



Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 23 mai 2019

Ordre du jour :

1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions du 29 avril et du 2 mai 2019
2. Les procédures et le fonctionnement relatifs au paiement des prestations en nature d'assurance maladie-maternité par la Caisse nationale de santé (CNS) au niveau national et international. (présentation par la CNS)
3. Divers

*

Présents : M. Carlo Back, M. Marc Baum, M. Frank Colabianchi, M. Yves Cruchten, M. Mars Di Bartolomeo, Mme Joëlle Elvinger, M. Georges Engel, M. Jeff Engelen, M. Paul Galles, M. Claude Haagen, M. Jean-Marie Halsdorf, Mme Carole Hartmann, M. Aly Kaes, M. Charles Margue, M. Gilles Roth, M. Marc Spautz

M. Romain Schneider, Ministre de la Sécurité sociale

M. Abilio Fernandes, du Ministère de la Sécurité sociale

M. Christian Oberlé, Président de la Caisse nationale de santé

M. Joé Spier, de l'Administration parlementaire

*

Présidence : M. Georges Engel, Président de la Commission

*

- 1. Approbation des projets de procès-verbal des réunions du 29 avril et du 2 mai 2019**

Les projets de procès-verbal sous rubrique sont approuvés.

- 2. Les procédures et le fonctionnement relatifs au paiement des prestations en nature d'assurance maladie-maternité par la Caisse nationale de santé (CNS) au niveau national et international. (présentation par la CNS)**

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, Romain Schneider, rappelle la raison qui est à la base de la convocation de la présente réunion de la commission parlementaire. Le weekend des 2 et 3 février 2019 fut constaté une fraude importante au sein de la Caisse nationale de santé (CNS). Le 4 février, le Ministre de la Sécurité sociale et le conseil d'administration de la CNS en furent informés. Le 5 février 2019 a eu lieu une réunion de la Commission du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale au cours de laquelle les députés ont reçu une première information au sujet de la fraude découverte. Suite aux nombreuses questions des députés, il fut décidé de convoquer une deuxième réunion de la commission parlementaire pour expliquer plus en détail l'activité internationale gérée par la CNS et pour faire le point sur les irrégularités, qui, tout comme les procédures au sein de la CNS, ont fait l'objet d'un audit externe. Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale rappelle encore qu'une enquête judiciaire est en cours.

Monsieur le Président de la CNS fait ensuite le point sur les irrégularités constatées. Il confirme que la fraude s'est opérée dans le domaine des activités internationales. L'orateur explique que deux entités de la CNS sont dédiées à ces activités, à savoir le département international et le service des remboursements internationaux. C'est dans le service des remboursements internationaux que les irrégularités ont été constatées.

Le département international a comme mission de gérer les assurés qui résident en dehors du Grand-Duché de Luxembourg. Il s'agit, selon Monsieur le Président de la CNS, d'une mission d'une grande complexité étant donné que ce service est en contact avec de nombreuses caisses de maladies étrangères et que ses agents sont confrontés à une multitude de différentes législations étrangères, voire à des conventions bilatérales qui ne sont pas uniformes.

Concernant le service des remboursements internationaux, il s'agit d'un service relativement modeste dont la mission consiste à rembourser aux assurés des prestations de soins délivrées à l'étranger. De plus, ce service verse en cas de décès d'un affilié une indemnité funéraire à la personne qui a fait l'avance des frais funéraires.

Concernant l'envergure des opérations internationales en comparaison aux autres activités de la CNS, il convient d'abord de noter que l'ensemble de la population protégée, dont le nombre s'élève en 2018 à 858.357 personnes, a progressé de 2,8 %. Le nombre de résidents, à savoir 557.299 personnes n'a progressé que de 2 %, tandis que la part de la population protégée non-résidente, qui représente 301.058 personnes, a progressé de 4,4 % en 2018. La part des non-résidents dans le total de la population protégée est de quelque 35 %.

La projection des dépenses pour les soins de santé en 2019 montre que le total représente 2.640,7 millions d'euros, dont 2.183,9 millions d'euros représentent les soins de santé au Luxembourg et 456,8 millions d'euros les soins de santé à l'étranger.

Les soins de santé évoluent de 7,8 % en 2019, avec une progression plus marquée de l'évolution des soins de santé au Luxembourg, à savoir une progression de 8,5 %. Les soins à l'étranger progressent moins rapidement, notamment de 4,5%.

