

# SOMMAIRE

	<u>page</u>
<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>1. La Sécurité sociale sur le plan national</b>	
1.1. L'Assurance maladie .....	6
1.2. L'Assurance accident .....	9
1.3. L'Assurance pension .....	11
1.4. L'Assurance dépendance .....	16
1.5. Le Contrôle médical de la sécurité sociale	19
1.6. Les Juridictions de la sécurité sociale .....	26
<b>2. La Sécurité sociale sur le plan international</b>	
2.1. Les Instruments multilatéraux .....	32
2.2. Les Instruments bilatéraux .....	37
2.3. Relations avec les pays voisins .....	40
<b>3. Annexe : Données statistiques du Contrôle médical de la sécurité sociale</b>	

# Introduction

A la suite des élections législatives de 2004, Monsieur Mars DI BARTOLOMEO a été nommé Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et a succédé à Monsieur Carlo WAGNER.

Le nouveau Gouvernement se trouvait confronté à une situation financière difficile de l'assurance maladie, qui accusait un déficit cumulé prévisible de 98,6 millions d'euros pour l'exercice 2005.

Au cours de la réunion du Comité quadripartite d'octobre 2004, les différents acteurs de l'assurance maladie : prestataires de soins, partenaires sociaux et l'Etat, ont pu se réunir autour d'une démarche commune ne visant pas seulement à ré-équilibrer à court terme la situation financière de l'assurance maladie, mais à s'engager dans un programme d'action pour le système de la santé et l'assurance maladie.

Tout en continuant à assurer une couverture efficace des soins de santé, ce programme vise à éviter des doubles emplois coûteux, à soigner mieux en dépensant mieux, en proposant des bonnes pratiques médicales.

Dans le domaine des prestations en espèces en cas de maladie, la loi du 21 décembre 2004 a mis en œuvre un certain nombre de mesures retenues par le Comité de coordination quadripartite fin 2003. Cette loi qui devra entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2005 s'inscrit dans une démarche visant à réaliser une meilleure gestion de l'incapacité de travail.

Dans ce contexte le législateur se trouve encore saisi d'un projet de révision de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle, à la suite d'une initiative commune avec le Ministre du Travail et de l'Emploi.

En ce qui concerne l'assurance pension, la loi du 6 mai 2004 sur l'administration du patrimoine du régime général de pension crée une structure pour permettre une gestion optimisée de la réserve de compensation du régime général de pension. A la suite du vote de la loi, les organes du Fonds de compensation ont été mis en place.

Par la loi du 21 décembre 2004 portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie 2003, toutes les pensions et rentes accident ont été augmentées de 2 pour cent avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

En matière d'assurance dépendance, un groupe de travail présidé par Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale a procédé à l'élaboration de différents amendements au projet de loi n°5146 modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière de l'assurance dépendance.

Conformément au programme gouvernemental, le Gouvernement a entamé les travaux en vue d'une réforme de l'assurance accident sur base de l'avis du Conseil économique et social.

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**

Au moment de la réunion de la quadripartite en octobre 2004, l'assurance maladie était confrontée avec un déficit cumulé prévisible de 98,6 millions d'euros pour l'exercice 2005. Ce déficit cumulé résultait d'un déficit de 152,5 millions d'euros en matière de prestations en nature et d'un excédent de 53,9 millions d'euros en matière de prestations en espèces.

A rappeler que la situation excédentaire en matière de prestations en espèces ne résulte que du transfert réalisé en 2004 de 130 millions d'euros à partir des caisses de pension.

Cependant, suite aux décisions prises par l'assemblée générale du 9 novembre 2004, à savoir l'augmentation du taux de cotisation, l'augmentation de certaines participations des assurés et la limitation de la prise en charge des analyses de laboratoire, il a été possible de présenter un budget global en équilibre. En effet, le budget voté de l'Union des caisses de maladie pour 2005 se présente maintenant avec un excédent cumulé de 8 millions d'euros. Toutefois, cet excédent très faible résulte d'un déficit prévisible de 61,5 millions d'euros au niveau des prestations en nature et d'un excédent de 69,5 millions d'euros au niveau des prestations en espèces.

Mais la situation reste gravement déficitaire au niveau des prestations en nature, malgré le relèvement du taux de cotisation de 5,1% à 5,4%. C'est donc la maîtrise de l'évolution des prestations en nature, à savoir les dépenses pour soins hospitaliers, pour honoraires médicaux, pour médicaments, pour analyses de laboratoires, etc. qui constitue le casse-tête principal de l'UCM en vue du maintien de l'équilibre financier.

En deuxième lieu, ce budget se base déjà sur l'hypothèse d'un ralentissement substantiel des prescriptions en matière de certificats d'incapacité de travail, de médicaments, d'analyses de laboratoire et d'autres soins des professionnels de la santé. En conséquence, ce budget en équilibre n'est réaliste que si tous les acteurs réussissent à limiter les prescriptions médicales à ce qui est véritablement utile et nécessaire aux patients.

Bien que la maxime de « l'utile et du nécessaire » se trouve ancrée depuis longtemps dans le Code des assurances sociales, le choix de « l'utile et du nécessaire » a, dans le passé, été laissé le plus souvent à l'appréciation individuelle sans pourtant fournir le support, les critères et le référentiel en conformité duquel le système revendique ce choix.

Voilà pourquoi, l'ambition de transposer ce principe dans une réalité tangible a amené le Comité quadripartite à proposer l'institution d'un Conseil scientifique.

La première mission du Conseil scientifique, composé avant tout de praticiens, est d'identifier, ensemble avec les principaux acteurs (partenaires sociaux, médecins, hôpitaux, etc) les thèmes médicaux prioritaires et de récolter les informations scientifiques disponibles sur ces sujets.

Les résultats des travaux du Conseil scientifique seront diffusés au corps médical luxembourgeois, à l'EHL et aux représentants de l'UCM sous forme de recommandations de bonne pratique.

Cette aide permettra aux médecins de disposer de recommandations écrites pour les guider dans leur pratique journalière. Ces recommandations constitueront également un instrument de soutien précieux dans leurs relations avec les patients et feront l'objet de campagnes d'information ciblées de la part de la Direction de la santé.

En deuxième lieu, il convient de signaler que l'établissement de systèmes d'informatisation des données médicales permettra le partage des données médicales nécessaire à une organisation et une dispensation des soins efficiente.

