

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL</b>	<b>3</b>
L'organisation de la sécurité sociale	3
Situation globale de la sécurité sociale	8
<b>L'ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ</b>	<b>9</b>
L'organisation de l'assurance maladie maternité	9
L'évolution financière de l'assurance maladie maternité	9
L'évolution législative et réglementaire	14
<b>L'ASSURANCE PENSION</b>	<b>19</b>
L'organisation de l'assurance pension	19
L'évolution financière de l'assurance pension	19
L'évolution législative et réglementaire	28
<b>L'ASSURANCE DEPENDANCE</b>	<b>31</b>
La situation financière de l'assurance dépendance	31
L'évolution législative et réglementaire	34
<b>L'ASSURANCE ACCIDENTS</b>	<b>37</b>
L'évolution de l'assurance accidents	37
L'évolution législative et réglementaire	41
<b>LE CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	<b>43</b>
<b>LES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	<b>55</b>
L'organisation des Juridictions de la Sécurité sociale	55
L'activité des juridictions de la sécurité sociale	55
<b>LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL</b>	<b>57</b>
Les instruments multilatéraux	57
Les instruments bilatéraux	59
Transferts à l'étranger	61



## INTRODUCTION

1. Dans le domaine de l'assurance maladie, tous les acteurs : prestataires de soins, partenaires sociaux et pouvoirs publics se sont engagés à poursuivre en 2006 le programme d'action pour le système de santé et de l'assurance maladie, qui a pour objectif de " soigner mieux en dépensant mieux ", en évitant des doubles emplois coûteux et en propageant des bonnes pratiques médicales. Différentes mesures ont pu être exécutées dans ce contexte.
2. Suite aux conclusions du comité de coordination tripartite du 28 avril 2006 et de la déclaration du Gouvernement sur la situation économique, sociale et financière du pays du 2 mai 2006, les mesures retenues dans le domaine de la sécurité sociale ont été transposées dans le cadre de différentes mesures législatives. Il a été retenu que dans le cadre des mesures de consolidation budgétaire, différentes interventions de l'Etat seront désormais à charge des cotisants. Il a été convenu de transférer la prise en charge des " baby years " et du complément différentiel de l'administration centrale vers les caisses de pension. D'un commun accord, il est procédé à l'abrogation de la prise en charge par l'Etat d'un tiers des dépenses d'adaptation et d'ajustement des rentes de l'assurance accident industriel. En 2006, la participation de l'Etat au financement de l'assurance dépendance a été gelée à son montant nominal inscrit au budget 2006. En contrepartie, il a été décidé de relever la cotisation de l'assurance dépendance de 1 à 1,4% à partir du 1er janvier 2007.
3. Conjointement avec le département du Travail et de l'Emploi, le département de la Sécurité sociale a poursuivi les travaux en vue de l'introduction d'un statut unique pour tous les salariés du secteur privé. Compte tenu des positions divergentes entre les partenaires sociaux, le Gouvernement a présenté fin 2006 ses orientations dans le document " vers un statut unique ", qui, en ce qui concerne le volet sécurité sociale, comporte les chapitres concernant la généralisation de la continuation de la rémunération (Lohnfortzahlung) et un modèle visant à compenser les charges des employeurs pendant la période transitoire ainsi que l'esquisse des fusions des caisses de maladie et des caisses de pension à entreprendre en vue de la réalisation du statut unique au 1er janvier 2009. Les travaux se poursuivront en 2007, notamment par la rédaction d'un avant-projet de loi.
4. Dans le domaine de la réforme de l'assurance accident, les travaux se sont poursuivis. Sur base de l'avis du Conseil économique et social, le groupe de travail ad hoc a examiné plus particulièrement la question de la réparation du préjudice. Un séminaire a été consacré à cet aspect. Il est envisagé de clôturer les travaux fin 2007, de sorte que la réforme puisse sortir ses effets conjointement avec la mise en place du statut unique.
5. A la suite de l'adoption de la loi du 23 décembre 2005 portant révision de la législation concernant l'assurance dépendance, les différents règlements d'exécution concernant les modalités d'évaluation des personnes dépendantes, y compris les enfants, les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques, des adaptations du logement et des produits nécessaires aux aides et soins, le fonctionnement de la commission consultative de l'assurance dépendance et de la commission de qualité des prestations ainsi que les modalités et les limites du dépassement du plan de prise en charge en cas de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance de la personne protégée, ont été adoptés, de sorte que la loi a pu sortir ses effets au 1er janvier 2007.
6. Au cours de l'exercice 2006, 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.



# LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL

## L'organisation de la sécurité sociale

### *Ministère de la Sécurité sociale*

Le Ministère de la Sécurité Sociale est compétent pour les domaines suivants: Législation de la sécurité sociale - Inspection générale de la sécurité sociale; Cellule d'évaluation et d'orientation en matière d'assurance dépendance - Contrôle médical de la Sécurité sociale - Conseil arbitral et Conseil supérieur des assurances sociales - Centre commun de la Sécurité Sociale - Office des assurances sociales - Caisse de pension des employés privés - Caisse de pension des artisans, des commerçants et des industriels - Caisse de pension agricole - Union des caisses de maladie - Caisses de maladie - Sociétés de secours mutuels.

Par ailleurs, les lois, règlements et les instruments internationaux, attribuent au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale des attributions spécifiques.

### *L'Inspection générale de la sécurité sociale*

L'inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), placée sous l'autorité du ministre de la sécurité sociale, exerce des tâches de conception et de contrôle sur l'ensemble de la sécurité sociale.

L'inspection générale de la sécurité sociale a notamment pour mission:

- de donner son avis sur les projets et propositions qui intéressent la sécurité sociale, de faire des propositions en vue d'une harmonisation et d'une coordination de la législation y relative;
- d'établir pour les besoins du Gouvernement les bilans actuariels des régimes de pension contributifs en étroite collaboration avec les différents organismes de pension;
- de recueillir les données statistiques nécessaires tant sur le plan national que sur le plan international suivant un plan statistique et comptable uniforme;
- de préparer les projets concernant la programmation sociale, à moyen ou à long terme, suivant les lignes de conduite à définir par le Gouvernement;
- de contribuer sur le plan international à tout travail d'élaboration en rapport avec les règlements communautaires et les conventions multi- ou bilatérales en matière de sécurité sociale des travailleurs migrants et d'en surveiller l'exécution dans le pays;
- d'assurer le contrôle des institutions sociales qui, en vertu des lois ou règlements, est exercé par le Gouvernement ou un membre du Gouvernement.

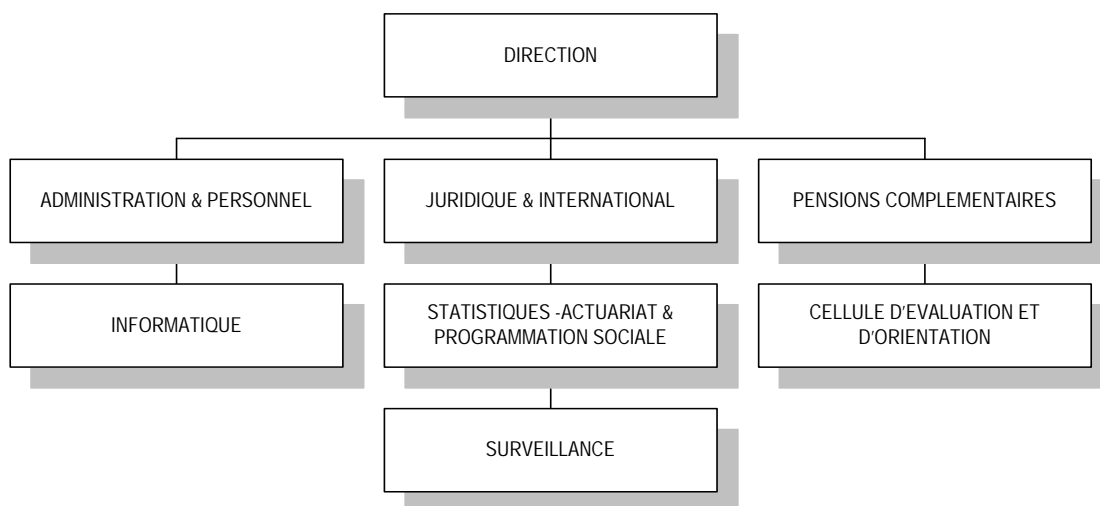
A l'égard des institutions de sécurité sociale, l'autorité de surveillance doit veiller à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières. A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la gestion de l'union des caisses de maladie et des caisses de maladie.

Si une décision de l'Union des caisses de maladie ou des caisses de maladie est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre de la sécurité sociale qu'elle saisit aux fins d'annulation.

Dans le cadre des régimes complémentaires de pension, l'inspection générale de la sécurité sociale exerce la mission de l'autorité compétente en la matière.

Par ailleurs, la *Cellule d'évaluation et d'orientation* prévue en matière d'assurance dépendance est rattachée administrativement à l'inspection générale de la sécurité sociale.

## Organigramme de l'IGSS.



## Nombre des emplois de l'IGSS:

<b>Inspection générale de la sécurité sociale</b>	<b>Directeur</b>	<b>1</b>
	Fonctionnaires de la carrière supérieure administrative	15
	Fonctionnaires des carrières supérieures scientifiques	8
	Fonctionnaires des carrières moyennes paramédicales	9
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur*)	30
	Fonctionnaires des carrières inférieures paramédicales *)	9
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire*)	1
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'huissier *)	1
	Employés de l'Etat (carrières scientifiques et paramédicales)	10
	Employés de l'Etat (carrière administrative)	12
	<b>TOTAL</b>	<b>96</b>

\*) Les fonctionnaires des carrières du rédacteur, d'expéditionnaire et d'huissier sont détachés de l'administration gouvernementale vers l'inspection générale de la sécurité sociale.

Le département de la Sécurité sociale et l'Inspection générale de la sécurité sociale se sont engagés dans un processus d'autoévaluation "Common Assessment Framework" sur invitation du Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative.

### **Institutions de sécurité sociale**

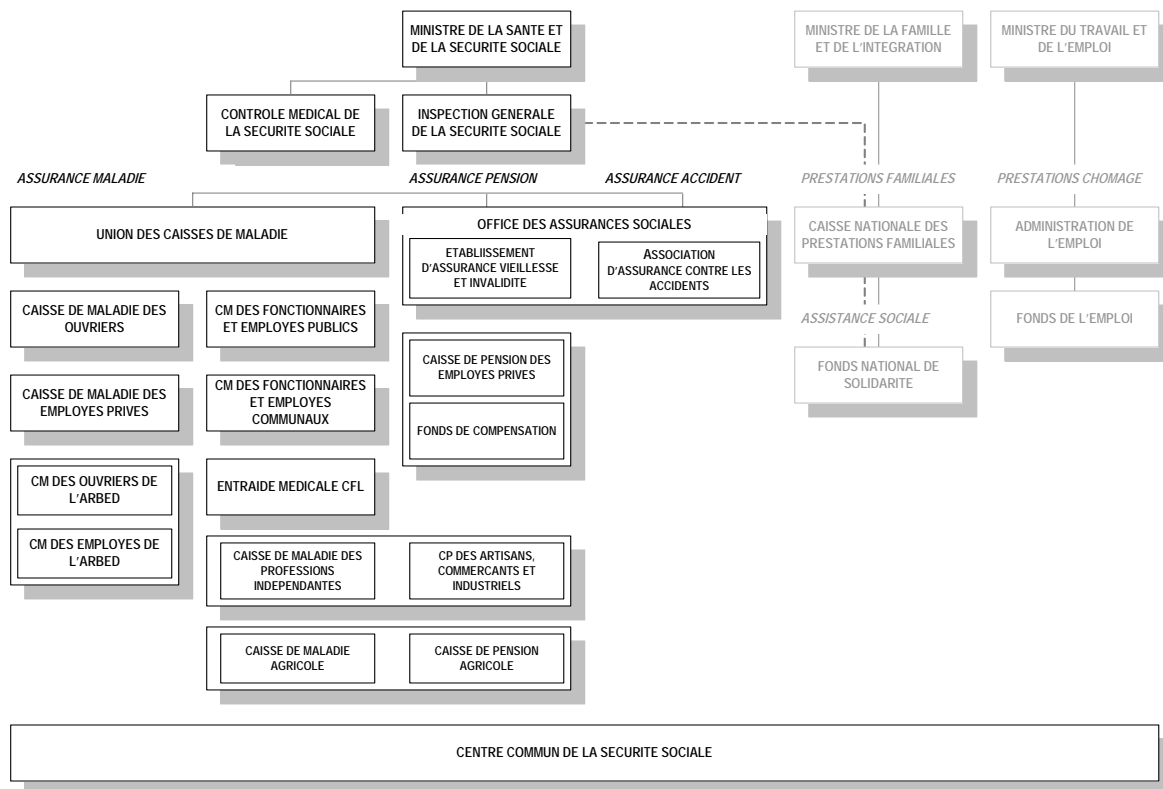
#### *Statut des institutions de sécurité sociale*

Les différentes institutions de sécurité sociale ont le caractère d'établissements publics, dotés de la personnalité civile.

