

GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG  
MINISTERE DE LA SECURITE SOCIALE



# Rapport d'activité 2000

Mars 2001



# SOMMAIRE

	<u>page</u>
<b>Introduction</b>	<b>2</b>
<b>1. La Sécurité sociale sur le plan national</b>	
1.1. L'Assurance maladie .....	6
1.2. L'Assurance accident .....	10
1.3. L'Assurance pension .....	13
1.4. L'Assurance dépendance .....	20
1.5. Le Contrôle médical de la sécurité sociale	25
1.6. Les Juridictions de la sécurité sociale .....	48
<b>2. La Sécurité sociale sur le plan international</b>	
2.1. Les Instruments multilatéraux .....	52
2.2. Les Instruments bilatéraux .....	56
2.3. Relations avec les pays voisins .....	60

# Introduction

L'année 2000 fut marquée par la consolidation de l'équilibre financier de l'assurance maladie. En effet, le déficit cumulé de plus de 2 milliards de francs prévu au budget de l'assurance maladie a pu être résorbé grâce à l'éventail des mesures décidées par le comité quadripartite en date du 20 octobre 1999 pour l'exercice 2000.

En matière d'assurance pension, la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2000. Cette loi a pour objet de régler la coordination entre le nouveau régime de pension, institué par la loi du 3 août 1998 introduisant des régimes de pension spéciaux pour les salariés du secteur public et le régime général prévu pour les salariés du secteur privé. Par la loi du 22 décembre 2000 portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 1999, toutes les pensions et les rentes accident ont été augmentées de 3,1% avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2001.

Dans le domaine des pensions deux études ont été initiées au courant de l'exercice 2000 et les conclusions ont été remises début 2001. Une première étude confiée au Bureau International du Travail (BIT) a pour objet d'analyser le régime général des pensions et comprend une révision actuarielle de ce régime ainsi que l'élaboration d'un modèle informatisé de simulation actuarielle. La deuxième étude porte sur la politique de placement des réserves des caisses de pension. Cette étude est confiée à un consultant externe opérant sur le marché luxembourgeois.

Reste à noter qu'en matière des pensions d'invalidité, les travaux en relation avec une réforme de cette réglementation se sont poursuivis au courant de l'exercice 2000 et qu'un projet de loi réformant la législation actuellement en vigueur est attendu pour début 2001.

Par le biais des nouvelles dispositions concernant la rétroactivité des prestations de l'assurance dépendance, qui avaient été définies dans le cadre de la loi budgétaire pour l'exercice 2000, les problèmes occasionnés par les retards en matière d'évaluation des personnes dépendantes ont pu être endigués de façon satisfaisante au cours de l'exercice 2000.

Un aperçu global sur la protection sociale au Luxembourg et les données financières globales y afférentes peuvent être consultés dans le *Rapport général sur la Sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg* qui est édité annuellement par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

# **1. La Sécurité sociale sur le plan national**

## **1.1. L'Assurance maladie**

Lors de sa réunion du 25 octobre 2000, le comité quadripartite prévu à l'article 80 du CAS n'était pas confronté comme les années précédentes à de très graves problèmes financiers de l'assurance maladie. En effet, la situation financière de l'assurance maladie s'est nettement améliorée. Le déficit cumulé de plus de 2 milliards de francs a pu être résorbé grâce au paquet de mesures décidées par le comité quadripartite du 20 octobre 1999.

Parmi ces mesures, il y a lieu de relever d'abord l'apport le plus important qui est celui de l'Etat dont la contribution supplémentaire peut être chiffrée à 1,1 milliards de francs pour l'exercice 2000 et à quelques 1,3 milliards pour l'exercice 2001. En ce qui concerne la participation des assurés, les chiffres précis ne sont pas encore disponibles et il faut se baser sur l'estimation établie en 1999 qui prévoyait une économie d'environ 320 millions de francs. Enfin, certains prestataires, dont les pharmaciens, les laboratoires d'analyses biologiques et certaines professions de santé ont également consenti une contribution qui a rendu possible le résultat satisfaisant de l'exercice 2000 et qui se solde par la constitution d'un excédent des réserves de 2,9%.

En ce qui concerne la contribution des assurés, les statuts de l'Union des caisses de maladie entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000 prévoient des augmentations de la participation des assurés dans les prestations dont voici les plus marquantes.

Pour les médicaments, un déremboursement a été appliqué aux veinotoniques, aux vasculoprotecteurs, aux anti-ischémiques et aux nootropes. De même, le taux normal de remboursement a été ramené de 80% à 78%.

Les cures thermales ne sont désormais prises en charge qu'à raison de 90%; la participation des assurés à l'entretien en milieu hospitalier a été augmentée à 65 frs (nombre indice 100); le délai de renouvellement pour prothèses visuelles a été étendu de 2 à 3 ans.

Les représentants patronaux étaient d'accord avec un relèvement des taux de cotisations qui était accepté par les représentants syndicaux.

Le Gouvernement était d'avis que cet effort consenti par les partenaires sociaux et par les pouvoirs publics devait être consolidé par des contributions de la part des prestataires de soins de santé. A cet effet, le Gouvernement a adressé aux prestataires de soins un rappel pour consentir dans le cadre des négociations tarifaires à un apport de leur part. Cet appel a été entendu par les infirmiers, les sages-femmes et les kinésithérapeutes-masseurs qui ont renoncé à l'augmentation indiciaire de leurs tarifs à laquelle ils auraient eu droit pour l'exercice 2000.

En ce qui concerne les pharmaciens, leur apport se concrétise par une augmentation de l'abattement sur les médicaments accordé aux caisses de maladie de 2,5% à 3,75%. Cette augmentation a été introduite par le règlement grand-ducal du 26 mai 2000 modifiant le règlement grand-ducal du 23 décembre 1993 concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie.

Pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie, une réduction des tarifs de 10% a été prévue par le projet de loi No 4732 déterminant les contributions de certains prestataires de soins à l'assainissement financier de l'assurance maladie et modifiant le Livre 1<sup>er</sup> du Code des assurances sociales déposé à la Chambre des Députés le 30 novembre 2000.

En ce qui concerne la législation sur le plan communautaire, la directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie a été partiellement transposée dans le droit national luxembourgeois. D'une part, par le règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 1988 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués et, d'autre part, par les statuts de l'Union des caisses de maladie.

Or les statuts de l'Union des caisses de maladie constituent un instrument juridique conçu essentiellement pour déterminer les rapports juridiques entre les assurés et l'assurance maladie. Cet instrument ne convient guère pour régler les rapports juridiques de l'assurance maladie avec l'industrie pharmaceutique dans le cadre de la prise en charge des médicaments.

Il convenait dès lors de transposer la directive 89/105/CEE dans la législation nationale par une loi, d'autant plus que la sécurité sociale et la protection de la santé sont des domaines réservés par la Constitution à la loi.

Tel est l'objectif du projet de loi No 4655 portant introduction d'une liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie et modifiant le Code des assurances sociales déposé à la Chambre des Députés le 6 avril 2000. C'est désormais dans le Code des assurances sociales que sont inscrits les choix fondamentaux dont dispose le législateur selon la directive 89/105/CEE. Les idées maîtresses du projet se résument comme suit :

- adhésion du Luxembourg au système d'une liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie ;
- introduction d'une procédure obligatoire visant à faire inscrire les médicaments sur la liste positive ;
- détermination des compétences de l'Union des caisses de maladie dans le cadre de la prise en charge des médicaments.

En ce qui concerne les relations entre les caisses de maladie et les assurés, les arrêtés ministériels du 8 août et du 7 décembre 2000 ont approuvé différentes modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie, telles qu'elles avaient été arrêtées pendant les réunions successives de l'assemblée générale de cet organisme.

Quant aux relations avec les prestataires de soins, le comité quadripartite avait demandé dans sa réunion du 2 décembre 1998 la constitution d'un groupe de réflexion sur les conséquences des arrêts Decker/Kohll sur le système de l'assurance maladie luxembourgeois et notamment sur le conventionnement obligatoire des médecins qu'il comporte. Ce groupe s'est réuni à 5 reprises. Un rapport tirant les conclusions des

travaux du groupe a été adressé aux membres du Gouvernement.

Le problème du conventionnement obligatoire a fait l'objet de plusieurs entrevues de l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) et de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale.

Cinq règlements grand-ducaux ont adapté la nomenclature des actes et services des prestataires de soins pris en charge par l'assurance maladie aux nouvelles techniques médicales et paramédicales. Il s'agit des règlements grand-ducaux du 28 juin 2000, du 17 juillet 2000, du 2 septembre 2000 et du 2 octobre 2000 concernant la nomenclature des actes et services des médecins et du règlement grand-ducal du 14 décembre 2000 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie.

Finalement, les forfaits d'accouchement à charge de l'Etat ont été refixés pour l'exercice 2000 par le règlement grand-ducal du 14 décembre 2000 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales.

## **1.2. L'Assurance accident**

En attendant l'avis du CES demandé par le Gouvernement en 1996 au sujet d'une réforme en profondeur de l'assurance accident, différentes adaptations ponctuelles de la législation ont été effectuées notamment par la loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes de pension et modifiant le Code des assurances sociales dont voici les plus importantes :

Dans la teneur de la loi du 17 novembre 1997, le point 1) de l'article 90, alinéa 1 étend le bénéfice de l'assurance accident «aux écoliers, élèves et étudiants admis à l'enseignement préscolaire, scolaire et universitaire, y compris les activités périscolaires, périscolaires et périuniversitaires, à définir par règlement grand-ducal, ainsi qu'aux chargés de cours, moniteurs et surveillants non assurés au titre de l'article 85 sous 1) ou de l'article 95, alinéa 2 ».

Comme l'éducation précoce a été introduite récemment dans le cadre de l'enseignement préscolaire, les accidents subis par les enfants dans ce nouveau contexte sont à indemniser par l'assurance accident en vertu de la disposition précitée. Si l'introduction de l'éducation précoce ne pose pas de problème en ce qui concerne la couverture des activités préscolaires proprement dites, il n'en est plus de même en ce qui concerne les activités périscolaires. Tout comme le règlement grand-ducal précité de 1992, celui du 7 juillet 1998 limite aux enfants âgés de plus de 4 ans l'indemnisation d'accidents survenus lors des séjours dans les cantines, les internats, les garderies et foyers de jours.

Les enfants sont admis à l'éducation précoce dès l'âge de trois ans. Il convenait d'inscrire cette limite d'âge dans le texte de l'article 90, pour que tous les enfants fussent couverts par l'assurance accident dans les structures d'accueil agréées conformément à la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique. L'ancienne disposition ne visait que les écoliers admis à l'enseignement préscolaire et ne protégeait donc pas les enfants qui ne fréquentent pas encore l'enseignement préscolaire.