Monsieur le Président de la CNS souligne au vu de ces chiffres qu'il convient de comprendre que les soins fournis au Grand-Duché pour des patients non-résidents sont plus importants que les soins prestés à l'étranger pour des assurés résidant au Luxembourg.

Monsieur le Président de la CNS précise que les transferts à l'étranger (sur la base du formulaire « S2 ») représentent un volume financier de 36,7 millions d'euros. C'est sur ce volet des activités internationales de la CNS que se sont opérées les irrégularités. Le total

des frais relatifs aux prestations à l'étranger s'élève en 2018 à 437,1 millions d'euros. A noter que les transferts à l'étranger représentent 11,6 % et les séjours temporaires 4,4 % de l'activité internationale. Les frontaliers représentent 73,2 %.

L'activité internationale de la CNS fait aujourd'hui face à une série de problèmes.

La population transfrontalière prise en charge s'accroît à un rythme soutenu. De plus, les dossiers à traiter sont complexes et les équipes au sein de la CNS, qui travaillent sur ces dossiers, n'ont pas été suffisamment renforcées. Le nombre de pays à considérer s'est accru et la nature des prestations en cause est en soi très compliquée.

De plus, il existe de nombreuses anciennes conventions bilatérales qui n'ont pas été mis à jour et où une standardisation fait défaut.

L'impact de la crise dans les pays du sud se traduit souvent par une diminution d'effectifs auprès des caisses de maladie de ces pays, de sorte que les contacts habituels faisaient subitement défaut.

L'échange des données au niveau européen souffre d'une grande complexité de situations distinctes.

L'hétérogénéité des cas rend une automatisation difficile.

L'activité internationale fut longtemps considérée comme moins prioritaire que l'activité nationale, en raison du moindre volume à traiter. Depuis peu, et encore avant la révélation des irrégularités au mois de février 2019, la CNS compte parmi les membres de sa direction une personne entièrement dédiée aux activités internationales.

Monsieur le Président de la CNS rappelle que, à la suite de la découverte d'irrégularités, le montant détourné a été évalué à un total d'environ 2,1 millions d'euros. La CNS a confié à PricewaterhouseCoopers (PwC) une mission d'audit, aux fins de confirmer les montants des remboursements litigieux découverts et de vérifier s'il s'agit de cas isolés.

PwC avait été choisi en raison de l'expertise dont dispose cette entreprise et de la disponibilité de ses équipes pour ainsi parer à l'urgence de la situation.

Le périmètre initial de la mission était limité au service des remboursements internationaux. Il a par la suite été étendu pour couvrir tous les départements de la CNS chargés de procéder à des remboursements aux assurés.

La période de revue a été définie conjointement avec la CNS, de 2009 à 2019.

En ce qui concerne l'envergure du travail d'audit, il faut retenir qu'il a porté sur 100 millions d'écritures (analyse quantitative) et sur plus de 8.000 dossiers (analyse qualitative). L'audit représente plus de 3.000 heures de travail. Son coût s'élève à 500.000 euros.

Concernant la méthodologie employée pour effectuer l'audit, il y a lieu de retenir que dans une première phase, les auditeurs ont tâché de comprendre l'environnement opérationnel en disséquant l'acte du remboursement en un processus d'autorisation, une étape de la facturation et une étape de la liquidation. Sur la base de ce travail, les auditeurs ont ensuite défini des points de contrôle ponctuel. A titre d'exemple, un contrôle est nécessaire pour vérifier si, endéans une journée, un numéro de compte d'un bénéficiaire a été modifié à deux reprises.

Pour contrôler un volume de 100 millions d'écritures, il a été procédé dans une première étape à l'identification des points sensibles dans les procédures (« *red flags* »), sur lesquels il convient d'enquêter. Dans une seconde étape, les anomalies qui apparaissent lors de cette enquête statistique ont été relevées et les dossiers y afférents ont été contrôlés en détail.

Concernant les dossiers vérifiés, l'on a non seulement porté l'attention sur des cas de fraude, mais on a également su vérifier la qualité générale des dossiers de sorte qu'un inventaire des procédures a été établi en se focalisant sur des points qu'il convient d'améliorer. A titre d'exemple, il est apparu qu'il était devenu d'usage que les agents traitent les dossiers de leurs relations ou membres de famille, négligeant parfois de verser les pièces nécessaires au dossier. Une question de conflit d'intérêt se pose à l'égard de ces agents, même si ces pratiques ne donnent pas lieu à des irrégularités. La direction de la CNS a déjà réagi par la voie d'une circulaire et a interdit lesdites pratiques.