L'outil le plus efficace de la coordination des soins et d'une meilleure information est le dossier médical informatisé ou électronique qui vise les échanges de données pour un patient par support informatique (transfert d'images – radiologie, endoscopies, etc. -, transmission de résultats d'examens biologiques...). Ce dossier médical devra satisfaire à toutes les obligations découlant de la loi sur la protection des données et son accès devra être soumis au contrôle du patient.

Le projet pilote du dossier médical du médecin généraliste (DMG), dont la mise en place est prévue dès que la Commission nationale pour la protection des données aura donné son approbation, en constitue une première approche qui devra ensuite être soumise à évaluation. Notons que ce dossier ne pourra pas encore recourir à un échange des données médicales par voie électronique, mais que cet échange se fera sur base de documents établis.

L'évaluation régulière des résultats des mesures introduites permettra d'améliorer les performances du système de santé et s'inscrira dans une démarche globale d'amélioration de la qualité.

La publication de recommandations concernant la bonne pratique médicale n'aura pas d'effets concrets, si des évaluations systématiques ne sont pas introduites. Cette évaluation peut être globale ou individuelle. Chaque prestataire sera soumis à une évaluation périodique, mais à échéance aléatoire, et devra alors, le cas échéant, rendre compte de son activité par rapport aux recommandations émises. Les résultats de ces évaluations sont communiqués aux personnes concernées.

Comme mesure corollaire, les critères de mesures, les instruments juridiques ainsi que les sanctions possibles devront être élaborés et inscrits dans la loi.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale a d'ores et déjà procédé à une première évaluation des prescriptions en matière de médicaments. Chaque prestataire disposera sous peu de son profil de prescripteur comparé à une moyenne répondant à des standards internationaux.

Il va de soi, que cette démarche qui vise la normalisation de la consommation et des prescriptions en matière de médicaments et qui poursuit comme objectif la modération des dépenses de l'assurance maladie, dépend aussi de la disposition des médecins à collaborer activement à une maîtrise des prescriptions.

A côté de différents règlements grand-ducaux adaptant les nomenclatures des actes et services de différents prestataires pris en charge par l'assurance maladie aux connaissances actuelles en matière médicale, il convient de signaler la loi du 21 décembre 2004 modifiant l'article 22 du Code des assurances sociales et le règlement grand-ducal d'exécution afférent. Par cette loi le remboursement des médicaments homéopathiques par l'assurance maladie a été réintroduit dans la législation afférente.

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



En ce qui concerne la réforme fondamentale de l'assurance accident, un groupe de travail, constitué d'experts de l'Inspection générale de la sécurité sociale et de l'Assurance contre les accidents a été institué. Ce groupe s'est réuni le 10 novembre 2004 sous la direction du Ministre pour discuter de la méthodologie de travail. Lors de cette réunion, les experts de l'IGSS ont été chargés de trouver une méthodologie permettant une description des données informatiques nécessaires à une simulation des différents scénarios à envisager conformément à l'avis du Conseil économique et social en la matière.

Sur le plan législatif, il convient de citer le règlement grand-ducal du 26 février 2004 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 113, alinéa 9, du Code des assurances sociales. Les nouveaux facteurs de capitalisation ont été calculés à partir d'une table de survie générée pour l'an 2000 et en appliquant un taux technique de 4%. Cette table de survie a été établie par l'Inspection générale de la sécurité sociale, basée sur des données disponibles entre 1965 et 2003, fournies par le Service central de la statistique et des études économiques (STATEC). Le taux technique de 4% est celui appliqué jusqu'à présent par l'Association d'assurance contre les accidents pour le calcul du montant du rachat des rentes des accidentés du travail.

Par règlement ministériel du 14 décembre 2004, les taux de cotisation applicables en matière d'assurance accident pour l'exercice 2005 tels qu'ils avaient été proposés par l'assemblée générale de l'assurance accident industrielle, ont été approuvés.

Finalement par la loi du 21 décembre 2004, les rentes accident ont été ajustées au niveau de vie de 2003 à l'instar des pensions.

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

## **Loi du 6 mai 2004 sur l'administration du patrimoine du régime général de pension**

Cette loi crée une structure appropriée pour permettre une gestion optimisée de la réserve de compensation du régime général de pension.

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. 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. Le conseil d'administration est assisté par un comité d'investissement.

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.

Les modalités d'application de la loi ont été confiées à des règlements grand-ducaux.

C'est ainsi que le Gouvernement en Conseil a adopté en date du 14 juin 2004 le projet de règlement grand-ducal fixant les modalités de la répartition du produit des cotisations entre les caisses de pension et le Fonds de compensation.

Ce texte a pour objet d'intégrer le Fonds de compensation dans le mécanisme de répartition des cotisations perçues par le Centre commun de la sécurité sociale. Le produit des cotisations est réparti entre les quatre caisses de pension en vue de leur permettre de couvrir leurs dépenses et de leur assurer les moyens de trésorerie prévus par la loi. L'excédent éventuel est attribué au Fonds de compensation. Etant donné que la mise en place du Fonds de compensation a été retardée au cours de l'exercice 2004, certains ré-agencements techniques ont dû être apportés au texte du projet de règlement grand-ducal qui sera soumis à la signature du Grand-Duc au début de l'exercice 2005.

Lors de sa séance du 3 décembre 2004, le Gouvernement en Conseil a adopté le projet de règlement grand-ducal déterminant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un organisme de placement collectif.

Ce texte définit un plafond des valeurs nominales à investir jusqu'à la fin de l'an 2007. La gestion des valeurs est confiée au Fonds de compensation. Il est autorisé à créer un ou plusieurs organismes de placement collectif conformément à la loi modifiée du 19 juillet 1991 concernant les organismes de placement collectif dont les titres ne sont pas destinés au placement dans le public.

L'allocation stratégique retenue est celle préconisée par le consultant PricewaterhouseCoopers (PwC). Il ne semble pas souhaitable d'allouer l'ensemble de ces liquidités disponibles aux divers portefeuilles dans une précipitation exagérée. Au contraire, il est visé 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.

Le texte a été soumis en date du 6 décembre 2004 à l'avis du Conseil d'Etat, des chambres professionnelles et des caisses de pension concernées.

### **Loi du 21 décembre 2004 portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2003**

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 et traitements. A ce sujet il soumet à la Chambre des Députés un rapport accompagné, le cas échéant, d'un projet de loi ».

