

N° 6656

CHAMBRE DES DEPUTES

Session extraordinaire 2013-2014

PROJET DE LOI

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

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

* * *

*(Dépôt: le 14.2.2014)***SOMMAIRE:**

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

*

ARRETE GRAND-DUCAL DE DEPOT

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

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

Arrêtons:

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

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

Palais de Luxembourg, le 11 février 2014

Le Ministre de la Sécurité sociale,

Romain SCHNEIDER

HENRI

*

EXPOSE DES MOTIFS

1. HISTORIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. Lois postérieures

a. Vers un élargissement des missions du Contrôle médical

1. La loi du 27 juillet 1992

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)"

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

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

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

1. Législation comparée

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

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

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

2. Nécessité d'une réforme

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

3. Modifications proposées

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

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

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

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

*

TEXTE DU PROJET DE LOI

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

„Chapitre III – Contrôle médical de la sécurité sociale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Disposition transitoire

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

Entrée en vigueur

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

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1

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

Article 418

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

Article 419

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

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

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

Article 420

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

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

Article 421

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

Article 422

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

Article 423

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

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

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

Article 424

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

Article 425

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

Article 426

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

Article 2

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

Point 1° – article 10, alinéa 4 CSS

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

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

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

Point 3° – article 11, nouvel alinéa 5 CSS

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

Point 4° – article 14, alinéa 1 CSS

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

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

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

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

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

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

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

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

Point 5° – article 14, alinéa 3 CSS

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

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

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

Point 7° – article 16, nouvel alinéa final CSS

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

Point 8° – article 23, alinéa 2 CSS

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

Point 9° – article 47, alinéa 1 CSS

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

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

Point 10° – article 47, nouvel alinéa 2 CSS

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

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

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

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

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

Point 13° – article 59, alinéa 2 CSS

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

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

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

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

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

Point 16° – article 73bis, alinéa 1 CSS

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

Point 17° – article 73bis, alinéa 3 CSS

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

Point 18° – article 83, alinéa 1 CSS

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

Point 19° – article 83, alinéa 1 CSS

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

Article 3

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

Article 91, alinéa 1 CSS

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

Article 4

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

Article 171, alinéa 2 CSS

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

Article 5

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

Article 318, alinéa 2 CSS

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

Article 6

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

Point 1° – article 377, alinéa 5 CSS

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

Point 2° – article 382, alinéa 5 CSS

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

Point 3° – article 383 CSS

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

Point 4° – article 393ter CSS

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

Article 7

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

Point 1° – article 396, alinéa 4

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

Point 2° – article 416, alinéa 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 8

Cet article regroupe les modifications apportées au Code du travail.

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

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

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

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

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

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

(...)“

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

Article 9

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

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

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

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

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

Il est renvoyé au commentaire de l'article 10.

Disposition transitoire

Article 10

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 médecins-conseils (dont 1 épidémiologue/biostatisticien)

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

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

1 conseiller de direction

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

2. Exercice budgétaire 2015

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

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

3 médecins-conseils (dont 1 épidémiologue/biostatisticien)

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

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

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

3 médecins-conseils, 1 psychologue et 2 expéditionnaires

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

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

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

2 médecins-conseils, 1 psychologue et 1 expéditionnaire

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

*

FICHE FINANCIERE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