Les institutions de sécurité sociale sont gérées par des organes (assemblée générale ou délégation; Comité-directeur ou Conseil d'administration) composés de représentants élus des partenaires sociaux et, éventuellement, de représentants de l'Etat.

Les institutions d'assurance sont placées sous la surveillance du Gouvernement qui exerce un contrôle de la légalité préalable ou consécutif aux décisions des organes de gestion. Le contrôle porte sur la légalité, et dans certains cas sur l'opportunité des décisions.

Organigramme des institutions de sécurité sociale luxembourgeoises:



*Concentration administrative*

Une certaine concentration administrative a été réalisée par la réunion des services des deux sections de l'association d'assurance contre les accidents et de l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité dans l'office des assurances sociales (OAS).

Il y a en outre à signaler le regroupement administratif de l'assurance maladie et de l'assurance pension dans les régimes des indépendants, à savoir:

- une union administrative regroupe la caisse de maladie des professions indépendantes et la caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels;
- une union administrative regroupe la caisse de maladie agricole et la caisse de pension agricole.

Ces deux organismes s'appellent respectivement administration commune des caisses de sécurité sociale des classes moyennes et administration commune des caisses de sécurité sociale de la profession agricole.

*Centre commun de sécurité sociale*

Le centre commun de la sécurité sociale (CCSS) a pour mission notamment:

- l'organisation de l'informatisation, la collecte et le traitement des données informatiques pour le compte des différentes institutions de sécurité sociale, du fonds national de solidarité, de l'administration de l'emploi, de l'inspection générale de la sécurité sociale, du contrôle médical de la sécurité sociale et de l'administration du personnel de l'État, dans le cadre des missions légales, réglementaires et statutaires dévolues à ces institutions et administrations;
- l'affiliation des assurés, la détermination, la perception et le recouvrement des cotisations d'après les dispositions y relatives en matière de sécurité sociale, la comptabilisation et la répartition de celles-ci entre les différents organismes;
- la création d'une banque de données de la sécurité sociale et l'exploitation de cette banque selon les besoins spécifiques des institutions et administrations de la sécurité sociale;
- la réalisation de tâches communes et d'études lui confiées par l'une ou l'autre ou par plusieurs des institutions et administrations de la sécurité sociale.

Une étude en vue de l'alignement stratégique du Centre informatique de la sécurité sociale a été réalisée au courant de l'exercice 2006.

L'alignement stratégique vise à mettre le CISS en mesure de mieux remplir ses obligations légales et d'assumer pleinement son rôle au sein de la sécurité sociale dans le contexte de l'environnement informatique ayant profondément évolué depuis la création du Centre commun.

Les mesures d'alignement visent à mieux gérer les risques liés à l'informatique, à améliorer la compréhension et la prise en compte des besoins informatiques et des demandes des organismes de la sécurité sociale et à améliorer l'utilisation et l'efficacité de l'ensemble des ressources informatiques.

Ces mesures s'appuient sur la compréhension du fonctionnement global de la sécurité sociale, sur un inventaire des besoins actuels et futurs des organismes de la sécurité sociale et sur une analyse du fonctionnement du CISS.

Suite à cette étude qui a été finalisée en 2006, un projet sera mis en œuvre à partir de l'exercice 2007 en vue de la mise en œuvre des mesures d'alignement dégagées.

Il y a lieu de préciser que les organismes de la sécurité sociale ont décidé de s'associer au projet SIGEP (Système Intégré de Gestion de l'Etat pour son Personnel) mis en œuvre par le Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative.

Dans le cadre de ce projet, un service commun aux organismes de la sécurité sociale sera implémenté au CCSS en vue de l'accomplissement de certaines tâches concernant les ressources humaines.

#### *Personnel des institutions de sécurité sociale*

##### 1) Le statut du personnel

Quatre règlements grand-ducaux fixent le statut du personnel des dix institutions de sécurité sociale, établissements publics, relevant du département de la Sécurité sociale en application des articles 282 et 325 du Code des assurances sociales. Ces règlements déterminent principalement le cadre du personnel assistant les organes dirigeants (délégués élus des assurés et des employeurs des salariés). Les agents desdites institutions sont divisés en quatre catégories:

- les fonctionnaires de l'Etat, relevant de la carrière supérieure, auprès de l'Union des caisses de maladie, l'Office des assurances sociales, la Caisse de pension des employés privés et du Centre commun de la sécurité sociale;
- les employés publics, qui sont assimilés aux fonctionnaires de l'Etat;
- les employés non-statutaires, qui sont assimilés aux employés de l'Etat, ainsi que
- les ouvriers assimilés aux ouvriers de l'Etat et dont la situation est régie par le contrat collectif applicable à ces derniers.

Sur base des dispositions légales contenues dans le Code des assurances sociales, lesdits règlements précisent cette assimilation: ils rendent en effet applicables aux agents n'ayant pas la qualité de fonctionnaire de l'Etat, les lois et règlements fixant le régime des fonctionnaires et employés de l'Etat tout en prévoyant des mesures spécifiques dérogeant à ce principe telles que notamment l'attribution des compétences en matière de nominations, de promotions, de démission et de mise à la retraite du personnel.

Tout comme pour les lois déterminant le cadre du personnel des administrations de l'Etat, les règlements grand-ducaux en question fixent les carrières et le nombre des emplois et fonctions pour chaque institution de sécurité sociale, les conditions et modalités de l'admission au service, de la formation et des examens administratifs, de la nomination et de la promotion.



## 2) Le nombre des emplois:

Institution	Carrière	Nombre d'emplois
<b>Union des caisses de maladie</b>	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>	
	Président	1
	Carrières supérieures	12
	Employés publics:	
	Carrière moyenne du rédacteur	60
	Carrières inférieures	40
	<i>Employés non-statutaires</i>	31
<b>TOTAL</b>		<b>144</b>
<b>Caisse de maladie des ouvriers</b>	<i>Employés publics</i>	
	Carrière moyenne du rédacteur	76
	Carrières inférieures	49
	<i>Employés non-statutaires</i>	36
	<b>TOTAL</b>	
<b>Caisse de maladie des employés privés</b>	<i>Employés publics</i>	
	Carrière moyenne du rédacteur	24
	Carrières inférieures	36
	<i>Employés non-statutaires</i>	6
<b>TOTAL</b>		<b>66</b>
<b>Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics</b>	<i>Employés publics</i>	
	Carrière moyenne du rédacteur	4
	Carrière inférieure	7
	<i>Employés non-statutaires</i>	5
<b>TOTAL</b>		<b>16</b>
<b>Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux</b>	<i>Employés publics</i>	
	Carrière moyenne du rédacteur	3
	Carrières inférieures	5
<b>TOTAL</b>		<b>8</b>
<b>Administration commune des caisses de sécurité sociale des classes moyennes</b>	<i>Employés publics</i>	
	Carrière supérieure	1
	Carrière moyenne du rédacteur	14
	Carrières inférieures	18
	<i>Employés non-statutaires</i>	4
<b>TOTAL</b>		<b>37</b>
<b>Administration commune des caisses de sécurité sociale de la profession agricole</b>	<i>Employés publics</i>	
	Carrière supérieure	
	Carrière moyenne du rédacteur	9
	Carrières inférieures	7
	<i>Employés non-statutaires</i>	5
<b>TOTAL:</b>		<b>22</b>
<b>Office des assurances sociales</b>	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>	
	Président	1
	Carrières supérieures	7
	Employés publics:	
	Carrières moyennes	106
	Carrières inférieures	17
	<i>Employés non-statutaires</i>	23
<b>TOTAL</b>		<b>154</b>
<b>Caisse de pension des employés privés</b>	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>	
	Président	1
	Carrières supérieures	3
	Employés publics:	
	Carrières moyennes	39
	Carrières inférieures	12
	<i>Employés non-statutaires</i>	18
<b>TOTAL</b>		<b>73</b>

Institution	Carrière	Nombre d'emplois
<b>Centre commun de la sécurité sociale</b>	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>	
	Carrière supérieure administrative	3
	Carrière supérieure de l'informaticien	14
	<i>Employés publics:</i>	
	Carrière moyenne du rédacteur	64
	Carrière moyenne de l'informaticien diplômé	30
	Carrière moyenne de l'ingénieur-technicien	3
	Carrière inférieure de l'expéditionnaire administratif	21
	Carrière inférieure de l'expéditionnaire informaticien	18
	Autres carrières inférieures	8
	<i>Employés non-statutaires</i>	15
	<b>TOTAL</b>	<b>176</b>
<b>TOTAL GENERAL :</b>		<b>857</b>

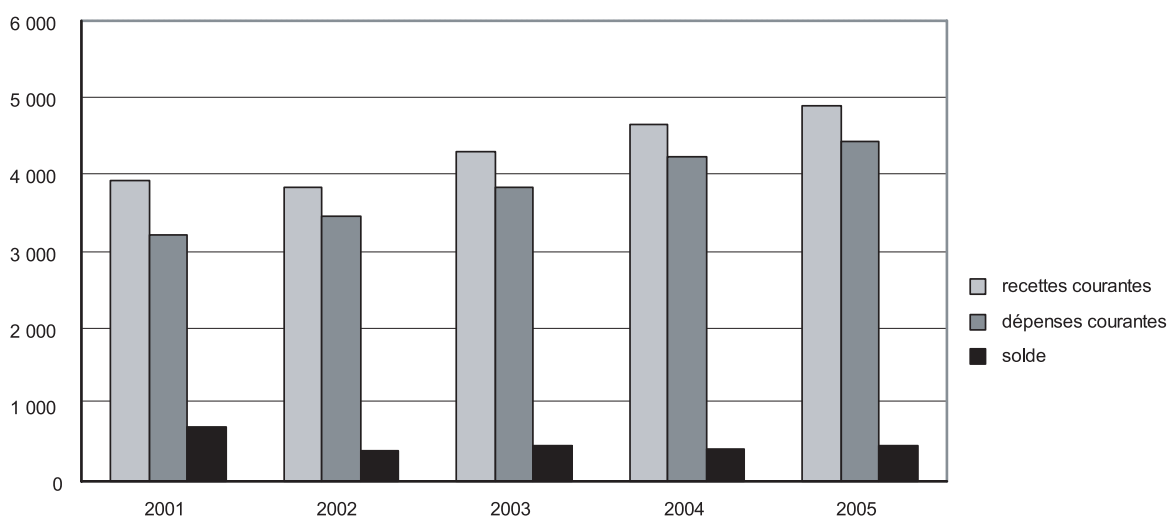
## Situation globale de la sécurité sociale

### Recettes et dépenses de la sécurité sociale

Les recettes courantes de l'ensemble des quatre branches de sécurité sociale considérées (assurance maladie maternité, assurance pension, assurance dépendance, assurance accidents) s'élèvent à 4 887,9 millions EUR en 2005, présentant une progression de 5,1% en comparaison avec l'année 2004 (4 651,4 millions EUR). Les dépenses courantes atteignent 4 426,1 millions EUR ce qui représente une augmentation de 4,8% par rapport à l'année 2004 (4 222,9 millions EUR). L'année 2005 termine avec un solde positif de 461,8 millions EUR (428,5 millions EUR en 2004). Les recettes courantes représentent 16,6% du PIB tandis que les dépenses courantes sont à 15,1% du PIB. Le solde revient à 1,6% du PIB.

En 2005 les cotisations des employeurs forment 26,3% des recettes courantes tandis que la participation des personnes protégées revient à 34,6%. Les pouvoirs publics interviennent pour 35,1%. 58,4% des dépenses courantes représentent des prestations en espèces et 37,4% des prestations en nature.

### Evolution des recettes et dépenses courantes de quatre branches de la sécurité sociale entre 2001 et 2005 (en millions EUR)



# L'ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ

## L'organisation de l'assurance maladie maternité

### *L'Union des caisses de maladie et les caisses de maladie*

La gestion de l'assurance maladie maternité est assurée conjointement par l'Union des caisses de maladie et les 9 caisses de maladie:

- 1) la caisse de maladie des ouvriers (CMO)
- 2) la caisse de maladie des ouvriers de l'ARBED (CMOA)
- 3) la caisse de maladie des employés privés (CMEP)
- 4) la caisse de maladie des employés de l'ARBED (CMEA)
- 5) la caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP)
- 6) la caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (CMFEC)
- 7) l'entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois (EMCFL)
- 8) la caisse de maladie des professions indépendantes (CMPI)
- 9) la caisse de maladie agricole (CMA).

L'Union des caisses de maladie (UCM) a une compétence générale pour toutes les affaires sous réserve des compétences d'attribution dévolues aux caisses de maladie.

Les caisses de maladie sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés et du forfait de maternité ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maladie et de maternité et de l'indemnité funéraire.

### *L'action concertée*

Le ministre de la sécurité sociale convoque annuellement un comité quadripartite qui réunit les ministres de la sécurité sociale, de la santé et des finances, les représentants des organisations professionnelles les plus représentatives des salariés et des employeurs, ainsi que ceux des groupements professionnels signataires des conventions.