Afin de finaliser le règlement grand-ducal portant exécution des dispositions précédentes, un groupe de travail interministériel comprenant des représentants du Ministère de la Sécurité sociale, du Ministère de l'Education nationale, de la Formation professionnelle et des Sports, du Ministère de la Famille, de la Solidarité sociale et de la Jeunesse et du Ministère de la Culture, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche s'est réuni à différentes reprises au courant des mois de novembre et de décembre 2000. Ces travaux ont permis de soumettre au Conseil de Gouvernement un avant-projet de règlement grand-ducal concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire.

Quant à l'article 92 du Code des assurances sociales qui prévoit entre autres qu'actuellement les trajets effectués par les assurés pour se déplacer auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale sont couverts par l'assurance accident, la couverture a été étendue aux déplacements auprès de la Cellule d'évaluation et d'orientation dans le cadre des évaluations en relation avec l'assurance dépendance.

Par règlement ministériel du 11 décembre 2000, les taux de cotisation applicables en matière d'assurance accident pour l'exercice 2001 tels qu'ils avaient été proposés par l'assemblée générale de l'assurance accident industrielle ont été approuvés.

Enfin, par loi du 22 décembre 2000, les rentes accident ont été ajustées au niveau de vie de 1999 à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2001 par l'augmentation du facteur d'ajustement de 3,1%.

### **1.3. L'Assurance pension**

### ***En matière d'assurance pension***

La loi du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2000. Elle a pour objet de régler la coordination entre le nouveau régime de pension, institué par la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société Nationale des Chemins de Fer Luxembourgeois, loi qui s'applique aux agents du secteur public entrés en service après le 31 décembre 1998 et le régime général du secteur privé.

Dès la mise en vigueur de la loi du 6 avril 1999 adaptant le régime général d'assurance pension, les responsables politiques ont dû constater que beaucoup de personnes n'ont pas pu bénéficier des mesures introduites par cette loi. Ces mesures prévoyaient notamment la possibilité à accorder aux assurées de sexe féminin de compléter leur carrière d'assurance. En effet, bon nombre d'assurées avaient, lors de l'introduction de leur demande, dépassé l'âge de 60 ans, âge introduit comme date-limite pour l'admission soit à l'assurance pension continuée, soit pour la couverture rétroactive de périodes d'assurance par un achat rétroactif, soit pour la restitution de cotisations remboursées.

La loi du 28 juillet 2000 a allégé cette condition et a porté l'âge-limite de 60 à 65 ans. En plus la condition d'un avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale, requis pour l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations, a été abrogée.

La même loi prévoit encore que la condition d'âge de 65 ans ne s'applique pas aux personnes qui ont dépassé cet âge dans la période se situant entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le 1<sup>er</sup> septembre 2000, à condition qu'elles présentent leur demande afférente dans le délai d'une année à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2000.

Grâce à la loi du 22 décembre 2000 portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 1999, toutes les pensions et les rentes accident ont été augmentées de 3,1% avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2001. Aux termes de l'article 225, alinéa 4 du Code des assurances sociales, « le Gouvernement examine tous les deux ans s'il y a lieu de procéder ou non à la révision du facteur d'ajustement par la voie législative, compte tenu des ressources et de l'évolution du niveau moyen des salaires cotisables. A ce sujet il soumet à la Chambre des Députés un rapport accompagné, le cas échéant, d'un projet de loi. »

Le rapport présenté au début du mois de novembre 2000 par le Gouvernement sur l'évolution du niveau moyen des salaires et des traitements a fait ressortir une progression de l'ordre de 3,1% des salaires et traitements entre 1997 et 1999. Le facteur d'ajustement de 1,219 applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999 a donc été augmenté de la même proportion et a été fixé à 1,257 avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2001.

Dans sa déclaration du 12 août 1999, le Gouvernement avait annoncé son intention de «faire effectuer une étude par des experts-nationaux et étrangers- qui seront chargés d'analyser notre système d'assurance pension dans l'optique d'une politique d'avenir ayant pour finalité de garantir les prestations de l'assurance pension. Cette étude portera sur la structure des pensions, les modes de financement (répartition/capitalisation), la structuration des réserves, la politique de placement et l'analyse de la possibilité d'un recours à des sources de financement alternatives. »

Lors de sa séance du 4 février 2000 le Conseil de Gouvernement a décidé de scinder en deux l'étude sur le régime général des pensions.

La première sous-étude a pour objet d'analyser le régime général des pensions et comprend une révision actuarielle du régime général de pension ainsi qu'un modèle de simulation actuarielle; elle a été confiée au Bureau International du Travail (BIT). La deuxième sous-étude porte sur la politique de placement des réserves répondant aux garanties de sécurité exigées par un régime public des pensions et a été confiée, après un appel d'offres, à un consultant établi au Luxembourg.

L'objectif principal de la première sous-étude, à savoir celle qui est confiée au Bureau International du Travail consiste à appuyer le Gouvernement dans la conception et l'élaboration d'un plan de réforme en matière d'assurance pension, grâce à une révision financière actuarielle approfondie et impartiale du régime général de l'assurance pension au Luxembourg. Cette révision devra tracer les bases quantitatives permettant de définir une politique de réforme du régime général de l'assurance pension.

L'étude vise à soumettre au Ministère de la Sécurité sociale une révision actuarielle du régime général des pensions ainsi qu'une simulation des effets financiers engendrés par des formules alternatives en matière de paiement des prestations et/ou concernant le système de financement.

Le service financier et actuariel du Bureau International du Travail est chargé de fournir au Gouvernement une révision actuarielle comportant :

- a) une analyse de la situation financière actuelle et des performances du régime général des pensions, une analyse des relations entre les différentes branches du régime général (invalidité, vieillesse, survie) et une analyse des niveaux de prestations par branche et par sexe. Cette analyse permettra d'établir des comparaisons avec les performances des systèmes de pension d'autres pays européens ;
- b) une projection des recettes et des dépenses du régime général des pensions à législation constante, ainsi que pour des scénarios financiers et démographiques alternatifs, et ce sur une période d'environ 50 années. Cette projection comportera :
  - des projections des nombres des bénéficiaires et des montants moyens de pension par catégorie de pensions ;
  - des projections du nombre et des revenus cotisables des personnes assurées pour les scénarios démographiques et économiques alternatifs envisagés ;
  - une évaluation de l'adéquation du taux de cotisation actuel ;
  - des recommandations au niveau financier établies à partir de l'analyse de la situation à législation constante.

La révision actuarielle sous rubrique comportera également des simulations de l'impact à court terme et à long terme de formules alternatives du calcul des pensions ou de systèmes de financement alternatifs ainsi qu'une discussion des avantages et inconvénients des alternatives de politique d'assurance pension.

Un modèle actuariel de projection des régimes de pension sur support informatique permettra à l'Inspection générale de la sécurité sociale d'effectuer dans le futur d'autres analyses actuarielles de l'assurance pension luxembourgeoise.

La deuxième sous-étude qui est confiée à la société « Price-Waterhouse-Coopers » a pour objectif principal d'appuyer le Gouvernement dans la conception et l'élaboration d'une réforme en matière de placement des réserves du régime d'assurance pension pour en obtenir un meilleur rendement. Cette analyse a pour but principal de tracer les bases fondamentales permettant à définir le cadre de la réforme pour la gestion globale et professionnelle des réserves du régime général de l'assurance pension, axé sur la pérennité et la sécurité des prestations légales à garantir.

Les objectifs spécifiques consistent à présenter au Gouvernement une étude qui développe:

- une stratégie d'investissement des avoirs permettant d'améliorer le rendement tout en assurant la sécurité de la réalisation des objectifs de sécurité sociale du régime d'assurance pension; hormis les prêts hypothécaires accordés aux assurés et les créances; la stratégie de placement portant sur l'ensemble du patrimoine. La stratégie nouvelle d'investissement doit être complète, globale et durable. Divers scénarios probables, qui prennent en considération les aléas de l'évolution future des marchés, seront assortis des actions possibles et nécessaires pour ajuster les stratégies et pour conformer les résultats à l'objectif fixé, a priori, lorsque le marché dévie de sa trajectoire admise initialement;
- les moyens (cadre législatif et réglementaires, organisation administrative du processus de placement des réserves, indicateurs de rendement et de sécurité) à mettre en place pour:
  - fixer la stratégie d'investissement des avoirs et les objectifs de sécurité à respecter;
  - déterminer le plan des placements des réserves dans le cadre de la stratégie d'investissements;
  - gérer le plan des placements des réserves arrêtés par les organes compétents;
  - surveiller le respect de la stratégie globale d'investissement des avoirs et des objectifs de sécurité lors de la fixation du plan de placement des réserves et de la gestion de celui-ci.

Dans le but d'associer les partenaires sociaux et les autres départements concernés par la problématique des pensions aux travaux d'élaboration de ces deux sous-études, le Conseil de Gouvernement a décidé en outre d'instituer un comité d'accompagnement composé de représentants des syndicats des salariés, des organisations professionnelles des employeurs, ainsi que des départements ministériels concernés.

Ce comité d'accompagnement a notamment pour mission de communiquer aux consultants les positions et avis des membres du comité sur les thèmes à traiter dans les études en question et de donner son avis sur les conclusions et propositions formulées par les consultants.

Sont représentés au sein de ce comité d'accompagnement:

- ❑ le Comité de liaison patronale;
- ❑ l'Union des entreprises luxembourgeoises ;
- ❑ la Chambre d'agriculture ;
- ❑ l'OGB-L ;
- ❑ le LCGB ;
- ❑ la CGFP ;
- ❑ le Ministère des Finances ;
- ❑ le Ministère de l'Economie ;
- ❑ le Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative ;
- ❑ l'Inspection générale des finances.

La Chambre des Députés a été tenue constamment au courant de l'évolution des deux études dont les conclusions ont été présentées au début de l'année 2001.

### ***En matière de réglementation de l'invalidité***

L'introduction d'une invalidité à double degré (générale et professionnelle) prévue par le projet de loi N. 4340, devenu par la suite la loi du 6 avril 1999 adaptant le régime général d'assurance pension, n'a pas été retenue par la Chambre des Députés.

Un groupe de travail « tripartite » a été chargé d'étudier la réforme de l'invalidité sur base de la proposition commune signée en date du 26 octobre 1998 par sept syndicats. Ce groupe de travail, composé de représentants gouvernementaux, de représentants des syndicats des salariés et des organisations professionnelles des employeurs, n'a cependant pas réussi à se mettre d'accord sur le contenu d'un rapport définitif à adresser au Gouvernement.

