

SOMMAIRE

	<u>page</u>
Introduction	3
1. La Sécurité sociale sur le plan national	
1.1. L'Assurance maladie	7
1.2. L'Assurance accident	13
1.3. L'Assurance pension	15
1.4. L'Affiliation	20
1.5. L'Assurance dépendance	22
1.6. Le Contrôle médical de la sécurité sociale	25
1.7. Les Juridictions de la sécurité sociale	32
2. La Sécurité sociale sur le plan international	
2.1. Les Instruments multilatéraux	38
2.2. Les Instruments bilatéraux	42
2.3. Relations avec les pays voisins	46
3. Annexe : Données statistiques du Contrôle médical de la sécurité sociale	

Introduction

La situation déficitaire de l'Union des caisses de maladie en ce qui concerne les prestations en espèces a empiré au courant de l'exercice 2003. Le Gouvernement a dès lors fait la proposition d'assainir la situation déficitaire de l'UCM pour l'exercice 2004 par une opération de transfert unique de 130 millions d'euros des caisses de pensions à l'UCM, ce montant correspondant aux moins-values de dépenses réalisées par les caisses de pension au cours des exercices 1999-2003. Il s'agit d'un remboursement compensatoire à l'UCM. Une étude a en effet montré que la raison principale de cette évolution négative en matière de prestations en espèces réside dans un revirement jurisprudentiel suivant lequel les demandes d'invalidité ont été appréciées de façon beaucoup plus restrictive. Ainsi les demandeurs ont en général dû être pris en charge plus longtemps par les caisses de maladie et, dans beaucoup de cas, même pendant la durée maximum de 52 semaines.

En vue d'un redressement durable de la tendance budgétaire déficitaire de l'Union des caisses de maladie, le comité tripartite a encore prévu un certain nombre de mesures structurelles en la matière. Ces mesures seront exposées de façon explicite dans la suite du présent rapport.

En ce qui concerne les relations avec le corps médical il y a lieu de rappeler que le système du conventionnement obligatoire généralisé reste d'application. Dorénavant les tarifs des prestataires libéraux seront indexés automatiquement à l'échelle des salaires. En outre la base légale vient d'être créée pour procéder à une adaptation sélective des tarifs de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes par voie réglementaire.

En ce qui concerne l'assurance accident agricole, la loi du 17 novembre 2003 modifiant le Code des assurances sociales et la loi modifiée du 28 juillet 2000, comporte des dispositions tendant à modifier les articles 165 et 166 du CAS relatifs à son financement.

Le projet de loi sur l'administration du patrimoine du régime général de pension a été déposé à la Chambre des Députés à la date du 14 mai 2003. Ce projet, dont le vote devrait en principe intervenir au début de l'année 2004, a pour objet de créer une structure appropriée pour permettre une gestion optimisée de la réserve de compensation du régime général de pension. Un règlement grand-ducal en précisera les modalités d'application.

Un avant-projet de loi modifiant la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle a été élaboré, en collaboration étroite avec le Ministère du Travail et de l'Emploi. En effet, l'application pratique de la loi du 25 juillet 2002 pré-citée avait fait ressortir que l'effet accélérateur des nouvelles mesures, tendant au reclassement interne ou externe des travailleurs incapables d'exercer pour des raisons de santé, d'infirmité ou d'usure leur dernier emploi, ne s'est pas mis en place.

L'étude des aspects d'ordre juridique et statistique en matière d'affiliation, entamée en 2002, a été poursuivie au cours de l'exercice 2003. Ont été mis en évidence au cours de cet exercice plus particulièrement les aspects ayant trait à l'emploi dit « virtuel ». Dans le cadre de l'étude de ce phénomène il a été procédé à un certain nombre de contrôles d'entreprises ayant leur siège au Luxembourg.

Le projet de loi n°5146 modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière de l'assurance dépendance a été déposé à la Chambre des Députés en date du 14 mai 2003. Les principales modifications visées par ce projet de loi concernent le droit aux aides et soins des personnes handicapées, le contrôle de la qualité du soin dispensé par les professionnels et les aidants informels ainsi que l'utilisation des prestations en espèces dans l'intérêt des bénéficiaires.

Un règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance et ayant pour objet de réviser le relevé-type des aides et soins requis en vue de l'adapter aux besoins des professionnels de la Cellule d'évaluation et d'orientation, des prestataires et des personnes dépendantes, a été adopté.

En matière de financement de l'assurance dépendance, il est à noter que pour l'exercice 2004, la loi budgétaire a ramené la participation de l'Etat exceptionnellement de 45 à 40 pour cent. A partir de 2005 la participation de l'Etat se chiffrera de nouveau à 45 pour cent.

La Cellule d'évaluation et d'orientation a atteint sa vitesse de croisière en ce qui concerne l'évaluation des personnes dépendantes, de sorte que le nombre des demandes introduites par mois et le nombre des dossiers clôturés sont en équilibre.

Un aperçu global sur la protection sociale au Luxembourg et les données financières globales y afférentes peuvent être consultées 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 22 octobre 2003, le comité quadripartite prévu à l'article 80 du Code des assurances sociales a constaté que la situation déficitaire de l'Union des caisses de maladie en ce qui concerne les prestations en espèces a empiré progressivement pour atteindre un déficit cumulé prévisible de l'ordre de 85 millions d'euros pour l'exercice 2004. D'une étude réalisée par l'UCM, il se dégage que la raison principale de cette évolution remonte à un revirement jurisprudentiel (arrêt de la Cour de Cassation du 28 novembre 1996) suivant lequel l'invalidité ne doit plus s'apprécier par rapport au dernier emploi occupé dans une entreprise déterminée, mais par rapport au marché du travail en général. Cette jurisprudence a eu comme conséquence que les demandes d'invalidité ont été appréciées de façon beaucoup plus restrictive. Ainsi les demandeurs ont en général dû être pris en charge plus longtemps par les caisses de maladie et, dans beaucoup de cas, même pendant la durée maximum de 52 semaines. Il en a résulté un coût supplémentaire annuel substantiel à charge de l'UCM, qui en réalité était toutefois imputable à un changement profond du concept de l'invalidité, donc à évolution étrangère au champ d'application proprement dit de l'assurance maladie.

Comme les délibérations menées dans le cadre de la quadripartite entre les représentants des employeurs et les assurés n'ont pas abouti, le Gouvernement a dès lors fait la proposition d'assainir la situation déficitaire de l'UCM pour l'exercice 2004 par une opération de transfert unique de 130 millions d'euros des caisses de pensions à l'UCM, ce montant correspondant aux moins-values de dépenses réalisées par les caisses de pension au cours des exercices 1999-2003 en raison du revirement jurisprudentiel décrit plus haut. Il s'agit donc d'un remboursement compensatoire à l'UCM dont le montant a été établi en fonction d'une argumentation et de calculs techniques objectifs. L'opération a en fait pour but de reconstituer les comptes financiers respectifs des caisses de pension et de l'UCM tels qu'ils se présenteraient si la décision de justice n'était pas intervenue et a été réalisée par la loi du 19 décembre 2003 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2004.

Toutefois, ce transfert ne suffira pas à redresser durablement la tendance budgétaire déficitaire de l'UCM en ce qui concerne les prestations en espèces. Voilà pourquoi, le comité tripartite a encore prévu des mesures structurelles visant à contrecarrer tout absentéisme abusif. Ces mesures sont au nombre de quatre dont trois ont été incorporées dans le projet de loi modifiant entre autres la loi du 22 juillet 2003 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle :

1) Dorénavant, pour tout assuré - ouvrier ou employé privé - le médecin traitant devra établir un avis motivé moyennant un nouveau formulaire R4 au terme du deuxième mois du congé de maladie. Ce rapport sera transmis au Contrôle médical afin de mettre ce dernier en état de juger si le patient continuera à être pris en charge par l'assurance maladie ou si son dossier est à transférer à la caisse de pension aux fins de déclencher la procédure de mise en invalidité. En principe, le défaut d'introduire ce certificat devrait entraîner l'arrêt du paiement des indemnités pécuniaires.

2) Une deuxième innovation a pour objet de limiter la durée maximale d'indemnisation pour une même maladie à 52 semaines, ceci endéans une période de référence de 104 semaines. Cette mesure entend tarir une source d'abus ayant consisté jusqu'à présent dans la possibilité pour l'assuré d'être malade pendant 52 semaines, de reprendre ensuite le travail pour quelques jours seulement et de se retrouver ensuite avec un nouveau droit

de 52 semaines de congé de maladie.

3) La troisième mesure vise à contrecarrer des abus en relation avec le travail intérimaire. Jusqu'à présent, il suffisait d'avoir travaillé quelques jours pour s'ouvrir le droit à un congé de maladie intégralement couvert par l'assurance maladie pour une année. Dorénavant la durée d'indemnisation sera déterminée au prorata de la durée d'affiliation préalable de l'assuré auprès de l'assurance maladie.