Sur base d'un rapport établi par des experts, le comité quadripartite examine l'évolution des recettes et des dépenses en matière de santé et propose des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire en matière d'assurance maladie ainsi que toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays.

Si la croissance des dépenses entraîne un relèvement important du taux de cotisation, le comité quadripartite doit se concerter pour proposer des économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation des participations des assurés. Par ailleurs, si l'évolution du volume des actes et services des médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité, le comité quadripartite recommande l'introduction des mécanismes régulateurs.

Au cours de l'exercice 2006 deux réunions de comité quadripartite ont eu lieu.

## L'évolution financière de l'assurance maladie maternité

Les tableaux qui suivent présentent en premier lieu un bref rappel de l'évolution financière de l'assurance maladie maternité jusqu'à 2005 et des données provisoires pour l'exercice 2006.

### **1. Evolution financière globale**

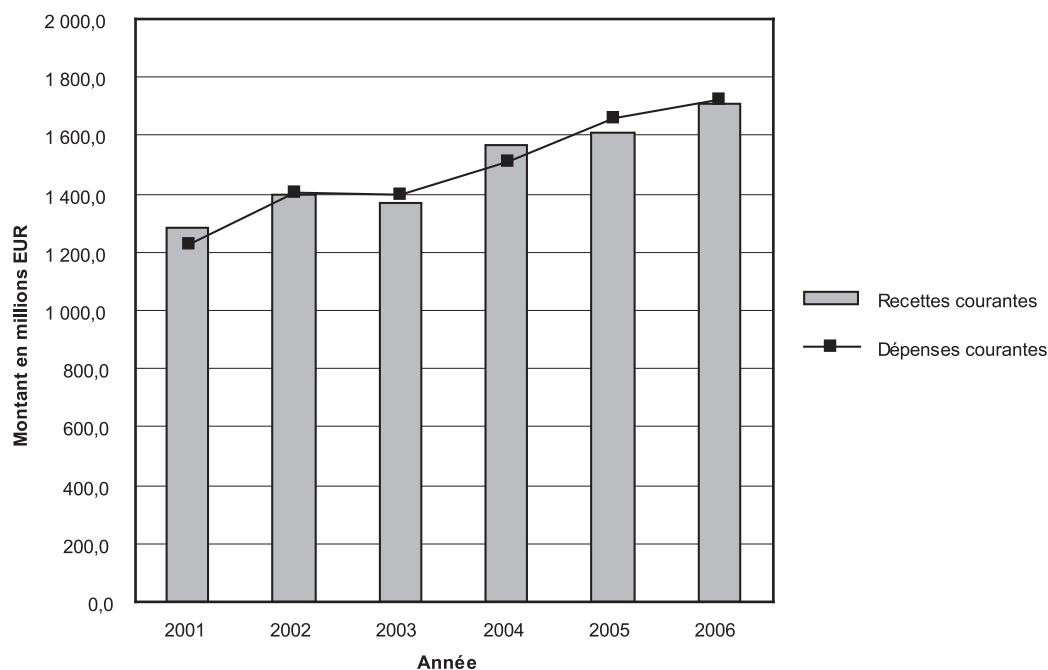
#### **1.1. Evolution des recettes et dépenses courantes<sup>1)</sup>**

Depuis 2001, les recettes courantes ont progressé à un rythme annuel moyen de 5,9% alors que les dépenses courantes ont augmenté de 6,7% en moyenne annuelle.

---

1) Données provisoires pour 2006, données ajustées en fonction des dotations et prélèvements aux provisions.

## Evolution des recettes et dépenses à partir de 2001

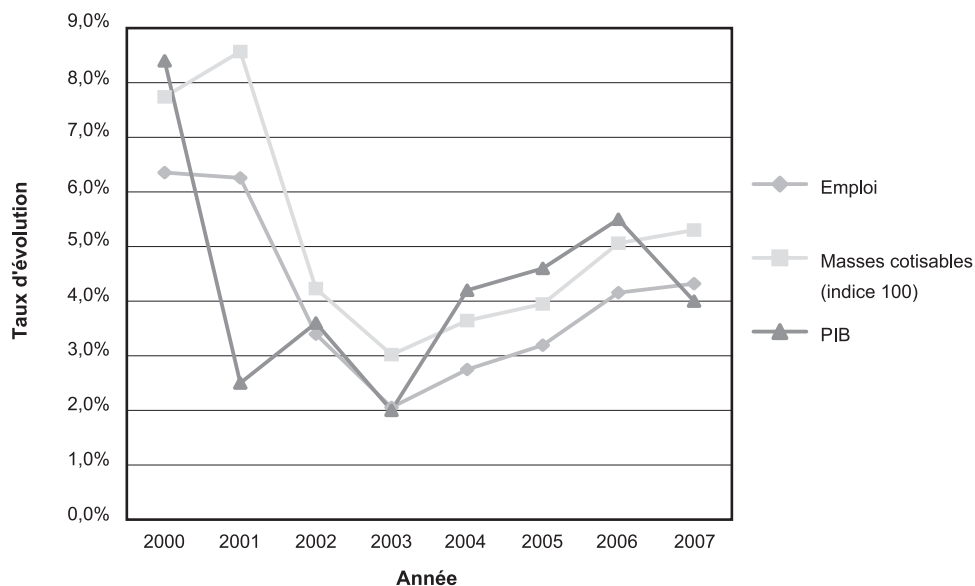


En 2006<sup>1)</sup>, les recettes courantes ont augmenté de 2,5% par rapport à 2005.

Les dépenses courantes se sont accrues de 3,6% en 2006.<sup>1)</sup>

L'évolution des salaires en relation avec le taux de variation de l'emploi et du PIB est représentée dans le graphique ci-après.

## Evolution des masses salariales (revenus soumis à cotisation des assurés ouvriers et employés)<sup>2)</sup>



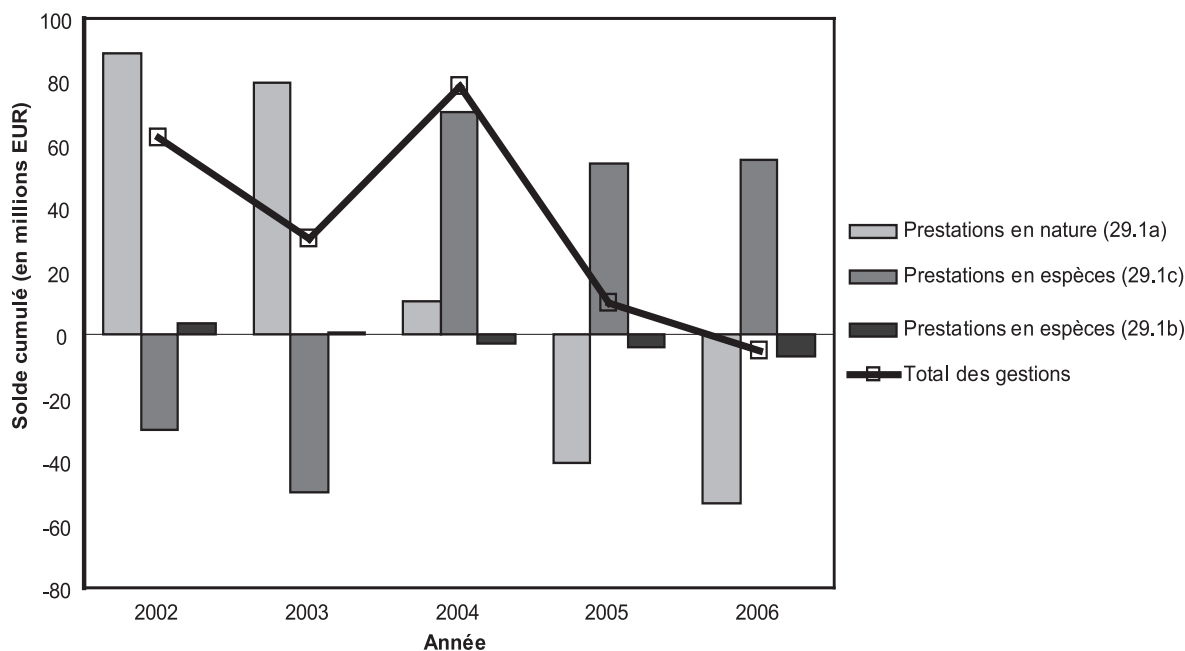
L'évolution des recettes en cotisations suit celle de la masse salariale, qui évolue de son côté en fonction de la situation de l'emploi.

Le graphique ci-après résume les résultats d'exploitation des 5 dernières années:

1) Données provisoires pour 2006, données ajustées en fonction des dotations et prélèvements aux provisions.

2) Respect. données provisoires et estimations pour 2006 et 2007.

## Evolution de la réserve de l'assurance maladie-maternité à partir de 2002 (en millions EUR)<sup>1)</sup>



On constate que malgré une dotation de 130 millions € en provenance du régime des pensions en 2004 et malgré un relèvement substantiel au 1er janvier 2005 du taux de cotisation pour prestations en nature, les réserves de l'assurance maladie maternité ont chuté de 86,3 millions € en 2001 à -5,0 millions €<sup>1)</sup> en 2006.

Le freinage du déficit budgétaire en 2006 par rapport à 2005 s'explique par une relance de l'économie luxembourgeoise et d'une reprise de l'emploi ce qui comporte des répercussions directes sur le montant des cotisations perçues par l'assurance maladie. En effet, la progression de ces cotisations pour 2006 est estimée 6,3%. Les cotisations à charge des assurés actifs augmentent en 2006 de 6,6%. Les augmentations prévues pour les cotisations versées par les assurés pensionnés sont de 4,4% en 2006.

## 2. Analyse par gestion

### 2.1. Les prestations en nature

A partir de 2003 on observe un solde négatif des opérations courantes, qui s'amplifie fortement en 2004 et 2005.

### Evolution de la gestion des prestations en nature (en millions EUR)

Exercice	2002	2003	2004	2005	2006
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées <sup>1)</sup>
nombre indice	599,46	611,92	624,63	640,24	653,52
RECETTES COURANTES <sup>2)</sup> :	1 043,95	1 107,72	1 166,3	1 315,7	1 398,7
DEPENSES COURANTES <sup>2)</sup> :	1 034,9	1 117,2	1 226,1	1 354,0	1 406,2
Solde des opérations courantes	9,1	-9,5	-59,8	-38,3	-7,5
Dotation /prélèvement au fonds de roulement	-14,3	-	-9,3	-12,6	-4,9
<b>Excédent / découvert de l'exercice</b>	<b>-5,3</b>	<b>-9,2</b>	<b>-69,2</b>	<b>-51,0</b>	<b>-12,5</b>
<b>Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserves)</b>	<b>88,8</b>	<b>79,6</b>	<b>10,4</b>	<b>-40,6</b>	<b>-53,1</b>
Taux de cotisation appliqué:	5,10%	5,10%	5,10%	5,40%	5,40%
<b>Taux d'équilibre de l'exercice:</b>	<b>5,12%</b>	<b>5,14%</b>	<b>5,41%</b>	<b>5,61%</b>	<b>5,45%</b>

1) Source: estimations UCM (septembre 2006).

2) Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions.

1) Données provisoires pour 2006.

A partir de 2002 le taux d'équilibre, c'est-à-dire le taux de cotisation théorique nécessaire pour garantir l'équilibre financier sans recourir aux réserves, est supérieur au taux de cotisation appliqué. L'augmentation des cotisations en 2005 a contribué à freiner la tendance déficitaire sans toutefois rétablir l'équilibre financier de cette gestion.

Le tableau ci-après livre le détail de l'évolution des prestations:

**Evolution des prestations en nature à partir de 2002<sup>\*)</sup>** (en millions EUR)

	2002	2003	2004	2005	2006 Données provisoires <sup>**)</sup>	2006/02 Variation annuelle moyenne
<b>Prestations de soins de santé au Luxembourg</b>	<b>832,7</b>	<b>900,2</b>	<b>1 031,40</b>	<b>1069</b>	<b>1127,8</b>	<b>6,3%</b>
Soins médicaux	163,1	177,9	215,4	227,4	227,3	6,9%
Soins médico-dentaires, prothèses, traitement orthodontique	38,8	41,8	48,2	49,4	52	6,0%
Frais de voyage et de transport	5,8	6,3	6,8	6,9	7,5	5,3%
Médicaments (secteur extra-hospitalier)	115,6	124,7	132,6	136,7	140,1	3,9%
Soins des autres professions de santé	34,1	38	42,6	46,6	51,5	8,6%
Moyens curatifs et adjuvants	21,7	24	25,3	26,5	28	5,2%
Analyses de laboratoire (secteur extra-hospitalier)	27,9	32,3	38,2	32	36	5,2%
Rééducation et cures	13,6	8,3	8,6	8,9	9,3	-7,3%
Soins hospitaliers	409,4	443,7	509,8	530,5	571,6	6,9%
Médecine préventive	2,6	3	3,9	4,1	4,5	11,6%
Prestations diverses	0,1	0,1	0,1	0	p.d	
<b>Prestations de soins de santé à l'étranger</b>	<b>157</b>	<b>171</b>	<b>146,9</b>	<b>234,3</b>	<b>222,5</b>	<b>7,2%</b>
Prestations servies en vertu de conventions internationales	152,1	165,9	141,2	228,4	216,4	7,3%
Autres prestations à l'étranger	4,7	4,9	5,4	5,7	6,1	5,4%
Frais de séjour à l'étranger	0,2	0,2	0,3	0,2	p.d	
<b>Maternité</b>	<b>21,9</b>	<b>22,4</b>	<b>23,3</b>	<b>26,3</b>	<b>31,1</b>	<b>7,3%</b>
Prestations au Luxembourg	15,7	16,2	18,1	19,7	22,8	7,7%
Prestations à l'étranger	6,1	6,2	5,3	6,7	8,3	6,4%
<b>Indemnités funéraires</b>	<b>3,6</b>	<b>4,1</b>	<b>3,7</b>	<b>3,7</b>	<b>4</b>	<b>2,1%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1 015,20</b>	<b>1 097,70</b>	<b>1 205,40</b>	<b>1 333,4</b>	<b>1 385,4</b>	<b>6,4%</b>

<sup>\*)</sup> Déduction faite des prélèvements aux provisions.