Au cours des années 1999 et 2000 les travaux en rapport avec la réforme de la réglementation en matière de l'invalidité se sont poursuivis. Sur base des travaux préparatoires du groupe de travail institué en 1998, un document a été élaboré et mis à l'ordre du jour du Conseil de Gouvernement du 30 juin 2000. Dans cette séance le Gouvernement en Conseil a retenu les principales lignes de conduite de la réforme à entreprendre. Il y a lieu d'aboutir à une diminution du nombre de personnes se retrouvant, bon gré mal gré, refoulées vers une pension d'invalidité, sans présenter une inaptitude suffisante, que ce soit sur incitation de l'employeur ou procédant de leur propre volonté. Les salariés dont l'état de santé ne permet plus d'exercer une activité professionnelle doivent être protégés par la réglementation sur la pension d'invalidité. Une procédure de reclassement efficace constitue la clé du succès de la réforme.

Le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et le Ministre du Travail et de l'Emploi ont été chargés à finaliser la note dans ce sens et de préparer pour le début de l'exercice 2001 un projet de loi afférent et de se concerter avec les partenaires sociaux.

### ***Régimes complémentaires de pension***

Selon l'article 21 de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension, une entreprise ayant adopté un régime interne de pension complémentaire doit s'affilier obligatoirement auprès d'un organisme ou d'une entreprise assurant le risque insolvabilité, dûment agréé par le Gouvernement.

En date du 22 septembre 2000 une convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République fédérale d'Allemagne relative à la coopération dans le cadre de l'assurance insolvabilité des régimes complémentaires de pension a été signée à Berlin. Par cette convention, le Gouvernement luxembourgeois a agréé le Pensions-Sicherungs-Verein, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit «PSVaG», organisme prévu par la loi allemande du 19 décembre 1974 relative à l'amélioration des régimes de pension professionnels.

Le PSVaG allemand assume les droits et obligations de l'assureur insolvabilité et peut opérer sous la législation luxembourgeoise dans des conditions semblables à celles imposées par la législation allemande. Cette mission a pu être attribuée au PSVaG grâce à une forte similitude des législations allemande et luxembourgeoise, notamment en matière de faillite et en matière de pension complémentaire. Par ailleurs, les conditions économiques étant semblables dans les deux pays, les entreprises allemandes et luxembourgeoises seront soumises à un risque insolvabilité semblable.

Entretemps la procédure de ratification parlementaire de cette convention a été entamée.

### ***Sont entrés en vigueur au courant de l'exercice 2000 les règlements grand-ducaux suivants :***

- Le règlement grand-ducal du 19 mai 2000 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 20 décembre 1984 fixant les modalités relatives à l'administration du patrimoine des caisses de pension. Ce règlement grand-ducal a fixé pour l'exercice 2000 le montant cumulé des placements à moyen et à long terme pour les quatre caisses de pension. En tenant compte de l'évolution de la trésorerie et du solde des dettes et créances auprès des différentes caisses, les plafonds pour la caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels, de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité et de la caisse de pension agricole ont été maintenus au niveau de 1999, à savoir 1.200 millions de francs, 2.300 millions de francs et 100 millions de francs. Le plafond pour la caisse de pension des employés privés a été porté à 94.900 millions de francs.

- Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2000 fixant les coefficients d'ajustement prévus à l'article 220 du code des assurances sociales. Conformément à l'article 220 du Code des assurances sociales, le calcul des pensions s'effectue au niveau de vie d'une année de base qui est l'année 1984. A cet effet, les salaires, traitements ou revenus intervenant dans le calcul des pensions sont ajustés au niveau de vie de l'année 1984 en les multipliant par des coefficients d'ajustement qui expriment la relation entre le niveau moyen brut des salaires de l'année de base et le niveau moyen brut des salaires de chaque année de calendrier. Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2000 a fixé le coefficient d'ajustement définitif pour l'année 1999.

## **1.4. L'Assurance dépendance**

La réglementation relative à l'assurance dépendance a été modifiée au cours de l'exercice 2000 par:

- le règlement grand-ducal du 18 octobre 2000 modifiant le règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aides et de soins. Deux raisons principales ont été à l'origine de la modification du règlement grand-ducal du 23 décembre 1998. Au cours de ses travaux d'évaluation et de détermination des besoins requis la Cellule d'évaluation et d'orientation s'est très vite rendue compte que certains appareils, dont la prise en charge par l'assurance dépendance est indispensable, faisaient défaut sur la liste initiale. En plus l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement en décembre 1999 a conditionné l'ajout des appareils nécessaires aux adaptations du logement.
- un protocole d'accord fixant les valeurs monétaires prévues à l'article 395 du Code des assurances sociales, qui s'appliquent pour l'exercice 2001, a été signé entre l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et le groupement professionnel des établissements et des prestataires d'aides et de soins en date du 21 décembre 2000. Si pour les exercices 1999 et 2000 ces valeurs monétaires ont été fixées par règlement grand-ducal, elles sont désormais négociées séparément pour les établissements et les réseaux d'aides et de soins par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance avec le groupement professionnel des établissements et des prestataires d'aides et de soins conformément aux dispositions de l'article 395 du Code des assurances sociales.

Dans le cadre de la loi budgétaire du 24 décembre 1999 les dispositions concernant la rétroactivité des prestations ont été modifiées afin de ne pas léser les droits des demandeurs en attente d'une évaluation et en vue d'encourager les demandeurs à recourir davantage au soutien d'un réseau d'aides et de soins. Ces modifications dans la procédure ont été accueillies très favorablement par les personnes dépendantes et leur entourage ainsi que par tous les prestataires d'aides et de soins et il a été constaté au courant de l'exercice 2000 que par le biais des nouvelles dispositions les problèmes occasionnés par les retards en matière d'évaluation ont pu être endigués de façon satisfaisante.

Les travaux d'évaluation des personnes dépendantes, qui se trouvent soit à domicile soit en établissement d'aides et de soins, se sont poursuivis au cours de l'exercice 2000 d'après la procédure décrite ci-dessous :

1. enregistrement de la demande ;
2. réception du rapport médical du médecin traitant ;
3. fixation d'une priorité pour l'évaluation par les médecins de la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
4. coordination des évaluations : choix du médecin pour l'évaluation médicale, choix de l'évaluateur pour l'évaluation de la dépendance ;

5. évaluation médicale ;
6. évaluation de base ;
7. expertises éventuelles ;
8. détermination des services requis par l'équipe multidisciplinaire ;

Dans le cadre du maintien à domicile, un plan de partage détermine les aides et soins qui sont prestés par un réseau d'aides et de soins et l'assistance qui est assurée par l'aidant informel. A la suite d'un accord du réseau d'aides et de soins et de la personne dépendante sur le plan de partage, un plan de prise en charge est établi. Le dossier est ensuite communiqué à l'Union des caisses de maladie pour décision.

En ce qui concerne l'examen des dossiers des personnes dépendantes qui ont introduit une demande de prestations de l'assurance dépendance, il est différencié entre :

- les dossiers en cours de traitement à la Cellule d'évaluation et d'orientation;
- les dossiers clôturés, à savoir ceux pour lesquels une décision a été prise par l'Union des caisses de maladie;
- les dossiers éligibles, qui figurent parmi les dossiers clôturés, et qui sont les dossiers pour lesquels la décision est positive et pour lesquels les personnes ont droit à des prestations de l'assurance dépendance;
- les dossiers non-éligibles étant ceux pour lesquels la décision d'attribution de prestations est négative;
- les dossiers en cours à l'Union des caisses de maladie qui sont les dossiers qui viennent d'être traités au niveau de la Cellule d'évaluation et d'orientation et qui sont transmis à l'Union des caisses de maladie sans qu'il n'y ait encore de décision de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance.

#### ***Situation des évaluations en milieu stationnaire au 31 décembre 2000***

Parmi les demandes dont la Cellule d'évaluation et d'orientation a été saisie jusqu'au 31 décembre 2000, 3.521 dossiers ont été clôturés ; 2.917 dossiers étant éligibles et 604 dossiers étant non-éligibles.

Jusqu'au 31 décembre 2000, 1.182 demandes de réévaluation ont été formulées.

#### ***Situation des évaluations dans le cadre du maintien à domicile au 31 décembre 2000***

Parmi les demandes dont la Cellule d'évaluation et d'orientation a été saisie jusqu'au 31 décembre 2000, 3.810 dossiers ont été clôturés ; 3.215 dossiers étant éligibles et 595 dossiers étant non-éligibles.

Jusqu'au 31 décembre 2000, 274 demandes de réévaluation ont été formulées.

Reste à noter qu'au courant de l'exercice 2000 la Cellule d'évaluation et d'orientation a pu recourir dans le cadre des évaluations à la collaboration de certains professionnels de la santé qui sont liés à la Cellule par un contrat de vacataire ainsi qu'au soutien d'une association oeuvrant dans le domaine des aides et soins qui a effectué un certain nombre d'évaluations pour le compte de la Cellule d'évaluation et d'orientation d'après un cahier des charges prédéfini.

La déclaration gouvernementale d'août 1999 prévoit que l'assurance dépendance sera régulièrement évaluée dans son application progressive. Le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale fait rapport au Conseil de Gouvernement tous les six mois sur l'état d'avancement et l'évolution de l'assurance dépendance. Deux bilans intermédiaires ont été discutés par le Gouvernement en Conseil lors de ses séances des 25 février et 6 octobre 2000.

Lors de sa séance du 25 février 2000 le Gouvernement en Conseil constate avec satisfaction une nette progression des activités de la Cellule d'évaluation et d'orientation. Le Ministre compétent informe le Conseil qu'en moyenne 27 nouvelles demandes de prestations de la part de l'assurance dépendance sont quotidiennement introduites et il présente l'état des évaluations à la date de référence du 15 février 2000. Suite à la proposition du Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, le Conseil de Gouvernement décide lors de sa séance du 25 février 2000 d'instaurer une quatrième équipe multidisciplinaire pour accélérer les travaux et achever la phase d'évaluation des demandes pendantes à cette date. En plus il est décidé que l'avis du médecin traitant devra à l'avenir être disponible concomitamment avec la demande introduite à la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Lors de sa séance du 6 octobre 2000, au cours de laquelle est présenté l'état des évaluations à la date de référence du 31 août 2000, les constatations suivantes sont faites par le Gouvernement en Conseil :

- en ce qui concerne le milieu stationnaire, le rythme des évaluations suit à peu près celui de la rentrée des demandes ;
- pour ce qui est du maintien à domicile, le temps d'attente pour être évalué est toujours trop élevé, bien que des mesures aient été prises pour évaluer prioritairement les situations urgentes, suivies d'autres mesures complémentaires ;
- à l'échéance du 31 août 2000 l'entrée des demandes d'appareils reste supérieure au nombre des dossiers terminés ;
- en moyenne 385 nouvelles demandes de prestations de la part de l'assurance dépendance sont introduites mensuellement auprès de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Une autre problématique relevée par le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale lors de la séance du 6 octobre 2000 concerne la situation des admissions en établissements d'aides et de soins qui reste préoccupante notamment pour les personnes dépendantes à bas revenus ; les prix prohibitifs pratiqués par nombre d'établissements au Luxembourg les contraignant à chercher une place dans des établissements situés à l'étranger.