Le rapport du 19 octobre 2004 a fait ressortir une progression de 2,0% entre 2001 et 2003. En conséquence le facteur d'ajustement a été porté de 1,301 à 1,327 et toutes les pensions et rentes accident ont été augmentées de 2% avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### **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 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle a mis en place une procédure de reclassement interne ou externe liée à l'attribution de certaines indemnités.

Or, dans l'application pratique de la loi du 25 juillet 2002, il a été constaté que l'effet accélérateur de la détermination du système de prise en charge approprié escompté 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, l'indemnité pécuniaire de maladie correspondant au montant intégral de son revenu professionnel. Au moment de l'introduction de la demande en invalidité, il arrive souvent que le contrat de travail est déjà résilié, la période de protection légale contre le licenciement étant révolue, et la procédure de reclassement interne s'avère dès lors impossible.

Afin de remédier à cet état de choses, le projet de loi modifiant la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle a été déposé en date du 23 avril 2004. En date du 20 décembre 2004, le Gouvernement a adopté une série d'amendements.

Les principales modifications de ce projet de loi se résument comme suit.

Le déclenchement de la procédure de réinsertion professionnelle est dissocié de l'introduction d'une demande en invalidité par le travailleur. Si, sur base d'un avis motivé établi par le médecin traitant, le contrôle médical de la sécurité sociale estime que la personne concernée est susceptible de présenter une incapacité pour exercer son dernier poste de travail, il saisit le secrétariat de la commission mixte du dossier et en informe le travailleur et l'employeur concernés. Ledit secrétariat vérifie les conditions d'ouverture de la procédure de reclassement et saisit, le cas échéant, le médecin du travail compétent. Ce dernier convoque et examine l'intéressé endéans un délai de quinze jours.

Il est introduit une limitation à la réduction du temps de travail en cas de reclassement interne. Le travailleur à reclasser doit être occupé pour au moins la moitié du temps de travail fixé dans son contrat de travail. Ce minimum de temps de travail requis peut exceptionnellement être porté à 25 pour cent du temps de travail initial par décision de la

commission mixte sur demande motivée de l'employeur et sur avis du médecin-conseil.

L'indemnité compensatoire sera adaptée à l'indice du coût de la vie et ajustée au niveau de vie à l'instar des pensions et rentes.

Afin d'éviter des situations abusives, le nouvel emploi doit comporter un temps de travail au moins égal à la moitié du temps de travail fixé au dernier contrat. Le temps de travail requis peut être atteint par le cumul de plusieurs emplois. Sur demande motivée du travailleur et sur avis du médecin-conseil, la commission mixte peut réduire le temps de travail requis jusqu'à vingt-cinq pour cent du temps de travail initial.

Il est introduit une procédure de révision de l'indemnité d'attente qui peut être retirée, si les conditions relatives à l'état de santé ne sont plus remplies ou si l'intéressé se soustrait aux mesures de reclassement sur un emploi approprié.

### **Règlement grand-ducal du 30 avril 2004 portant modification de l'article 6 du règlement grand-ducal du 6 juin 2003 concernant la détermination du revenu professionnel agricole en matière d'assurance maladie et d'assurance pension**

L'article 6 du règlement grand-ducal du 6 juin 2003 énumère les charges réelles supportées par l'exploitant agricole à déduire du revenu professionnel de l'exploitation pour la détermination de l'assiette cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension. Sont déduits les salaires payés aux personnes occupées dans l'exploitation agricole, soit accessoirement à une activité professionnelle principale et sans rémunération ou contre une rémunération ne dépassant pas un tiers du salaire social minimum, soit occasionnellement pendant une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier. L'identité de ces personnes doit résulter soit du répertoire général des personnes physiques ou d'un document officiel.

La présentation d'un tel document a été prévue en vue de permettre au Centre commun de la sécurité sociale d'identifier clairement le travailleur concerné.

En matière fiscale, l'imposition forfaitaire des salaires alloués à la main-d'œuvre agricole et forestière occasionnelle est opérée sur base de la masse des salaires payés. Une identification des bénéficiaires à l'aide d'un document quelconque n'est pas requise.

Dans un souci de créer un parallélisme entre la déclaration en matière fiscale et celle en matière de sécurité sociale et en vue d'imposer aux chefs d'exploitation un minimum de formalités, le règlement grand-ducal du 30 avril 2004 prévoit en matière de sécurité sociale l'usage du même document présenté par les exploitants agricoles en matière fiscale.

En matière de sécurité sociale, le chef d'exploitation agricole a ainsi le choix entre la présentation des salaires avec identification des bénéficiaires et la communication du document envoyé à l'Administration des contributions directes.

### **Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2004 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 21 décembre 2004 a fixé le coefficient d'ajustement définitif pour l'année 2003.

## **1.4. L'Assurance dépendance**

Les instances législatives se trouvent saisies du projet de loi N° 5146 modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière de l'assurance dépendance.

Le nouveau Gouvernement a adopté un certain nombre d'amendements portant notamment sur les points suivants :

- A l'instar des prestations à charge de l'assurance maladie, la notion du principe fondamental de l'utile et de nécessaire est également introduite en ce qui concerne les prestations de l'assurance dépendance.
- Est introduit la possibilité de l'établissement d'un plan de partage pour tous les intervenants du maintien à domicile : réseau d'aides et de soins, centre semi-stationnaire et établissement à séjour intermittent.
- La disposition ayant trait à la prise en charge forfaitaire dans le cadre de différentes maladies et déficiences est maintenue dans l'article 350 du Code des assurances sociales contrairement au projet de modification initiale.
- Les plafonds concernant les prestations à attribuer sont adaptés.
- Les dispositions actuelles qui lient l'évolution du montant des prestations en espèces à la valeur monétaire rémunérant les prestations des réseaux sont abrogées de sorte que la valeur de la prestation en espèces est maintenue à un niveau fixe.
- Les missions de la Cellule d'évaluation et d'orientation sont complétées par la possibilité attribuée à la CEO de contrôler l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les besoins de la personne dépendante.
- L'idée d'une Commission de qualité des prestations, introduite par le projet de loi initial, est supprimée, ce en considération de la transposition de la décision du Comité quadripartite de mettre en place un Conseil scientifique ayant notamment pour mission d'élaborer des référentiels médicaux qui seront diffusés comme recommandations auprès des professionnels de la santé.
- Un amendement prévoit la fixation de quatre valeurs monétaires différentes pour les réseaux d'aides et de soins, les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements à séjour intermittent.