<sup>\*\*)</sup> Source: estimations UCM (septembre 2006).

## 2.2. Les prestations en espèces

### 2.2.1. La gestion 29.1c (prestations en espèces ouvriers)

**Evolution de la gestion prestations en espèces 29.1c (ouvriers)** (en millions EUR)

	2002	2003	2004 <sup>*)</sup>	2005	2006 <sup>**)</sup>
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées
<b>Recettes courantes</b>	<b>143,1</b>	<b>150,1</b>	<b>287,0</b>	<b>166,0</b>	<b>175,0</b>
<b>Dépenses courantes</b>	<b>159,1</b>	<b>170,2</b>	<b>165,2</b>	<b>181,1</b>	<b>173,3</b>
Solde des opérations courantes	-16,0	-20,1	121,8	-15,1	1,7
Taux de cotisation appliqué	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,33%	5,37%	5,00%	5,20%	4,67%

<sup>\*)</sup> Apport financier de 130 millions € en 2004 de la part des caisses de pensions.

<sup>\*\*)</sup> Source: estimations UCM (septembre 2006).

En 2005 le rythme des dépenses, comparé à celui de 2004, s'accélère et on enregistre un solde d'exploitation négatif. Le solde cumulé par contre est positif grâce à une réserve importante obtenue en 2004 par le transfert de 130 millions € des caisses de pensions. Pour la période 2002 à 2006 les dépenses augmentent de 1,7% en moyenne annuelle, la croissance des recettes pour cette même période est de 4,1%.

Les données provisoires pour 2006 montrent un le solde positif des opérations courantes. Il a été tenu compte d'une relance de l'activité économique au Luxembourg, qui va de pair avec une relance sur le marché de travail et une augmentation des masses cotisables. De plus, on s'attend à une réduction continue des cas de maladie et de la durée moyenne des périodes de maladie indemnisées, conséquence de la nouvelle gestion et prise en charge de l'incapacité de travail.

### 2.2.2. La gestion 29.1b (prestations en espèces employés et indépendants)

#### Evolution de la gestion prestations en espèces 29.1b (employés et indépendants) (en millions EUR)

	2002	2003	2004	2005	2006 **)
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées
<b>Recettes courantes</b>	<b>14,2</b>	<b>13,8</b>	<b>14,5</b>	<b>15,8</b>	<b>16,7</b>
<b>Dépenses courantes</b>	<b>14,7</b>	<b>16,5</b>	<b>17,8</b>	<b>16,9</b>	<b>20,1</b>
Solde des opérations courantes	-0,5	-2,7	-3,3	-1,1	-3,4
Taux de cotisation appliqué	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%
Taux d'équilibre de l'exercice	0,21%	0,24%	0,25%	0,25%	0,25%

\*\*) Source: estimations UCM (septembre 2006).

En 2005, le découvert de cette gestion, s'amenuise, pour s'approfondir en 2006.

### 2.2.3. L'application de la loi du 21 décembre 2004 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle

La loi du 21 décembre 2004 a soumis la poursuite du paiement de l'indemnité pécuniaire au-delà de la dixième semaine d'incapacité de travail au cours d'une période de référence de vingt semaines à la présentation par l'assuré d'un rapport médical circonstancié. L'idée à la base de cette innovation est de permettre au Contrôle médical une réorientation éventuelle de l'assuré dans les meilleurs délais: lors de l'examen de l'assuré, le médecin-conseil dispose d'un rapport détaillé lui permettant de constater que

- ou bien l'assuré est devenu indisponible pour le marché du travail et peut dès lors bénéficier d'une pension d'invalidité;
- ou bien il est incapable à exercer son dernier poste de travail et peut ainsi profiter d'un reclassement interne ou externe;
- ou bien il est de nouveau capable de travailler;
- ou bien l'incapacité temporaire de travail persiste et que le paiement de l'indemnité pécuniaire est justifié au-delà de la dixième semaine.

De novembre 2005 à juin 2006, 12.576 assurés de la Caisse de maladie des ouvriers et de la Caisse de maladie des employés privés ont reçu un formulaire R4 à remplir par le médecin traitant du fait qu'ils avaient cumulé six semaines d'incapacité de travail. Le taux de retour du formulaire rempli atteint près de 92%; 77% des R4 sont renvoyés dans un délai de quatre semaines. Plus des deux tiers des assurés qui n'ont pas renvoyé le formulaire ont entre-temps repris leur travail ou arrêté leur activité professionnelle.

L'évaluation par le Contrôle médical des 11.527 formulaires rentrés au 15 septembre 2006, a donné lieu à 612 saisines de la Commission mixte en vue d'un reclassement, dont 118 dans le cadre d'une demande en invalidité. 430 assurés ont rempli les conditions pour toucher une pension d'invalidité, dont 336 sont atteints d'une invalidité permanente.

2.543 assurés sont restés incapables de travailler au bout de neuf semaines après l'envoi du R4. Les autres assurés ont repris leur travail ou arrêté leur activité professionnelle à cette date.

L'OCDE est en train d'évaluer les incidences de la réforme entreprise. Les conclusions de cette étude seront disponibles en juillet 2007.

#### 2.2.4. Introduction d'un régime unique pour les salariés au sens de la loi modifiée du 24 mai 1989 sur le contrat de travail

Lors des réunions du Comité de coordination tripartite qui se sont déroulées aux mois d'octobre, novembre et décembre 2005 et au mois d'avril 2006, le Gouvernement et les partenaires sociaux ont procédé à un état des lieux détaillé de la situation économique, financière et sociale du pays.

Dans le contexte de la sécurité sociale le comité a décidé d'introduire un régime unique pour tous les salariés du secteur privé (ouvriers et employés). Une étude sur l'impact financier de l'uniformisation du système d'indemnisation en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie a été programmée pour fin 2006. Elle s'inspirera du statut des employés en ce qui concerne la durée de la prise en charge et la continuation du paiement des salaires par les employeurs en cas d'incapacité de travail et essaiera de trouver une solution qui ne conduira à aucune charge financière supplémentaire pour l'économie dans son ensemble.

#### 2.3. Les prestations de maternité

Les prestations de maternité sont financées entièrement par l'Etat. Une comparaison des recettes et des dépenses ne présente pas d'intérêt, étant donné que l'équilibre financier est garanti d'avance.

Le tableau suivant présente donc l'évolution des dépenses en général ainsi que celle des prestations en nature et en espèces.

##### Evolution des prestations de maternité (en millions EUR)

	2002	2003	2004	2005	2006 <sup>**)</sup>
	Décompte	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations actualisées
Dépenses courantes dont	87,2	94,0	100,9	111,0	121,9
Prestations en nature	21,9	22,4	23,3	26,3	31,1
variation en %		2,3%	4,0%	12,9%	18,3%
Prestations en espèces	62,4	68,4	74,3	81,2	86,8
variation en %		9,6%	8,6%	9,3%	6,9%
Autres	2,9	3,2	3,2	3,5	4

<sup>\*\*)</sup> Source: estimations UCM (septembre 2006).

L'augmentation significative des frais pour prestations en nature en 2005 est liée en partie au remboursement de prestations à l'étranger. La croissance pour les prestations à Luxembourg est de l'ordre de 8,8% en 2005 et imputable en majeure partie à un réajustement de certains tarifs médicaux liés à l'accouchement.

Les prestations en espèces comprennent le congé de maternité proprement dit, le congé d'accueil en cas d'adoption d'un enfant, ainsi que les dispenses de travail pour femmes enceintes décidées par le médecin du travail. L'évolution très dynamique des prestations en espèces de maternité est due à une combinaison de plusieurs facteurs:

- Nombre croissant de femmes actives;
- Croissance exponentielle du nombre de femmes enceintes profitant d'une dispense de travail en application de la loi du 1er août 2001 concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes;
- Augmentation du niveau des salaires.

#### Mise en oeuvre du programme d'action

De l'exposé sur la situation financière de l'assurance maladie au comité quadripartite lors de la réunion du 26 octobre 2005, il s'est dégagé qu'en ce qui concerne la gestion des prestations en nature, la dégradation de la situation financière de l'assurance maladie se poursuivait. Pour la gestion des prestations en espèces pour les ouvriers, la situation resterait préoccupante tandis que pour les employés et les indépendants, on a pu constater une légère amélioration de la situation. Pour l'exercice 2006, le niveau de la réserve légale reste en dessous du seuil minimum légal. De nouvelles mesures étaient donc nécessaires pour redresser la situation de la gestion des prestations en nature.

Voilà pourquoi le comité de pilotage regroupant sous le patronage du Ministre de la Sécurité sociale les experts gouvernementaux en matière de santé et de sécurité sociale, a continué ses travaux tout au long de l'année 2006 et les a étendus à tous les domaines intéressant l'assurance maladie. Voici les mesures principales prises:



### ***L'introduction de médicaments génériques***

En date du 13 février 2006, le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, de concert avec l'Association des médecins et médecins dentistes et le Syndicat des pharmaciens, a lancé une première campagne d'information promouvant les médicaments génériques. La campagne se limitait alors à sept principes actifs, sélectionnés en raison des préalables remplis par rapport à l'offre du marché et à l'environnement médical luxembourgeois.

Depuis automne 2006, cette liste a été élargie à 16 principes actifs et une lettre circulaire y relative a été envoyée au corps médical. Pour juin 2007, il est prévu d'ajouter huit groupes additionnels à la liste. Cette liste est renseignée sur le site Internet de l'Union des caisses de maladie.

### ***L'e-Santé et le partage des données médicales***

Dans le cadre du plan d'action e-Santé, un groupe de travail comprenant des représentants du Ministère de la Santé, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, du CRP-Santé, de l'Association des médecins et médecins dentistes, de l'Union des caisses de maladie, de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois et de e-Luxembourg a été instauré afin de définir un plan stratégique sectoriel e-Santé au Luxembourg. Ce plan sectoriel s'est donné entre autres comme objectifs, de faciliter le partage électronique des données médicales et soignantes existantes et de permettre au citoyen d'accéder aux services du e-Santé.

Le plan d'action e-Santé a été présenté à l'action concertée du 18 octobre 2006 et depuis validé par le Conseil de Gouvernement. Le groupe de travail se réunira au mois de février 2007 afin de se mettre d'accord sur la démarche méthodologique à adopter afin de mettre en œuvre le plan d'action.

### ***L'informatisation du dossier médical***

Lors de ses échanges en 2006, le groupe de travail " Organisation hospitalière : Système d'information et qualité de gestion " a, en analysant et en affinant l'avant-projet de règlement portant introduction d'un modèle type de dossier individuel et d'un modèle type de résumé clinique, créé les bases pour mettre en place le dossier patient standardisé.

Afin d'être en mesure d'informatiser à moyen terme les échanges hospitaliers des données médicales, soignantes et de gestion, le Centre de recherche public Henri Tudor a été chargé de faire pour 2007 un Inventaire des Systèmes Informatiques de Santé (ISIS) et d'élaborer des recommandations favorisant l'intégration et la communication des données médicales.

### ***Les certificats d'incapacité de travail***

Une méthodologie en rapport avec les profils des médecins relatifs aux certificats d'incapacité de travail a été mise au point par l'Union des caisses de maladie et présentée lors du comité quadripartite du 26 octobre 2005. Cette méthodologie a été élargie et inclue désormais la situation des employés.

Dans un avenant à la convention de l'Union des caisses de maladie avec l'Association des médecins et médecins dentistes, un seuil maximal de 50% a été retenu comme norme, de sorte qu'il existera à l'avenir une assise juridique pour lutter contre les abus éventuels.

En ce qui concerne les formulaires R4, la première étape du projet informatique a été pratiquement réalisée par le Centre commun de la sécurité sociale; une deuxième étape consistant dans l'intégration de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base du formulaire dans le système est sur le point d'être entamée.