Reste enfin à mentionner au chapitre de l'assurance dépendance les projets d'actions expérimentales qui sont prévus à l'article 361 du Code des assurances sociales. La loi dispose que chaque projet d'actions expérimentales doit faire l'objet d'un règlement grand-ducal pris sur avis du Conseil d'Etat.

Ce règlement, qui doit aussi être avisé préalablement par la commission consultative prévue à l'article 387 du Code des assurances sociales, détermine :

- la durée du projet,
- les critères servant à son évaluation en vue d'en dresser le bilan,
- les modalités de sa prise en charge.

Au courant du mois de décembre 2000 les organisations ayant soumis au Ministère de la Sécurité sociale une première ébauche d'un projet d'actions expérimentales, auquel elles veulent procéder dans le cadre de la prise en charge des personnes dépendantes dont elles s'occupent, ont été invitées à revoir leur proposition initiale en vue de la représenter au département compétent d'après des lignes de conduites prédéfinies.

En effet, la commission consultative, organe appelé à aviser les projets d'actions expérimentales soumis au département compétent, a défini au courant de l'exercice 2000 des lignes de conduite pour la présentation des projets pour que chaque projet puisse être examiné sur base des mêmes critères. Dès lors, les organisations intéressées ont été demandées début décembre 2000 à revoir leur proposition initiale et à la présenter en tenant compte des lignes de conduites prédéfinies par les instances compétentes.

## **1.5. Le Contrôle médical de la sécurité sociale**

En 2000 l'administration du contrôle médical disposait de:

- 16 médecins à temps plein
- 3 médecins-dentistes engagés sur contrat à temps partiel
- 1 pharmacien-inspecteur à mi-temps
- 5 pharmaciens-réviseurs engagés sur contrat à temps partiel
- 1 assistante sociale à temps plein
- 8 postes administratifs à temps plein
- 4 postes administratifs à mi-temps

## **1. L'assurance maladie**

Elle constitue le champ d'intervention le plus important du contrôle médical de la sécurité sociale. Au cours de l'exercice 2000 neuf médecins travaillaient en permanence pour le compte des 9 caisses de maladie et de l'Union des caisses de maladie.

### **1.1. Activités en rapport avec les prestations en espèces**

Le contrôle de l'incapacité de travail est effectué pour toutes les caisses de maladie à l'exception de la caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

Depuis le 27 juin 1994, date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat collectif des ouvriers de l'Etat, le contrôle médical de la sécurité sociale est également compétent pour la constatation de l'incapacité de travail des ouvriers visés par ce contrat collectif.

### **1.2. Activités en rapport avec les prestations en nature**

#### **1.2.1. Soins médicaux et médico-dentaires**

Etaient soumises pour autorisation les prestations suivantes:

- les consultations et visites dépassant le nombre de une par période de 24 heures, ou de deux par semaine, ou de douze par période de 6 mois ;
- les changements répétés de médecin ;
- la chirurgie plastique ;
- les mammographies pratiquées en dehors du programme officiel de dépistage précoce du cancer du sein.

Les caisses de maladie ont saisi les médecins-conseils pour:

- des problèmes de facturation et de nomenclature ;
- l'application de la liste des affections, des traitements ainsi que des moyens de diagnostic exclus de la prise en charge conformément à l'article 12 des statuts ;
- la constatation de la consommation abusive conformément aux articles 31 et 32 des statuts.

Trois médecins-dentistes engagés sur contrat à temps partiel ont été consultés en vue de l'autorisation de la prise en charge :

- de toutes les prothèses dentaires ;
- de tous les traitements orthodontiques.

### **1.2.2. Frais pharmaceutiques**

Le travail des pharmaciens-réviseurs consiste à contrôler pour le compte de l'Union des caisses de maladie la concordance entre les prescriptions de médicaments et les médicaments mis en compte par le pharmacien.

Un pharmacien-inspecteur engagé à mi-temps, assume les fonctions suivantes:

- coordonner l'action des pharmaciens-réviseurs ;
- collaborer aux travaux de la commission d'autorisation de mise sur le marché des médicaments ;
- collaborer à l'élaboration et à la gestion du profil des médecins en matière de prescription des médicaments ;
- conseiller les médecins-conseils (notamment en ce qui concerne la prescription de médicaments non enregistrés au Grand-Duché de Luxembourg) ;
- collaborer à la mise à jour des fichiers A1, B1 et B2 ;
- collaborer à l'élaboration des protocoles thérapeutiques prévus par les statuts de l'Union des caisses de maladie.

Les ordonnances comportant un médicament non enregistré au Luxembourg ont été soumises pour autorisation par les caisses de maladie aux médecins-conseils.

Le médecin-directeur a été appelé à donner son avis en vue du remboursement au taux préférentiel de certaines spécialités pharmaceutiques, dans le cadre des articles 111 et 112 des statuts.

### **1.2.3. Hospitalisations**

Les médecins-conseils ont effectué des contrôles réguliers dans tous les hôpitaux du pays. L'essentiel de ces contrôles s'effectuait dans le cadre de la procédure de détermination des cas de simple hébergement.

Tous les traitements parallèles effectués lors des hospitalisations ont été soumis à l'autorisation des médecins-conseils.

### **1.2.4. Transferts à l'étranger**

Tous les transferts à l'étranger sont traités au niveau de l'Union des caisses de maladie qui transmet les dossiers afférents au contrôle médical pour avis.

Les données statistiques y afférentes sont disponibles auprès de l'Union des caisses de maladie.

### **1.2.5. Cures de convalescence et cures thermales**

Les cures de convalescence à Colpach et Berschbach et les cures thermales à Mondorf-les-Bains sont prises en charge par l'assurance maladie après avis favorable du médecin-conseil du contrôle médical.

### **1.2.6. Prestations des autres professions de santé**

Les prestations des kinésithérapeutes, des ré-éducateurs en psychomotricité, des orthophonistes, des sages-femmes et des infirmières sont soumises à l'autorisation du contrôle médical dans tous les cas prévus par les statuts.

### **1.2.7. Prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses**

Toutes les prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sont soumises à un accord préalable du contrôle médical. Ces accords sont placés sous la responsabilité d'un même médecin-conseil.

### **1.2.8. Moyens accessoires**

Les moyens accessoires sont repris dans le fichier B2. Un certain nombre de ces moyens accessoires sont soumis à un accord préalable du contrôle médical.

### **1.2.9. Frais de voyage, de transport et de séjour**

Les demandes de transports en série en ambulance ou en taxi, les frais de voyage et de séjour pour personne accompagnante, ainsi que les frais de taxi pour transport pour biopsies sont soumises pour avis au contrôle médical.

### **1.2.10. Chirurgie esthétique**

La prise en charge des interventions de chirurgie esthétique est soumise à un accord préalable du contrôle médical. Ces accords sont placés sous la responsabilité d'un même médecin-conseil.

## **1.3. Activités en rapport avec le conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie**

Le médecin-directeur du contrôle médical exerce une fonction d'expert auprès du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie et assiste aux réunions dudit conseil avec voix consultative.

## 2. L'assurance pension

L'assurance pension comprend les régimes de pension contributifs de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (AVI), de la caisse de pension des employés privés (CPEP), de la caisse de pension des artisans, des commerçants et des industriels (CPACI), de la caisse de pension agricole (CPA). L'activité du contrôle médical en matière de pensions se résume comme suit :

	examens et réexamens 1997	examens et réexamens 1998	examens et réexamens 1999	examens et réexamens 2000
AVI	3.845	3.334	3 244	2743
CPEP	1.084	1.026	976	958
CPACI	225	143	196	139
CPA	112	88	72	67

Décisions prises après premier examen:

	1997			1998			1999			2000		
	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide									
AVI	1.328	473	452	856	391	501	868	297	540	785	216	601
CPEP	371	134	84	332	124	70	328	114	61	235	85	93
CPACI	153	14	35	75	11	37	109	15	39	80	4	40
CPA	101	1	8	69	5	9	51	1	19	53	0	12

Dans le cadre des demandes de restitution de cotisations remboursées et d'achat rétroactif de périodes d'assurances, le contrôle médical a avisé 545 dossiers. 78 demandes d'assurance pension facultative ont été transmises pour avis aux médecins-conseils.

## 3. L'assurance accident

Quatre médecins-conseils à temps plein s'occupent des affaires en matière d'assurance accident qui porte sur les volets industriel et agricole, ainsi que sur les maladies professionnelles.

Au cours des années 1995 à 2000 il a été procédé à:

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
premiers examens et réexamens	2.511	2.706	2.974	2.823	2915	2.917
examens pour rechute	3.984	2.996	1.855	0 *)	0 *)	0 *)
avis médicaux sur dossier	16.329	11.167	20.828	25.234	27.820	39.567
examens pour maladie professionnelle	25	24	34	40	45	39

\*) A partir de 1998, les rechutes sont dans un premier temps avisées exclusivement sur dossier et le cas échéant donnent lieu à un réexamen de l'assuré.

#### **4. Les activités en rapport avec l'administration de l'emploi**

Ces activités sont sous la responsabilité d'un médecin-conseil. Quatre catégories de personnes sont convoquées aux fins d'examen:

- les personnes dont le placement s'avère difficile, ayant déjà bénéficié des allocations de chômage pendant un an et demandant une prolongation de prise en charge ;
- les personnes qui refusent les propositions de placement pour raison de santé ;
- les personnes se trouvant en période de chômage et présentant une incapacité de travail intercurrente pour cause de maladie.

Au cours de l'année 2000 l'administration de l'emploi a transmis 201 dossiers au médecin-conseil ; 132 personnes ont subi un examen clinique et dans 69 cas une décision a été prise sur dossier.

	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
<i>Dossiers transmis</i>	266	355	323	311	254	193	201
<i>Examens cliniques</i>	174	178	183	179	196	133	132
<i>Décisions sur dossier</i>	92	177	140	132	58	60	69

#### **5. Les activités en rapport avec le fonds national de solidarité et le service national d'action sociale**

Dans le cadre du revenu minimum garanti le contrôle médical est appelé à se prononcer sur l'aptitude au travail des bénéficiaires du complément.

Les statistiques y afférentes peuvent être consultées dans le rapport d'activité du Service national d'action sociale.

#### **6. Activités en rapport avec la caisse nationale des prestations familiales**

En vue de l'attribution de l'allocation familiale spéciale supplémentaire pour enfants handicapés le contrôle médical a examiné en l'an 2000, 278 enfants, par rapport à 268 en 1999.