4) La quatrième mesure vise l'établissement de profils d'activité des médecins, non seulement en ce qui concerne les prestations en espèces - certificats de maladie – mais également en ce qui concerne les prestations en nature. Cette faculté est depuis longtemps inscrite au Code des assurances sociales ; l'exécution se heurtait toutefois aux réticences du corps médical. A présent, ce dernier est prêt à coopérer à la mise en oeuvre de cette mesure qui doit permettre d'identifier les prestataires responsables des congés de maladie abusifs.

Un groupe de travail ad hoc a entre temps commencé ses travaux.

Le comité de la coordination tripartite a par ailleurs invité le département de la sécurité sociale à examiner les incidences d'une continuation de la rémunération par l'employeur au profit des ouvriers. Les travaux sont actuellement en cours.

En ce qui concerne les prestations en nature, il convient de signaler la loi du 22 juillet 2003 modifiant le chapitre V « Relations avec les prestataires de soins » du livre Ier du Code des assurances sociales.

En effet, les arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes du 28 avril 1998 dans les affaires Decker et Kohll ont relancé les discussions sur les relations entre l'assurance maladie et les médecins et médecins-dentistes.

Pour l'Association des médecins et médecins-dentistes, l'obligation pour l'Union des caisses de maladie d'ouvrir le secteur ambulatoire étranger au remboursement entraîne une discrimination de plus en plus flagrante des prestataires luxembourgeois par rapport aux autres prestataires européens.

L'accord de coalition du 12 août 1999 a retenu que :

« Pour ce qui est des conséquences des arrêts Decker-Kohll, une analyse détaillée en sera faite le plus rapidement possible. Il semble dès à présent évident que les répercussions des arrêts Decker-Kohll seront considérables au Luxembourg. Pour le Gouvernement, il est important de veiller à ce que les conséquences puissent également avoir des retombés favorables pour la médecine luxembourgeoise du moins à moyen terme. »

Un premier groupe de travail, institué à la suite de la réunion du Comité quadripartite du 20 octobre 1999, s'est attaché à analyser les conséquences juridiques et financières des arrêts. Des discussions de ce premier groupe, il s'est dégagé que même s'il fallait s'imposer une certaine réserve, alors que la jurisprudence de la CJCE était encore en évolution, les arrêts Kohll et Decker n'imposent pas quant à leurs conséquences juridiques et financières, un abandon du système du conventionnement obligatoire.

Un deuxième groupe de travail institué à la suite de la réunion du Comité quadripartite du 24 octobre 2001, a élaboré deux rapports traitant respectivement :

- du conventionnement obligatoire généralisé et des solutions alternatives à ce modèle ;
- des différentes autres revendications de l'Association des médecins et médecins-dentistes qui se situent en dehors de la problématique du conventionnement obligatoire généralisé, ayant une incidence sur la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé.

A la suite des conclusions dudit groupe de travail, le Conseil de Gouvernement a, en date du 29 juillet 2002, décidé de maintenir le conventionnement obligatoire. Toutefois, il s'est déclaré d'accord à accéder à différentes revendications subsidiaires du groupement représentatif des médecins et médecins-dentistes.

La loi du 22 juillet 2003 introduit à l'article 66 du Code des assurances sociales le principe de l'indexation automatique des tarifs des prestataires libéraux à l'échelle mobile des salaires. L'introduction de cette adaptation tient compte du fait que les prestataires de soins ont à supporter des coûts professionnels, adaptés au coût de la vie, alors que ce renchérissement n'est pris en compte qu'avec un retard sensible au moment des négociations tarifaires.

En outre, la loi crée la base légale pour procéder, par dérogation aux conditions de l'article 65, alinéas 6, 10 et 11 du Code des assurances sociales, à une adaptation sélective des tarifs de la nomenclature des médecins et médecins-dentistes par voie de règlement grand-ducal, tout en fixant à cette adaptation extraordinaire des tarifs médicaux un plafond de 6,7 pour cent de la masse des coefficients servant à la détermination des tarifs médicaux.

Finalement la loi regroupe les modifications nécessaires des dispositions relatives au calendrier de négociation, afin de tenir compte de l'impossibilité de se conformer dans l'application pratique aux dates y imposées.

Le règlement grand-ducal d'exécution afférent, à savoir le règlement grand-ducal modifiant 1) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins, 2) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes a été signé le 28 novembre 2003.

En deuxième lieu, il faut signaler la loi du 17 novembre 2003 modifiant le Code des assurances sociales et la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension.

Cette loi regroupe certaines adaptations ponctuelles de la législation applicable en matière de sécurité sociale qui portent notamment sur :

- les conditions d'ouverture du droit à l'indemnité pécuniaire de maternité ;
- les règles de fonctionnement de l'assemblée générale de l'UCM ;
- le financement de l'assurance accident agricole ;

- la mise en compte des « baby-years »
- la prise en charge des frais d'administration des caisses de maladie d'entreprise ;
- l'adaptation de l'assiette de cotisation dans le cadre de la loi de coordination des régimes légaux de pension.

Le règlement grand-ducal d'exécution concernant la prise en charge par l'Union des caisses de maladie des frais de fonctionnement des caisses de maladie d'entreprise a été signé le 24 novembre 2003.

Dans le cadre des prestations en nature, il faut signaler que suite à l'application de la loi du 31 mai 2002 portant introduction d'une liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie qui a eu pour objet de parfaire la transposition en droit national de la directive 89/105/CEE, il a été décidé d'exclure les médicaments homéopathiques du remboursement par l'assurance maladie.

Afin de faire droit à la volonté politique de revenir à la situation d'avant la loi du 22 mai 2002, le projet de loi No 5260, déposé le 8 décembre 2003, a pour objet de préciser le principe de l'inclusion de certaines catégories de médicaments homéopathiques dans la liste positive et, en raison de la nature spécifique des médicaments homéopathiques, d'en différencier les critères d'inscription par rapport notamment aux médicaments allopathiques.

Pour être complet, il faut mentionner également le règlement grand-ducal du 8 septembre 2003 modifiant le règlement grand-ducal du 13 juillet 1993 ayant pour objet la désignation des délégués des assurés et des employeurs dans les institutions d'assurance maladie, les caisses de pension et les juridictions de sécurité sociale ainsi que les délégués des assurés dans l'association d'assurance contre les accidents, section industrielle qui a notamment abaissé l'âge passif d'élection à 18 ans.

Finalement, le règlement grand-ducal du 17 mars 2003 modifiant 1) le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 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 ; 2) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie a adapté les forfaits « salle d'accouchement » et « hospitalisation-soins normaux » pour l'année 2003. Par ailleurs, pour répondre à de nombreuses revendications, il a été prévu d'inclure la prise en charge de l'anesthésie péridurale dans le forfait.

En ce qui concerne les relations entre les caisses de maladie et les assurés, les arrêtés ministériels du 18 août et du 18 décembre 2003 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.

Reste encore à noter que la Commission de nomenclature prévue à l'article 65 du Code des assurances sociales s'est réunie à 17 reprises pendant l'exercice 2003 afin d'adapter les nomenclatures des actes et services de certains prestataires de soins aux nouvelles techniques médicales et paramédicales. Elle a émis cinq recommandations qui ont été englobées dans les différentes nomenclatures par les différents règlements grand-ducaux suivants :

Règlement grand-ducal du 24 janvier 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ;

Règlement grand-ducal du 24 janvier 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1999 arrêtant la nomenclature des actes et services des foyers de réadaptation en psychiatrie pris en charge par l'assurance maladie ;

Règlement grand-ducal du 19 mai 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ;

Règlement grand-ducal du 22 juillet 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1999 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie ;

Règlement grand-ducal du 27 juillet 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie.

1.2. L'Assurance accident

En ce qui concerne l'assurance accident agricole, la loi du 17 novembre 2003 modifiant le Code des assurances sociales et la loi modifiée du 28 juillet 2000, comporte des dispositions tendant à modifier les articles 165 et 166 du CAS.

En effet, la loi du 24 juillet 2001 concernant le soutien au développement rural a amélioré sensiblement les prestations de l'assurance accident agricole, tout en mettant à charge de l'Etat le coût financier de ces améliorations. Comme l'Etat finance les prestations à sa charge par répartition, les capitaux de couverture requis dans le cadre de l'association d'assurance peuvent être limités aux seules prestations à charge de cette association.

En deuxième lieu la loi prévoit la possibilité pour l'assemblée générale de fixer les taux de cotisation applicables aux différents groupes composant le secteur agricole, afin de pallier les fluctuations trop importantes que comportent les règles actuelles. En effet, du nombre limité d'affiliés relevant des différents groupes, les risques ne sont pas suffisamment étalés et se répercutent directement sur les taux de cotisation.