Un premier bilan des mesures instaurées par les lois du 21 décembre 2004 et du 1er juillet 2005 a été présenté au comité quadripartite au mois d'octobre 2006 qui a montré que:

- Le taux de retour du rapport médical (formulaire R4) est très élevé puisqu'il atteint près de 77 pour cent;
- 10 pour cent des assurés sont réorientés;
- Le formulaire R4 provoque le retour au travail alors que plus de deux tiers des assurés qui n'ont pas renvoyé le formulaire ont repris le travail ou ont pris leur retraite.

L'action concertée d'octobre 2006 a demandé à ce qu'un bilan extensif de la situation avant et après l'application de cette mesure devra être présenté à la quadripartite de mars 2007.

### ***Les analyses de laboratoire***

Suite au litige qui oppose les laboratoires extrahospitaliers à l'Etat et à l'Union des caisses de maladie au sujet de la limitation à 12 actes par ordonnance médicale, il est retenu de prévoir des mesures similaires pour le secteur hospitalier. Une note méthodologique concernant les prestations est en voie d'élaboration et attendue pour le 1er semestre 2007.

### ***La prescription des médicaments***

Le Contrôle médical de la sécurité sociale a procédé depuis avril 2005 (septembre 2005, automne 2006) régulièrement à des évaluations des prescriptions extra-hospitalières en matière de médicaments et en a fait communication aux prestataires.

Il a été décidé d'établir de véritables profils des médecins quant à leur habitude de prescription de médicaments.

### ***L'usage judicieux de médicaments***

En ce qui concerne la consommation de médicaments, il est impératif pour une bonne santé des bénéficiaires et une meilleure maîtrise des frais de soins de santé de promouvoir l'usage judicieux des médicaments. Une première campagne de sensibilisation pour l'usage raisonné des antibiotiques sera suivie par un rappel au début de l'année prochaine. En 2006, il a été envisagé de lancer une campagne similaire sur les psychotropes.

### ***Le Conseil scientifique***

L'institution d'un Conseil scientifique dont la mission consiste à établir des " guide lines " pour une bonne pratique de la médecine et d'informer les concernés a été un premier pas vers une " evidence based medecine ".

### ***Secteur hospitalier***

L'Entente des hôpitaux luxembourgeois avait retenu comme objectifs pour 2006 de formaliser les procédures de fonctionnement et de communication inter-hospitalière et de transposer en démarche qualité l'approche des achats en commun. L'EHL demande par ailleurs au corps médical de s'engager davantage dans ce dossier et ce notamment pour l'établissement de normes et de standards communs. L'EHL a présenté ses travaux à la quadripartite d'octobre 2006.

Une société spécialisée en services de consultance dans le domaine de la santé, a analysé au courant de l'année 2006 la consommation de médicaments dans les six hôpitaux généraux du pays. Le résultat de l'analyse montre une économie à réaliser d'environ 17 pour cent des frais de médicaments constatés en 2004.

La collaboration entre médecins libéraux et salariés (professionnels de santé et personnel administratif et technique) au sein de nos hôpitaux doit être renforcée de manière significative, notamment par une meilleure structuration des services médicaux des hôpitaux et par l'introduction d'un statut de médecin coordinateur de service avec des responsabilités réelles bien définies.

L'AMMD ainsi que l'EHL ont finalisé de part et d'autre une proposition du profil du médecin coordinateur de l'hôpital. Des pourparlers entre l'association des médecins et l'entente des hôpitaux sont prévus. Le Ministre demande à voir un projet consolidé du profil du médecin coordinateur de la part de l'AMMD et de l'EHL pour début de l'année 2007.

Afin d'analyser les besoins réels en matière de recrutement de médecins spécialistes et de réguler l'activité médicale à l'hôpital, un premier recensement avait été réalisé au courant de l'été 2005 et répété en 2006 sur base d'un schéma identique. Ces données ont été dépouillées et analysées dans le rapport sur la situation de l'assurance maladie préparé pour l'action concertée d'octobre 2006.

Il est envisagé de procéder à un audit de la gestion des hôpitaux. A cet effet, un groupe de travail sera institué, qui devra se pencher sur les voies et moyens pour améliorer l'intégration des médecins dans le fonctionnement de l'entreprise hospitalière et se mettre d'accord sur la fonction du médecin coordinateur de service

Finalement, il a été décidé de procéder à une réévaluation de la nomenclature des actes et services des médecins en vue de l'adapter à l'activité hospitalière des médecins.

### ***Les modifications législatives de l'assurance maladie***

Fin 2005 et début de l'année 2006, un groupe de travail s'est réuni à plusieurs fois pour dresser un inventaire des différentes modifications législatives nécessaires suite aux réflexions du comité de pilotage. Un papier de positionnement y relatif a depuis été préparé. Cette note est toutefois à revoir à la lumière des conclusions récentes du comité. Une réforme complète de l'assurance maladie s'imposera probablement.

### ***Relations avec les prestataires de soins***

En ce qui concerne les relations de l'assurance maladie avec les prestataires de soins, il est important de signaler que par différents règlements grand-ducaux, certaines nomenclatures des actes et services pris en charge par l'assurance maladie ont été adaptées aux connaissances scientifiques actuelles.

## **L'introduction d'un statut unique pour tous les salariés du secteur privé**

Dans le cadre de l'introduction du statut unique en matière d'indemnités pécuniaires de maladie pour les ouvriers et pour les employés privés, plusieurs réunions ont eu lieu entre les partenaires sociaux et les Ministres du Travail et de l'Emploi et de la Sécurité sociale.

Comme les modèles présentés par les partenaires sociaux n'ont pas trouvé l'accord mutuel, le Gouvernement a présenté ses propositions en date du 6 février 2007 aux partenaires sociaux.

Sur base de ce document, un avant-projet de loi sera élaboré, qui, après approbation par le Gouvernement en Conseil, suivra la procédure législative.

Ce projet permettra la fusion des caisses de maladie et des caisses de pension du secteur privé. Le projet de fusion sera accompagné d'une démarche visant à rationaliser les processus administratifs en matière de sécurité sociale. Il est entendu que les discussions bilatérales seront poursuivies en vue de tenir compte, le cas échéant, des doléances présentées par les partenaires sociaux.

Feront notamment objet de ces discussions les points suivants: traitement du différentiel entre le taux de cotisation actuel des ouvriers et le taux de cotisation futur, thématization de l'absentéisme abusif, le régime des heures supplémentaires.



# L'ASSURANCE PENSION

## L'organisation de l'assurance pension

### Les caisses de pension

La gestion du régime général de pension est assurée par les caisses de pension suivantes:

- 1) l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (AVI);
- 2) la caisse de pension des employés privés (CPEP);
- 3) la caisse de pension des artisans, commerçants et industriels (CPACI);
- 4) la caisse de pension agricole (CPA).

### Le Fonds de compensation

La gestion de la réserve de compensation incombe à un établissement public, dénommé Fonds de compensation commun au régime général de pension. La gestion de certains éléments de la fortune peut être confiée aux caisses de pension.

## L'évolution financière de l'assurance pension

### Appréciation globale des opérations courantes

En 2005 les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 534,1 millions EUR. Ce résultat a été obtenu avec une croissance prononcée des recettes de 6,5% face à des dépenses qui n'augmentent que de 1,6%. En éliminant l'évolution de l'échelle mobile des salaires, les dépenses diminuent même de 0,9%, tandis que les recettes progressent de 3,9%. La comparaison des dépenses souffre évidemment de l'inclusion dans le compte de 2004 du montant compensatoire de 130 millions EUR transféré à l'UCM.

### Opérations courantes (en milliers EUR)

Année	Dépenses courantes	Variation	Variation n.i. 100	Recettes courantes	Variation	Variation n.i. 100	Excédent
2001	1 695 595,7	8,2%	4,9%	2 315 128,2	14,1%	10,7%	619 532,5
2002*)	1 981 036,7	16,8%	14,5%	2 388 346,2	3,2%	1,1%	407 309,4
2003	2 015 803,1	1,8%	-0,3%	2 501 530,1	4,7%	2,6%	485 727,0
2004**)	2 229 130,6	10,6%	8,3%	2 627 720,9	5,0%	2,9%	398 590,3
2005	2 264 488,5	1,6%	-0,9%	2 798 570,4	6,5%	3,9%	534 081,9

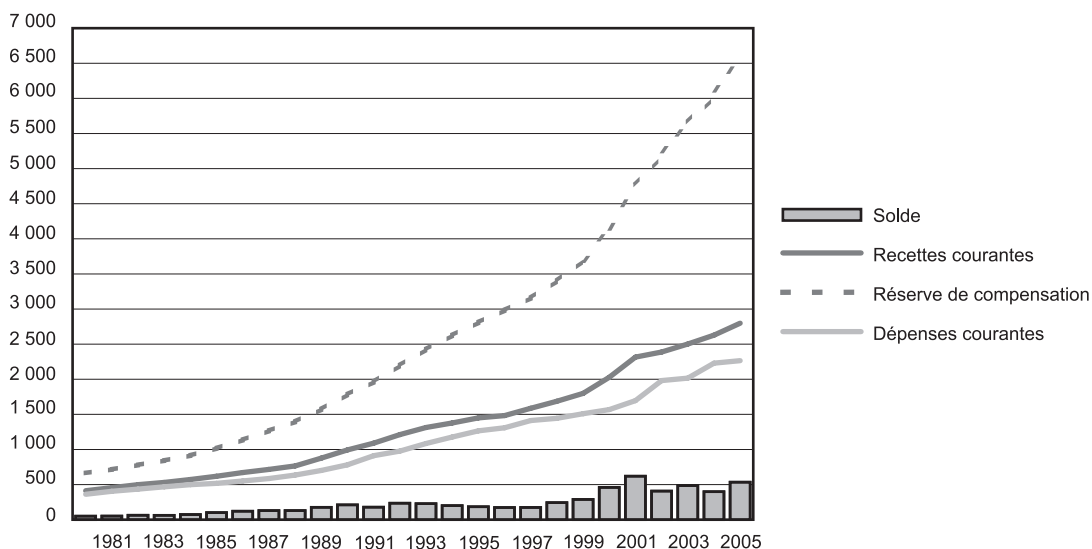
\*) compris en dépenses le transfert des cotisations baby-year au montant total de 111 425 695,77 euros  
\*\*) compris en dépenses le montant compensatoire de 130 000 000,00 euros transféré à l'UCM

En général l'évolution des recettes suit celle de la conjoncture économique, soit du développement de l'emploi par le nombre des affiliés et par le niveau des revenus et salaires.

Les dépenses augmentent en fonction, d'une part, de la croissance du nombre des bénéficiaires et, d'autre part, de celle du niveau moyen des prestations. Ce dernier, en dehors de l'impact de la réforme des prestations de 1991 et 2002, augmente avec l'évolution du coût de la vie et suivant les échéances biennales des ajustements.

Les recettes courantes atteignent 10,1% du PIB face à 10,2% en 2004, tandis que les dépenses courantes régressent de 8,7% à 8,2% du PIB (PIB; source: STATEC).

## Evolution des recettes, des dépenses et de la réserve du régime général (montants en millions EUR)



### Les recettes courantes

Les cotisations globales (y compris les cotisations à charge des pouvoirs publics) représentent avec 2 584,5 millions EUR plus de 90,0% des recettes courantes, les revenus de la fortune atteignent 158,7 millions EUR et représentent 5,7%, le reste est constitué par diverses contributions de l'Etat et par les transferts et les recettes diverses.

### Structure des recettes courantes en 2005 (en milliers EUR)

Cotisations des assurés et des employeurs	1 723 024,6	61,6%
Cotisations des pouvoirs publics	861 491,2	30,8%
Autres contributions de l'Etat	41 056,9	1,5%
Revenus de la fortune	158 730,9	5,7%
Transferts et recettes diverses	14 266,8	0,5%
<b>Total des recettes courantes</b>	<b>2 798 570,4</b>	<b>100,0%</b>

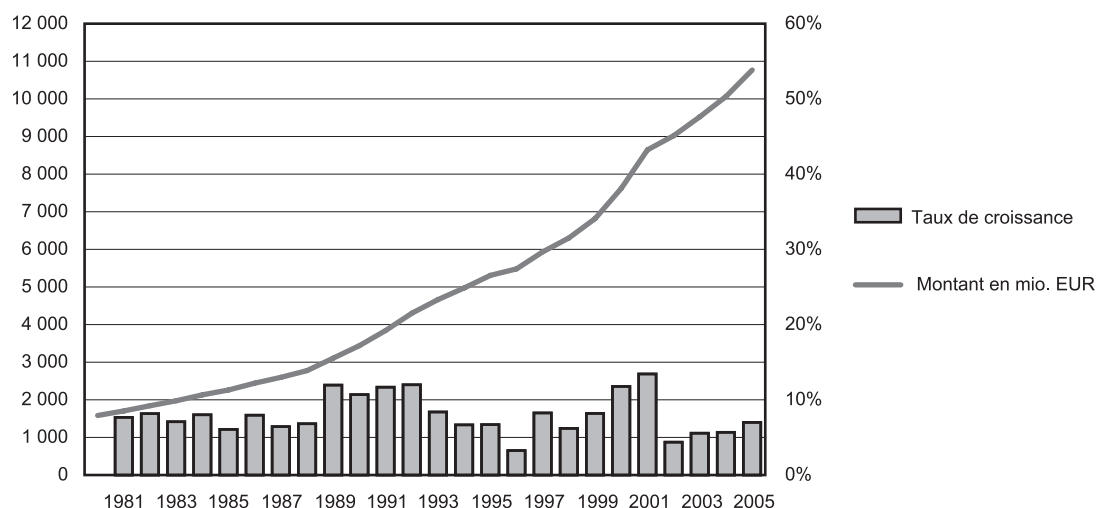
### Les cotisations des assurés et des employeurs

Les cotisations des assurés et des employeurs se montent à 1 723,0 millions EUR face à 1 610,3 millions EUR en 2004. La progression affiche 7,0% contre 5,7% en 2004, soit un taux de croissance réel de 4,4% en 2005 contre 3,5% en 2004.