Dans la mesure où le projet ainsi modifié serait adopté jusqu'au mois de juillet 2005, il pourrait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Au cours de l'exercice 2004, un avant-projet de règlement grand-ducal déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques et des adaptations du logement par l'assurance dépendance, a été finalisé.

Cet avant-projet précise davantage les limites dans lesquelles l'assurance dépendance prend en charge les appareils. En matière des adaptations du logement, le règlement entérine les expériences acquises et reprend la procédure qui a fait ses preuves durant cinq années de pratique.

Il est à noter qu'un projet d'actions expérimentales relatif à la prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance a été retenu et qu'un avant-



projet de règlement grand-ducal afférent a été élaboré.

Par le protocole d'accord signé en date du 17 décembre 2004 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 2005 ont été fixées à 37,80 euros par heure pour les établissements d'aides et de soins et à 49,98 euros par heure pour les réseaux d'aides et de soins.

Le budget de l'assurance dépendance pour l'année 2005 présenté par l'Union des caisses de maladie présente un excédent des recettes courantes sur les dépenses courantes de 1,1 millions d'euros contre un solde déficitaire de 18,4 millions d'euros en 2004. La réserve globale augmentera de 102,1 millions d'euros à 103,2 millions d'euros en 2005. Le taux de la réserve légale se situera à la fin de l'année en cours à 37,2 pour cent des dépenses courantes prévisibles.

La Cellule d'évaluation et d'orientation a continué en 2004 sa collaboration avec des professionnels de la santé vacataires, dans le cadre de l'évaluation des personnes dépendantes. Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2004, la Cellule d'évaluation et d'orientation a été saisie de 5 658 demandes pour des prestations d'aides et de soins auprès de l'assurance dépendance par l'Union des caisses de maladie. Ceci représente pour l'année 2004 une moyenne mensuelle de 471 demandes. Au cours de l'exercice 2004, la Cellule d'évaluation a traité 6 075 dossiers. En outre, au cours de la même année, l'Union des caisses de maladie a transmis à la Cellule d'évaluation et d'orientation 3 280 demandes concernant exclusivement des aides techniques. La Cellule en a traité 3 273.

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

En 2004 l'administration du contrôle médical disposait de:

- 18 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
- 11 postes administratifs à temps plein
- 1 poste administratif à mi-temps.

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

Elle constitue le volet le plus important de l'activité du contrôle médical. En 2004 dix 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 27.06.1994, 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
- 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'UCM.

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.

### **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. 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'UCM**

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) et de la caisse de pension agricole (CPA).

	examens et réexamens 2001	examens et réexamens 2002	examens et réexamens 2003	examens et réexamens 2004
AVI	2 312	2 520	3 233	3 556
CPEP	662	645	807	878
CPACI	147	163	169	127
CPA	53	52	53	40

Décisions prises après premier examen:

	2001			2002			2003			2004		
	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	770	241	514	797	321	603	838	516	1 206	835	611	1 337
CPEP	230	65	81	230	101	72	196	75	311	193	100	421
CPACI	79	13	35	87	12	36	78	14	43	52	11	37
CPA	30	1	21	24	1	20	27	3	19	19	2	16

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 73 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 1999 à 2004 il a été procédé à:

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
premiers examens et réexamens	2.915	2.917	3.107	2.827	1.722	3.050
avis médicaux sur dossier	27.820	39.567	37.106	29.252	17.122	17.600
examens pour maladie professionnelle	45	39	38	37	23	55

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

Elles 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.

Le nombre de dossiers transmis au contrôle médical a augmenté considérablement en 2004. Malheureusement, les chiffres y relatifs n'ont pas pu être fournis par l'ADEM au moment de l'établissement du présent rapport.

### 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 429 dossiers.

## **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 2004, 3.629 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 2004 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
- 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**

Elle 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.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Reconnaisances prononcées	137	172	269	293	355	343	333
Refus prononcés	47	45	62	111	100	108	103
Retraits prononcés	3	0	0	1	0	0	0
Demandes irrecevables	1	0	0	0	0	0	0

A noter que depuis le 1.06.2005, l'instruction des demandes en reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est de la compétence de la Commission médicale du service des travailleurs handicapés.

#### **9.4. Sous-commission des pensions AVI.**

#### **9.5. Conseil supérieur de la santé et de la sécurité au travail.**

#### **9.6. Commission mixte.**

### **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.

	2001			2002			2003			2004		
	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	201	63	264	188	71	259	193	84	277	210	88	298
Traitements psychiatriques	253	40	293	237	46	283	295	59	354	258	53	311
Totaux	454	103	557	425	117	542	488	143	631	468	141	601

### **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.



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

En ce qui concerne le Conseil arbitral des assurances sociales, 1.604 jugements ont été prononcés au cours de l'exercice 2004. Au total 1.333 affaires ont été évacuées.

Le nombre des audiences, avec 765 séances, s'est sensiblement accru.

En 2004, 361 affaires ont nécessité une expertise médicale et 480 un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral.

Des 1.187 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 33,7% ont dit les recours fondés et 66,3% les ont rejetés ou déclarés irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2004, 221 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur des assurances sociales, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent ; moins d'un cinquième des affaires jugées en 1<sup>ère</sup> instance passent à la 2<sup>e</sup> instance.

Le nombre des recours déposés s'accroît d'année en année ; 1.596 recours en 2004 contre 1.520 en 2003. C'est pourquoi que le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées a augmenté. Ce fait est d'autant plus regrettable qu'avec la modification de la loi sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle, le nombre des recours déposés continuera certainement à augmenter.

Le Conseil supérieur des assurances sociales s'est vu soumettre 221 appels en 2004. 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.

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

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2004 est de 134 unités.

Le délai de fixation est en moyenne de 4 mois, de sorte que tout assuré social, qui le désire, obtient une décision définitive dans les délais les plus rapprochés.