Par règlement ministériel du 12 décembre 2003, les taux de cotisation applicables en matière d'assurance accident pour l'exercice 2004 tels qu'ils avaient été proposés par l'assemblée générale de l'assurance accident industrielle ont été approuvés.

Finalement par règlement grand-ducal du 16 décembre 2003, les rentes accident ont été ajustées au niveau de vie de 2002.

1.3. L'Assurance pension

En matière d'assurance pension l'année 2003 fut marquée par l'élaboration du projet de loi sur l'administration du patrimoine du régime général de pension.

Ce projet de loi s'inscrit dans la suite de la déclaration gouvernementale du 12 août 1999 par laquelle le Gouvernement s'est engagé à faire réaliser une étude sur le régime général de pension.

Dans son avis du 22 avril 1999 sur l'évolution économique, financière et sociale du pays, le Conseil économique et social avait procédé à une analyse critique de la politique de gestion des réserves du régime général d'assurance pension. Il avait proposé toute une série de recommandations tendant à garantir un surplus de transparence et d'efficience en la matière.

Une première étude sur « l'Evaluation actuarielle et financière du régime général de pension du Grand-Duché de Luxembourg » avait été présentée en février 2001 par le Bureau International du Travail de Genève et a contribué à étayer les débats menés au cours du « Rentendesch » qui a abouti à la préparation et au vote de la loi du 28 juin 2002 1. adaptant le régime général et les régimes spéciaux de pension ; 2. portant création d'un forfait d'éducation ; 3. modifiant la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.

Le consultant PriceWaterhouseCoopers a remis en janvier 2001 un rapport de mission « Etude sur la politique de placement du régime général de pension ». L'étude a suivi le cahier des charges établi à la suite des orientations fixées par le Conseil économique et social et a retenu une stratégie nouvelle, globale et durable des investissements financiers basée sur une diversification des placements. Elle a formulé des recommandations quant à la composition du portefeuille stratégique et à l'élaboration du cadre opérationnel.

A la suite de l'avis du Conseil économique et social du 22 avril 1999 et de l'étude PriceWaterhouseCoopers en 2001, le Gouvernement en Conseil, lors de sa séance du 9 mai 2003, a adopté l'avant-projet de loi sur l'administration du patrimoine du régime général de pension. Cet avant-projet de loi, élaboré en étroite collaboration avec des consultants suisses, experts en la matière, crée une structure appropriée pour permettre une gestion optimisée de la réserve de compensation du régime général de pension. Le comité d'accompagnement de l'étude sur la politique de placement des réserves du régime général des pensions, institué à la suite de la déclaration finale du « Rentendesch », a été régulièrement mis au courant de l'avancement des travaux.

Le projet de loi a été déposé à la Chambre des Députés en date du 14 mai 2003. Le Conseil d'Etat, les chambres professionnelles et les caisses de pension ont été saisis pour avis en date du 21 mai 2003.

Les consultants suisses ont exposé le projet de loi devant la Commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des Députés et les chambres professionnelles en date du 26 septembre 2003.

Les principales mesures envisagées se résument comme suit :

La gestion de la réserve de compensation est assurée par le Fonds de compensation. La réserve de compensation comprend l'ensemble des réserves gérées par les caisses de pension et par le Fonds de compensation. Elle est placée, c'est-à-dire affectée à divers investissements financiers avec le but d'en retirer un certain rendement, sans vouloir exercer une prise de contrôle sur le placement ou sur son émetteur.

Les caisses de pension conservent le droit de continuer à faire les investissements en prêts à l'Etat et, moyennant autorisation en prêts aux communes, aux entreprises et aux assurés.

Le Fonds de compensation a le caractère d'un établissement public doté de la personnalité civile.

Les organes du Fonds de compensation sont l'assemblée générale et le conseil d'administration. Leur composition est assurée sur base tripartite, à savoir un tiers de représentants des assurés, un tiers de représentants des employeurs et un tiers de représentants désignés par le Gouvernement. L'assemblée générale qui est présidée par le président du Fonds de compensation se compose de trente membres. Le conseil d'administration est présidé par le président du comité-directeur de la Caisse de pension des employés privés ou en son absence par le président du comité-directeur de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité et se compose de douze membres.

Le conseil d'administration est assisté par un comité d'investissement qui compte six membres, dont un délégué des assurés, un délégué des employeurs, le président du Fonds de compensation et trois membres externes désignés par le conseil d'administration en raison de leur compétence dans le domaine financier.

Les décisions prises par les autorités compétentes en la matière sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Le contrôle se limite à un contrôle de la légalité.

Envers le Fonds de compensation, les membres sont responsables de l'exécution du mandat qu'ils ont reçu et des fautes commises dans leur gestion.

Les caisses de pension continuent à gérer, et ceci pour le compte du Fonds de compensation, tous les placements immobiliers ou prêts engagés à la date du 31 décembre 2003.

A la fin de l'année, la plupart des chambres professionnelles et organismes de pension consultés ont émis leur avis de sorte que le vote du projet de loi devrait, en principe, intervenir avant la fin de la législature.

Les modalités d'application du projet de loi seront précisées dans un règlement grand-ducal.

C'est ainsi que le Gouvernement en Conseil a adopté en date du 5 septembre 2003 le projet de règlement relatif aux modalités de l'administration du patrimoine du régime général de pension. Ce projet de règlement grand-ducal définit une allocation stratégique

des avoirs répartis de façon à assurer un rendement stable de la réserve.

Le Fonds de compensation assume la gestion et la répartition stratégique de l'ensemble des actifs représentatifs de la réserve de compensation du régime général. Les différentes caisses de pension restent compétentes pour la gestion des prêts et des immeubles.

L'allocation stratégique fondamentale doit être reconsidérée périodiquement. Elle fait l'objet d'une analyse périodique approfondie rassemblant toutes les données nécessaires pour présenter les options et mener aux décisions adéquates.

Il n'est pas envisagé d'allouer l'ensemble des liquidités disponibles aux divers portefeuilles dans une précipitation exagérée. Au contraire, il est envisagé d'investir régulièrement et progressivement dans les nouvelles classes d'actifs et d'assumer progressivement le changement de la politique de placement actuelle vers la gestion optimisée de la réserve. Dans ses dispositions transitoires, le projet de règlement prévoit expressément ce passage progressif vers l'allocation stratégique. La mise en œuvre progressive de cette politique de placement peut s'étendre sur une période de quatre ans.

Révision de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle

Afin d'améliorer le système de protection des travailleurs incapables d'exercer pour des raisons de santé, d'infirmité ou d'usure leur dernier poste de travail, la loi du 25 juillet 2002 a mis en place une procédure de reclassement interne ou externe liée à l'attribution de certaines indemnités.

Or, l'application pratique de cette loi a fait ressortir que l'effet accélérateur des nouvelles mesures ne s'est pas mis en place. En effet, le travailleur préfère épuiser son droit à l'indemnité pécuniaire de maladie avant d'introduire une demande en invalidité. Au moment de l'introduction de cette demande, il arrive souvent que le contrat de travail est déjà résilié et la procédure de reclassement interne s'avère dès lors impossible.

Afin de remédier à cet état de choses, il a paru opportun de procéder à la révision de la loi du 25 juillet 2002.

Cette révision ne saurait être dissociée des mesures d'ordre structurel retenues dans le cadre du Comité de coordination tripartite visant à maintenir l'équilibre financier de la gestion des prestations en espèces de l'assurance maladie.

En collaboration avec le ministère du travail et de l'emploi, un avant-projet de loi a été élaboré au deuxième semestre de l'année 2003.

Au début de l'année 2004 il sera soumis à l'avis des partenaires sociaux avant d'être mis à l'ordre du jour du Conseil de Gouvernement.

Le règlement grand-ducal du 6 juin 2003 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance

pension

Aux termes des articles 36 et 241 du Code des assurances sociales, le revenu professionnel des agriculteurs, viticulteurs et horticulteurs servant d'assiette au calcul des cotisations d'assurance maladie et d'assurance pension est fixé forfaitairement suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal, sur base des productions végétales et animales de l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation.

Pour autant qu'elles aient été versées au cours de la même année, les aides à la production et les subventions de revenu à spécifier par règlement grand-ducal sont prises en compte à titre de revenu professionnel.

Pour l'attribution des différentes aides et subventions aux exploitations agricoles subordonnée, entre autres, à leur dimension économique, la loi du 24 juillet 2001 concernant le soutien au développement rural a eu recours à la notion de marge brute standard, comme c'est le cas depuis 1992 en matière d'assurance pension et depuis 1994 en matière d'assurance maladie. Par le règlement grand-ducal du 6 juin 2003 la cohérence de la définition de cette notion au niveau des règlements d'exécution de la loi précitée et des articles afférents du Code des assurances sociales est assurée. D'autre part, il a été tenu compte de la modification intervenue récemment en matière d'aides et de subventions au secteur primaire.

