



CHAMBRE DES SALARIÉS
LUXEMBOURG



AVIS

Avis IV/43/2026

7 octobre 2026

Conventions médecins et médecins-dentistes

Projet de règlement grand-ducal portant réglementation des relations entre la Caisse nationale de santé et le groupement professionnel représentatif des médecins

Projet de règlement grand-ducal portant réglementation des relations entre la Caisse nationale de santé et le groupement professionnel représentatif des médecins-dentistes

Par lettre du 18 août 2026, Madame Martine DEPREZ, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, a saisi pour avis notre Chambre au sujet des projets de règlement grand-ducal sous rubrique.

1. Les deux projets de règlement grand-ducal visent à fixer, respectivement, les dispositions régissant les relations de la Caisse nationale de santé avec les médecins et avec les médecins-dentistes, à la suite de la dénonciation des conventions existantes et de l'échec de la procédure d'entente collective.

2. Lesdits projets sont pris en application de l'article 70, paragraphe 2, du Code de la sécurité sociale.

3. À cet égard, la CSL note qu'à la suite de la dénonciation des conventions et de l'échec de la médiation, l'article 70, paragraphe 2, du Code de la sécurité sociale prévoit que les dispositions conventionnelles obligatoires sont fixées par règlement grand-ducal. Les projets doivent dès lors régler l'ensemble des points que l'article 64 du même Code impose de faire figurer dans les conventions conclues entre la CNS et les groupements professionnels concernés.

4. Or, la CSL constate que plusieurs de ces points ne sont pas repris dans les projets, notamment les tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé, visés à l'article 64, alinéa 1^{er}, point 4, du Code de la sécurité sociale. Sont également omis les engagements relatifs au respect de certaines libertés professionnelles et du secret professionnel, les modalités de diffusion des standards de bonne pratique médicale ainsi que les domaines d'application de la rémunération salariée.

5. Cette omission soulève en particulier la question du régime applicable, après la cessation des conventions actuelles, aux tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé. Les projets ne permettent de déterminer ni si les tarifs actuellement en vigueur seront maintenus, ni sur quel fondement ils continueront, le cas échéant, à s'appliquer. Cette incertitude est susceptible d'affecter tant les prestataires que les personnes protégées, notamment en ce qui concerne le montant des honoraires, leur opposabilité et leur prise en charge.

6. La CSL exige dès lors que les projets soient complétés afin de régler expressément l'ensemble des points obligatoires énumérés à l'article 64 du Code de la sécurité sociale et, plus particulièrement, de préciser le sort des tarifs conventionnels. Si les auteurs entendent traiter ces éléments dans un autre règlement grand-ducal, il convient d'identifier clairement ce texte et d'assurer son entrée en vigueur concomitante, afin d'éviter toute lacune juridique lors du passage du régime conventionnel au régime réglementaire.

7. En outre, la CSL insiste sur le fait que la situation résultant de la dénonciation des conventions et de l'échec de la procédure d'entente collective ne doit entraîner aucun désavantage, de quelque nature que ce soit, pour les personnes protégées. Les projets doivent dès lors préserver, à tout le moins, le niveau de protection garanti par le régime conventionnel actuel.

8. Par ailleurs, la CSL relève que les projets ne reprennent que partiellement et de manière dispersée les dispositions des conventions auxquelles ils sont appelés à se substituer. Certaines règles conventionnelles ne sont pas reprises, tandis que d'autres sont combinées avec des dispositions issues du Code de la sécurité sociale, des statuts de la Caisse nationale de santé ou de prescriptions de nature technique, sans que leur origine soit systématiquement identifiable. Cette présentation ne permet dès lors plus d'appréhender, à la lecture des seuls projets, l'ensemble des règles applicables de manière complète, cohérente et fluide.

9. Il en résulte une perte de lisibilité et de transparence par rapport aux régimes conventionnels actuels. À cette fin, un tableau de concordance recensant les dispositions actuelles, leur source et leur reprise éventuelle dans les projets devrait être annexé à ceux-ci.

10. La CSL relève également que l'articulation entre les prescriptions techniques figurant directement dans les projets et leurs annexes, d'une part, et celles destinées à être fixées dans des « documents de référence », d'autre part, manque de clarté. Les modalités d'élaboration et de mise à jour des documents de référence demeurent également imprécises. Les projets ne déterminent notamment ni l'autorité compétente pour les modifier, ni les modalités de consultation préalable des parties concernées, ni les règles relatives à la publication.