En ce qui concerne les modes opératoires des fraudeurs, il convient de distinguer les faits des deux agents incriminés. L'agent 1 a dédoublé des remboursements à des patients en effectuant un virement de plus sur ses comptes propres ou un compte appartenant à une connaissance. Moins de six comptes ont ainsi été utilisés. Les remboursements ainsi opérés dans le système informatique n'étaient pas assortis de justificatifs attachés au dossier. La manière d'agir se caractérise par une grande rapidité et un souci peu marqué de cacher les faits. Le volume détourné est conséquent et atteint environ 2 millions d'euros.

L'agent 2 a pris plus de soins pour cacher la fraude. Des remboursements ont été effectués pour la plupart sur base de copies et des dossiers ont été falsifiés. La somme détournée est d'environ 50 à 60.000 euros.

Le constat peut être fait que les fraudes ont connu une accélération et sont montées en crescendo au cours des trois dernières années.

Au final, la société d'audit retient 5 catégories de **recommandations**, à savoir :

- Revue et mise à jour de procédures internes concernant les cycles de vie d'un remboursement
- Sensibilisation et formation continue des agents de la CNS au contrôle interne et aux procédures internes (il existe à présent une culture au sein de la CNS qui se caractérise par une grande confiance faite à l'égard de chaque agent)
- Renforcement des contrôles opérationnels existants et mise en place de contrôles opérationnels de supervision
- Supervision (monitoring) des systèmes d'information
- Contrôles d'application des procédures internes.

Monsieur le Président de la CNS retient les **conclusions** suivantes :

En ce qui concerne les aspects positifs à retenir, il convient de constater qu'il n'y a pas de nouveaux cas d'irrégularités, les deux cas de fraude découverts étant des cas exceptionnels. Monsieur le Président de la CNS constate encore que le personnel de la CNS dispose de bonnes compétences techniques et fait preuve d'une bonne conscience professionnelle.

Les conclusions critiques à retenir sont les suivantes : il existe certaines lacunes de supervision et la qualité du travail est inégale. Le système de contrôle est perfectible. L'organisation des outils techniques est partiellement à optimiser.

En conséquence de ce qui précède, Monsieur le Président de la CNS définit les **priorités** suivantes :

- Démarche globale de contrôle interne : mise en place, formation, sensibilisation, fonctionnement
- Rôle et responsabilités d'un chef de service : sensibilisation, formation, responsabilisation, outils
- Adaptation des moyens (une demande pour l'obtention d'effectifs supplémentaires a déjà été déposée)
- Adaptations organisationnelles : système de supervision, optimisation de l'organisation et du fonctionnement (il est à noter que la CNS se trouve en dehors du lien qui lie le prestataire au patient)
- Digitalisation : moteur de règles – la construction d'un dispositif d'automatisation des calculs *a priori* et contrôles *a posteriori* répondant aux besoins de contrôle ciblé, par sondage, de masse ou systématique.

Echange de vues

Monsieur le Député Paul Galles, du groupe politique CSV, demande des renseignements supplémentaires au sujet de la répartition géographique des anciennes conventions. Il s'enquiert de plus, de quelle manière la CNS gère la grande hétérogénéité des cas, à laquelle elle doit faire face.

Monsieur le Président de la CNS signale que la convention bilatérale entre le Luxembourg et la Belgique constitue un cas particulier car son contenu est très distinct de celui des conventions qui lient le Grand-Duché à l'Allemagne et à la France. De par le volume traité sous le couvert de la convention avec la Belgique, il serait intéressant si l'on pouvait commencer à la renégocier en priorité, en veillant à assurer un juste équilibre entre les intérêts des parties.

Concernant la manière de gérer l'hétérogénéité des cas, Monsieur le Président de la CNS explique que l'on s'y prend au cas par cas. Cela étant, il convient de constater que la charge de travail est telle qu'un recul pour mieux s'organiser fait défaut. Remettre en question les procédures et les standardiser constitue encore un défi. Il appartiendra à la direction de s'impliquer dans un tel processus, estime le Président de la CNS.