Le règlement grand-ducal du 16 décembre 2003 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 16 décembre 2003 a fixé le coefficient d'ajustement définitif pour l'année 2002.

1.4. L'Affiliation

En 2002 le Comité de coordination tripartite avait chargé un groupe de travail tripartite d'analyser les aspects juridiques et statistiques de l'affiliation à la sécurité sociale des travailleurs occupés en fait à l'étranger par une société établie au Luxembourg.

Ce groupe de travail, composé de représentants des partenaires sociaux et d'experts gouvernementaux, a finalisé au cours de l'année 2003 son rapport qui a été présenté au Comité de coordination tripartite en date du 22 avril 2003.

La première partie du rapport analyse les aspects juridiques de l'affiliation à la sécurité sociale, les procédures d'affiliation et les mécanismes de contrôle appliqués par le Centre commun de la sécurité sociale. La deuxième partie est essentiellement d'ordre statistique tandis que la troisième partie se consacre à l'analyse des différents secteurs particulièrement concernés comme les transports routiers de marchandises, le pavillon maritime, la navigation fluviale, les transports aériens, l'industrie de la viande et le travail intérimaire.

A la suite, le Comité de coordination tripartite a exprimé le souhait de procéder à une étude plus détaillée de ce phénomène. En date du 25 avril 2003 le Conseil de Gouvernement a donné mission à l'inspection générale de la sécurité sociale de poursuivre l'examen en procédant à une analyse approfondie du phénomène de l'emploi virtuel ventilé par secteurs et sur un exercice déterminé.

Dans le cadre d'une analyse globale par secteur d'activité économique, des statistiques ont été élaborées mettant en évidence l'évolution des occupations par rapport à deux dates de référence précises. Cette évolution a été mise en relation avec les détachements opérés pendant la même période. La détermination du rapport détachement/occupation a permis de relever les entreprises dont le nombre des détachement a été plus élevé que celui des occupations. Un certain nombre d'entreprises ainsi dégagées ont été soumises à un contrôle approfondi par le service « contrôle » du centre commun de la sécurité sociale.

Les résultats de ce contrôle ont été communiqués en date du 3 novembre 2003 au Comité de coordination tripartite.

1.5. L'Assurance dépendance

Le projet de loi modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière de l'assurance dépendance a été déposé à la Chambre des Députés en date du 14 mai 2003. Les principales modifications visées par ce projet de loi concernent le droit aux aides et soins des personnes handicapées, le contrôle de la qualité du soin dispensé par les professionnels et les aidants informels ainsi que l'utilisation des prestations en espèces dans l'intérêt des bénéficiaires. Les 6 chambres professionnelles ont été saisies pour avis du projet en question. Cinq avis sont déjà parvenus au département en charge du dossier.

La Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans les domaines de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes a également été associée aux travaux d'élaboration du projet de loi en question. D'ailleurs des négociations sont déjà en cours entre l'Union des caisses de maladie et le groupement professionnel représentatif des prestataires d'aides et de soins en ce qui concerne notamment la conclusion de conventions-cadre réglementant à l'avenir les relations avec les prestataires d'aides et de soins.

Lors de sa séance du 5 décembre 2003, le Conseil de Gouvernement a adopté le projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance. Le règlement sous examen, dont ont été saisies pour avis les 6 chambres professionnelles, a pour objet de réviser le relevé-type des aides et soins requis en vue de l'adapter aux besoins des professionnels de la Cellule d'évaluation et d'orientation, des prestataires et des personnes dépendantes. La nouvelle forme du relevé-type devrait refléter le plus exactement possible le contenu du plan de soins établi pour la personne dépendante et devenir dès lors beaucoup plus lisible et moins équivoque pour les professionnels et les aidants informels opérant au quotidien.

La commission consultative de l'assurance dépendance a été associée aux travaux d'élaboration aussi bien du projet de loi modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière de l'assurance dépendance tout comme du projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

Par le protocole d'accord signé en date du 9 décembre 2003 entre l'Union des caisses de maladie et la Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans les domaines de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes, les valeurs monétaires applicables sur le terrain des aides et soins pour l'exercice 2004 ont été fixées à 35,82 euros par heure pour les établissements d'aides et de soins et à 48,00 euros par heure pour les réseaux d'aides et de soins.

Le budget de l'assurance dépendance pour l'année 2004 présenté par l'Union des caisses de maladie présente un léger excédent des recettes courantes sur les dépenses courantes de 0,7 millions d'euros contre un solde excédentaire de 11,1 millions d'euros en 2003. La réserve globale augmentera de 113,1 millions d'euros en 2003 à 113,7 millions d'euros en 2004. Le taux de la réserve légale se situera à la fin de l'année en cours à 47,9 pour cent des dépenses courantes prévisibles. Pour l'exercice 2004, le Gouvernement a décidé de ramener la participation de l'Etat au financement de l'assurance dépendance, y compris la dotation à la réserve, exceptionnellement de 45 à 40 pour cent. L'amendement en question a été intégré dans la loi budgétaire de 2004. Le taux d'équilibre de l'exercice 2004 s'élèvera donc à 1 pour cent. A partir de 2005 la

participation de l'Etat se chiffrera de nouveau à 45 pour cent.

La Cellule d'évaluation et d'orientation a continué en 2003 sa collaboration avec des professionnels de la santé vacataires ainsi qu'avec les professionnels de la Ligue luxembourgeoise de prévention et d'action médico-sociales, dans le cadre de l'évaluation des personnes dépendantes. Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2003, 7.384 demandes pour l'ensemble des prestations de l'assurance dépendance ont été transférées de l'Union des caisses de maladie à la Cellule d'évaluation et d'orientation. Ceci représente pour l'année 2003 une moyenne mensuelle de 615 demandes. Parmi les demandes reçues au cours de l'exercice 2003, la Cellule d'évaluation a traité 4.125 dossiers au 31 décembre 2003. 4.018 dossiers ont été clôturés au niveau de l'Union des caisses de maladie. En outre, au cours de la même année, l'Union des caisses de maladie a transmis à la Cellule d'évaluation et d'orientation 2.866 demandes concernant exclusivement des aides techniques. La Cellule en a traité 2.580. 618 dossiers ont été clôturés au niveau de l'Union des caisses de maladie.

La Cellule d'évaluation et d'orientation participe activement à différents projets initiés par d'autres départements ministériels. Est notamment visé par cette collaboration le projet-pilote « la cordée » du Ministère de la Famille, de la Solidarité sociale et de la Jeunesse . Ce projet a pour objectif d'identifier les facteurs susceptibles de soutenir les familles d'enfants handicapés ou à besoins spéciaux et de cerner plus particulièrement leurs besoins en matière d'organisation et de coordination de la prise en charge de leur enfant. Un autre projet auquel participe la Cellule concerne l'élaboration d'un portail « logement » sur internet, lequel est initié par le département du logement.

Reste à noter que le département de la sécurité sociale est actuellement saisi de six projets d'actions expérimentales dont l'examen est en cours.

1.6. Le Contrôle médical de la sécurité sociale

En 2003 l'administration du contrôle médical de la sécurité sociale disposait de:

- 17 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
- 10 postes administratifs à temps plein
- 3 postes administratifs à mi-temps.

1. L'assurance maladie

L'assurance maladie constitue le volet le plus important de l'activité du contrôle médical. En 2003, neuf médecins y étaient attachés et assuraient une permanence pour le compte des 9 caisses de maladie et de l'Union des caisses de maladie. Pour la Caisse de maladie des ouvriers, 18 agences réparties à travers le pays, ont été desservies.

1.1. Activités en rapport avec les prestations en espèces

Le contrôle de l'incapacité de travail est effectué pour toutes les caisses, sauf la caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'entraide médicale 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 est également compétent pour la constatation de l'incapacité de travail de ces ouvriers.

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 1 par 24 heures, ou de 2 par semaine, ou de 12 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 consulté 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 de l'UCM
- 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 médicamenteuses 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 au sein 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 médicamenteuse
- 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 Grand-Duché de 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 de l'UCM.

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 les transmet 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 étaient à charge de l'assurance maladie après avis favorable du médecin-conseil. Il en était de même des cures thermales à Mondorf-les-Bains.

1.2.6. Prestations des autres professions de santé

Les prestations des kinésithérapeutes, des rééducateurs en psychomotricité, des orthophonistes, des sages-femmes et des infirmières ont été 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 de la sécurité sociale. 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 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 de biopsies ont été soumis 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).

	examens et réexamens 2000	examens et réexamens 2001	examens et réexamens 2002	examens et réexamens 2003
AVI	2 743	2 312	2 520	3 233
CPEP	958	662	645	807
CPACI	139	147	163	169
CPA	67	53	52	53

Décisions prises après premier examen:

	2000			2001			2002			2003		
	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	785	216	601	770	241	514	797	321	603	838	516	1206
CPEP	235	85	93	230	65	81	230	101	72	196	75	311
CPACI	80	4	40	79	13	35	87	12	36	78	14	43
CPA	53	0	12	30	1	21	24	1	20	27	3	19

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 76 dossiers ont été transmis pour avis aux médecins-conseils.

