologue, un urologue, un orthopédiste, un médecin du travail et un dentiste), raison pour laquelle il n'est pas nécessaire de demander d'office l'avis d'experts spécialisés, mais uniquement dans les cas jugés nécessaires par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Il est par ailleurs noté, qu'à l'heure actuelle, un traitement de 8 patients par période de 4 heures est assuré.

A noter que le Contrôle médical de la sécurité sociale ne sera en principe pas inclus dans le cadre du projet du dossier médical informatisé, projet qui est actuellement pendant devant la Commission nationale pour la protection des données. A cet égard, il est cependant noté qu'à l'état actuel déjà tous les documents du patient sont scannés. Suite à une question afférente, il est précisé que le Contrôle médical de la sécurité sociale saluerait un accès aux dossiers précités, accès qui devrait nécessiter cependant dans tous les cas une autorisation préalable de l'assuré concerné.

Quant au recrutement de personnel supplémentaire, il est donné à considérer qu'un suivi plus soutenu des assurés engendrera nécessairement un nombre plus important de recours de la part des assurés, qui n'accepteront pas toujours les avis émis par le CMSS, surtout dans le cadre du contrôle des incapacités de travail.

La commission a évoqué une question soulevée par la Chambre des salariés qui a exprimé des soucis concernant le fait que la Caisse nationale de santé pourra prendre à l'avenir des décisions de refus, notamment sur base d'un avis du Contrôle médical, s'imposant en matière de droit du travail et mettant fin automatiquement tant au droit au maintien du salaire qu'au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie. Plus particulièrement, la Chambre des salariés est d'avis que le changement de régime prévu par les nouveaux articles 11, alinéa 5 et 47, alinéa 2 du CSS d'une part et le nouvel article L.121-6, d'autre part, n'est pas sans

entraver les droits des salariés/assurés et susciter de nouvelles questions. En effet, à l'heure actuelle, une décision de refus de la Caisse nationale de la Santé n'a pas pour effet de faire cesser la continuation de la rémunération par l'employeur et la protection du salarié contre le licenciement – sauf le droit pour la Caisse nationale de la Santé d'arrêter l'indemnité pécuniaire de maladie pendant la période où elle en a la charge – en cas de constat d'aptitude par le Contrôle médical de la Sécurité sociale. Il résulte de la jurisprudence actuelle qu'une décision de refus, qu'elle émane d'un médecin quelconque choisi par l'employeur ou du Contrôle médical de la Sécurité sociale, n'est pas susceptible de renverser la présomption de maladie établie par le premier certificat médical sauf l'avis d'un troisième médecin constatant l'aptitude du salarié.

M. le Ministre est cependant d'avis que le fait que le Contrôle médical de la sécurité sociale pourra à l'avenir également évaluer, examiner et contrôler les assurés pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs, soit pendant les 77 premiers jours de maladie, constitue une nette amélioration par rapport à la situation actuelle.

\*

Monsieur le Président de la commission informe les membres de la commission que les prochaines réunions sont planifiées pour le 11 février 2015, le 4 mars 2015, le 25 mars (sous réserve) ainsi que pour le 1<sup>er</sup> avril 2015<sup>3</sup>.

Luxembourg, le 5 février 2015

Le Secrétaire-administrateur,  
Tania Sonnetti

Le Président,  
Georges Engel

---

<sup>3</sup> A noter qu'entretiens une réunion a été convoquée pour le 16 mars 2015 à 10h00. A l'ordre du jour figeront l'accord entre le Gouvernement et l'UDEL, la modification de la législation en matière de salaire social minimum qualifié, ainsi que la réforme de l'Inspection du Travail et des Mines.

# Document écrit de dépôt





CHAMBRE DES DÉPUTÉS  
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

1

MOTION

Dépôt : Groupe politique CSV

N. Jean-Marie Halsdorf

09.07.2015

PL 6656

La Chambre des Députés,

considérant que la loi du 17 décembre 2010 a procédé à une réforme en profondeur de notre système des soins de santé,

que cette loi visait à préserver un système de santé basé sur la solidarité nationale, l'équité et l'accessibilité ainsi que sur la qualité de l'offre,

que, dans ce cadre, le rôle du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) consiste dans le contrôle du bien-fondé des dépenses pour prestations de soins de santé à charge du système de sécurité sociale, en évaluant l'adéquation entre l'état de santé des assurés et les ressources engagées à leur égard,