Monsieur le Député Marc Spautz, du groupe politique CSV, demande combien d'audits ont été réalisés au cours des 10 dernières années. Monsieur le Député demande encore pourquoi l'on ne s'est pas aperçu beaucoup plus tôt des versements irréguliers qui mettaient en cause toujours le même numéro de matricule.

Monsieur le Député Jean-Marie Halsdorf, du groupe politique CSV, demande une précision au sujet des missions du service des remboursements internationaux, qui s'occupe des Luxembourgeois qui bénéficient de prestations à l'étranger. Il souligne que des non-résidents peuvent également demander des prestations à l'étranger et s'étonne du fait que la gestion de cette catégorie d'assurés ne soit pas assumée par le service des remboursements internationaux.

Monsieur le Président de la CNS explique que la gestion se fait séparément, car une priorité du service en question est celle du remboursement. Or, ce remboursement se fait selon les règles, les statuts et les tarifs nationaux luxembourgeois. Il faut tenir compte des définitions des actes médicaux utilisées à l'étranger, distinctes des définitions utilisées au Luxembourg. Les comparer afin d'appliquer les tarifs afférents de la nomenclature nationale constitue un véritable défi.

Monsieur le Député Jean-Marie Halsdorf rappelle que la CNS a créé en 2015 un département de lutte contre les abus et les fraudes et il demande de savoir pourquoi celui-ci n'a pas été chargé de vérifier systématiquement toutes les possibilités de failles potentielles pouvant donner lieu à des fraudes.

Etant donné l'hétérogénéité des actes et la gestion au cas par cas, il est, selon Monsieur le Député, important de disposer d'un processus tenant compte des expériences acquises au courant du travail quotidien.

Monsieur le Député Mars Di Bartolomeo, du groupe politique LSAP demande des renseignements supplémentaires au sujet du volume des prestations dont bénéficient les résidents Luxembourgeois à l'étranger, d'une part, et, d'autre part, au sujet des prestations fournies au Grand-Duché à des frontaliers.

Monsieur le Président de la CNS ne dispose pas de ces chiffres et constate qu'il devra les fournir à une autre occasion. Il confirme cependant ses dires que, par déduction, il apparaît qu'il y a toujours plus de frontaliers qui demandent des prestations au Grand-Duché. En effet, les prestations dont bénéficient les résidents luxembourgeois à l'étranger restent stables, tandis que les prestations dispensées au Luxembourg à des frontaliers augmentent.

Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale rappelle qu'il existe encore d'autres caisses de maladie à côté de la CNS et il annonce que ces caisses seront également soumises - de manière préventive - à un audit. Monsieur le Ministre précise qu'aucun élément n'est survenu qui pourrait laisser supposer qu'il y ait des irrégularités auprès des autres caisses de maladie.

Monsieur le Ministre rappelle encore qu'il a commandité un audit auprès de l'Inspection générale de la Sécurité sociale (IGSS) afin de contrôler les procédures au sein de la CNS. Il s'agit d'un travail qui est en cours d'exécution et qui devra désormais également se faire auprès d'autres institutions soumises au contrôle de l'IGSS, comme par exemple, la Caisse nationale d'assurance pension.

Monsieur le Député Marc Spautz, du groupe politique CSV, est surpris d'apprendre que de nombreux remboursements comptabilisés sur un seul numéro de matricule soient imputables aux remboursements groupés au sein des maisons de soins. Selon les informations que possède Monsieur le Député, un seul numéro de sécurité sociale aurait été utilisé de très nombreuses fois par un des agents incriminés et appartenait à son partenaire.

Monsieur le Député constate qu'il y a déjà eu d'autres audits qui ont précédé celui qui vient d'être présenté. L'orateur demande pourquoi ces audits n'ont pas montré qu'il n'y avait pas de contrôles suffisants dans un service, respectivement qu'un service n'a pas du tout fait l'objet d'un quelconque contrôle.

Concernant la gouvernance de la CNS, Monsieur le Député demande si des responsabilités devraient jouer à d'autres niveaux hiérarchiques, en sus de la responsabilité directe que doivent assumer les deux fraudeurs.

Monsieur le Président de la CNS précise que l'enquête menée par la société d'audit a d'une part montré qu'il peut y avoir un nombre élevé de remboursements effectués sur un seul numéro de matricule, sans pour autant constituer une irrégularité. D'autre part, en ce qui concerne le mode opératoire frauduleux, une simple enquête informatique a facilement révélé qu'un grand nombre de paiements s'est effectué au bénéfice de six destinataires. Or, une telle enquête informatique n'existait pas auparavant. Désormais, il sera procédé régulièrement à un tel contrôle informatisé.