## Statistiques concernant les deux juridictions

### 1. Nombre de recours introduits devant le Conseil arbitral des assurances sociales par branche (années 1994 à 2004)

Branches	Années										
	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004
Ass. accident	264	357	374	405	453	411	467	278	446	415	439
Ass. pension	163	145	186	320	393	372	493	344	324	535	555
Ass. maladie	88	113	113	150	151	130	144	139	159	248	242
Ass. dépendance	---	---	---	---	---	---	13	20	20	22	5
Prest. du Fonds Nat. de la Solidarité	80	76	84	75	70	85	75	73	68	68	86
Autres prestations (dont chômage)	30	55	41	28	106	180	95	70	91	217	191
Affiliation et Cotisations	35	7	32	8	10	18	58	8	10	15	78
<b>TOTAL</b>	<b>660</b>	<b>753</b>	<b>830</b>	<b>986</b>	<b>1183</b>	<b>1196</b>	<b>1345</b>	<b>932</b>	<b>1118</b>	<b>1520</b>	<b>1596</b>

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

Année	2000	2001	2002	2003	2004
Audiences	537	534	562	710	765
Affaires fixées	2.043	1.995	1.945	2.181	2.541
Jugements prononcés (évacués)	933	957	987	967	1.187
Jugements prononcés (av. dire droit)	256	320	280	322	417
Désistements	155	207	136	167	146
Affaires évacuées	1.088	1.164	1.123	1.134	1.333
Recours introduits	1.345	932	1.118	1.520	1.596
Recours déclarés fondés	436	392	452	344	400

Année	2000	2001	2002	2003	2004
Recours déclarés non fondés	432	513	478	543	714
Recours déclarés irrecevables	65	52	57	80	73

**3. Conseil supérieur des assurances sociales- Evolution du nombre des appels déposés et des arrêts rendus :**

Années	Appels déposés	Arrêts rendus
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
2004	221	210

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

Au cours de l'exercice 2004, 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 l'instrument de coordination, à savoir le règlement 1408/71 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, ont continué durant l'année 2004 et la procédure de codécision avec le Parlement européen a pu être clôturée avant le 1<sup>er</sup> mai 2004, date de l'entrée dans l'Union européenne des 10 nouveaux Etats membres. A noter cependant que le nouveau règlement qui a été adopté et qui porte le numéro 883/2004 n'entrera en vigueur qu'à partir du moment où un nouveau règlement d'application aura été pris.

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 (Groupe des questions sociales).

D'autres changements dans la législation communautaire sont à signaler :

Le règlement 631/2004, en alignant les droits aux soins de santé dont peuvent bénéficier les différentes catégories de personnes (actifs, pensionnés, étudiants, détachés....), a créé la base légale indispensable pour l'introduction de la carte européenne d'assurance maladie. Cette nouvelle carte est un titre de garantie pour la prise en charge des soins lors d'un séjour à l'étranger. Cette carte remplace notamment le formulaire de vacances E111 et les formulaires E128 délivrés pour les étudiants et les travailleurs détachés. Elle garantit un accès direct aux soins de santé sans démarche administrative préalable. La carte comporte une face nationale à utiliser au Luxembourg et une face européenne à utiliser à l'étranger.

Par ailleurs, il y a eu une adaptation technique du règlement 1408/71 suite à l'adhésion des 10 nouveaux Etats membres.

Quant aux instances techniques existant auprès de la Commission européenne, les représentants du Ministère de la Sécurité sociale 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 2004 :

- décision n° 195 concernant l'application uniforme de l'article 22 en ce qui concerne les prestations relatives à la grossesse et à l'accouchement ;
- décision n° 196 concernant l'article 22 paragraphe 1bis pour les personnes sous dialyse et les personnes sous oxygénothérapie ;
- décision n° 197 relative aux périodes transitoires pour l'introduction de la carte européenne d'assurance maladie ;
- décision n° 198 concernant la suppression des formulaires E100, 113, 114 et 128 et remplacement du E111 et E119.

## **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 2004, le Comité de protection sociale a orienté ses priorités dans les directions suivantes :

- inclusion sociale
- pensions
- soins de santé.

La préparation et les discussions des rapports sur le thème de l'inclusion sociale préparés par les nouveaux Etats membres a constitué l'activité principale du comité.

Dans le domaine des pensions, il y a lieu de relever la préparation des plans stratégiques nationaux qui devront être présentés pour 2005.

La même idée de la méthode de coordination ouverte se retrouve pour le domaine des soins de santé où un rapport préliminaire est demandé aux Etats-membres.

Le sujet de l'inclusion relève prioritairement de la compétence du Ministère de la Famille et de l'Intégration. 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).

Le Ministère a toujours soutenu cette nouvelle méthode de travail engagée, à savoir la coordination ouverte. Dans ce domaine une nouvelle stratégie a été développée par le Comité de protection sociale avec l'idée force de mieux synchroniser les différents processus existant au niveau de l'Union européenne.

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

### **a) Cohésion sociale**

Le Comité européen pour la cohésion sociale (CDCS), assisté de la nouvelle Unité de développement de la cohésion sociale est un comité directeur multidisciplinaire regroupant plusieurs partenaires. En 2004, 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 CDCS a trouvé son rythme de croisière en prévoyant deux réunions par année auxquelles participent un représentant du Ministère de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, 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.

Les pays suivants ont ratifié le code: Belgique, Chypre, Danemark, Estonie, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Espagne, Slovénie, 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 2004, 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).

L'assemblée générale de l'AISS a eu lieu du 12 au 18 septembre 2004 à Beijing (Chine). A cette occasion, le représentant luxembourgeois a été élu comme membre du bureau de l'AISS.

## **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.

Une nouvelle convention a donc été négociée. La procédure de ratification parlementaire a été achevée dans les deux pays et la convention est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2004.

## **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 ratifiée par la Suède le 7 octobre 2004. La ratification devrait intervenir au Luxembourg en début de l'année 2005.

## **3. Luxembourg-Slovaquie**

Une 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 et l'entrée en vigueur est intervenue le 1<sup>er</sup> février 2004.

Depuis l'entrée dans l'Union européenne de la Slovaquie, la réglementation communautaire (le règlement 1408/71 sur la sécurité sociale des travailleurs migrants) s'applique dans nos relations avec la Slovaquie. Cependant les dispositions plus favorables prévues dans la convention bilatérale continuent à s'appliquer.

## **4. 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 est terminée en Turquie. La ratification devrait intervenir au Luxembourg en début de l'année 2005.

Une ronde de négociations a eu lieu à Luxembourg au mois de décembre 2004 et l'arrangement administratif a pu être signé à cette occasion.