11. La CSL demande que ces éléments soient expressément encadrés afin d'assurer la transparence, la prévisibilité et la sécurité juridique des adaptations techniques.

12. Ensuite, la CSL relève que les projets de règlement grand-ducal se limitent à prévoir l'indication, sur le mémoire d'honoraires, de la modalité et du montant du dépassement appliqué au titre d'une convenance personnelle. Contrairement aux régimes conventionnels actuellement applicables, ils ne prévoient toutefois pas expressément que la personne protégée doit être informée avant la prestation et avoir accepté de supporter ce supplément. Or, les conventions actuelles subordonnent le commencement du traitement à l'information préalable et à l'accord du patient.

13. Cette omission risque de placer la personne protégée devant le fait accompli, le montant du dépassement ne lui étant communiqué qu'après la réalisation de la prestation. Elle ne serait alors plus en mesure de refuser ce coût, de solliciter une autre solution ou de s'adresser à un autre prestataire, alors même que les suppléments pour convenance personnelle restent intégralement à sa charge.

14. Fondamentalement, la CSL remet en question le système même des convenances personnelles et des dépassements tarifaires qui y sont attachés. Ce mécanisme permet en effet de mettre à la charge de la personne protégée des suppléments susceptibles de concerner des modalités qui, en pratique, ne résultent pas d'un choix véritablement libre, mais peuvent découler de l'organisation habituelle du prestataire. Tel peut notamment être le cas de la prise de rendez-vous lorsque celle-ci constitue le seul mode d'accès aux soins proposé par le prestataire.

15. La CSL relève également que le projet prévoit déjà, pour la convenance personnelle CP5, une méthode précise de calcul de l'indemnité. Celle-ci correspond à la différence entre le tarif de la consultation ou de la visite normale et celui de la consultation ou de la visite d'urgence, les éventuels frais de déplacement étant inclus en cas de visite. Le montant susceptible d'être réclamé est ainsi limité et peut être déterminé à l'avance.

16. La CSL critique fermement l'absence de tout encadrement tarifaire objectif pour les autres convenances personnelles, alors que le projet démontre lui-même, à travers le CP5, qu'une méthode de calcul précise et plafonnée peut parfaitement être prévue. Le simple renvoi à l'exigence de facturer « avec tact et mesure » est manifestement insuffisant. Par conséquent, la CSL exige que le système des convenances personnelles soit réexaminé dans son ensemble.

17. À défaut de sa suppression, les situations concernées devraient être définies de manière précise et limitées aux demandes réellement facultatives de la personne protégée. Celle-ci devrait être informée à l'avance du motif et du montant exact ou estimé du supplément et y consentir expressément avant la prestation.

18. En outre, la CSL relève que l'expression « avec tact et mesure », employée à l'article 43, paragraphe 1^{er}, du projet relatif aux médecins et à l'article 29, paragraphe 1^{er}, du projet relatif aux médecins-dentistes, pour encadrer la facturation de suppléments au titre de convenances personnelles, demeure particulièrement imprécise. Les projets ne l'assortissent d'aucun critère objectif permettant de déterminer le montant admissible du dépassement ou d'en apprécier le caractère raisonnable et proportionné. Cette imprécision est d'autant plus problématique que le projet relatif aux médecins-dentistes permet également la facturation, sous le code CP8, du matériel excédant les exigences thérapeutiques nécessaires, sans prévoir un encadrement tarifaire suffisamment précis.

19. En pratique, cette formulation laisse aux médecins et aux médecins-dentistes une liberté tarifaire excessive, puisque chaque prestataire peut apprécier lui-même ce qui relève du « tact et de la mesure ». Elle expose ainsi les personnes protégées à des suppléments variables pour des situations comparables et risque de vider de sa substance le principe des tarifs opposables.

20. La CSL demande, par conséquent, la suppression de toute référence au « tact et à la mesure » dans les projets. Elle rappelle que sa demande principale porte sur la suppression du système même des convenances personnelles. Ce n'est donc qu'à titre subsidiaire, que chacune d'elles devrait être assortie d'une méthode de calcul précise ou d'un plafond impératif, objectif et vérifiable, à l'image de l'encadrement prévu pour le code CP5. En aucun cas, le supplément ne devrait pouvoir dépasser les honoraires correspondant à la prestation de santé concernée. À défaut d'un tel encadrement, aucun supplément ne devrait pouvoir être réclamé à la personne protégée.