3. L'assurance accidents

L'assurance accidents est prise en charge par 3 médecins-conseils à plein temps et 2 médecins-conseils à mi-temps et porte sur les volets industriel et agricole, ainsi que sur les maladies professionnelles.

Au cours des années 1998 à 2003 il a été procédé à:

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
premiers examens et réexamens	2.823	2.915	2.917	3.107	2.827	1.722
avis médicaux sur dossier	25.234	27.820	39.567	37.106	29.252	17.122
examens pour maladie professionnelle	40	45	39	38	37	23

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

Ces activités sont sous la responsabilité d'un médecin-conseil. 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 2003, l'administration de l'emploi a transmis 234 dossiers au médecin-conseil. 138 personnes ont subi un examen clinique et dans 96 cas une décision a été prise sur dossier.

Année	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Dossiers transmis	311	254	193	201	131	159	234
Examens cliniques	179	196	133	132	81	110	138
Décisions sur dossier	132	58	60	69	50	49	96

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 284 enfants, par rapport à 376 en 2002.

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 2003, 3.957 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 2003 les médecins-conseils ont participé aux commissions suivantes:

9.1. Commission consultative des laboratoires

Cette commission 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.

9.2. Commission médicale des permis de conduire

La présidence de la Commission médicale des permis de conduire est assurée par un médecin-conseil. Les données statistiques y afférentes peuvent être consultées dans le rapport d'activité du Ministère des Transports.

9.3. 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.

Année	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Dossiers traités	304	336	500	583	665	722	777
Reconnaisances prononcées	139	137	172	269	293	355	343
Refus prononcés	29	47	45	62	111	100	108
Retraits prononcés	2	3	0	0	1	0	0

9.4. Sous-commission des pensions AVI

9.5. 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.

	2000			2001			2002			2003		
	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	213	89	302	201	63	264	188	71	259	193	84	277
Traitements psychiatriques	213	37	250	253	40	293	237	46	283	295	59	354
Totaux	426	126	552	454	103	557	425	117	542	488	143	631

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 des assurances sociales 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 réadaptation de Hamm.

1.7. Les Juridictions de la sécurité sociale

Au cours de l'année 2003, 1.289 jugements ont été prononcés par le Conseil arbitral des assurances sociales. Le nombre total des affaires évacuées, qui se chiffre à 1.134 unités, a progressé de 101,1 % par rapport à l'exercice 1999. Le nombre des audiences tenues (710) s'est sensiblement accru depuis 1999 (459). En 2003, 383 affaires ont nécessité une expertise médicale et 723 un avis médical du médecin-conseil du Conseil arbitral. Des 967 décisions ayant donné lieu à un jugement définitif, 35,6 % ont dit les recours fondés et 64,4 % les ont rejetés ou déclarés irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2003, 207 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur des assurances sociales, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent (seulement +/- 1/5 des affaires jugées en 1^{ère} instance passent à la 2^{ème} instance).

Si l'on compare le nombre des recours introduits auprès du Conseil arbitral au cours de l'exercice 2003 (1.520) à celui de 2002 (1.118), on constate une reprise sensible de l'augmentation du-dit nombre, ce qui n'a pas permis à cette juridiction de réduire, en 2003, le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées. Ce qui est d'autant plus regrettable qu'avec l'entrée en vigueur de la loi sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle, de la loi 1. adaptant le régime général et les régimes spéciaux de pension ; 2. portant création d'un forfait d'éducation ; 3. modifiant la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti et de la loi sur la situation de revenu des personnes handicapées, le nombre des recours continuera certainement d'augmenter. Ainsi, plus de 38.000 demandes en obtention du forfait d'éducation ont été introduites auprès du Fonds national de solidarité, dont quelques 5.000 cas complexes et compliqués doivent encore faire l'objet d'une décision de l'administration compétente.

Il découle donc des activités juridictionnelles du Conseil arbitral des assurances sociales que le renforcement de ses effectifs qui est en cours, reste entièrement justifié et que la mise à disposition de locaux adéquats s'impose d'urgence.

Le Conseil supérieur des assurances sociales s'est vu soumettre 207 appels et 1 opposition. Il est à relever que cette juridiction est uniquement saisie des jugements définitifs mais non des décisions avant dire droit ayant ordonné une expertise ou quelque autre mesure d'instruction.

223 arrêts, y non compris ni les ordonnances présidentielles, ni les désistements d'instance, ont été rendus.

Le Conseil supérieur a rendu de surcroît une sentence arbitrale dans l'affaire lui soumise sur le fondement des articles 69 et 70 du Code des assurances sociales (adaptation de la valeur de la lettre-clé pour l'exercice 2003, des tarifs des actes et services médicaux et médico-dentaires).

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2003 est de 115 unités.

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.

Le Conseil supérieur de assurances sociales estime qu'il n'est pas autrement nécessaire de commenter ces chiffres et s'abstient de préjuger de l'évolution future concernant les statistiques.

Statistiques concernant les deux juridictions

1. Nombre de recours introduits devant le Conseil arbitral des assurances sociales par branche (années 1993 à 2003)

Branches	Années										
	93	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003
Ass. accident	368	264	357	374	405	453	411	467	278	446	415
Ass. pension	132	163	145	186	320	393	372	493	344	324	535
Ass. maladie	48	88	113	113	150	151	130	144	139	159	248
Ass. dépendance	---	---	---	---	---	---	---	13	20	20	22
Prest. du Fonds Nat. de la Solidarité	43	80	76	84	75	70	85	75	73	68	68
Autres prestations (dont chômage)	27	30	55	41	28	106	180	95	70	91	217
Affiliation et Cotisations	25	35	7	32	8	10	18	58	8	10	15
TOTAL	643	660	753	830	986	1183	1196	1345	932	1118	1520

2. Tableau comparatif ayant trait au nombre des audiences et des recours introduits auprès du Conseil arbitral des assurances sociales

Année	1999	2000	2001	2002	2003
Audiences	459	537	534	562	710
Affaires fixées	1.634	2.043	1.995	1.945	2.181
Jugements prononcés (évacués)	903	933	957	987	967
Jugements prononcés (av. dire droit)	129	256	320	280	322
Désistements	127	155	207	136	167
Affaires évacuées	1.030	1.088	1.164	1.123	1.134
Recours introduits	1.196	1.345	932	1.118	1.520

Année	1999	2000	2001	2002	2003
Recours déclarés fondés	338	436	392	452	344
Recours déclarés non fondés	491	432	513	478	543
Recours déclarés irrecevables	94	65	52	57	80

3. 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
2001	188	189
2002	192	173
2003	207	223

2. La Sécurité sociale sur le plan international

Au cours de l'exercice 2003, le Gouvernement a mené, comme par le passé, une politique très active en matière de sécurité sociale sur le plan international. Les activités afférentes se sont caractérisées par un effort continu pour la conclusion d'accords bilatéraux nouveaux, d'une part, et par la collaboration constructive aux travaux des diverses institutions de l'Union européenne, d'autre part. Par ailleurs, le Gouvernement a continué comme par le passé son appui aux activités du Conseil de l'Europe et auprès de la Commission centrale pour la navigation du Rhin.

2.1. Les Instruments multilatéraux

1. Union Européenne

a) Coordination européenne

Les travaux en matière de simplification de la coordination, à savoir le règlement 1408/71 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, ont continué durant l'année 2003 où l'ensemble des chapitres ont pu être clôturés et le texte a été transmis au Parlement européen dans le cadre de la procédure de codécision.

Le Ministère de la Sécurité sociale a étroitement collaboré à l'élaboration de ces nouvelles dispositions et ceci au niveau des groupes techniques existant notamment auprès du Conseil (GQS).

Quant aux instances techniques existant auprès de la Commission, les représentants ont participé aux travaux de la commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants (CASSTM) et de ses groupes de travail.

Il est relevé qu'un certain nombre de décisions de cette commission ont été prises durant l'année. A signaler en particulier les décisions visant à remplacer par la carte européenne d'assurance maladie les formulaires E111. Par ailleurs, les actes relatifs à l'adhésion des nouveaux Etats membres ont été préparés et publiés.

A noter que le règlement qui prévoit l'application de la coordination aux ressortissants de pays tiers a été accepté et il est entré en vigueur le 1^{er} juin 2003.

b) Politique sociale européenne

A noter que le nouveau comité de protection sociale (CPS) a trouvé son rythme de croisière.