Une quatrième ronde de négociations est prévue en Turquie en vue d'arrêter les formulaires nécessaires pour l'application de la convention.

## **5. 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.

## **6. Luxembourg-Serbie/Monténégro**

Durant les deux premières rondes de négociations, 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 a déjà été effectuée en Serbie/Monténégro. Elle devrait intervenir au début de l'année 2005 au Luxembourg.

En 2004, deux rondes supplémentaires de négociations ont eu lieu ce qui a permis de parapher le texte de l'arrangement administratif et de finaliser les formulaires nécessaires pour l'application de la convention.

## **7. Luxembourg-Bulgarie**

En 2004, deux rondes de négociations (l'une à Sofia, l'autre à Luxembourg) ont permis de trouver un accord sur le texte d'une convention bilatérale qui englobe toutes les branches de la sécurité sociale. La convention a été signée à Luxembourg le 20 décembre 2004 et la procédure de ratification sera engagée sous peu dans les deux pays.

## **8. Luxembourg-Roumanie**

Après une première ronde de négociations en 2003 à Bucarest, une seconde ronde de négociations a eu lieu du 16 au 20 février 2004 à Luxembourg et a permis de parapher le texte. La convention a été signée le 18 novembre 2004 à Bucarest et la procédure de ratification sera entamée dans les deux pays sous peu.

## **9. 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. Des initiatives pour une première ronde de négociations seront relancées en 2005.

## **10. Luxembourg-Brésil**

Il est envisagé de remplacer la convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Brésil du 16 septembre 1965 qui ne traite que la matière du détachement par un instrument plus moderne et plus complet.

## **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 2004, les efforts ont été continués avec les pays prémentionnés 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). Pendant l'année 2004, les préparatifs techniques ont continué, 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. Cependant cette procédure est tenue en suspens jusqu'à l'achèvement des travaux avec la France.

Une entrevue bilatérale avec l'Allemagne a eu lieu à Bonn pour régler certaines difficultés d'application.



ANNEXE  
Au rapport d'activité 2004  
Données statistiques  
CMSS - 2004

## Contrôle médical de la Sécurité Sociale

### Section A.V.I.

Exercice 2004

Tranches d'âge :	Femmes				Hommes				Totaux:
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1935 - 1939	2	1	0	3	5	0	1	6	9
1940 - 1944	75	1	19	95	98	11	23	132	227
1945 - 1949	96	14	87	197	233	27	166	426	623
1950 - 1954	48	26	108	182	118	68	251	437	619
1955 - 1959	30	23	94	147	59	104	176	339	486
1960 - 1964	12	22	50	84	28	73	120	221	305
1965 - 1969	9	21	38	68	14	96	79	189	257
1970 - 1974	1	18	16	35	2	56	61	119	154
1975 - 1979	1	7	9	17	3	25	25	53	70
1980 - 1984	0	5	0	5	1	12	11	24	29
1985 - 1989	0	0	1	1	0	1	2	3	4
<b>Totaux :</b>	<b>274</b>	<b>138</b>	<b>422</b>	<b>834</b>	<b>561</b>	<b>473</b>	<b>915</b>	<b>1 949</b>	<b>2 783</b>

# Contrôle médical de la Sécurité Sociale

## Section A.V.I.

Exercice 2004

<b>Principales causes:</b>		<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Total</b>
1	Appareil respiratoire	20	59	<b>79</b>
2	Appareil cardio-vasculaire	61	189	<b>250</b>
3	Appareil locomoteur	386	794	<b>1 180</b>
4	Appareil digestif	10	29	<b>39</b>
5	Appareil sanguin	10	22	<b>32</b>
6	Appareil génito-urinaire	13	23	<b>36</b>
7	Affection neurologique	41	86	<b>127</b>
8	Affection psychiatrique	87	106	<b>193</b>
9	Organes des sens	10	36	<b>46</b>
10	Affection endocrinienne	18	47	<b>65</b>
11	Suites d'accident de travail	46	311	<b>357</b>
12	Suites de maladie professionnelle	1	3	<b>4</b>
13	Suites d'accident de circulation	3	8	<b>11</b>
14	Suites d'accident domestique	0	2	<b>2</b>
15	Suites d'accident sportif	0	0	<b>0</b>
16	Ethylisme	7	34	<b>41</b>
17	Autres toxicomanies	1	7	<b>8</b>
18	Affection congénitale	1	1	<b>2</b>
19	Divers	119	192	<b>311</b>
		<b>834</b>	<b>1 949</b>	<b>2 783</b>

# Contrôle médical de la Sécurité Sociale

## Section A.V.I.

Exercice 2004

Examens et reexamens médicaux:	2 417		
Dossiers traités sur le vu des pièces médicales:	1 139		
Total des cas traités:	<b>3 556</b>	dont	2 783 cas nouveaux 773 réexamens

## Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section C.P.E.P.

Exercice 2004

Tranches d'âge :	Femmes				Hommes				Totaux:
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1940 - 1944	17	0	4	21	23	0	2	25	46
1945 - 1949	21	4	43	68	44	5	44	93	161
1950 - 1954	18	18	59	95	24	9	55	88	183
1955 - 1959	8	15	41	64	8	5	38	51	115
1960 - 1964	9	9	35	53	9	9	23	41	94
1965 - 1969	2	6	18	26	3	3	15	21	47
1970 - 1974	2	6	15	23	4	4	9	17	40
1975 - 1979	0	2	11	13	0	4	7	11	24
1980 - 1984	1	1	2	4	0	0	0	0	4
<b>Totaux :</b>	<b>78</b>	<b>61</b>	<b>228</b>	<b>367</b>	<b>115</b>	<b>39</b>	<b>193</b>	<b>347</b>	<b>714</b>

# Contrôle médical de la Sécurité Sociale

## Section C.P.E.P.

Exercice 2004

<b>Principales causes:</b>		<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Total</b>
1	Appareil respiratoire	3	5	8
2	Appareil cardio-vasculaire	11	40	51
3	Appareil locomoteur	123	89	212
4	Appareil digestif	1	4	5
5	Appareil sanguin	1	1	2
6	Appareil génito-urinaire	1	2	3
7	Affection neurologique	18	11	29
8	Affection psychiatrique	44	31	75
9	Organes des sens	7	6	13
10	Affection endocrinienne	3	11	14
11	Suites d'accident de travail	12	16	28
12	Suites de maladie professionnelle	0	1	1
13	Suites d'accident de circulation	4	1	5
14	Suites d'accident domestique	0	2	2
15	Suites d'accident sportif	1	0	1
16	Ethylisme	2	13	15
17	Autres toxicomanies	1	1	2
18	Affection congénitale	1	1	2
19	Divers	134	112	246
		<b>367</b>	<b>347</b>	<b>714</b>

# Contrôle médical de la Sécurité Sociale

## Section C.P.E.P.

Exercice 2004

Examens et reexamens médicaux:	659		
Dossiers traités sur le vu des pièces médicales:	219		
Total des cas traités:	<b>878</b>	dont	714 cas nouveaux 164 réexamens

## Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section C.P.A.