Monsieur le Président constate que le montant détourné sur 10 années représente une partie fort modeste par rapport au volume total des opérations financières de la CNS. L'orateur estime qu'un audit externe n'est pas en mesure de découvrir une telle faille, sauf par hasard. Par contre, il importe d'opérer un contrôle interne suffisamment efficace, ce qui ne fut pas le cas à la CNS.

Concernant les éventuelles mesures à prendre à l'égard des responsables hiérarchiques, il fut d'abord vérifié si ceux-ci étaient au courant des agissements frauduleux. Après vérification, il est apparu que tel n'est pas le cas. Auraient-ils dû se rendre compte des agissements ? Oui, selon Monsieur le Président de la CNS, ils auraient dû s'apercevoir des failles et des irrégularités. La direction de la CNS, après discussion avec les responsables hiérarchiques, a préféré procéder à leur mutation à d'autres tâches, plus adéquates, au lieu de leur infliger une punition. En effet, il n'est pas certain, selon le Président de la CNS, que d'autres responsables de service, où aucune fraude n'est survenue, eurent remarqué le cas échéant des irrégularités. Monsieur le Président estime que la façon de procéder ainsi retenue évite des injustices tout en permettant de maîtriser la situation.

Monsieur le Ministre revient à la question de la matricule unique et se dit irrité que des informations qui ont été fournies dans un cadre restreint de personnes soient véhiculées, alors qu'il y a une instruction judiciaire qui est encore en cours.

Monsieur le Député Jean-Marie Halsdorf, du groupe politique CSV, constate qu'il n'y a pas eu de stratégie globale. Il s'était étonné de la passivité du service de lutte contre les abus et fraudes en ce qui concerne le contrôle des opérations à la CNS. L'orateur estime que l'on est à présent sur la bonne voie. Il souligne qu'une digitalisation renforcée constitue une solution à mettre en œuvre. Il pense encore qu'il convient de définir des clignotants pour améliorer le système de contrôle des remboursements et suggère de traiter séparément les cas qui dépassent un certain montant à rembourser ou une certaine fréquence de remboursement. Finalement, Monsieur le Député estime qu'il y a eu une certaine négligence et une trop grande bonhomie au sein de la CNS et se dit content de voir qu'il y a maintenant une prise de conscience qui s'opère.

Monsieur le Président de la CNS pense qu'il n'existe pas de contrôle interne qui soit parfait. Il informe encore les députés que la CNS réclame le remboursement des 2 millions d'euros détournés, augmenté des intérêts.

L'orateur rappelle que la fusion des caisses de maladies, il y a 10 ans, fut une opération d'envergure marquée d'une grande complexité. Ensuite, ce fut la crise financière et économique. Les responsables d'antan ont fait, selon Monsieur le Président de la CNS, un travail législatif remarquable. De plus, la CNS se développe constamment. Monsieur le Président conclut que l'approche retenue par la direction de la CNS n'est dès lors pas celle de condamner quelqu'un mais de sensibiliser les responsables actuellement en charge par un certain degré de sévérité.

Monsieur le Ministre rappelle que parmi des milliers d'agents, deux étaient des fraudeurs. Il estime que le risque d'une faille pourra toujours exister, mais qu'il convient de prendre des mesures préventives. L'orateur pense qu'il convient encore de donner comme message que la grande majorité du personnel de la CNS fait preuve d'une grande conscience professionnelle.

Monsieur le Député Carlo Back, du groupe politique « déi gréng », demande des précisions relatives aux missions du service de lutte contre les abus et fraudes instauré au sein de la CNS. Il demande ce que fait la CNS de manière générale en matière de lutte contre les fraudes.

Monsieur le Député Jeff Engelen, du groupe technique ADR, demande de quelle manière un agent a pu effectuer des virements sans qu'il y ait eu une facture. L'orateur pense que le système fut mal organisé depuis 10 ans et qu'il faut répartir entre deux agents distincts les fonctions du remboursement et celle du changement d'un numéro de compte.