#### **7. Examens médicaux en vue de l'octroi des cartes d'invalidité**

Après avoir été saisi par le Ministère de l'Intérieur d'une demande en obtention d'une carte d'invalidité, le contrôle médical de la sécurité sociale fait parvenir à l'intéressé un formulaire médical qui est à remplir par son médecin traitant. Le formulaire en question doit être retourné dans un délai de 40 jours au contrôle médical. En l'an 2000, 4.165 dossiers ont ainsi été traités.

## **8. Examens médicaux en vue de l'octroi du signe distinctif particulier "handicapé physique"**

Un médecin-conseil est chargé de l'examen des demandes en obtention du signe distinctif particulier "handicapé physique".

Les données statistiques y afférentes peuvent être consultées dans le rapport d'activité du Ministère des Transports.

## **9. Les commissions**

Au cours de l'année 2000 les médecins-conseils ont participé aux commissions suivantes:

### **9.1. Commission de nomenclature**

Trois médecins-conseils sont nommés comme membres effectifs de la commission de nomenclature. La présidence est assurée par un des trois médecins.

Au cours de l'année 2000 la commission de nomenclature s'est réunie 20 fois.

### **9.2. Commission consultative des laboratoires**

La commission s'est réunie 8 fois et a délibéré entre autres des problèmes suivants:

- le contrôle de qualité des analyses de biologie clinique ;
- projet de règlement grand-ducal déterminant les disciplines d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale et réglementant la formation spécialisée des responsables de laboratoires ;
- la restructuration du Laboratoire National de la Santé ;
- critères minima de fonctionnement d'un laboratoire ;
- demandes d'ouvertures de laboratoires.

### **9.3. Commission médicale des permis de conduire**

La présidence de la commission médicale est assurée par un médecin-conseil. En l'an 2000, elle s'est réunie 204 fois et a traité 5.757 dossiers. L'activité de cette commission se résume comme suit :

	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
<i>Nombre de réunions</i>	49	70	84	46	107	131	204
<i>Dossiers traités</i>	3.906	3.146	3.390	4.094	4.547	4.547	5.757

#### 9.4. Commission d'orientation et de reclassement professionnel des travailleurs handicapés

Cette commission instruit les demandes en reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. En outre, lorsque la qualité de travailleur handicapé a été reconnue, elle peut proposer des mesures de placement, de formation ou de rééducation professionnelles, des mesures d'initiation ou des stages d'adaptation ou de réadaptation au travail. Cette commission s'est réunie 9 fois pendant l'exercice 2000:

##### Activité de la Commission entre 1994 et 2000

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Dossiers traités</i>	769	584	312	304	336	500	583
<i>Reconnaisances prononcées</i>	514	218	148	139	137	172	269
<i>Refus prononcés</i>	56	121	37	29	47	45	62
<i>Retraits prononcés</i>	2	1	0	2	3	0	0
<i>Demandes irrecevables</i>	5	2	4	1	1	0	0

#### 9.5. Sous-commission des pensions AVI

#### 9.6. Conseil supérieur de la santé et de la sécurité au travail.

#### 10. Le service social du contrôle médical de la sécurité sociale

Une seule assistante sociale travaille à l'heure actuelle au sein du contrôle médical. Elle s'occupe essentiellement du suivi des dossiers traités dans le cadre des traitements psychiatriques et cures de désintoxication à l'étranger. Son activité se résume dans le tableau ci-joint.

	1997			1998			1999			2000		
	départs	désist. et refus	total des cas	départs	désist. et refus	total des cas	départs	désist. et refus	total des cas	départs	désist. et refus	total des cas
Cures de désintoxication	115	45	160	148	54	202	193	33	226	213	89	302
Traitements psychiatriques	69	28	97	118	13	131	154	21	175	213	37	250
Totaux	184	73	257	266	67	333	347	54	401	426	126	552

#### 11. Les autres activités

Une fois par mois les médecins-conseils se réunissent en conférence dans le but de mieux coordonner leur travail et de discuter les problèmes d'actualité.

Le contrôle médical assure des cours de formation pour le personnel des organismes de sécurité sociale.

Chaque fois que le conseil arbitral est saisi d'un litige opposant un assuré à sa caisse de maladie et que la décision s'appuie sur un avis du contrôle médical, ce dernier fournit une prise de position médicale circonstanciée.

Plusieurs réunions de coordination ont eu lieu avec les médecins du Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles de Hamm.

## **1.7. Les Juridictions de la sécurité sociale**

En ce qui concerne le Conseil arbitral des assurances sociales il est à noter qu'au courant de l'exercice 2000, 1.189 jugements ont été prononcés.

Le nombre des affaires évacuées par cette juridiction constitue un nouveau record et il s'est avéré dans les dernières années que le nombre des affaires dont le Conseil arbitral est saisi s'accroît d'année en année avec une progression de 5,3 % par rapport à l'exercice 1999.

L'accroissement du nombre des affaires s'accompagne évidemment d'un accroissement du nombre des audiences tenues qui avec 537 séances a presque doublé par rapport à l'exercice 1996.

Au cours de l'exercice 2000, 366 expertises médicales ont du être sollicitées et dans 444 affaires un avis médical a été élaboré par le médecin-conseil du Conseil arbitral.

Si l'on compare le nombre des recours introduits auprès du Conseil arbitral des assurances sociales au courant de l'exercice 2000 (1.345 recours) au nombre correspondant de l'exercice 1999 (1.196 recours), on constate une augmentation de 11,1 % par rapport à 1999 ; le Conseil arbitral n'ayant jamais enregistré un nombre si élevé d'affaires.

En tout 149 appels ont été portés devant le Conseil supérieur des assurances sociales ; ce qui constitue un excellent rapport jugements/appels aux yeux du Conseil arbitral.

Au courant de l'exercice 2000 le Conseil supérieur des assurances sociales a rendu 173 arrêts, y non compris les ordonnances présidentielles et les désistements d'instance.

Reste à noter qu'auprès du Conseil supérieur des assurances sociales les délais de fixation sont en moyenne de 3 à 4 mois, de sorte que tout assuré social, qui le désire, obtient une décision définitive dans les délais les plus rapprochés.

**Nombre de recours introduits devant le Conseil arbitral des assurances sociales par branche (années 1990 à 2000)**

Branches	Années										
	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000
Ass. accident	372	286	319	368	264	357	374	405	453	411	467
Ass. pension	129	159	187	132	163	145	186	320	393	372	493
Ass. maladie	48	76	83	48	88	113	113	150	151	130	144
Ass. dépendance	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	13
Prest. du Fonds Nat. de la Solidarité	47	32	44	43	80	76	84	75	70	85	75
Autres prestations (dont chômage)	18	31	25	27	30	55	41	28	106	180	95
Affiliation et Cotisations	32	21	49	25	35	7	32	8	10	18	58
<b>TOTAL</b>	<b>646</b>	<b>605</b>	<b>707</b>	<b>643</b>	<b>660</b>	<b>753</b>	<b>830</b>	<b>986</b>	<b>1183</b>	<b>1196</b>	<b>1345</b>

**2. Conseil supérieur des assurances sociales**

Evolution du nombre des appels déposés et des arrêts rendus :

Années	Appels déposés	Arrêts rendus
1987	165	208
1988	185	173
1989	205	158
1990	187	149
1991	166	159
1992	193	183
1993	222	181
1994	221	210
1995	154	256
1996	156	237
1997	212	160
1998	168	232
1999	180	202
2000	149	173*

\*y non compris les ordonnances présidentielles et les désistements d'instance

## **2. La Sécurité sociale sur le plan international**

## **2.1. Les Instruments multilatéraux**

## **1. Union Européenne**

Aucune modification du règlement 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté n'est intervenue formellement en l'an 2000. Cependant des travaux ont eu lieu pour procéder à diverses modifications techniques, ainsi qu'en matière de simplification de la coordination.

Le Ministère de la sécurité sociale a étroitement collaboré à l'élaboration de ces nouvelles dispositions et ceci au niveau des groupes techniques existant tant auprès de la Commission (CASSTM) que du Conseil (G.R.A.S.).

Par ailleurs un certain nombre de décisions de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants ont été prises durant l'année. A signaler en particulier la décision n° 175 qui donne une définition des prestations en nature pour la détermination du montant à rembourser entre institutions concernées et qui englobe les prestations de dépendance en nature. D'autre part la décision n° 176 a augmenté à 1.000 € le montant-limite pour le remboursement des soins de santé fournis à l'étranger et qui peuvent être remboursés selon la tarification nationale.

A noter également que par décision du Conseil du 29 juin 2000 un Comité de protection sociale a été formellement institué qui remplace l'ancien groupe de haut niveau dont il reprend les tâches.

Le département de la sécurité sociale se sent particulièrement concerné par cette nouvelle forme de coopération européenne et prendra activement part aux travaux dans ce domaine. Les priorités fixées dans la stratégie du groupe sont les retraites et la lutte contre l'exclusion sociale.

## **2. Conseil de l'Europe**

### **a) cohésion sociale**

Lors de leur deuxième Sommet, les chefs d'Etat et de gouvernement des Etats membres du Conseil de l'Europe ont reconnu que la cohésion sociale constitue l'une des exigences primordiales de l'Europe élargie, de même qu'un complément indispensable de la promotion des droits de l'homme et de la dignité humaine. Ils ont ensuite chargé le Comité des Ministres « de définir une stratégie de cohésion sociale pour répondre aux défis de société et de procéder aux restructurations appropriées au sein du Conseil de l'Europe ».

Cet engagement politique a été repris dans le message politique du Comité des Ministres à la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations-Unies sur le développement social en juin 2000.

Le Comité européen pour la cohésion sociale (CDCS), assisté de la nouvelle Unité de développement de la cohésion sociale, a été créé pour mettre en pratique ce nouvel engagement politique. Le CDCS est un comité directeur multidisciplinaire regroupant plusieurs partenaires. En 2000, il a adopté une stratégie de cohésion sociale sous la forme d'un document qui a ensuite été approuvé par les Délégués des Ministres et reconnu comme devant servir de base aux travaux sur la cohésion sociale dans les années à venir.

Le ministère de la sécurité sociale a eu une attitude très active dans ce nouveau comité européen de cohésion sociale où le représentant luxembourgeois a été réélu au bureau.

Le Comité européen pour la cohésion sociale est chargé, au travers des organes subordonnés qu'il a créés à cet effet, de contrôler l'application des normes prévues dans le Code européen de sécurité sociale et de superviser le fonctionnement d'un certain nombre d'instruments juridiques de coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale.

Le Comité d'experts normatif dans le domaine de la sécurité sociale (CS-CO) et le Comité d'experts pour la coordination dans le domaine de la sécurité sociale (CS-CR), outre leur activité conventionnelle au sens strict, suivent également la situation en matière de sécurité sociale dans les Etats membres et rendent compte au CDCS des problèmes et éléments nouveaux observés.