que la loi du 17 décembre 2010 a adapté et précisé les missions du CMSS, ajouté de nouvelles attributions au CMSS, i.e. l'assistance à la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires établis par les prestataires de soins, la possibilité de saisine de la Commission de nomenclature et précisé la collaboration du CMSS avec les autres institutions et organes,

regrettant que la loi du 17 décembre 2010 n'a pas fait l'objet d'un bilan depuis son entrée en vigueur,

considérant que le projet de loi n°6656 modifiant e.a. les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale a pour ambition de parfaire la réforme initiée en 2010,

considérant que le maintien de la qualité de notre secteur des soins de santé une planification sérieuse du secteur hospitalier est de mise,

que l'évaluation de la qualité des prestations de soins est partant un objectif essentiel dans le développement de tout système de santé,

invite le Gouvernement

à établir avant la fin de la présente législature un bilan de la présente réforme ensemble avec celle introduite par la loi du 17 décembre 2010 et à procéder, le cas échéant, aux adaptations qui s'imposent,

à procéder dans les meilleurs délais à l'établissement d'un nouveau plan hospitalier en tenant compte du débat ayant eu lieu le 19 novembre 2014 à la Chambre des Députés à la suite de la déclaration de Madame le Ministre de la Santé relative à la présentation du projet de plan hospitalier, avec l'objectif d'améliorer l'offre des soins de santé au niveau national,

à faire avancer les travaux pour l'introduction d'une nouvelle nomenclature et d'un financement plus transparent du secteur de la santé en général et du secteur hospitalier en particulier

*Andrius*

S. ANDRIUS

*Kamden*

M. Arendt

6656

**MEMORIAL**  
Journal Officiel  
du Grand-Duché de  
Luxembourg



**MEMORIAL**  
Amtsblatt  
des Großherzogtums  
Luxemburg

---

**RECUEIL DE LEGISLATION**

---

**A — N° 167**

**28 août 2015**

---

**S o m m a i r e**

- Institut Luxembourgeois de Régulation – Règlement E15/34/ILR du 6 août 2015 portant acceptation des tarifs d’utilisation des réseaux de transport et de distribution de gaz naturel et des services accessoires à l’utilisation du réseau de gaz naturel, gérés par Creos Luxembourg S.A. – Secteur Gaz naturel . . . . . page **3950****
- Institut Luxembourgeois de Régulation – Règlement E15/35/ILR du 6 août 2015 portant acceptation des tarifs d’utilisation du réseau de distribution de gaz naturel et des services accessoires à l’utilisation du réseau de gaz naturel, géré par SUDGAZ S.A. – Secteur Gaz naturel . . . . . **3950****
- Institut Luxembourgeois de Régulation – Règlement E15/36/ILR du 6 août 2015 portant acceptation des tarifs d’utilisation du réseau de distribution de gaz naturel et des services accessoires à l’utilisation du réseau de gaz naturel, géré par la Ville de Dudelange – Secteur Gaz naturel . . . **3952****
- Loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant:**
- 1. le Code de la sécurité sociale;**
  - 2. le Code du Travail;**
  - 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale – RECTIFICATIF . . . . . **3952****

**Institut Luxembourgeois de Régulation**

**Règlement E15/34/ILR du 6 août 2015  
portant acceptation des tarifs d'utilisation  
des réseaux de transport et de distribution de gaz naturel et  
des services accessoires à l'utilisation du réseau de gaz naturel,  
gérés par Creos Luxembourg S.A.**

**Secteur Gaz naturel**

La Direction de l'Institut Luxembourgeois de Régulation,

Vu l'article 29 de la loi modifiée du 1<sup>er</sup> août 2007 relative à l'organisation du marché du gaz naturel;

Vu le règlement modifié E12/06/ILR du 22 mars 2012 fixant les méthodes de détermination des tarifs d'utilisation des réseaux de transport, de distribution et des services accessoires à l'utilisation des réseaux pour la période de régulation 2013 à 2016 et abrogeant le règlement E09/04/ILR du 2 février 2009;

Vu l'article 3 du règlement E15/19/ILR du 15 juin 2015 arrêtant le Code de Distribution du Gaz Naturel au Grand-Duché de Luxembourg;

Vu l'article 3 du règlement E15/14/ILR du 13 mai 2015 arrêtant les règles d'accès aux capacités de transport sur le réseau de transport de gaz naturel de la société Creos Luxembourg S.A.;

Vu la demande de Creos Luxembourg S.A. concernant le réseau de transport, reçue le 1<sup>er</sup> juillet 2015;