La progression moyenne annuelle du montant des cotisations pendant la période de couverture allant de 1992 à 1998 se situait à 7,2%, soit 5,1% en valeur réelle.

La progression moyenne annuelle pendant la dernière période de couverture de 1999 à 2005 se maintient à 7,9%, soit 5,4% en valeur réelle.

## Evolution de la masse cotisable

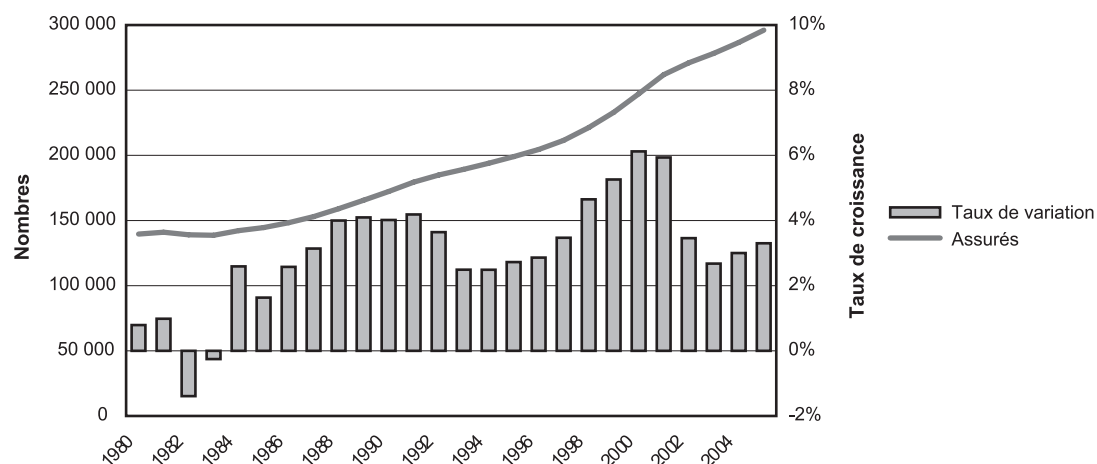


L'évolution du volume des cotisations à charge des assurés et des employeurs s'explique exclusivement par l'évolution de la masse des revenus cotisables puisque le taux de cotisation est resté constant à 16%.

A côté de l'évolution du niveau général des salaires, c'est surtout l'évolution freinée du nombre moyen des assurés cotisants qui a ralenti sensiblement la croissance de la masse des revenus cotisables. Si l'on élimine l'adaptation des salaires à l'évolution du coût de vie, qui était de 2,5% en 2005, on note une progression réelle de la cotisation moyenne de 1,1% face à 0,5% en 2004 et à 0,7% en 2003.

En 2005, le nombre moyen d'assurés atteint 296 059 unités. Alors que le début des années quatre-vingt était marqué par une stagnation en raison de la crise économique, la reprise de la conjoncture économique entre 1984 et 2000 s'est traduite par une croissance de l'emploi d'une ampleur rarement constatée au cours des dernières décennies. Cette croissance, interrompue brièvement au début des années 2000, a repris le dessus avec un taux de croissance de 3,3% en 2005.

## Evolution du nombre moyen d'assurés



Le taux de croissance des assurés féminins, dans le passé traditionnellement plus haut que celui des hommes, se rapproche de celui-ci. Les deux se situent aux alentours de 3,3%.

Selon la répartition socioprofessionnelle, c'est la catégorie des employés privés qui accuse la plus forte progression observée entre 1984 et 2005 avec un taux de croissance annuel moyen de 5,5%, celle des ouvriers ne s'établit qu'à 2,6%. Il faut remarquer cependant qu'à partir de 2002, les deux taux se rapprochent de plus en plus. La forte régression des agriculteurs est freinée et se situe aux alentours de -2% au cours des dernières années, tandis que le nombre des artisans, commerçants et industriels a augmenté de 2,2% entre 2004 et 2005.

## Nombre moyen d'assurés par caisse

Caisse	2001	2002	2003	2004	2005	Taux de variation
AVI	118 201	121 494	125 132	128 835	132 374	2,7%
CPEP	131 299	137 182	140 729	145 305	151 073	4,0%
CPACI	9 153	9 091	9 222	9 353	9 560	2,2%
CPA	3 275	3 217	3 154	3 096	3 052	-1,4%
<b>TOTAL</b>	<b>261 928</b>	<b>270 984</b>	<b>278 237</b>	<b>286 589</b>	<b>296 059</b>	<b>3,3%</b>

L'évolution du nombre d'assurés auprès des différentes caisses de pension est le reflet de l'évolution de l'emploi total par branches d'activité. Une étude plus détaillée de l'emploi et de son évolution a été faite au chapitre "Emploi" de la présente publication.

L'analyse de l'évolution de la structure d'âge des assurés fait apparaître une population active en forte expansion démographique; des effectifs très nombreux dans les jeunes classes d'âge et des effectifs assez faibles dans les classes d'âge élevé. En comparant les différentes classes d'âge de 2005 avec celles de 1984, on constate:

- une régression du nombre d'assurés âgés de moins de vingt ans qui résulte de la prolongation de la durée moyenne de la scolarité ainsi que de l'arrivée à l'âge de début d'activité professionnelle de générations à effectifs plus faibles,
- une augmentation substantielle des classes d'âge de 20 à 44 ans en raison de l'apport massif des travailleurs migrants et frontaliers ainsi que de l'augmentation du taux d'activité féminin.
- une certaine constance des effectifs, notamment auprès des assurés féminins, dans les classes d'âge plus élevé.

### La contribution des pouvoirs publics

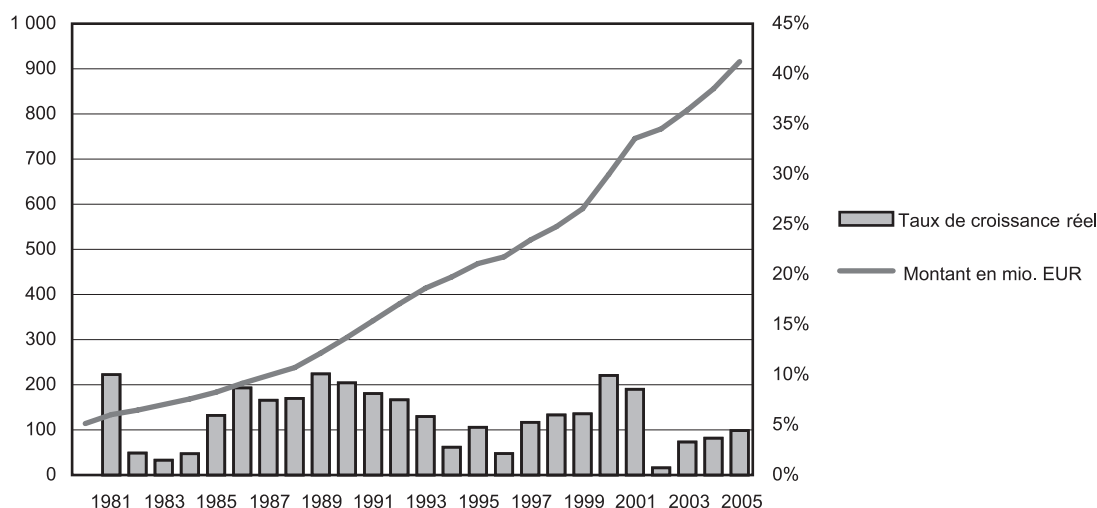
La contribution des pouvoirs publics concerne essentiellement la prise en charge d'un tiers (8%) des cotisations globales. En outre, l'Etat intervient dans le paiement de certaines cotisations des assurés (cotisations relatives au congé parental, intervention du Fonds d'orientation économique et social pour l'agriculture, cotisations des volontaires de l'Armée et de la Police et périodes de service militaire obligatoire, cotisations sur activités de volontariat), dans les frais d'administration, dans le complément différentiel et dans les prestations prises en charge par l'Office des dommages de guerre. En contrepartie, l'Etat se voit restituer sa part dans les décharges et extournes de cotisations des exercices antérieurs. La contribution nette des pouvoirs publics au financement de l'assurance pension s'élève à 915,9 millions EUR et accuse une augmentation de 60,3 millions EUR, soit 7,0% par rapport à 2004.

### Contribution nette des pouvoirs publics (en milliers EUR)

	2001	2002	2003	2004	2005
Cotisations des pouvoirs publics	691 495,5	821 244,8	761 601,2	804 902,4	861 491,20
FOA et autres cotisations	20 797,1	11 359,0	12 211,6	13 083,3	13 833,60
Frais d'administration	10 993,3	11 515,8	11 843,3	12 168,5	13 063,10
Complément différentiel	22 805,0	22 990,7	23 385,3	22 763,3	22 764,10
Majorations proportionnelles baby-year	-	-	-	3 199,1	5 229,60
Contribution brute	746 090,9	767 110,3	809 041,4	856 116,6	916 381,60
à déduire	287,4	364,1	551,7	469,7	476,90
<b>Contribution nette</b>	<b>745 803,5</b>	<b>766 746,2</b>	<b>808 489,7</b>	<b>855 646,9</b>	<b>915 904,7</b>



## Evolution de la charge budgétaire nette des pouvoirs publics



La loi du 23 mai 1984 portant réforme du système de financement des régimes de pension contributifs a fixé le taux de cotisation à charge des pouvoirs publics à 7% pour 1985 et retenu une augmentation annuelle de 0,2% à partir de 1986 pour atteindre 8% à partir de l'exercice 1990. Cette contribution a été répartie à raison de 94,5% à charge de l'Etat et de 5,5% à charge des communes. Elle est entièrement à charge de l'Etat à partir de l'exercice 1997.

Dans les cotisations le montant de la participation des pouvoirs publics est calculé à partir des cotisations de l'assurance générale obligatoire et volontaire des assurés et employeurs. En 2005, il s'est élevé à 861,5 millions EUR. En considérant les restitutions de cotisations à l'Etat, ce montant se réduit à une participation nette de 861,0 millions EUR. La part Etat dans les cotisations de l'assurance obligatoire et volontaire est en progression de 7% au nombre indice courant, soit de 4,4% au nombre indice 100 du coût de la vie.

La participation de l'Etat au financement des frais d'administration se chiffre en 2005 au montant de 13,1 millions EUR et représente 51,3% du total des frais d'administration à charge du régime d'assurance.

La charge de l'Etat dans le financement du complément différentiel se chiffre en 2005 à 22,8 millions EUR.

L'évolution décroissante du nombre des bénéficiaires et le remplacement des titulaires décédés par leurs survivants expliquent la régression continue de la dépense, exprimée hors indice, y relative.

Le montant à charge de l'Etat constitué par les majorations proportionnelles baby-year, en revanche, progresse sensiblement, à savoir entre 2004 et 2005 de 63,5% ou de 59,5% en valeur réelle.

### Evolution du complément différentiel (en milliers EUR)

Année	Montant nominal	Variation	Montant à l'indice 100	Variation	Nombre moyen de bénéficiaires	Variation
2001	22 805,0	2,3%	3 883,4	-0,8%	5 099	-3,2%
2002	22 990,7	0,8%	3 835,2	-1,2%	4 921	-3,5%
2003	23 385,3	1,7%	3 821,6	-0,4%	4 696	-4,6%
2004	22 763,3	-2,7%	3 644,3	-4,6%	4 501	-4,2%
2005	22 764,1	0,0%	3 555,6	-2,4%	4 324	-3,9%

#### Les autres cotisations

##### Les cotisations prises en charge par l'assurance dépendance

Il s'agit des cotisations, relatives aux périodes pendant lesquelles des personnes ont assuré des aides et des soins à une personne dépendante, prises en charge par l'assurance dépendance, conformément à l'article 357 de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance (art 171.13 CAS).

Ces cotisations continuent d'augmenter sensiblement pour s'élever en 2005 à 2 332,8 milliers EUR face à 1 674,7 milliers EUR en 2004 (+39,3%).

### Les cotisations de l'assistance maternelle

Ces cotisations sont à charge des organismes agréés oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique et concernent les personnes assurant l'accueil d'un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour (art.171.14 CAS).