#### b) Code européen de sécurité sociale révisé

Pour tenir compte de l'évolution des législations de sécurité sociale dans la plupart des Etats membres du Conseil de l'Europe depuis l'ouverture à la signature, le 16 avril 1964, du Code européen de sécurité sociale et du protocole à ce code, un Code européen de sécurité sociale révisé a été adopté en 1990 par le comité des Ministres. Il a été signé le 6 novembre 1990 par 11 Etats membres du Conseil de l'Europe, dont le Luxembourg. Le Comité européen de l'application des normes a adopté un rapport explicatif renseignant sur la portée précise des normes retenues dans le code révisé. A la lumière de ce rapport, le Ministère de la sécurité sociale a examiné dans quelle mesure la législation luxembourgeoise est conforme aux dispositions du code révisé.

Cependant, à cause du caractère extrêmement technique de la matière et compte tenu du fait qu'aucun autre Etat du Conseil de l'Europe n'a encore manifesté une initiation à ratifier le code révisé, le ministère de la sécurité sociale n'a pas poursuivi la procédure en vue de l'approbation parlementaire afférente.

### **3. Sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure**

Dès le début de l'année 1991 le Centre administratif pour la sécurité sociale des bateliers rhénans s'est préoccupé de l'élaboration et de la conclusion d'un accord européen concernant la sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure, et ceci notamment au regard de l'achèvement de la liaison Rhin-Main-Danube.

Compte tenu de l'intérêt manifesté tant par les Parties contractantes de l'Accord rhénan que par les pays de l'Europe centrale et orientale concernés, un Accord européen concernant la sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure a été adopté à l'occasion d'une conférence gouvernementale à Strasbourg le 26 mars 1993. Le Luxembourg a procédé à la signature dudit Accord au mois d'octobre 1994. Avant d'envisager d'entamer la procédure de ratification, le Gouvernement luxembourgeois attend que les pays d'Europe centrale et orientale manifestent à leur tour un intérêt pour cet instrument.

Le groupe de travail du Centre administratif pour les bateliers rhénans chargé à examiner l'articulation de l'accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans avec les autres instruments de coordination des législations de sécurité sociale a marqué sa préférence pour changer l'ordre des priorités en faveur du règlement communautaire 1408/71. Toutefois la décision reste en suspens. Une note conjointe de l'Allemagne, de la France, de la Belgique, des Pays-Bas et du Luxembourg a été présentée à la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants à Bruxelles qui préconise d'apporter la solution au problème soulevé par une inscription à l'annexe du règlement communautaire 1408/71 sur la coordination des régimes de sécurité sociale des travailleurs migrants. Cependant cette approche proposée s'est heurtée à l'opposition de certains Etats-membres de l'Union européenne.

#### **4. Association internationale de la sécurité sociale**

Les représentants du ministère ont pris part à certaines activités organisées par l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS). Les relations avec l'AISS relèvent en partie également de la compétence de l'ALOSS (Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale) qui a été réactivée en 2000.

## **2.2. Les Instruments bilatéraux**

## **1. Luxembourg-Finlande**

En raison de l'entrée en vigueur de l'Accord sur l'Espace économique européen les règlements communautaires en matière de sécurité sociale des travailleurs migrants se substituent aux conventions bilatérales que le Luxembourg a conclues avec les pays de l'AELE (à l'exception de la Suisse).

Etant donné que l'actuelle convention bilatérale couvre toutes les personnes sans distinction de nationalité, elle ne continue à s'appliquer que pour les ressortissants de pays tiers. En présence de cette situation les deux pays sont tombés d'accord de remplacer cette convention du 15 septembre 1988 par une nouvelle convention qui couvre uniquement les ressortissants de pays tiers et dont les dispositions sont calquées pour l'essentiel sur celles des règlements communautaires, ce qui du même coup facilite le travail administratif des institutions.

La convention a été signée le 10 novembre 2000 à Luxembourg. La procédure de ratification parlementaire est en cours.

## **2. Luxembourg-Norvège**

Pour les mêmes raisons que celles invoquées sous le point 1 ci-dessus une nouvelle convention entre le Luxembourg et la Norvège, destinée à remplacer celle du 19 février 1991, est devenue nécessaire. La convention a été ratifiée par la Norvège au mois de juin 1998; au Luxembourg la convention a été ratifiée par la loi du 14 janvier 2000. L'entrée en vigueur est intervenue le 1<sup>er</sup> mai 2000.

## **3. Luxembourg-Islande**

Dans nos relations avec l'Islande se pose la même problématique que celle décrite ci-dessus à propos de nos relations avec la Finlande et la Norvège. Dans ces conditions, les deux pays ont négocié au cours de l'année 1994 une nouvelle convention, qui est destinée à remplacer la convention actuelle du 11 décembre 1989. La signature n'a pas encore pu intervenir à cause de problèmes techniques soulevés par la partie islandaise. Le ministère a débloqué la situation pendant l'année 2000. Cependant nous sommes dans l'attente d'une réaction islandaise en ce qui concerne notre nouvelle proposition de prévoir une disposition de totalisation pour des périodes d'assurance pension accomplies dans un pays tiers avec lequel les deux pays sont liés par un instrument bi ou multilatéral de coordination.

## **4. Luxembourg-Suède**

Toujours pour les mêmes raisons que celles invoquées aux points 1 à 3 ci-avant, le ministère interviendra auprès des instances suédoises et leur proposera une convention bilatérale ayant pour objet l'application du règlement 1408/71 concernant la coordination des régimes de sécurité sociale des travailleurs migrants à toutes les personnes assurées sous l'une ou l'autre législation des deux pays.

## **5. Luxembourg-Pologne**

Une convention bilatérale en matière de sécurité sociale avec la Pologne a été ratifiée au Luxembourg par la loi du 6 avril 1999.

La procédure de ratification a été achevée en Pologne en 2000 et la convention entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2001.

Un arrangement administratif fixant les modalités d'application de cette convention est préparé. Le texte définitif est arrêté et la signature devrait avoir lieu à brève échéance.

Par ailleurs, le Luxembourg a proposé aux instances compétentes polonaises des formulaires destinés à l'application de la convention.

## **6. Luxembourg-Chili**

La convention bilatérale avec le Chili a été ratifiée par la loi du 6 avril 1999 et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1999.

Les formulaires nécessaires pour les besoins administratifs doivent encore être préparés. A cet effet une nouvelle ronde de négociations est prévue.

## **7. Luxembourg- République tchèque**

Une convention bilatérale pour toutes les personnes qui sont ou été soumises à la législation de l'une ou de l'autre partie a été signée à Luxembourg le 17 novembre 2000. Elle couvre toutes les branches de la sécurité sociale. La procédure de ratification parlementaire est engagée.

## **8. Luxembourg-République slovaque**

Les autorités de la République slovaque ont exprimé le désir de conclure une convention bilatérale sur la sécurité sociale entre nos deux pays. Une première ronde de négociations pour la convention a permis de trouver un accord sur l'ensemble de la matière, sauf l'assurance maladie. Une deuxième ronde de négociations prévue au mois de novembre 1999 à Bratislava a été reportée à une date ultérieure à cause du refus du Ministère de la santé slovaque d'intégrer l'assurance maladie dans le champ d'application de la convention.

Les négociations seront reprises en l'an 2001.

## **9. Luxembourg-Turquie**

Lors du deuxième tour de négociations en juillet 2000 à Ankara, le texte d'une convention bilatérale en matière de sécurité sociale a été paraphé.

La convention devra être signée sous peu dès que les formalités nécessaires relevant des compétences des ministères des affaires étrangères respectifs auront été accomplies.

## **10. Luxembourg-Croatie**

L'objectif est de remplacer l'ancienne convention bilatérale avec l'ex-Yougoslavie qui s'applique encore aux relations avec la Croatie par un instrument plus moderne. Lors du deuxième tour de négociations au mois de novembre 2000 à Zagreb, le texte d'une convention bilatérale a été paraphé. La procédure de signature est en cours.

## **11. Luxembourg-Slovénie**

Pour les raisons exposées au point 10 ci-avant, il n'est pas indiqué non plus que notre ancienne convention bilatérale avec l'ex-Yougoslavie continue à s'appliquer dans nos relations avec la Slovénie.

Après demande officielle émise par les autorités slovènes de conclure une nouvelle convention respectant les principes du droit communautaire, une première ronde de négociations a eu lieu à Luxembourg au mois d'octobre 2000. Il reste quelques aspects à clarifier lors d'un deuxième tour de négociations prévu pour l'année 2001.

## **12. Cap-Vert**

Le département de la sécurité sociale a pris des initiatives pour élaborer ensemble avec les autorités cap-verdiennes des formulaires adéquats à utiliser dans les relations bilatérales entre le Luxembourg et le Cap-Vert (application de la convention du 24 mai 1989).

## **2.3. Relations avec les pays voisins**

Dans le souci d'améliorer constamment les relations avec nos voisins, des contacts réguliers ont eu lieu avec les autorités de l'Allemagne, de la Belgique et de la France. Les problèmes d'application concrets en matière d'assurance dépendance ont été les principaux sujets abordés lors de ces rencontres bilatérales.

En 2001, des efforts particuliers vont être déployés avec les pays pré-mentionnés pour améliorer et simplifier le paiement des prestations familiales.

Par ailleurs, le Gouvernement s'est efforcé d'apporter des solutions à des questions se posant en matière de dépendance (notamment la constatation de l'état de dépendance et son appréciation) pour des assurés résidant dans les pays du sud de l'Europe.

Une solution satisfaisante (constatation et appréciation de l'état de dépendance par les autorités compétentes du pays de résidence) a pu être trouvée avec l'Espagne. Les pourparlers avec le Portugal et l'Italie seront relancés en 2001.