Monsieur le Député Marc Baum, de la sensibilité politique « déi Lénk », demande combien de dossiers, sur les 8000 dossiers vérifiés par l'auditeur, étaient en ordre et combien ne l'étaient pas. L'orateur estime que les assurés, qui ont en quelque sorte servi de prétexte pour effectuer un deuxième remboursement, ont le droit de savoir ce qui s'est passé en leur nom. Il demande si des assurés se sont déjà manifestés ou s'ils seront informés.

Monsieur le Président de la CNS précise que la mission du service de lutte contre les abus et fraudes, qui existe depuis le 1^{er} octobre 2015 auprès de la CNS, vise les prestataires (dont e.a. les hôpitaux) et les assurés. La mission de ce service ne consistait pas en un contrôle interne des activités de la CNS. Une grande partie du travail fourni par ce service est lié à la vérification de l'application de la nomenclature, alors que les définitions des différents actes sont pour le moins perfectibles. Monsieur le Président informe que le service de lutte contre les abus et fraudes enquête désormais sur des dossiers de fraude plus importants au lieu de se consacrer trop à des questions résultant de l'interprétation de définitions des actes. Monsieur le Président réaffirme qu'il n'appartient pas à ce service de procéder à des enquêtes internes.

Monsieur le Président de la CNS répond au Député Jeff Engelen, qu'un des agents incriminés a préparé des dossiers, et que son supérieur hiérarchique lui faisait confiance sans qu'il y avait un contrôle sur les dossiers en question. Avant la fusion des caisses de maladie, un contrôle aléatoire par échantillonnage était encore de rigueur. Cette pratique s'est toutefois perdue au fil du temps.

Concernent les modifications des numéros de compte, elles sont désormais enregistrées par d'autres agents que ceux qui effectuent des remboursements. De plus, l'on applique le procédé des 4 yeux, c'est-à-dire que deux agents vérifient les opérations. A partir d'un certain montant (2.000 euros), il faut l'aval d'un supérieur hiérarchique pour effectuer un virement. A ces règles s'ajoutent désormais des contrôles aléatoires.

8.000 dossiers ont été vérifiés, parmi lesquels 1.574 ont montré des faiblesses et 427 dossiers ont été entachés d'irrégularités. Ces irrégularités sont toutes attribuables aux deux agents incriminés. Par « faiblesse » il convient d'entendre que des dossiers ont été faits par des agents pour des membres de leur famille, des connaissances, ou en apportant des pièces directement au dossier sans les enregistrer.

Concernant les assurés qui ont servi de prétexte à un deuxième remboursement frauduleux, ils ne seront pas informés à ce stade, étant donné que l'instruction judiciaire est encore en cours.

Monsieur le Député Mars Di Bartolomeo, du groupe politique LSAP, estime que les bonnes conclusions viennent d'être tirées des failles qui sont devenues apparentes à la suite de la découverte des irrégularités. Monsieur le Député estime de plus que la fusion des caisses de maladies en 2009 fut remarquablement mise en œuvre par la CNS. L'orateur demande de savoir de quelle caisse de maladie proviennent originellement les deux fraudeurs.

Monsieur le Président de la CNS n'est pas en possession de cette information. Il rappelle qu'au départ, vers l'année 2009, ce ne furent que de modestes sommes qui ont été soustraites. L'orateur informe encore qu'il existe un réseau de collaboration internationale entre les caisses de maladie et que la CNS entend y présenter le cas des irrégularités découvertes.

Monsieur le Député Gilles Roth, du groupe politique CSV, s'enquiert plus en détail sur la récupération des sommes détournées.

Monsieur le Président de la CNS informe que tout est mis en œuvre pour récupérer un maximum d'argent, à savoir les quelque 2 millions d'euros détournés, augmenté des intérêts et du coût généré par l'audit qui a dû être réalisé en conséquence de ces irrégularités. Une commission de discipline auprès de l'Etat mène une enquête dans cette affaire. L'agent 1 devrait comparaître en juin 2019. Le second agent concerné a un dossier qui est plus compliqué et paraîtra devant la commission de discipline à une date ultérieure. La CNS suivra la décision de la commission de discipline. La CNS s'est d'ailleurs constituée partie civile.

3. Divers

Aucun autre élément n'est évoqué sous le point « divers ».

Luxembourg, le 4 juin 2019

Le Secrétaire-administrateur,
Joé Spier

Le Président de la Commission du Travail, de l'Emploi et
de la Sécurité sociale,
Georges Engel