Le montant y relatif s'élève en 2005 à 565,4 milliers EUR face à 478,4 milliers EUR en 2004 (+18,2%).

### Les cotisations de l'assurance volontaire

Les cotisations de l'assurance volontaire se sont chiffrées en 2005 à 6 602,6 milliers EUR face à 5 937,0 milliers EUR en 2004 (+11,2%).

### Les autres recettes

Les autres recettes concernent principalement les revenus sur immobilisations, les bénéfices de réalisation sur titres et sur immeubles, les produits divers en provenance de tiers, les produits financiers et les recettes diverses.

Les revenus bruts de la fortune (revenus sur immobilisations, bénéfices de réalisation sur titres et sur immeubles, produits financiers) atteignent 158,7 millions EUR et régressent de 5,3% par rapport à 2004.

D'une part, les revenus sur prêts de l'année 2004 comprenaient une recette extraordinaire de 7,2 millions EUR due au recouvrement d'intérêts débiteurs relatifs à l'année 2003. D'autre part, les résultats financiers ont stagné en attente de la concrétisation de la politique de placement du Fonds de compensation.

En tenant compte des intérêts de retard sur cotisations de 2,8 millions EUR et des frais de gestion du patrimoine et des pertes de réalisation au montant de 7,0 millions EUR, les revenus nets s'élèvent à 154,6 millions EUR. Le taux de rendement moyen calculé par rapport à la réserve globale de compensation descend à 2,47%.

### Evolution du taux de rendement moyen de la fortune (tous les régimes)

Année	Revenus bruts de la fortune	Intérêts de retard sur cotisations	A déduire: frais de gestion du patrimoine et pertes diverses	Revenus nets de la fortune	Réserve au 31 décembre	Taux de rendement moyen
2001	198 493,0	2 114,1	6 882,7	193 724,4	4 768 782,8	4,44%
2002	181 176,1	2 644,1	8 577,2	175 243,0	5 176 092,2	3,59%
2003	174 200,0	2 712,2	4 411,4	172 500,8	5 661 819,2	3,23%
2004	167 607,1	2 322,5	4 470,6	165 459,0	6 060 409,5	2,86%
2005	158 730,9	2 836,8	6 953,2	154 614,5	6 594 491,4	2,47%

Si ce taux de rendement intervient dans l'équilibre financier global du régime de pension, il faut cependant rappeler qu'il est dans une certaine mesure sous-évalué puisque la réserve de compensation contient une partie non négligeable de recettes dues mais non encore encaissées (débiteurs de cotisations, solde de la contribution de l'Etat). Le taux calculé par rapport aux valeurs placées se situerait à 2,74%.

### Les dépenses courantes

Les prestations atteignent en 2005 un montant de 2 129,0 millions EUR et représentent ainsi 94% des dépenses courantes. Le reste se compose des frais d'administration et des transferts et dépenses diverses.

### Structure des dépenses courantes (en milliers EUR)

Frais d'administration	25 441,7	1,1%
Pensions	2 129 020,0	94,0%
Autres prestations	1 641,6	0,1%
Transferts et dépenses diverses	108 385,2	4,8%
<b>Total des dépenses courantes</b>	<b>2 264 488,5</b>	<b>100,0%</b>

### Les frais d'administration

Les frais d'administration s'élèvent à 25,4 millions EUR pour augmenter de 11,9% par rapport à l'exercice précédent. Le Fonds de compensation figure pour la première fois parmi les organismes avec un montant de 1,0 million EUR, pour contribuer ainsi à ce que l'évolution dépasse largement celle du coût de la vie.

### Les prestations

En 2005 le nombre des pensions a augmenté de 2,7% par rapport à 2004. Ce taux de variation comprend une forte progression des pensions pour la CPEP, une légère augmentation pour l'AVI, une stagnation pour la CPACI et une régression pour la CPA.

#### Nombre de pensions par caisse - mois de décembre (avances comprises)

Caisse	2001	2002	2003	2004	2005	2004/05
AVI	72 417	73 896	75 452	77 092	79 019	2,5%
CPEP	23 097	24 288	25 373	26 713	28 091	5,2%
CPACI	8 402	8 386	8 369	8 409	8 414	0,1%
CPA	6 485	6 313	6 132	5 978	5 812	-2,8%
<b>TOTAL</b>	<b>110 401</b>	<b>112 883</b>	<b>115 326</b>	<b>118 192</b>	<b>121 336</b>	<b>2,7%</b>

#### Evolution des éléments de pension (en milliers EUR)

	2001	2002	2003	2004	2005	Variation
Avances	1 666,5	-4 762,7	-1 337,8	-1 570,5	-1 413,7	-
Majorations proportionnelles	1 131 082,9	1 226 754,0	1 332 471,3	1 393 233,8	1 499 177,4	7,6%
Majorations proportionnelles spéciales	78 479,3	85 409,8	90 844,3	93 156,7	99 087,8	6,4%
Majorations proportionnelles baby-year	-	-	-	3 199,1	5 229,6	63,5%
Majorations forfaitaires	212 668,7	242 613,1	263 967,1	274 168,1	291 884,6	6,5%
Majorations forfaitaires spéciales	28 518,4	32 305,1	34 806,9	35 799,0	37 861,5	5,8%
Majorations forfaitaires transitoires	40 418,5	44 419,3	45 868,1	44 902,7	45 091,2	0,4%
Majorations assurance supplémentaire	3 167,3	3 151,5	3 230,8	3 189,4	3 237,5	1,5%
Suppléments enfants	424,7	376,0	342,3	302,8	265,0	-12,5%
Compléments différentiels	22 805,0	22 990,7	23 385,3	22 763,3	22 764,1	0,0%
Compléments pensions minima	62 787,7	69 756,7	74 126,9	75 336,1	77 460,9	2,8%
Compléments divers	8 725,0	8 400,2	8 259,1	7 853,9	7 620,9	-3,0%
Allocations trimestrielles	629,9	604,1	581,1	539,3	530,2	-1,7%
Allocations de fin d'année	0,0	33 074,1	35 941,2	37 708,1	40 223,0	6,7%
<b>Pensions brutes</b>	<b>1 591 373,9</b>	<b>1 765 091,9</b>	<b>1 912 486,6</b>	<b>1 990 581,8</b>	<b>2 129 020,0</b>	<b>7,0%</b>

Entre 2004 et 2005 les pensions brutes ont augmenté de 7,0%, soit de 4,3% en valeur réelle. Cette progression rejoint celle de 2004/2003 (2,4%), si l'on enlève l'influence de l'adaptation du facteur d'ajustement au 1er janvier 2005 (+2%).

Les majorations proportionnelles baby-year connaissent l'évolution la plus progressive.

#### Les transferts à l'étranger

L'extension de l'assurance migratoire internationale au cours des dernières décennies, en raison de l'appel continu de l'économie luxembourgeoise à la main-d'oeuvre étrangère, n'a pas manqué de se répercuter sur les transferts de pensions à l'étranger. En décembre 2005, le nombre de pensions transférées s'est élevé à 46 906, représentant 38,9% du nombre total des pensions. En décembre 2004 le nombre de pensions transférées s'était élevé à 44 666, qui représentaient 38,1% du nombre total de pensions liquidées pendant le même mois. Ainsi le nombre de pensions transférées a encore progressé de 5,0% par rapport à l'année précédente. Depuis 1985, ce nombre a pratiquement triplé.

## Evolution des transferts de pensions à l'étranger (mois de décembre, sans les avances / en millions EUR)

Catégorie	2001	2002	2003	2004	2005	Taux de variation 2004/05
Nombre total de pensions	109 241	111 850	114 211	117 263	120 515	2,8%
Nombre de pensions transférées à l'étranger	38 975	40 780	42 754	44 666	46 906	5,0%
Proportion	35,7%	36,5%	37,4%	38,1%	38,9%	
Montant total des pensions	1 588,1	1 761,5	1 908,6	1 986,4	2 124,3	6,9%
Montant des pensions transférées	259,8	296,7	329,7	350,3	385,7	10,1%
Proportion	16,4%	16,8%	17,3%	17,6%	18,2%	

Le montant des pensions transférées passe de 350,3 millions EUR en 2004 à 385,7 millions EUR en 2005 pour représenter 18,2% du montant total des pensions. Que ce pourcentage soit inférieur de moitié à celui du nombre de pensions transférées, s'explique par le fait que les pensions transférées ne sont actuellement que des pensions partielles calculées sur des carrières d'assurance incomplètes. On remarque cependant que la progression annuelle des montants transférés dépasse largement celle du nombre.

Les principaux pays destinataires sont évidemment les trois pays limitrophes à savoir la Belgique, l'Allemagne, la France ainsi que l'Italie et le Portugal. Des données plus détaillées au sujet de ces pensions transférées peuvent être consultées dans le chapitre international de la deuxième partie de cette publication.

### Les autres dépenses

Le poste "décharges et restitutions de cotisations" se réfère à des décharges accordées par les comités-directeurs des quatre caisses de pension, ainsi qu'à des redressements dus à des recalculs de cotisations se référant à des exercices antérieurs. Le CCSS a ainsi dû procéder à des décharges et extournes de 4,1 millions EUR, montant à déduire avant transferts aux caisses de pension.

### Les opérations sur réserves et sur reports

L'IGSS avait déterminé les valeurs initiales des moyens de trésorerie au 1er janvier 2005 conformément à l'article 246 nouveau CAS et les montants à transférer en conséquence entre caisses de pension et Fonds de compensation.

L'AVI, la CPEP, qui avait été jusque là compétente pour la gestion de la réserve excédentaire du régime unique, et la CPA, dont les comptes financiers renseignaient un excédent par rapport aux valeurs initiales fixées, ont transféré les sommes excédentaires vers le Fonds de compensation. La CPACI, en revanche, a reçu un transfert de la part du Fonds de compensation, afin d'atteindre la valeur initiale prévue pour ses moyens de trésorerie.

Les organismes ont prélevé ces sommes de leur fonds de roulement ou de leur réserve excédentaire (CPEP) comme la CPACI à l'inverse a effectué une dotation à son fonds de roulement.

Lors de la clôture des comptes, au 31 décembre de l'exercice les dotations aux fonds de roulement recalculées ont été considérées dans la répartition des cotisations. En outre la CPEP a dû effectuer une dotation à sa réserve excédentaire pour équilibrer son bilan de fin d'exercice.

L'excédent des opérations courantes qui constitue la dotation nette à la réserve de compensation s'est chiffré ainsi à un montant de 534,1 mio EUR. Cette dotation correspond à 23,6% des dépenses courantes.

### Les valeurs immobilisées

Le montant total des valeurs immobilisées s'élève à 856,7 millions EUR et représente 12,6% du total de l'actif contre 878,4 millions EUR au 31 décembre 2004 ou 14% du total de l'actif.

Au 31 décembre 2005, le montant des immobilisations corporelles a augmenté de 3,1%.

Les immobilisations financières ont diminué de 670,9 à 642,7 millions, soit de 4,2%. La plus grande partie du patrimoine du régime reste constitué par les placements à moins d'un an, qui se sont chiffrés au 31 décembre 2005 à 4 812,8 millions EUR, dont 4 522,8 millions ont été placés par le Fonds de compensation en attendant la mise en place d'un organisme collectif de placement.

## Les comptes financiers

Les comptes financiers au montant de 5 085,58 millions EUR représentent 74,9% du total de l'actif. Ils accusent une progression de 10,4% par rapport à 2004. Les titres de placements et bons diminuent de 379,7 millions EUR à 244,5 millions EUR, soit de 35,6%, tandis que les placements à moins d'un an augmentent de 4 193,3 à 4 812,8 millions EUR, toujours en attente de la concrétisation de la politique de placement du Fonds de compensation.

## La réserve de compensation

### Structure des réserves (en milliers EUR)

	AVI	CPEP	CPACI	CPA	FDC	Total	En % du total
Réserves représentées par:	523 478,6	1 146 943,9	90 762,1	39 889,3	4 793 417,5	6 594 491,4	100,0%
- Immeubles et terrains	45 762,3	151 769,7	15 390,7	1 108,4	0,0	214 031,1	3,2%
- Prêts à long terme	40,9	642 617,8	39,3	0,0	0,0	642 698,0	9,7%
- Titres	373,6	902,8	0,0	0,0	249 837,8	251 114,2	3,8%
- Placements à court terme	143 000,0	112 550,0	21 700,0	12 785,0	4 522 790,0	4 812 825,0	73,0%
- Trésorerie	1 116,3	17 884,3	2 375,1	70,2	102,0	21 547,9	0,3%
- Solde débiteur	333 185,5	221 219,3	51 257,0	25 925,7	20 687,7	652 275,2	9,9%

Les réserves du régime général se chiffrent dorénavant à 6 594,5 millions EUR au 31 décembre 2005 et sont en progression de 534,1 millions EUR par rapport au 31 décembre 2004. Elles sont constituées d'une part de la réserve de compensation auprès du FDC et de l'autre des fonds de roulement et des réserves excédentaires au niveau des caisses de pensions. Comparée au montant de 2 102,7 millions EUR de dépenses en prestations à charge de la communauté de risque (déduction faite du complément différentiel et des majorations proportionnelles baby-year), la réserve de compensation totale représente 3,14 fois le montant des prestations annuelles.