**ANNEXE**  
**Au rapport général 2000**  
**Données statistiques**

**CMSS - 2000**

## Population des cas d'hébergement

Situation au 31.12.2000

Tranches d'âge	Femmes			Hommes				
	nombre	% relatif	% total	nombre	% relatif	% total	nombre	%
1900 - 1904	3	1.9%	1.4%	0	0.0%	0.0%	3	1.4%
1905 - 1909	20	12.4%	9.1%	2	3.4%	0.9%	22	10.0%
1910 - 1914	34	21.1%	15.5%	9	15.3%	4.1%	43	19.5%
1915 - 1919	27	16.8%	12.3%	12	20.3%	5.5%	39	17.7%
1920 - 1924	38	23.6%	17.3%	13	22.0%	5.9%	51	23.2%
1925 - 1929	23	14.3%	10.5%	11	18.6%	5.0%	34	15.5%
1930 - 1934	6	3.7%	2.7%	9	15.3%	4.1%	15	6.8%
1935 - 1939	2	1.2%	0.9%	0	0.0%	0.0%	2	0.9%
1940 - 1944	5	3.1%	2.3%	1	1.7%	0.5%	6	2.7%
1945 - 1949	0	0.0%	0.0%	1	1.7%	0.5%	1	0.5%
1950 - 1954	1	0.6%	0.5%	0	0.0%	0.0%	1	0.5%
1955 - 1959	2	1.2%	0.9%	0	0.0%	0.0%	2	0.9%
1960 - 1964	0	0.0%	0.0%	1	1.7%	0.5%	1	0.5%
	<b>161</b>	<b>100.0%</b>	<b>73.2%</b>	<b>59</b>	<b>100.0%</b>	<b>26.8%</b>	<b>220</b>	<b>100.0%</b>

## Population des nouveaux cas d'hébergement

Exercice 2000

Tranches d'âge	Femmes			Hommes				
	nombre	% relatif	% total	nombre	% relatif	% total	nombre	%
1905 - 1909	4	10.5%	7.1%	1	5.6%	1.8%	5	8.9%
1910 - 1914	6	15.8%	10.7%	3	16.7%	5.4%	9	16.1%
1915 - 1919	11	28.9%	19.6%	3	16.7%	5.4%	14	25.0%
1920 - 1924	4	10.5%	7.1%	7	38.9%	12.5%	11	19.6%
1925 - 1929	8	21.1%	14.3%	2	11.1%	3.6%	10	17.9%
1930 - 1934	2	5.3%	3.6%	1	5.6%	1.8%	3	5.4%
1940 - 1944	3	7.9%	5.4%	0	0.0%	0.0%	3	5.4%
1945 - 1949	0	0.0%	0.0%	1	5.6%	1.8%	1	1.8%
	<b>38</b>	<b>100.0%</b>	<b>67.9%</b>	<b>18</b>	<b>100.0%</b>	<b>32.1%</b>	<b>56</b>	<b>100.0%</b>

## Hospitalisations prolongées saisies par le contrôle médical

Exercice 2000

Cliniques- Hôpitaux	Cas en cours			Cas d'hébergement			Sorties			Décès			Totaux	
	nbr	%relatif	%total	nbr	%relatif	%total	nbr	%relatif	%total	nbr	%relatif	%total	nbr	%
C.H.L.	22	7.1%	3.9%	0	0.0%	0.0%	5	8.9%	0.9%	7	12.5%	1.2%	34	6.0%
C.H.N.P.	6	1.9%	1.1%	2	3.6%	0.4%	1	1.8%	0.2%	1	1.8%	0.2%	10	1.8%
Diekirch	6	1.9%	1.1%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	1	1.8%	0.2%	7	1.2%
Dudelange	16	5.1%	2.8%	1	1.8%	0.2%	10	17.9%	1.8%	0	0.0%	0.0%	27	4.8%
Echternach	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%
Eich	13	4.2%	2.3%	6	10.7%	1.1%	13	23.2%	2.3%	8	14.3%	1.4%	40	7.1%
H.N.P.	17	5.5%	3.0%	0	0.0%	0.0%	1	1.8%	0.2%	2	3.6%	0.4%	20	3.5%
H.P.M.A.	36	11.6%	6.4%	2	3.6%	0.4%	8	14.3%	1.4%	3	5.4%	0.5%	49	8.7%
H.V.E.	17	5.5%	3.0%	3	5.4%	0.5%	3	5.4%	0.5%	6	10.7%	1.1%	29	5.1%
Sacré Coeur	19	6.1%	3.4%	0	0.0%	0.0%	8	14.3%	1.4%	7	12.5%	1.2%	34	6.0%
St François	31	10.0%	5.5%	29	51.8%	5.1%	11	19.6%	2.0%	12	21.4%	2.1%	83	14.7%
St Louis	42	13.5%	7.4%	1	1.8%	0.2%	10	17.9%	1.8%	20	35.7%	3.5%	73	12.9%
Ste Elisabeth	23	7.4%	4.1%	3	5.4%	0.5%	14	25.0%	2.5%	7	12.5%	1.2%	47	8.3%
Ste Marie	5	1.6%	0.9%	3	5.4%	0.5%	4	7.1%	0.7%	3	5.4%	0.5%	15	2.7%
Ste Thérèse	48	15.4%	8.5%	6	10.7%	1.1%	20	35.7%	3.5%	9	16.1%	1.6%	83	14.7%
Steinfort	6	1.9%	1.1%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	6	1.1%
Wiltz	4	1.3%	0.7%	0	0.0%	0.0%	2	3.6%	0.4%	1	1.8%	0.2%	7	1.2%
<b>Totaux:</b>	<b>311</b>	<b>100.0%</b>	<b>55.1%</b>	<b>56</b>	<b>100.0%</b>	<b>9.9%</b>	<b>110</b>	<b>100.0%</b>	<b>19.5%</b>	<b>87</b>	<b>100.0%</b>	<b>15.4%</b>	<b>564</b>	<b>100.0%</b>

## Contrôles hospitaliers effectués

Exercice 2000

Cliniques- Hôpitaux	Cas en cours			Cas d'hébergement			Sorties			Décès			Totaux	
	nbr	% relatif	% total	nbr	% relatif	% total	nbr	% relatif	% total	nbr	% relatif	% total	nbr	%
C.H.L.	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	<b>0</b>	<b>0.0%</b>
C.H.N.P.	0	0.0%	0.0%	1	1.5%	0.7%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	<b>1</b>	<b>0.7%</b>
Diekirch	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	<b>0</b>	<b>0.0%</b>
Dudelange	0	0.0%	0.0%	1	1.5%	0.7%	3	8.8%	2.2%	0	0.0%	0.0%	<b>4</b>	<b>2.9%</b>
Echternach	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	<b>0</b>	<b>0.0%</b>
Eich	1	4.3%	0.7%	5	7.6%	3.6%	8	23.5%	5.8%	1	6.3%	0.7%	<b>15</b>	<b>10.8%</b>
H.N.P.	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	<b>0</b>	<b>0.0%</b>
H.P.M.A.	0	0.0%	0.0%	2	3.0%	1.4%	1	2.9%	0.7%	1	6.3%	0.7%	<b>4</b>	<b>2.9%</b>
H.V.E.	1	4.3%	0.7%	2	3.0%	1.4%	0	0.0%	0.0%	2	12.5%	1.4%	<b>5</b>	<b>3.6%</b>
Sacré Coeur	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	<b>0</b>	<b>0.0%</b>
St François	12	52.2%	8.6%	39	59.1%	28.1%	3	8.8%	2.2%	6	37.5%	4.3%	<b>60</b>	<b>43.2%</b>
St Louis	0	0.0%	0.0%	1	1.5%	0.7%	0	0.0%	0.0%	1	6.3%	0.7%	<b>2</b>	<b>1.4%</b>
Ste Elisabeth	3	13.0%	2.2%	6	9.1%	4.3%	6	17.6%	4.3%	1	6.3%	0.7%	<b>16</b>	<b>11.5%</b>
Ste Marie	0	0.0%	0.0%	2	3.0%	1.4%	1	2.9%	0.7%	0	0.0%	0.0%	<b>3</b>	<b>2.2%</b>
Ste Thérèse	6	26.1%	4.3%	7	10.6%	5.0%	12	35.3%	8.6%	4	25.0%	2.9%	<b>29</b>	<b>20.9%</b>
Steinfort	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	<b>0</b>	<b>0.0%</b>
Wiltz	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	<b>0</b>	<b>0.0%</b>
<b>Totaux:</b>	<b>23</b>	<b>100.0%</b>	<b>16.5%</b>	<b>66</b>	<b>100.0%</b>	<b>47.5%</b>	<b>34</b>	<b>100.0%</b>	<b>24.5%</b>	<b>16</b>	<b>100.0%</b>	<b>11.5%</b>	<b>139</b>	<b>100.0%</b>

## Contrôle médical de la Sécurité Sociale

### Section A.V.I.

Exercice 2000

Tranches d'âge	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1930 - 1934	1	0	0	1	1	0	1	2	3
1935 - 1939	70	0	9	79	74	2	12	88	167
1940 - 1944	113	3	33	149	183	5	50	238	387
1945 - 1949	49	9	79	137	143	25	137	305	442
1950 - 1954	23	13	40	76	55	27	76	158	234
1955 - 1959	9	15	19	43	27	37	40	104	147
1960 - 1964	5	16	18	39	19	17	29	65	104
1965 - 1969	2	10	7	19	4	23	17	44	63
1970 - 1974	3	4	5	12	3	5	19	27	39
1975 - 1979	0	1	3	4	1	2	5	8	12
1980 - 1984	0	0	0	0	0	2	2	4	4
<b>Totaux :</b>	<b>275</b>	<b>71</b>	<b>213</b>	<b>559</b>	<b>510</b>	<b>145</b>	<b>388</b>	<b>1043</b>	<b>1602</b>

## Contrôle médical de la Sécurité Sociale

### Section A.V.I.

Exercice 2000

<b>Principales causes:</b>		<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Total</b>
1	Appareil respiratoire	26	71	<b>97</b>
2	Appareil cardio-vasculaire	53	155	<b>208</b>
3	Appareil locomoteur	266	417	<b>683</b>
4	Appareil digestif	12	16	<b>28</b>
5	Appareil sanguin	7	12	<b>19</b>
6	Appareil génito-urinaire	18	18	<b>36</b>
7	Affection neurologique	33	53	<b>86</b>
8	Affection psychiatrique	70	54	<b>124</b>
9	Organes des sens	6	20	<b>26</b>
10	Affection endocrinienne	20	32	<b>52</b>
11	Suites d'accident de travail	3	57	<b>60</b>
12	Suites de maladie professionnelle	1	1	<b>2</b>
13	Suites d'accident de circulation	4	19	<b>23</b>
14	Suites d'accident domestique	1	6	<b>7</b>
15	Suites d'accident sportif	0	0	<b>0</b>
16	Ethylisme	5	34	<b>39</b>
17	Autres toxicomanies	1	10	<b>11</b>
18	Affection congénitale	1	2	<b>3</b>
19	Divers	32	66	<b>98</b>
		<b>559</b>	<b>1 043</b>	<b>1 602</b>

**Contrôle médical de la Sécurité Sociale**  
**Section A.V.I.**

Exercice 2000

Examens et reexamens médicaux: 2 080

Dossiers traités sur le vu des pièces médicales: 663

---

Total des cas traités: **2 743** dont 1 602 cas nouveaux  
1 141 réexamens

## Nombre d'examens et de réexamens:

	1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	total	premiers examens																
AVI	3 765	65.47%	3 879	61.30%	3 818	64.12%	3 811	64.10%	4 025	67.30%	3 845	58.60%	3 334	52.43%	3 244	52.56%	2 743	58.40%
CPEP	723	59.47%	834	60.31%	937	46.42%	875	55.54%	1 020	52.25%	1 084	54.34%	1 026	51.27%	976	51.54%	958	43.11%
CPACI	256	87.50%	270	85.93%	206	91.75%	204	93.63%	224	95.54%	225	89.78%	143	86.01%	196	83.16%	139	89.21%
CPA	198	94.95%	192	99.48%	152	94.74%	133	96.24%	124	85.48%	112	98.21%	88	94.32%	72	98.61%	67	97.01%
	4 942	66.92%	5 175	63.85%	5 113	62.90%	5 023	64.66%	5 393	66.05%	5 266	59.89%	4 591	54.02%	4 488	54.41%	3 907	56.41%