Exercice 2004

Tranches d'âge :	Femmes				Hommes				Totaux:
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1940 - 1944	1	0	0	1	4	0	0	4	5
1945 - 1949	9	0	5	14	3	0	3	6	20
1950 - 1954	1	0	4	5	0	1	3	4	9
1955 - 1959	0	0	0	0	1	0	1	2	2
1960 - 1964	0	1	0	1	0	0	0	0	1
<b>Totaux :</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>37</b>



# Contrôle médical de la Sécurité Sociale

## Section C.P.A.

Exercice 2004

<b>Principales causes:</b>		<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Total</b>
1	Appareil respiratoire	1	0	1
2	Appareil cardio-vasculaire	1	1	2
3	Appareil locomoteur	15	11	26
4	Appareil digestif	0	0	0
5	Appareil sanguin	0	0	0
6	Appareil génito-urinaire	0	1	1
7	Affection neurologique	1	2	3
8	Affection psychiatrique	2	0	2
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	1	1
17	Autres toxicomanies	0	0	0
18	Affection congénitale	0	0	0
19	Divers	0	0	0
		<b>21</b>	<b>16</b>	<b>37</b>

# Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section C.P.A.

Exercice 2004

Examens et reexamens médicaux:	40		
Dossiers traités sur le vu des pièces médicales:	0		
Total des cas traités:	<b>40</b>	dont	37 cas nouveaux 3 réexamens

## Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section C.P.A.C.I.

Exercice 2004

Tranches d'âge :	Femmes				Hommes				Totaux:
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1940 - 1944	6	0	0	6	9	1	1	11	17
1945 - 1949	8	2	5	15	12	2	6	20	35
1950 - 1954	5	1	7	13	7	3	7	17	30
1955 - 1959	0	1	3	4	2	0	4	6	10
1960 - 1964	0	0	2	2	1	1	2	4	6
1970 - 1974	2	0	0	2	0	0	0	0	2
<b>Totaux :</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>42</b>	<b>31</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

# Contrôle médical de la Sécurité Sociale

## Section C.P.A.C.I.

Exercice 2004

<b>Principales causes:</b>		<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Total</b>
1	Appareil respiratoire	0	2	<b>2</b>
2	Appareil cardio-vasculaire	6	9	<b>15</b>
3	Appareil locomoteur	18	24	<b>42</b>
4	Appareil digestif	0	0	<b>0</b>
5	Appareil sanguin	0	0	<b>0</b>
6	Appareil génito-urinaire	0	0	<b>0</b>
7	Affection neurologique	1	3	<b>4</b>
8	Affection psychiatrique	11	5	<b>16</b>
9	Organes des sens	1	0	<b>1</b>
10	Affection endocrinienne	1	0	<b>1</b>
11	Suites d'accident de travail	0	2	<b>2</b>
12	Suites de maladie professionnelle	0	0	<b>0</b>
13	Suites d'accident de circulation	0	0	<b>0</b>
14	Suites d'accident domestique	0	0	<b>0</b>
15	Suites d'accident sportif	0	0	<b>0</b>
16	Ethylisme	0	1	<b>1</b>
17	Autres toxicomanies	0	0	<b>0</b>
18	Affection congénitale	0	0	<b>0</b>
19	Divers	4	12	<b>16</b>
		<b>42</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

# Contrôle médical de la Sécurité Sociale

Section C.P.A.C.I.

Exercice 2004

Examens et reexamens médicaux:	97		
Dossiers traités sur le vu des pièces médicales:	30		
Total des cas traités:	<b>127</b>	dont	100 cas nouveaux 27 réexamens

## Nombre d'examens et de réexamens

	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens
AVI	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	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	206	91.75%	204	93.63%	224	95.54%	225	89.78%	143	86.01%	196	83.16%	139	89.21%
CPA	152	94.74%	133	96.24%	124	85.48%	112	98.21%	88	94.32%	72	98.61%	67	97.01%
	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%

	2001		2002		2003		2004	
	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens	total	premiers examens
AVI	2 312	65.96%	2 518	64.81%	3 233	79.18%	3 556	78.26%
CPEP	662	56.80%	645	63.88%	807	72.12%	878	81.32%
CPACI	147	86.39%	163	82.21%	169	79.88%	127	78.74%
CPA	53	98.11%	52	88.46%	53	92.45%	40	92.50%
	3 174	65.53%	3 378	65.84%	4 262	54.08%	4 601	72.29%

## 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			2003			2004		
	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	838	516	1 206	835	611	1 337
CPEP	328	114	61	235	85	93	230	65	81	230	101	72	196	75	311	193	100	421
CPACI	109	15	39	80	4	40	79	13	35	87	12	36	78	14	43	52	11	37
CPA	51	1	19	53	0	12	30	1	21	24	1	20	27	3	19	19	2	16
	1 356	427	659	1 153	305	746	1 109	320	651	1 138	435	731	1 139	608	1 579	1 099	724	1 811
		2 442			2 204			2 080			2 304			3 326			3 634	

  

	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			2003			2004		
	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%	32.73%	20.16%	47.11%	30.00%	21.95%	48.04%
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%	33.68%	12.89%	53.44%	27.03%	14.01%	58.96%
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%	57.78%	10.37%	31.85%	52.00%	11.00%	37.00%
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%	55.10%	6.12%	38.78%	51.35%	5.41%	43.24%
	55.53%	17.49%	26.99%	52.31%	13.84%	33.85%	53.32%	15.38%	31.30%	49.39%	18.88%	31.73%	34.25%	18.28%	47.47%	30.24%	19.92%	49.83%