Vu la demande de Creos Luxembourg S.A. concernant le réseau de distribution, reçue le 16 juillet 2015;

Considérant l'intégration des marchés du gaz naturel luxembourgeois et belges à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015 pour former la zone de marché intégré BeLux, de sorte que l'application de nouveaux tarifs s'impose;

Arrête:

**Art. 1<sup>er</sup>.** L'Institut Luxembourgeois de Régulation accepte (i) les tarifs d'utilisation du réseau de transport du gaz naturel, (ii) les tarifs d'utilisation du réseau de distribution du gaz naturel et (iii) les tarifs des services accessoires à l'utilisation du réseau de distribution de gaz naturel, tels que déterminés par le gestionnaire des réseaux de transport et de distribution Creos Luxembourg S.A. (ci-après «Creos») et indiqués dans la liste tarifaire «Tarifs d'utilisation du réseau et tarifs accessoires valables à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015» dans sa version du 5 août 2015.

**Art. 2.** Les tarifs acceptés sont à publier sur le site internet de Creos.

**Art. 3.** Les tarifs acceptés par le présent règlement sont d'application à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015.

**Art. 4.** Le règlement E14/44/ILR du 27 novembre 2014 est abrogé avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2015.

**Art. 5.** Le présent règlement sera publié au Mémorial et sur le site Internet de l'Institut.

La Direction

(s.) **Luc Tapella**

(s.) **Jacques Prost**

(s.) **Camille Hierzig**

**Institut Luxembourgeois de Régulation**

**Règlement E15/35/ILR du 6 août 2015  
portant acceptation des tarifs d'utilisation du réseau de distribution de gaz naturel et des services  
accessoires à l'utilisation du réseau de gaz naturel, géré par SUDGAZ S.A.**

**Secteur Gaz naturel**

La Direction de l'Institut Luxembourgeois de Régulation,

Vu l'article 29 de la loi modifiée du 1<sup>er</sup> août 2007 relative à l'organisation du marché du gaz naturel;

Vu le règlement modifié E12/06/ILR du 22 mars 2012 fixant les méthodes de détermination des tarifs d'utilisation des réseaux de transport, de distribution et des services accessoires à l'utilisation des réseaux pour la période de régulation 2013 à 2016 et abrogeant le règlement E09/04/ILR du 2 février 2009;

Vu l'article 3 du règlement E15/19/ILR du 15 juin 2015 arrêtant le Code de Distribution du Gaz Naturel au Grand-Duché de Luxembourg;

Vu la demande de SUDGAZ S.A., reçue le 14 juillet 2015;

Considérant l'intégration des marchés du gaz naturel luxembourgeois et belges à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015 pour former la zone de marché intégré BeLux, de sorte que l'application de nouveaux tarifs s'impose;

Arrête:

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les tarifs d'utilisation du réseau de distribution de gaz naturel géré par le gestionnaire du réseau de distribution SUDGAZ S.A. (ci-après «SUDGAZ») sont acceptés comme suit:

Catégorie	Type de compteur	Composante capacité	Composante volume	Redevance mensuelle fixe
		Tarif hTVA [€/kW]	Tarif hTVA [ct/m <sup>3</sup> ]	Tarif hTVA [€/mois]
Catégorie 1	G4 - G16	0,00	12,372	3,53
Catégorie 2	G25 – G40	8,940	2,914	20,30
Catégorie 3	G65	8,050	1,690	90,00
Catégorie 3	G100	8,050	1,690	95,00
Catégorie 3	G160	8,050	1,690	95,00
Catégorie 3	G250	8,050	1,690	121,00
Catégorie 3	G650	8,050	1,690	129,00

**Art. 2.** Un rabais sur la composante capacité de 1,494 €/kW est accordé aux utilisateurs du réseau dont la consommation de gaz naturel est effaçable à la demande du gestionnaire de réseau de distribution.

**Art. 3.** Les tarifs accessoires à l'utilisation du réseau de distribution de gaz naturel géré par SUDGAZ sont acceptés comme suit:

*Location équipement supplémentaire (suivant besoin à partir d'un type de compteur G40):*

	Tarif hTVA (€/an)
correcteur	264,00
mémoire	108,00
modem	168,00

**Art. 4.** (1) Le présent article détermine les tarifs de la mise à niveau de l'installation de comptage des clients enregistrés sur le réseau de distribution de gaz naturel de SUDGAZ S.A. et les tarifs de la transmission des données de consommation.

