

N° 6656¹

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%!¹ 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.

¹ 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 réalisables 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 réalisables 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 syntaxique, 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 contrôle¹.

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 médicale²⁾ 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 Déontologie³).

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