21. En outre, la CSL s'interroge plus particulièrement sur le fondement juridique de la majoration des honoraires médicaux ou médico-dentaires en cas d'hospitalisation en chambre individuelle, communément désignée comme le « supplément de première classe ». Les projets qualifient le choix d'une chambre individuelle de convenance personnelle et autorisent, à ce titre, une majoration de 66% des actes et services prestés à la personne hospitalisée.

22. La CSL conteste tant le principe que l'ampleur de cette majoration. Le choix d'une chambre individuelle concerne les conditions d'hébergement de la personne protégée et ne modifie ni la nature, ni la qualité, ni l'étendue des soins qui lui sont dispensés. Il n'existe dès lors aucune justification objective à ce que ce choix entraîne automatiquement une augmentation de 66% des honoraires liés aux prestations médicales ou médico-dentaires.

23. Le Code de la sécurité sociale ne consacre expressément ni le supplément de première classe, ni la qualification du choix d'une chambre individuelle comme convenance personnelle, ni la majoration de 66% qui en découle. La simple reprise d'un mécanisme prévu par les conventions actuelles ne saurait suffire à lui conférer une base juridique dans le nouveau régime réglementaire. Faute de fondement légal suffisamment précis, ce supplément ne trouve pas sa place dans les projets doit, par conséquent, être supprimé.

24. La qualification de « convenance personnelle » ne saurait servir à transformer une préférence relative à l'hébergement en un dépassement généralisé des honoraires médicaux ou médico-dentaires. Un éventuel supplément lié au confort d'une chambre individuelle relève des frais d'hébergement et ne doit pas être répercuté sur le tarif des soins. Admettre le contraire revient à faire varier le coût d'une même prestation de santé en fonction de la catégorie de chambre choisie et contribue à instaurer une médecine à plusieurs vitesses.

25. La CSL attache une importance fondamentale au maintien et au développement des mécanismes de prise en charge directe, dont le paiement immédiat direct (PID) et le tiers payant social. Ces dispositifs contribuent à garantir un accès effectif aux soins en dispensant les personnes protégées

de l'avance de tout ou partie des frais. Le tiers payant social revêt, à cet égard, une importance particulière pour les personnes en situation de précarité et doit être pleinement préservé, tant pour les soins médicaux que pour les soins médico-dentaires.

26. Elle constate cependant que les projets de règlement ne se limitent pas à fixer les modalités techniques de ces dispositifs. Ils en déterminent également plusieurs éléments substantiels, parmi lesquels les conditions de la prise en charge directe, la transmission et la validation des mémoires d'honoraires, le déclenchement du paiement ainsi que le délai dans lequel la CNS doit procéder au paiement du prestataire. Les annexes règlent, en outre, plusieurs étapes de la procédure applicable au PID. Or, si le Code de la sécurité sociale consacre le principe de la prise en charge directe et prévoit son application en cas d'indigence dûment attestée, il ne détermine pas avec une précision suffisante l'ensemble des règles essentielles nécessaires au fonctionnement du PID et du tiers payant social. La seule voie réglementaire ne paraît dès lors pas constituer un fondement juridique suffisant pour fixer l'intégralité de ces règles. Cette difficulté se pose particulièrement dans le projet relatif aux médecins-dentistes, qui prévoit, dans le cadre du tiers payant social, la prise en charge par la CNS de certains dépassements tarifaires normalement laissés à la charge de la personne protégée.

27. Par conséquent, la CSL exige que le Code de la sécurité sociale soit complété afin d'y consacrer les principes et les règles essentielles nécessaires au fonctionnement du PID et du tiers payant social ainsi que, pour les soins médico-dentaires, la prise en charge des dépassements concernés. Les règlements grand-ducaux pourront ensuite en préciser les modalités d'exécution, dans les limites du cadre ainsi défini par la loi.

28. Il est essentiel de souligner que cette mise en conformité ne doit en aucun cas entraîner une interruption de ces dispositifs, une diminution du niveau de protection de leurs bénéficiaires, ni l'obligation pour ces derniers d'avancer ou de supporter des frais supplémentaires. La CSL demande dès lors que l'adaptation du Code intervienne concomitamment à l'entrée en vigueur des nouveaux règlements, afin de garantir la continuité des mécanismes existants et d'éviter toute régression sociale.