Il s'agit en particulier des tarifs d'installation d'un compteur avec encodeur, d'un convertisseur électronique de volume et d'un modem opéré à la demande du fournisseur de gaz naturel en dehors de la mise à niveau régulière de l'installation de comptage par le gestionnaire du réseau de distribution SUDGAZ.

(2) Les tarifs de la mise à niveau de l'installation de comptage des clients enregistrés sur le réseau de distribution de gaz naturel de SUDGAZ sont acceptés comme suit:

	Prix hors taxes
Raccordement client ≤ 100 mbar	385,00 €
Raccordement client > 100 mbar	580,00 €
Frais de déplacement	1,30 €/km

(3) Les tarifs d'installation d'un répertoire FTP et de transmission des données de consommation en H+1 sont acceptés comme suit:

	Prix hors taxes
Installation d'un répertoire FTP	250,00 €
Transmission des données	300,00 €/an

**Art. 5.** Les tarifs acceptés par le présent règlement sont d'application à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015.

**Art. 6.** Le règlement E14/38/ILR du 14 novembre 2014 est abrogé avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2015.

**Art. 7.** Le présent règlement sera publié au Mémorial et sur le site Internet de l'Institut.

La Direction

(s.) Luc Tapella

(s.) Jacques Prost

(s.) Camille Hierzig

**Institut Luxembourgeois de Régulation**  
**Règlement E15/36/ILR du 6 août 2015**  
**portant acceptation des tarifs d'utilisation**  
**du réseau de distribution de gaz naturel et des services accessoires**  
**à l'utilisation du réseau de gaz naturel, géré par la Ville de Dudelange.**

**Secteur Gaz naturel**

La Direction de l'Institut Luxembourgeois de Régulation,

Vu l'article 29 de la loi modifiée du 1<sup>er</sup> août 2007 relative à l'organisation du marché du gaz naturel;

Vu le règlement modifié E12/06/ILR du 22 mars 2012 fixant les méthodes de détermination des tarifs d'utilisation des réseaux de transport, de distribution et des services accessoires à l'utilisation des réseaux pour la période de régulation 2013 à 2016 et abrogeant le règlement E09/04/ILR du 2 février 2009;

Vu l'article 3 du règlement E15/19/ILR du 15 juin 2015 arrêtant le Code de Distribution du Gaz Naturel au Grand-Duché de Luxembourg;

Vu la demande de la Ville de Dudelange reçue le 21 juillet 2015;

Considérant l'intégration des marchés du gaz naturel luxembourgeois et belges à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015 pour former la zone de marché intégré BeLux, de sorte que l'application de nouveaux tarifs s'impose;

Arrête:

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les tarifs d'utilisation du réseau de distribution de gaz naturel géré par le gestionnaire du réseau de distribution Ville de Dudelange sont acceptés comme suit:

Catégorie	Type de compteur	Composante capacité	Composante volume	Redevance mensuelle fixe
		Tarif hTVA [€/m <sup>3</sup> /h/mois]	Tarif hTVA [€/m <sup>3</sup> ]	Tarif hTVA [€/mois]
Catégorie 1	G4 - G16	0,00	0,1171	3,53
Catégorie 2	G25 - G40	5,4679	0,0525	20,30
Catégorie 3	G65	6,9730	0,0671	21,65
Catégorie 3	G100	6,9730	0,0671	25,59
Catégorie 3	G400	6,9730	0,0671	109,80

**Art. 2.** Un rabais sur la composante capacité de 2,5229 €/m<sup>3</sup>/h/mois est accordé aux utilisateurs du réseau dont la consommation de gaz naturel est effaçable à la demande du gestionnaire de réseau de distribution.

**Art. 3.** Les tarifs acceptés par le présent règlement sont d'application à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015.

**Art. 4.** Le règlement E14/37/ILR du 14 novembre 2014 est abrogé avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2015.

**Art. 5.** Le présent règlement sera publié au Mémorial et sur le site Internet de l'Institut.

La Direction

(s.) Luc Tapella

(s.) Jacques Prost

(s.) Camille Hierzig

**Loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant:**

1. le Code de la sécurité sociale;
2. le Code du Travail;
3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale – RECTIFICATIF.

Au Mémorial A – 159 du 13 août 2015, à la page 3869, en dessous des signatures, il y lieu d'ajouter la ligne suivante:  
«Doc. parl. 6656; sess. extraord. 2013-2015 et sess. ord. 2014-2015.»