## 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%
2004	30.00%	21.95%	48.04%	27.03%	14.01%	58.96%	52.00%	11.00%	37.00%	51.35%	5.41%	43.24%	30.24%	19.92%	49.83%



## Cartes d'invalidité

### Exercice 2004

Dossiers transmis au CMSS :	3 629
Dossiers traités :	3 102 dont 3 024 sur base d'un certificat médical et 78 après convocation de l'intéressé.
Dossiers sans suite : (expiration du délai de 40 jours)	364
Dossiers en suspens :	163

#### Cartes d'invalidité attribuées en 2004

Carte A	2 907 ( dont 59 avec carte de priorité )
Carte B	105
Carte C	34
Refus	56
	<b>3 102</b>

**Cartes d'invalidité**  
 Décisions par tranches d'âge  
 Exercice 2004

Tranches	Carte A	Carte B	Carte C	Refus	Total	%	Carte de priorité
1910 - 1914	2	6	0	0	8	0.3%	0
1915 - 1919	21	2	0	0	23	0.7%	0
1920 - 1924	101	2	1	0	104	3.4%	0
1925 - 1929	282	3	1	0	286	9.2%	1
1930 - 1934	469	21	5	3	498	16.1%	14
1935 - 1939	725	15	2	8	750	24.2%	11
1940 - 1944	645	9	3	13	670	21.6%	6
1945 - 1949	336	12	3	12	363	11.7%	4
1950 - 1954	119	9	1	13	142	4.6%	5
1955 - 1959	81	7	2	3	93	3.0%	9
1960 - 1964	52	6	1	3	62	2.0%	4
1965 - 1969	35	2	1	1	39	1.3%	1
1970 - 1974	15	5	5	0	25	0.8%	2
1975 - 1979	11	2	1	0	14	0.5%	1
1980 - 1984	5	1	1	0	7	0.2%	0
1985 - 1989	4	1	0	0	5	0.2%	0
1990 - 1994	4	1	3	0	8	0.3%	1
1995 - 1999	0	1	4	0	5	0.2%	0
	<b>2 907</b>	<b>105</b>	<b>34</b>	<b>56</b>	<b>3 102</b>	<b>100.0%</b>	<b>59</b>

# Affections psychiques et psychosomatiques 2004

## Schizophrénie, troubles psychotiques

âge	femmes				Total	hommes				Total	
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
> 25 ans	5		1		6	8		1		9	15
âge moyen: 46					âge moyen: 36						

## Manies, troubles bipolaires

âge	femmes				Total	hommes				Total	
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
> 25 ans	2		1		3	1				1	4
âge moyen: 55					âge moyen: 30						

## Dépressions

âge	femmes				Total	hommes				Total	
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
< 20 ans						1				1	1
de 20 à 25 ans	7				7	4				4	11
> 25 ans	68	3	9	1	81	38	2	4		44	125
âge moyen: 46					âge moyen: 47						

## Troubles liés à l'angoisse

âge	femmes				Total	hommes				Total	
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
de 20 à 25 ans	1		1		2						2
> 25 ans	7		1		8	11		1		12	20
âge moyen: 45					âge moyen: 42						

## Troubles obsessionnels

âge	femmes				Total	hommes				Total	
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
de 20 à 25 ans	1				1						1
> 25 ans						1				1	1
âge moyen: 21					âge moyen: 43						

## Troubles post-traumatiques

âge	femmes				Total	hommes				Total	
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
< 20 ans	1		1		2						2
de 20 à 25 ans	6		1		7	1				1	8
> 25 ans	21		5		26	14	1	1		16	42
âge moyen: 37					âge moyen: 41						

## Troubles somatoformes

âge	femmes				Total	hommes				Total	
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
de 20 à 25 ans			1		1			1		1	2
> 25 ans	4				4	2	2	2		6	10
âge moyen: 37					âge moyen: 41						

## Troubles névrotiques

âge	femmes				Total	hommes				Total	
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
> 25 ans						2				2	2
					âge moyen: 50						

## Troubles alimentaires

âge	femmes				Total	hommes				Total	
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
< 20 ans	2		2		4	1				1	5
de 20 à 25 ans	6		1		7						7
> 25 ans	8	1	1	1	11						11
âge moyen: 28					âge moyen: 14						

## Troubles de la personnalité

âge	femmes				Total	hommes				Total	
	accord	refus	désist.	en attente		accord	refus	désist.	en attente		
de 20 à 25 ans	3		1		4	1		3		4	8
> 25 ans	17		3	1	21	8				8	29
âge moyen: 36					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	2				2	2		1		3	5
de 20 à 25 ans	1		1		2	1				1	3
âge moyen: 15					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	5		3		8	4		1		5	13
de 20 à 25 ans	25		6		31	7		4		11	42
> 25 ans	132	4	21	3	160	85	5	9		99	259
âge moyen: 40					âge moyen: 41						

# Alcoolisme et dépendance médicamenteuse 2004

## 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	2				2			1		1	3
> 25 ans	30	2	11	1	44	73	5	27	2	107	151
	âge moyen: 48					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					hommes					Total
	accord	refus	désist.	en attente	Total	accord	refus	désist.	en attente	Total	
> 25 ans	8	1			9	13		1		14	23
	âge moyen: 50					âge moyen: 48					

## 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	2	1	2		5	5		3		8	13
	âge moyen: 46					âge moyen: 42					

## 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	2				2	1		1		2	4
> 25 ans	40	4	13	1	58	91	5	31	2	129	187
	âge moyen: 48					âge moyen: 45					

# Autres toxicomanies (drogues dures et polytoxicomanie)

## 2004

### 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	
< 20 ans			1		1			1		1	2
de 20 à 25 ans			1		1	1				1	2
> 25 ans						1				1	1
âge moyen: 20					âge moyen: 24						

### 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	
de 20 à 25 ans						2				2	2
âge moyen: 21											

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

âge	femmes					hommes					Total
	accord	refus	désist.	en attente	Total	accord	refus	désist.	en attente	Total	
> 25 ans						1				1	1
âge moyen: 26											

### 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	1
de 20 à 25 ans	10		5		15	14		3	1	18	33
> 25 ans	9		6	1	16	38	2	14		54	70
âge moyen: 28					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		2	3
de 20 à 25 ans	10		6		16	17		3	1	21	37
> 25 ans	9		6	1	16	40	2	14		56	72
âge moyen: 27					âge moyen: 30						