## Décisions prises après premier examen:

	1992			1993			1994			1995			1996			1997			1998			1999			2000		
	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide
AVI	1 804	378	283	1 768	420	190	1 736	436	276	1 778	427	238	1 945	452	312	1 328	473	452	856	391	501	868	297	540	785	216	601
CPEP	327	94	9	364	129	10	311	112	12	350	118	18	357	145	31	371	134	84	332	124	70	328	114	61	235	85	93
CPACI	186	13	25	195	12	25	169	3	17	167	4	20	185	9	20	153	14	35	75	11	37	109	15	39	80	4	40
CPA	169	2	17	167	7	17	132	3	9	117	3	8	100	1	5	101	1	8	69	5	9	51	1	19	53	0	12
	2 486	487	334	2 494	568	242	2 348	554	314	2 412	552	284	2 587	607	368	1 953	622	579	1 332	531	617	1 356	427	659	1 153	305	746
	3 307			3 304			3 216			3 248			3 562			3 154			2 480			2 442					2 204

	1992			1993			1994			1995			1996			1997			1998			1999			2000		
	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide
AVI	73.18%	15.33%	11.48%	74.35%	17.66%	7.99%	70.92%	17.81%	11.27%	72.78%	17.48%	9.74%	71.80%	16.69%	11.52%	58.94%	20.99%	20.06%	48.97%	22.37%	28.66%	50.91%	17.42%	31.67%	49.00%	13.48%	37.52%
CPEP	76.05%	21.86%	2.09%	72.37%	25.65%	1.99%	71.49%	25.75%	2.76%	72.02%	24.28%	3.70%	66.98%	27.20%	5.82%	62.99%	22.75%	14.26%	63.12%	23.57%	13.31%	65.21%	22.66%	12.13%	56.90%	20.58%	22.52%
CPACI	83.04%	5.80%	11.16%	84.05%	5.17%	10.78%	89.42%	1.59%	8.99%	87.43%	2.09%	10.47%	86.45%	4.21%	9.35%	75.74%	6.93%	17.33%	60.98%	8.94%	30.08%	66.87%	9.20%	23.93%	64.52%	3.23%	32.26%
CPA	89.89%	1.06%	9.04%	87.43%	3.66%	8.90%	91.67%	2.08%	6.25%	91.41%	2.34%	6.25%	94.34%	0.94%	4.72%	91.82%	0.91%	7.27%	83.13%	6.02%	10.84%	71.83%	1.41%	26.76%	81.54%	0.00%	18.46%
	75.17%	14.73%	10.10%	75.48%	17.19%	7.32%	73.01%	17.23%	9.76%	74.26%	17.00%	8.74%	72.63%	17.04%	10.33%	61.92%	19.72%	18.36%	53.71%	21.41%	24.88%	55.53%	17.49%	26.99%	52.31%	13.84%	33.85%

	AVI			CPEP			CPACI			CPA			Total		
	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide	invalidité perm.	invalidité temp.	pas invalide
1993	74.35%	17.66%	7.99%	72.37%	25.65%	1.99%	84.05%	5.17%	10.78%	87.43%	3.66%	8.90%	75.48%	17.19%	7.32%
1994	70.92%	17.81%	11.27%	71.49%	25.75%	2.76%	89.42%	1.59%	8.99%	91.67%	2.08%	6.25%	73.01%	17.23%	9.76%
1995	72.78%	17.48%	9.74%	72.02%	24.28%	3.70%	87.43%	2.09%	10.47%	91.41%	2.34%	6.25%	74.26%	17.00%	8.74%
1996	71.80%	16.69%	11.52%	66.98%	27.20%	5.82%	86.45%	4.21%	9.35%	94.34%	0.94%	4.72%	72.63%	17.04%	10.33%
1997	58.94%	20.99%	20.06%	62.99%	22.75%	14.26%	75.74%	6.93%	17.33%	91.82%	0.91%	7.27%	61.92%	19.72%	18.36%
1998	48.97%	22.37%	28.66%	63.12%	23.57%	13.31%	60.98%	8.94%	30.08%	83.13%	6.02%	10.84%	53.71%	21.41%	24.88%
1999	50.91%	17.42%	31.67%	65.21%	22.66%	12.13%	66.87%	9.20%	23.93%	71.83%	1.41%	26.76%	55.53%	17.49%	26.99%
2000	49.00%	13.48%	33.85%	56.90%	20.58%	22.52%	64.52%	3.23%	32.26%	81.54%	0.00%	18.46%	52.31%	13.84%	33.85%

## Cartes d'invalidité

Exercice 2000

Dossiers transmis au CMSS : 4 892

Dossiers traités : 4 165 dont 4 087 sur base d'un certificat médical et  
78 après convocation de l'intéressé.

Dossiers sans suite : 342  
(expiration du délai de 40 jours)

Dossiers en suspens : 385

### Cartes d'invalidité attribuées en 2000

Carte A 3 542 ( dont 63 avec carte de priorité )

Carte B 439

Carte C 46

Refus 138

**4 165**

## Cartes d'invalidité

Décisions par tranches d'âge

Exercice 2000

Tranches	Carte A	Carte B	Carte C	Refus	Total	% Carte de priorité	
1905 - 1909	2	4	0	0	6	0.1%	0
1910 - 1914	15	38	0	0	53	1.3%	1
1915 - 1919	111	30	3	0	144	3.5%	1
1920 - 1924	353	49	3	0	405	9.7%	4
1925 - 1929	651	69	2	0	722	17.3%	13
1930 - 1934	873	74	4	9	960	23.0%	21
1935 - 1939	735	51	4	26	816	19.6%	12
1940 - 1944	388	30	4	59	481	11.5%	4
1945 - 1949	189	28	5	24	246	5.9%	2
1950 - 1954	90	14	3	15	122	2.9%	0
1955 - 1959	60	16	3	3	82	2.0%	3
1960 - 1964	37	14	1	2	54	1.3%	1
1965 - 1969	16	8	2	0	26	0.6%	0
1970 - 1974	7	5	3	0	15	0.4%	0
1975 - 1979	10	7	2	0	19	0.5%	1
1980 - 1984	1	1	1	0	3	0.1%	0
1985 - 1989	2	1	4	0	7	0.2%	0
1990 - 1994	2	0	2	0	4	0.1%	0
	<b>3 542</b>	<b>439</b>	<b>46</b>	<b>138</b>	<b>4 165</b>	<b>100.0%</b>	<b>63</b>

# Affections psychiques et psychosomatiques 2000

## Schizophrénie, troubles psychotiques

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
de 20 à 25 ans	2				2	6				6	8
> 25 ans	8		3		11	7		2		9	20
âge moyen: 38						âge moyen: 33					

## Manies, troubles bipolaires

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
> 25 ans	1				1						1
âge moyen: 30											

## Dépressions

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
< 20 ans						2				2	2
de 20 à 25 ans	3		1		4	4				4	8
> 25 ans	53	2	8		63	32		5		37	100
âge moyen: 43						âge moyen: 41					

## Troubles liés à l'anxiété

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
> 25 ans	10		1		11	6	1	2		9	20
âge moyen: 40						âge moyen: 40					

## Troubles obsessionnels

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
de 20 à 25 ans	1				1						1
> 25 ans	2				2		1			1	3
âge moyen: 32						âge moyen: 51					

## Troubles post-traumatiques

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
< 20 ans	2				2						2
de 20 à 25 ans	3				3						3
> 25 ans	8				8	6				6	14
âge moyen: 35						âge moyen: 42					

## Troubles somatoformes

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
> 25 ans	2		1		3	2				2	5
âge moyen: 55						âge moyen: 44					

## Troubles névrotiques

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
> 25 ans	3		1		4	2				2	6
âge moyen: 46						âge moyen: 50					

## Troubles alimentaires

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
< 20 ans	7				7						7
de 20 à 25 ans	8		1		9						9
> 25 ans	3		1		4						4
âge moyen: 22											

## Troubles de la personnalité

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
< 20 ans			1		1	1				1	2
de 20 à 25 ans	2		2		4	4				4	8
> 25 ans	8	1			9	10		1		11	20
âge moyen: 33						âge moyen: 35					

## Troubles du comportement et des émotions

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
< 20 ans	3				3	2		2		4	7
âge moyen: 14						âge moyen: 16					

## Affections psychiques et psychosomatiques: récapitulation

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
< 20 ans	12		1		13	5		2		7	20
de 20 à 25 ans	19		4		23	14				14	37
> 25 ans	98	3	15		116	65	2	10		77	193
âge moyen: 37						âge moyen: 38					

# Alcoolisme et dépendance médicamenteuse 2000

## Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
de 20 à 25 ans								1		1	1
> 25 ans	32		15		47	79	1	20	1	101	148
âge moyen: 47						âge moyen: 44					

## Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool + Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
de 20 à 25 ans						1				1	1
> 25 ans	14		3		17	16		2		18	35
âge moyen: 44						âge moyen: 43					

## Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
> 25 ans	6	1	3		10	4		1	1	6	16
âge moyen: 48						âge moyen: 51					

## Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
> 25 ans						1				1	1
âge moyen: 57											

## Alcoolisme et dépendance médicamenteuse: récapitulation

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
de 20 à 25 ans						1		1		2	2
> 25 ans	52	1	21		74	100	1	23	2	126	200
âge moyen: 46						âge moyen: 44					

## Autres toxicomanies (drogues dures et polytoxicomanie) 2000

### Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
de 20 à 25 ans	1				1	1				1	2
> 25 ans						2		1		3	3
âge moyen: 20						âge moyen: 29					

### Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
< 20 ans								1		1	1
de 20 à 25 ans								1		1	1
> 25 ans	2		1		3			1		1	4
âge moyen: 34						âge moyen: 21					

### Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
< 20 ans	1		1		2						2
de 20 à 25 ans	4	1	6		11	8		11		19	30
> 25 ans	9		2		11	32		16		48	59
âge moyen: 24						âge moyen: 30					

### Autres toxicomanies (drogues dures et polytoxicomanie): récapitulation

âge	femmes					hommes					total
	accord	refus	désist.	en attente	total	accord	refus	désist.	en attente	total	
< 20 ans	1		1		2			1		1	3
de 20 à 25 ans	5	1	6		12	9		12		21	33
> 25 ans	11		3		14	34		18		52	66
âge moyen: 25						âge moyen: 29					