Le Ministère de la Sécurité sociale a eu une participation très active dans le comité de protection sociale, ainsi que dans le sous-groupe des indicateurs. Les réunions des deux instances se déroulent désormais sur une base mensuelle.

En 2003 le comité de protection sociale a eu quatre axes d'activités :

- exclusion sociale
- pensions
- soins de santé
- rendre le travail rémunérateur.

Le premier sujet relève de la compétence du Ministère de la Famille et de la Solidarité sociale. Néanmoins une étroite collaboration s'est créée avec le Ministère de la Sécurité sociale, en particulier dans le domaine des PANINCLUSION (plan d'action national en matière d'inclusion).

Quant aux sujets 3 et 4, le Ministère a eu une participation active, dans la nouvelle méthode de travail engagée, à savoir la coordination ouverte.

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 à 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 ».

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 2003, il a encore développé ses activités dans le domaine de la cohésion sociale, domaine où, de toute évidence, la sécurité sociale a un rôle important à jouer.

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 et son protocole

Le code européen est un instrument international qui a un caractère normatif et qui fixe des normes minima. D'une façon générale, cet instrument n'est pas d'application directe au niveau national, mais se limite à déterminer des critères quantitatifs que les pays qui le ratifient s'engagent à respecter en ce qui concerne les catégories de personnes à protéger, le niveau des prestations et la durée du service des prestations.

Le code européen tend à favoriser le progrès social, à encourager les Etats membres à développer davantage leur système de sécurité sociale; il reconnaît également l'opportunité d'harmoniser les charges sociales de ces Etats. Le protocole annexé au code tend à établir un niveau de sécurité sociale plus élevé que celui consacré par le code.

Le code européen de sécurité sociale prévoit un niveau de protection minimum que toutes les Parties contractantes doivent respecter en matière de maladie, de chômage, de vieillesse, d'accidents de travail et de maladies professionnelles, de charges familiales, de maternité, d'invalidité et de survivants.

Les pays suivants ont ratifié le code: Belgique, Chypre, Danemark, France,

Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Espagne, Suède, Suisse, Tchéquie, Turquie et Royaume-Uni.

Chaque année le Ministère de la Sécurité sociale est appelé à établir un rapport sur l'état et l'évolution de la législation sociale permettant aux instances de contrôle (à savoir le BIT à Genève) d'apprécier si le Luxembourg remplit toujours ses obligations issues de la ratification du code. A l'instar des années précédentes, le Luxembourg n'a pas reçu d'observations de la part de l'instance de contrôle qui a certifié que le Luxembourg continue à donner plein effet à ses obligations en matière de normes minima.

c) 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 récemment 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 ratifié le code révisé jusqu'à ce jour, le Ministère de la Sécurité sociale n'a pas encore engagé la procédure en vue de l'approbation parlementaire afférente.

3. Sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure

Un groupe de travail du Centre administratif pour la sécurité sociale des 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.

Durant l'année 2003, les travaux en vue de réaliser cet objectif ont continué.

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).

2.2. Les Instruments bilatéraux

1. Luxembourg-Islande

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 sont substitués aux conventions bilatérales que le Luxembourg a conclues avec les pays de l'AELE (Islande, Liechtenstein, Norvège).

Etant donné que l'ancienne convention bilatérale avec l'Islande couvrait toutes les personnes sans distinction de nationalité, elle ne continuait 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 11 décembre 1989 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.

Au cours de l'année 1994 une nouvelle convention, a été négociée. Le Luxembourg a ratifié la convention par la loi du 3 décembre 2002. L'entrée en vigueur interviendra dès que les formalités de ratification parlementaire seront terminées en Islande.

2. Luxembourg-Suède

Pour les mêmes raisons que celles invoquées au point 1 ci-avant, le Ministère de la Sécurité sociale a proposé aux instances suédoises 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.

Un accord sur le fond a été trouvé lors des négociations à Stockholm en juin 2001. Cependant étant donné que l'extension du règlement 1408/71 aux ressortissants de pays tiers était imminente une renégociation du projet de convention a eu lieu au cours de l'année 2003 à Luxembourg. Dans ce cadre, les aspects en relation avec l'assurance dépendance ont également été abordés. Cette nouvelle convention a été signée le 1^{er} décembre 2003 et la procédure de ratification parlementaire sera engagée sous peu.

3. Luxembourg- République tchèque

La convention bilatérale en matière de sécurité sociale avec la République tchèque est en vigueur depuis le 1^{er} mars 2002.

L'arrangement administratif a pu être signé le 18 août 2003 à Prague.

4. Luxembourg-République slovaque

La convention bilatérale prévoyant toutes les branches de la sécurité sociale et couvrant toutes les personnes soumises à la législation de l'un ou l'autre Etat a été ratifiée par la Slovaquie le 27 février 2003 et par le Luxembourg le 29 avril 2003. L'échange des instruments de ratification a eu lieu le 25 novembre 2003.

Les formulaires nécessaires pour l'application de la convention ont été proposés par le

Luxembourg (basés sur le modèle tchèque) et ont été acceptés par les autorités slovaques par le biais de la procédure d'échange électronique de documents.

L'arrangement administratif sera signé sous peu.

5. Luxembourg-Turquie

Une convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre les deux pays a été signée le 20 novembre 2003 à Luxembourg. La procédure de ratification parlementaire sera engagée sous peu. Des négociations sont prévues à Luxembourg pour négocier l'arrangement administratif.

6. Luxembourg-Croatie

La convention en matière de sécurité sociale avec la Croatie est en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2002.

L'arrangement administratif a été signé à Luxembourg le 29 janvier 2003.

7. Luxembourg-Slovénie

La convention bilatérale en matière de sécurité sociale avec la Slovénie est entrée en vigueur le 1^{er} mars 2003.

L'arrangement administratif a été signé le 2 juin 2003 à Luxembourg.

Les formulaires ont été définitivement arrêtés au cours de l'année 2003 par la procédure de l'échange informatique de documents.

8. Luxembourg-Maroc

Deux rondes de négociations (l'une au mois de février 2003 à Luxembourg et l'autre au mois de mai 2003 à Marrakech) ont permis de tomber d'accord sur le texte d'une convention bilatérale regroupant l'ensemble des branches de la sécurité sociale.

La procédure de signature sera engagée sous peu.

9. Luxembourg-Serbie/Monténégro

Durant les deux rondes de négociations qui ont eu lieu à Luxembourg et au Monténégro au cours de l'année 2003, l'objectif était de remplacer l'ancienne convention bilatérale avec l'ex-Yougoslavie qui s'applique encore dans nos relations avec la Serbie et le Monténégro par un instrument plus moderne. Les négociations ont abouti et la convention a été signée le 27 octobre 2003. La ratification sera engagée sous peu.

10. Luxembourg-Bulgarie

Les autorités des deux pays sont tombées d'accord de conclure une convention bilatérale et les négociations sont prévues pour le début de l'année 2004.

11. Luxembourg-Roumanie

Une première ronde de négociations en vue de conclure une convention bilatérale en matière de sécurité sociale avec la Roumanie a eu lieu du 10 au 14 novembre 2003 à Bucarest.

12. Luxembourg-Bosnie Herzégovine

Les autorités des deux pays sont tombées d'accord à entamer des négociations en vue de remplacer l'ancienne convention avec l'ex-Yougoslavie par un instrument de coordination plus adéquat et plus moderne.

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.

En 2003, les efforts ont été continués avec les pays pré-mentionnés pour améliorer et simplifier le paiement des prestations familiales.

Prioritairement les contacts ont été poursuivis avec les autorités françaises ; un accord pour une procédure de paiement direct par la caisse nationale des prestations familiales au profit des frontaliers et régularisation ultérieure entre institutions concernées a été conclu par échange de lettres entre les ministres de la sécurité sociale luxembourgeois (4 décembre 2002) et français (31 janvier 2003). Désormais les préparatifs techniques sont en cours, notamment en ce qui concerne la programmation par les institutions luxembourgeoises et françaises.

Des efforts pour parvenir à une procédure identique au profit des frontaliers belges ont également été entrepris.

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, le Portugal et l'Italie.

ANNEXE
Au rapport d'activité 2003
Données statistiques
CMSS - 2003

Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section A.V.I.

Exercice 2003

Tranches d'âge :	Femmes			Hommes				Totaux:	
	Invalidité permanente	Incapacité de travail pas invalide		Invalidité permanente	Incapacité de travail pas invalide	total			
1935 - 1939	5	0	0	5	15	0	5	20	25
1940 - 1944	96	1	20	117	114	7	23	144	261
1945 - 1949	105	9	104	218	219	25	195	439	657
1950 - 1954	37	21	99	157	117	64	181	362	519
1955 - 1959	17	24	69	110	49	75	154	278	388
1960 - 1964	19	28	51	98	17	72	112	201	299
1965 - 1969	9	25	22	56	10	75	86	171	227
1970 - 1974	3	9	8	20	3	37	45	85	105
1975 - 1979	1	4	7	12	2	30	15	47	59
1980 - 1984	0	1	3	4	0	9	7	16	20
Totaux :	292	122	383	797	546	394	823	1 763	2 560

Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section A.V.I.