29. En outre, l'article 51 du projet relatif aux médecins et l'article 38 du projet relatif aux médecins-dentistes prévoient que la fréquence des séances donnant lieu à l'émission d'un certificat d'incapacité de travail doit être inférieure à 50%. La portée de ce seuil demeure toutefois ambiguë et sa fixation n'est étayée par aucune justification objective, médicale ou statistique. S'il constitue une limite imposée à l'activité des prestataires, il dépasse la simple détermination des modalités d'établissement des rapports d'activité et devrait être fixé directement par le Code de la sécurité sociale.

30. La CSL relève que cette pratique n'est pas conforme à l'article 9 du Code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste, qui consacre la liberté de prescription du médecin. En imposant une contrainte purement quantitative, elle restreint l'autonomie professionnelle et thérapeutique du médecin dans l'appréciation de l'état de santé de ses patients.

31. En tout état de cause, le dépassement d'un seuil purement quantitatif ne saurait, à lui seul, caractériser une pratique injustifiée, la fréquence d'émission des certificats pouvant légitimement varier selon la patientèle, la spécialisation du prestataire, la nature des traitements ou le contexte clinique. La CSL estime donc que ce seuil n'a pas lieu d'être et souligne que toute appréciation doit reposer sur une analyse individualisée de la pratique du prestataire concerné.

32. Enfin, la CSL attire l'attention sur les difficultés susceptibles de survenir lors du passage du régime conventionnel au régime réglementaire, notamment en cas de panne technique, d'erreur administrative, d'indisponibilité d'un système informatique ou d'insuffisance de son paramétrage. Les projets prévoient certes certaines solutions alternatives, dont le recours à des procédures non

automatisées ou, dans certains cas, au support papier, sans toutefois régler expressément l'ensemble des conséquences que de tels incidents pourraient produire pour les assurés.

33. La CSL exige dès lors qu'une disposition transitoire garantisse qu'aucune difficulté technique ou administrative liée à ce changement de régime ne puisse entraîner, pour les assurés, un refus ou un retard injustifié de prise en charge, une interruption de leurs droits ou une charge financière supplémentaire. Une procédure de régularisation rapide devrait également être prévue afin d'assurer la continuité des droits et de corriger les éventuelles erreurs sans préjudice pour les assurés.

34. La CSL considère que la situation actuelle constitue un échec politique et institutionnel. Les pouvoirs publics n'ont pas réussi à prévenir la rupture du dialogue, à rapprocher les parties ni à favoriser l'élaboration d'une solution conventionnelle durable. Le recours à la voie réglementaire consacre l'échec du processus de négociation et ne constitue pas une solution satisfaisante pour organiser durablement les relations entre la CNS et les prestataires de soins.

35. La CSL réaffirme son attachement au modèle conventionnel et son opposition à toute évolution vers une déconventionnalisation du système de santé luxembourgeois. La négociation conventionnelle offre une souplesse et une capacité d'adaptation que la voie réglementaire ne permet pas dans la même mesure. Le dialogue entre les partenaires et la recherche de compromis sont indispensables pour préserver la qualité, l'accessibilité et la pérennité du système de santé.

La situation actuelle constitue également un signal d'alarme pour l'ensemble du secteur. Alors que d'autres professions de santé s'engagent dans une renégociation de leurs relations conventionnelles, l'absence de réponse politique immédiate crée un précédent susceptible d'entraîner une remise en cause progressive du modèle conventionnel.

36. La CSL exige dès lors la reprise immédiate du dialogue entre les parties, avec une implication active du Gouvernement. L'État porte une responsabilité politique et institutionnelle dans cet échec. Il lui appartient de préserver un système fondé sur la négociation et la recherche de compromis, seul à même de garantir aux assurés un accès de qualité aux soins, dans des conditions équitables et financièrement soutenables.

37. Au regard de l'ensemble des considérations et observations qui précèdent, la CSL s'oppose formellement aux deux projets de règlement grand-ducal dans leur état actuel.

Luxembourg, le 7 octobre 2026

Pour la Chambre des salariés,



Sylvain HOFFMANN
Directeur



Nora BACK
Présidente

L'avis a été adopté à l'unanimité.