Exercice 2003

Principales causes:		Femmes	Hommes	Total
1	Appareil respiratoire	23	78	101
2	Appareil cardio-vasculaire	74	197	271
3	Appareil locomoteur	346	663	1 009
4	Appareil digestif	11	32	43
5	Appareil sanguin	8	19	27
6	Appareil génito-urinaire	13	18	31
7	Affection neurologique	44	86	130
8	Affection psychiatrique	113	118	231
9	Organes des sens	4	38	42
10	Affection endocrinienne	16	46	62
11	Suites d'accident de travail	52	283	335
12	Suites de maladie professionnelle	0	2	2
13	Suites d'accident de circulation	3	12	15
14	Suites d'accident domestique	1	2	3
15	Suites d'accident sportif	0	0	0
16	Ethylisme	6	36	42
17	Autres toxicomanies	0	6	6
18	Affection congénitale	0	0	0
19	Divers	83	127	210
		797	1 763	2 560

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

Exercice 2003

Examens et reexamens médicaux:	2 336		
Dossiers traités sur le vu des pièces médicales:	897		
Total des cas traités:	3 233	dont	2 560 cas nouveaux 673 réexamens

Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section C.P.E.P.

Exercice 2003

Tranches d'âge :	Femmes			Hommes				Totaux:	
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Incapacité pas invalide	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Incapacité pas invalide	total		
1935 - 1939	1	0	1	2	3	0	0	3	5
1940 - 1944	20	0	14	34	22	0	4	26	60
1945 - 1949	31	4	44	79	52	6	36	94	173
1950 - 1954	12	7	50	69	18	5	39	62	131
1955 - 1959	13	7	25	45	7	7	25	39	84
1960 - 1964	4	9	22	35	4	5	14	23	58
1965 - 1969	5	8	10	23	1	4	6	11	34
1970 - 1974	3	6	10	19	0	2	3	5	24
1975 - 1979	0	1	4	5	0	3	1	4	9
1980 - 1984	0	1	2	3	0	0	1	1	4
Totaux :	89	43	182	314	107	32	129	268	582

Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section C.P.E.P.

Exercice 2003

Principales causes:		Femmes	Hommes	Total
1	Appareil respiratoire	2	7	9
2	Appareil cardio-vasculaire	13	34	47
3	Appareil locomoteur	108	59	167
4	Appareil digestif	7	1	8
5	Appareil sanguin	5	3	8
6	Appareil génito-urinaire	2	2	4
7	Affection neurologique	8	12	20
8	Affection psychiatrique	50	44	94
9	Organes des sens	4	2	6
10	Affection endocrinienne	6	9	15
11	Suites d'accident de travail	5	11	16
12	Suites de maladie professionnelle	0	0	0
13	Suites d'accident de circulation	1	4	5
14	Suites d'accident domestique	0	0	0
15	Suites d'accident sportif	0	1	1
16	Ethylisme	5	8	13
17	Autres toxicomanies	1	1	2
18	Affection congénitale	2	0	2
19	Divers	95	70	165
		314	268	582

Contrôle médical de la Sécurité Sociale
Section C.P.E.P.

Exercice 2003

Examens et reexamens médicaux:	623		
Dossiers traités sur le vu des pièces médicales:	184		
Total des cas traités:	807	dont	582 cas nouveaux 225 réexamens

Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section C.P.A.

Exercice 2003

Tranches d'âge :	Femmes			Hommes				Totaux:	
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total		
1940 - 1944	2	0	0	2	4	0	0	4	6
1945 - 1949	11	0	6	17	4	0	2	6	23
1950 - 1954	4	2	4	10	1	0	3	4	14
1955 - 1959	0	1	2	3	0	0	2	2	5
1960 - 1964	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Totaux :	17	3	12	32	10	0	7	17	49

Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section C.P.A.

Exercice 2003

Principales causes:		Femmes	Hommes	Total
1	Appareil respiratoire	0	0	0
2	Appareil cardio-vasculaire	0	0	0
3	Appareil locomoteur	23	13	36
4	Appareil digestif	0	0	0
5	Appareil sanguin	1	0	1
6	Appareil génito-urinaire	2	0	2
7	Affection neurologique	2	1	3
8	Affection psychiatrique	2	3	5
9	Organes des sens	0	0	0
10	Affection endocrinienne	1	0	1
11	Suites d'accident de travail	0	0	0
12	Suites de maladie professionnelle	0	0	0
13	Suites d'accident de circulation	0	0	0
14	Suites d'accident domestique	0	0	0
15	Suites d'accident sportif	0	0	0
16	Ethylisme	0	0	0
17	Autres toxicomanies	0	0	0
18	Affection congénitale	0	0	0
19	Divers	1	0	1
		32	17	49

Contrôle médical de la Sécurité Sociale
Section C.P.A.

Exercice 2003

Examens et reexamens médicaux:	46		
Dossiers traités sur le vu des pièces médicales:	7		
Total des cas traités:	53	dont	49 cas nouveaux 4 réexamens

Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section C.P.A.C.I.

Exercice 2003

Tranches d'âge :	Femmes			Hommes				Totaux:	
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Incapacité pas invalide	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Incapacité pas invalide	total		
1935 - 1939	0	0	0	0	2	0	0	2	2
1940 - 1944	12	1	3	16	8	0	1	9	25
1945 - 1949	14	2	11	27	23	4	9	36	63
1950 - 1954	7	2	6	15	4	0	8	12	27
1955 - 1959	4	2	2	8	3	1	2	6	14
1960 - 1964	0	0	1	1	0	2	0	2	3
1970 - 1974	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Totaux :	37	7	23	67	41	7	20	68	135

Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section C.P.A.C.I.

Exercice 2003

Principales causes:		Femmes	Hommes	Total
1	Appareil respiratoire	7	3	10
2	Appareil cardio-vasculaire	4	16	20
3	Appareil locomoteur	21	21	42
4	Appareil digestif	3	1	4
5	Appareil sanguin	0	1	1
6	Appareil génito-urinaire	2	2	4
7	Affection neurologique	3	4	7
8	Affection psychiatrique	4	7	11
9	Organes des sens	1	1	2
10	Affection endocrinienne	4	5	8
11	Suites d'accident de travail	0	1	1
12	Suites de maladie professionnelle	0	0	0
13	Suites d'accident de circulation	1	1	2
14	Suites d'accident domestique	0	0	0
15	Suites d'accident sportif	0	0	0
16	Ethylisme	0	1	1
17	Autres toxicomanies	0	0	0
18	Affection congénitale	0	0	0
19	Divers	12	9	21
		62	73	135

Contrôle médical de la Sécurité Sociale
Section C.P.A.C.I.

Exercice 2003

Examens et reexamens médicaux:	140		
Dossiers traités sur le vu des pièces médicales:	29		
Total des cas traités:	169	dont	135 cas nouveaux 34 réexamens

Nombre d'examens et de réexamens:

	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens
AVI	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%
CPEP	834	60.31%	937	46.42%	875	55.54%	1 020	52.25%	1 084	54.34%	1 026	51.27%	976	51.54%
CPACI	270	85.93%	206	91.75%	204	93.63%	224	95.54%	225	89.78%	143	86.01%	196	83.16%
CPA	192	99.48%	152	94.74%	133	96.24%	124	85.48%	112	98.21%	88	94.32%	72	98.61%
	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%

	2000		2001		2002		2003	
	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens
AVI	2 743	58.40%	2 312	65.96%	2 518	64.81%	3 233	79.18%
CPEP	958	43.11%	662	56.80%	645	63.88%	807	72.12%
CPACI	139	89.21%	147	86.39%	163	82.21%	169	79.88%
CPA	67	97.01%	53	98.11%	52	88.46%	53	92.45%
	3 907	56.41%	3 174	65.53%	3 378	65.84%	4 262	54.08%

Décisions prises après premier examen:

	1993			1994			1995			1996			1997			1998		
	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	1 768	420	190	1 736	436	276	1 778	427	238	1 945	452	312	1 328	473	452	856	391	501
CPEP	364	129	10	311	112	12	350	118	18	357	145	31	371	134	84	332	124	70
CPACI	195	12	25	169	3	17	167	4	20	185	9	20	153	14	35	75	11	37
CPA	167	7	17	132	3	9	117	3	8	100	1	5	101	1	8	69	5	9
	2 494	568	242	2 348	554	314	2 412	552	284	2 587	607	368	1 953	622	579	1 332	531	617
		3 304			3 216			3 248			3 562			3 154			2 480	

	1999			2000			2001			2002			2002			2003		
	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	868	297	540	785	216	601	770	241	514	797	321	603	797	321	603	838	516	1 206
CPEP	328	114	61	235	85	93	230	65	81	230	101	72	230	101	72	196	75	311
CPACI	109	15	39	80	4	40	79	13	35	87	12	36	87	12	36	78	14	43
CPA	51	1	19	53	0	12	30	1	21	24	1	20	24	1	20	27	3	19
	1 356	427	659	1 153	305	746	1 109	320	651	1 138	435	731	1 138	435	731	1 139	608	1 579
		2 442			2 204			2 080			2 304			2 304			3 326	

	1993			1994			1995			1996			1997			1998		
	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	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%
CPEP	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%
CPACI	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%
CPA	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%
	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%

	1999			2000			2001			2002			2002			2003		
	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	50.91%	17.42%	31.67%	49.00%	13.48%	37.52%	50.49%	15.80%	33.70%	46.31%	18.65%	35.04%	46.31%	18.65%	35.04%	32.73%	20.16%	47.11%
CPEP	65.21%	22.66%	12.13%	56.90%	20.58%	22.52%	61.17%	17.29%	21.54%	57.07%	25.06%	17.87%	57.07%	25.06%	17.87%	33.68%	12.89%	53.44%
CPACI	66.87%	9.20%	23.93%	64.52%	3.23%	32.26%	62.20%	10.24%	27.56%	64.44%	8.89%	26.67%	64.44%	8.89%	26.67%	57.78%	10.37%	31.85%
CPA	71.83%	1.41%	26.76%	81.54%	0.00%	18.46%	57.69%	1.92%	40.38%	53.33%	2.22%	44.44%	53.33%	2.22%	44.44%	55.10%	6.12%	38.78%
	55.53%	17.49%	26.99%	52.31%	13.84%	33.85%	53.32%	15.38%	31.30%	49.39%	18.88%	31.73%	49.39%	18.88%	31.73%	34.25%	18.28%	47.47%

Décisions prises après premier examen:

	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
1992	73.18%	15.33%	11.48%	76.05%	21.86%	2.09%	83.04%	5.80%	11.16%	89.89%	1.06%	9.04%	75.17%	14.73%	10.10%
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%	37.52%	56.90%	20.58%	22.52%	64.52%	3.23%	32.26%	81.54%	0.00%	18.46%	52.31%	13.84%	33.85%
2001	50.49%	15.80%	33.70%	61.17%	17.29%	21.54%	62.20%	10.24%	27.56%	57.69%	1.92%	40.38%	53.32%	15.38%	31.30%
2002	46.31%	18.65%	35.04%	57.07%	25.06%	17.87%	64.44%	8.89%	26.67%	53.33%	2.22%	44.44%	49.39%	18.88%	31.73%
2003	32.73%	20.16%	47.11%	33.68%	12.89%	53.44%	57.78%	10.37%	31.85%	55.10%	6.12%	38.78%	34.25%	18.28%	47.47%

Cartes d'invalidité

Exercice 2003

Dossiers transmis au CMSS	3 957
Dossiers traités :	3 468 dont 3 384 sur base d'un certificat médical et 84 après convocation de l'intéressé.
Dossiers sans suite : (expiration du délai de 40 jours)	308
Dossiers en suspens :	181

Cartes d'invalidité attribuées en 2003

Carte A	3 232 (dont 74 avec carte de priorité)
Carte B	107
Carte C	37
Refus	92
	3 468

Cartes d'invalidité
 Décisions par tranches d'âge
 Exercice 2003

<i>Tranche</i>	<i>Carte A</i>	<i>Carte B</i>	<i>Carte C</i>	<i>Refus</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>Carte de priorité</i>
1905 - 1909	0	1	0	0	1	0.0%	0
1910 - 1914	2	8	0	0	10	0.3%	0
1915 - 1919	33	1	0	0	34	1.0%	0
1920 - 1924	149	2	4	0	155	4.5%	1
1925 - 1929	381	10	0	0	391	11.3%	10
1930 - 1934	635	17	6	3	661	19.1%	16
1935 - 1939	758	11	1	7	777	22.4%	17
1940 - 1944	683	12	5	23	723	20.8%	16
1945 - 1949	314	5	1	31	351	10.1%	6
1950 - 1954	131	6	2	16	155	4.5%	3
1955 - 1959	62	6	5	4	77	2.2%	1
1960 - 1964	24	4	1	5	34	1.0%	1
1965 - 1969	17	6	1	2	26	0.7%	1
1970 - 1974	16	5	2	0	23	0.7%	1
1975 - 1979	14	4	1	1	20	0.6%	0
1980 - 1984	9	3	3	0	15	0.4%	1
1985 - 1989	2	4	0	0	6	0.2%	0
1990 - 1994	1	1	2	0	4	0.1%	0
1995 - 1999	1	1	3	0	5	0.1%	0
	3 232	107	37	92	3 468	100.0%	74

Affections psychiques et psychosomatiques 2003

Schizophrénie, troubles psychotiques

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
> 25 ans	3	1	1		5	4		1	5	10
< 20 ans						1			1	1
de 20 à 25	1		1		2	1		1	2	4
	âge moyen: 33					âge moyen: 28				

Manies, troubles bipolaires

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
de 20 à 25						2			2	2
> 25 ans	4				4					4
	âge moyen: 41					âge moyen: 23				

Dépressions

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
< 20 ans	1		1		2	3	1		4	6
de 20 à 25	3				3	1			1	4
> 25 ans	82	4	18	1	105	39	2	2	43	148
	âge moyen: 46					âge moyen: 45				

Troubles liés à l'angoisse

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
de 20 à 25	2				2	1			1	3
> 25 ans	13		2		15	6			6	21
	âge moyen: 39					âge moyen: 38				

Troubles obsessionnels

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
de 20 à 25	1				1					1
> 25 ans						3		1	4	4
	âge moyen: 25					âge moyen: 45				

Troubles post-traumatiques

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
< 20 ans	1				1					1
> 25 ans	21		1		22	12		1	13	35
	âge moyen: 43					âge moyen: 44				

Troubles dissociatifs

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
> 25 ans	2				2					2

âge moyen: 55

Troubles somatoformes

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
< 20 ans						1				1
> 25 ans		1			1			3		10

âge moyen: 31 âge moyen: 38

Troubles alimentaires

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
< 20 ans	4		1		5					5
de 20 à 25	7		1		8	1				9
> 25 ans	11	1			12	2	1			15

âge moyen: 27 âge moyen: 36

Troubles de la personnalité

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
< 20 ans	8	2			10	2	1			3
de 20 à 25	4				4	2				6
> 25 ans	12	2	4		18	19		2		39

âge moyen: 30 âge moyen: 33

Troubles du comportement et des émotions

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
< 20 ans	1				1	6		1	1	8
de 20 à 25	1				1			1		2

âge moyen: 21 âge moyen: 16

Affections psychiques et psychosomatiques: récapitulation

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
< 20 ans	15	2	2		19	13	2	1	1	17
de 20 à 25	19		2		21	8		2		10
> 25 ans	148	9	26	1	184	92	3	10		105

âge moyen: 40 âge moyen: 38

Alcoolisme et dépendance médicamenteuse 2003

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

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
de 20 à 25						2				2
> 25 ans	31	4	6		41	60	6	26	1	93
	âge moyen: 44					âge moyen: 45				

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				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
> 25 ans	5				5	9		1		10
	âge moyen: 50					âge moyen: 46				

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

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
de 20 à 25				1	1					
> 25 ans	2	1	2		5	5	1	1	2	9
	âge moyen: 50					âge moyen: 47				

Alcoolisme et dépendance médicamenteuse: récapitulation

âge	femmes				Total	hommes				Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente	
de 20 à 25				1	1	2				2
> 25 ans	38	5	8		51	74	7	28	3	112
	âge moyen: 45					âge moyen: 45				

Autres toxicomanies (drogues dures et 2003

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

âge	femmes				Total	hommes				Total	Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
< 20 ans								1		1	1
de 20 à 25						1				1	1
> 25 ans			2	1	2	4	1	2		7	10
			âge moyen: 47					âge moyen: 32			

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

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

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne

âge	femmes				Total	hommes				Total	Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
> 25 ans	3				3						3
								âge moyen: 33			

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

âge	f	emmes				Total	hommes				Total	Total
		accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
de 20 à 25		5	1	4	1	11	12	1	6	1	20	31
> 25 ans		10		4		14	40	2	12	2	56	70
				âge moyen: 28					âge moyen: 31			

Autres toxicomanies (drogues dures et polytoxicomanie): récapitulation

âge	femmes				Total	hommes				Total	Total
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
< 20 ans								1		1	1
de 20 à 25	5	1	4	1	11	16	1	6	1	24	35
> 25 ans	13		6	1	20	45	3	14	2	64	84
			âge moyen: 30					âge moyen: 31			