## Appréciation globale de la situation du régime unique

### Situation du régime

Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
2001	41,8	19,6	3,04
2002	41,2	22,0	2,97
2003	41,0	21,2	2,99
2004	40,7	22,1	3,08
2005	40,5	21,0	3,14

### Paramètres démographiques

En 2005, le nombre moyen des assurés cotisants progresse encore plus fortement que celui des pensions, ce qui confirme le mouvement descendant du coefficient de charge du régime.

### Paramètres financiers

La hausse franche des recettes en cotisations, qui dépasse largement l'évolution des dépenses courantes, a fait diminuer la prime de répartition pure, diminution à apprécier, sous réserve de la comparabilité tronquée des dépenses des deux exercices.

Néanmoins, le niveau réel et relatif de la réserve a encore pu être majoré de façon sensible.

Le maintien de la santé financière solide actuelle du régime général de pension dépendra à l'avenir, à côté des perspectives de l'environnement économique, principalement de la bonne gestion des moyens financiers qui, à défaut de réduire les dépenses d'aujourd'hui, devra implicitement faire évoluer en parallèle les charges et les ressources financières de demain.

## **L'évolution législative et réglementaire**

### **Assurance pension**

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."

La loi du 21 décembre 2004 ayant ajusté les pensions et les rentes accident au niveau réel des salaires de l'année 2003 avec effet au 1er janvier 2005, le Gouvernement a présenté au mois d'octobre 2006 un rapport à la Chambre des Députés sur l'évolution du niveau moyen des salaires et des traitements pendant les années 2004 et 2005, en vue de la révision du facteur d'ajustement avec effet au 1er janvier 2007. Les conclusions de ce rapport ont fait ressortir une progression effective de 1,9%.

Or, dans les conclusions de l'avis du Comité de coordination tripartite du 28 avril 2006, une des mesures retenues pour contribuer à consolider les finances de l'Etat, a été celle de reporter et d'échelonner l'ajustement des rentes et pensions prévu pour le 1er janvier 2007.

Ainsi, par la loi du 22 décembre 2006 portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2005, les pensions et rentes ont été relevées de 1% avec effet au 1er juillet 2007, puis de 0,9% avec effet au 1er juillet 2008. Le facteur d'ajustement n'a donc pas été porté directement de 1,327 à 1,352 à partir du 1er janvier 2007, mais de 1,327 à 1,340 à partir du 1er juillet 2007 et de 1,340 à 1,352 à partir du 1er juillet 2008.

Par la loi du 22 décembre 2006 promouvant le maintien dans l'emploi et définissant des mesures spéciales en matière de sécurité sociale et de politique de l'environnement, la prise en charge des " baby years " et du complément différentiel a été transférée de l'administration centrale vers les caisses de pension. Cette mesure a été prise suite à l'avis du comité de coordination tripartite du 28 avril 2006 et la déclaration du Gouvernement sur la situation économique, sociale et financière du pays du 2 mai 2006, qui avaient retenu que dans le cadre des mesures de consolidation budgétaire, différentes interventions de l'Etat au niveau de la sécurité sociale seraient désormais à charge des cotisants.

### **Individualisation des droits**

En date du 24 mars 2005, le groupe de travail " Individualisation des droits ", institué à la suite du " Rentendesch ", a présenté son rapport. Compte tenu de divergences fondamentales sur le sujet qui se sont manifestées tout au long des travaux du groupe de travail, le rapport ne présente pas de solution mais se limite à décrire différentes pistes. Lors du Conseil de Gouvernement du 15 avril 2005, il a été retenu qu'un groupe de travail ad hoc, composé des ministres de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et la Réforme administrative et de la Sécurité sociale, dégage les conclusions politiques de ce rapport.

Le groupe de travail ministériel ad hoc a analysé un modèle de partage fonctionnel des droits visant à pallier les lacunes dans les carrières d'assurance du fait de l'interruption ou de la réduction des carrières professionnelles. Ce modèle devrait servir tant dans l'hypothèse du divorce que dans l'hypothèse d'un partage généralisé des périodes d'assurance durant le mariage.

Afin de pouvoir évaluer les conséquences de ce partage le modèle a été appliqué à plusieurs cas types.

### **Administration du patrimoine du régime général de pension**

La loi du 6 mai 2004 sur l'administration du patrimoine du régime général de pension a créé 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 un établissement public nommé Fonds de compensation, autorisé à créer un ou plusieurs organismes de placement collectif (OPC) dont les titres ne sont pas destinés au placement dans le public.

L'année 2005 était consacrée principalement à la mise en place des organes dirigeants du Fonds de compensation et à la détermination de son fonctionnement interne. Au cours du deuxième semestre, l'excédent des moyens de trésorerie des caisses de pension établi selon l'article 246 CAS a été transféré au Fonds de compensation qui en assure désormais le placement.

En 2006, le conseil d'administration du Fonds de compensation s'est concentré sur la finalisation du processus de sélection pour le choix de la banque dépositaire et des gérants externes. L'appel de candidatures en vue de l'attribution d'un mandat de banque dépositaire et administration centrale a été lancé en date du 2 août 2006; 18 candidats ont été retenus pour la phase 2 qui se déroulera au premier trimestre de l'année 2007. L'avis de marché pour les gérants externes a été publié le 25 septembre 2006. Vu la complexité et l'envergure de l'appel d'offres, la procédure de sélection se terminera le 15 juin 2007. D'autre part, dans sa réunion du 18 mai 2006, le conseil d'administration a validé des règles de déontologie du Fonds de compensation. L'année 2006 fut également marquée par la mise en place d'un site internet du Fonds de compensation présentant l'institution et permettant l'accès aux publications et aux informations concernant les appels d'offres. Enfin, la mise en exécution de la loi de 2004 a été poursuivie en entamant les préparatifs concernant la constitution de l'OPC sous forme d'une société d'investissement à capital variable (SICAV).

Ont été pris au courant de l'exercice 2006, les règlements grand-ducaux suivants:

*Le règlement grand-ducal du 13 décembre 2006 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 13 décembre 2006 a fixé le coefficient d'ajustement pour l'exercice 2005.

*Règlement grand-ducal du 18 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 1995 fixant la clé de répartition des frais administratifs communs entre organismes de sécurité sociale*

La loi du 23 décembre 2005 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2006 a supprimé la prise en charge par l'Etat d'une partie des frais du Centre commun de la sécurité sociale. Ainsi depuis le 1er janvier 2006, la totalité des frais d'administration du Centre commun ont été répartis entre les administrations et institutions de sécurité sociale suivant leurs taux de participation qui ont été fixés suivant les dispositions du règlement grand-ducal du 22 décembre 1995 fixant la clé de répartition des frais administratifs communs entre organismes de sécurité sociale.

Afin d'assurer une répartition équitable entre tous les organismes participants et l'Etat, en ce qui concerne les administrations pour lesquelles la charge financière de la participation aux frais du Centre commun repose toujours sur le budget de l'Etat, il a paru opportun de préciser les bases de calcul.

*Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant le montant et les modalités d'exécution des taxes prévues à l'article 30, paragraphe (4) de la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension*

La loi du 23 décembre 2005 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2006 a complété la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension par une disposition prévoyant que les frais de personnel et de fonctionnement de l'autorité compétente en matière de pensions complémentaires sont couverts moyennant une taxe à percevoir auprès des entreprises ou groupes d'entreprises disposant d'un régime complémentaire de pension ainsi qu'auprès des gestionnaires agréés en application de l'article 18, paragraphe 4 de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension.

Il s'agit en l'espèce d'une taxe rémunératoire servant à couvrir le financement des frais incombant à l'Inspection générale de la sécurité sociale dans l'exercice de sa mission comme autorité compétente en matière de pensions complémentaires.





# L'ASSURANCE DEPENDANCE

## La situation financière de l'assurance dépendance

Depuis son entrée en vigueur au 1er janvier 1999, l'assurance dépendance continue de se développer.

En 2006, on ne peut pas encore dire que le vitesse de croisière soit atteinte. Le nombre de bénéficiaires, l'offre de soins et les dépenses continuent d'augmenter.

En ce qui concerne les recettes, le taux de cotisation pour l'assurance dépendance a été porté à 1,4% des revenus bruts à partir du 1er janvier 2007.

### 1. Les bénéficiaires de l'assurance dépendance

Depuis 2001, le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance connaît une croissance annuelle moyenne correspondant à 10%.

#### Evolution de 2001 à 2005 du nombre moyen de bénéficiaires de l'assurance dépendance par lieu de séjour

Année	Domicile	En% du total	Etablissement	En% du total	Total
2001	3781	59.1	2620	40.9	6401
2002	4417	61.7	2744	38.3	7161
2003	5042	62.0	3084	38.0	8126
2004	5622	63.9	3177	36.1	8799
2005	6069	65.0	3269	35.0	9338

Source: décomptes UCM

C'est au niveau des personnes dépendantes à domicile que l'augmentation est la plus évidente. En 2005, la proportion des personnes dépendantes à domicile se rapproche du double (1,86) des personnes en établissement d'aides et de soins.

### 2. L'offre de soins

Au 1er janvier 2007, les nouvelles dispositions de la loi modifiée du 19 juin 1998 vont entrer en vigueur. Elles vont entraîner un certain nombre de modifications en ce qui concerne les différents types de prestataires engagés dans l'assurance dépendance.

Jusqu'à présent, la loi prévoyait deux types de prestataires: les établissements d'aides et de soins et les réseaux d'intervention à domicile.

A partir du 1er janvier 2007, l'assurance dépendance reconnaîtra quatre types de prestataires: les établissements à séjour continu, les établissements à séjour intermittent, les centres semi-stationnaires, les réseaux d'intervention à domicile. Chacun de ces quatre types aura une valeur monétaire différente pour le paiement de ses prestations par l'Union des caisses de maladie.

Les tableaux ci-dessous montrent la croissance du personnel entre 2001 et 2004 pour les différentes structures telles qu'elles existent jusqu'à la fin de l'année 2006. Les réseaux destinés aux personnes handicapées pourront à partir de 2007 choisir de devenir les établissements à séjour intermittent, s'ils hébergent des personnes combinant un séjour en établissement et un retour à domicile. Les centres de jour spécialisés deviendront quant à eux des centres semi-stationnaires. Jusqu'à présent, ils étaient intégrés aux réseaux d'aides et de soins.

#### Le personnel des établissements d'aides et de soins (en équivalents temps plein) - évolution depuis 2001

	2001	2002	2003	2004
Personnel d'assistance et de soins	1578.0	1704.0	1887.5	1968.0
Personnel socio-éducatif	50.9	35.2	77.0	48.1
Personnel administratif	143.1	160.3	169.64	199.57
Personnel technique et logistique	1109.0	1176.38	1198.55	1264.92
<b>TOTAL</b>	<b>2881.3</b>	<b>3075.85</b>	<b>3332.69</b>	<b>3480.65</b>
Nbre d'équivalents temps plein au lit du patient	1629.2 (56.5%)	1739.2 (56.5%)	1964.5 (58.9%)	2016.2 (57.9%)

**Le personnel des réseaux d'aides et de soins (sans les réseaux spécialisés dans le handicap) (en équivalents temps plein) - évolution depuis 2001**

	2001	2002	2003	2004
Personnel d'assistance et de soins	526.0	671.8	793.0	968.8
Personnel socio- éducatif	4.8	6.4	7.1	7.7
Personnel administratif	61.52	73.38	75.96	78,93
Personnel technique et logistique	20.33	16.22	5.93	8,28
<b>TOTAL</b>	612.56	767.81	882.07	1063,74
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	521.67 (85.2%)	661.17 (86.1%)	800.18 (90.7%)	976.53 (91.8%)

**Le personnel des réseaux d'aides et de soins spécialisés dans la prise en charge des personnes handicapées- en équivalents temps plein- évolution depuis 2001**

	2001	2002	2003	2004
Personnel d'assistance et de soins	154.9	161.8	178.4	217.1
Personnel socio-éducatif	239.8	242.4	269.9	315.3
Personnel administratif	24.0	24.70	29.34	30.69
Personnel technique et logistique	83.9	82.22	68.87	95.61
<b>TOTAL</b>	502.6	511.14	546.49	658.08
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	394.7 (78.5%)	404.22 (79.1%)	448.28 (82.0%)	531.78 (80.8%)

**Le personnel des centres de jour spécialisés - en équivalents temps plein- évolution depuis 2001**

	2001	2002	2003	2004
Personnel d'assistance et de soins	55.7	67.8	82.5	102.5
Personnel socio- éducatif	9.9	12.7	12.7	15.5
Personnel administratif	6.5	9.0	14	10.45
Personnel technique et logistique	26.9	35.13	30	33.09
<b>TOTAL</b>	99.0	124.62	139.25	161.57
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	65.6 (66.3%)	80.49 (64.6%)	95.24 (68.4%)	118.03 (73.0%)

**3. Les dépenses de l'assurance dépendance**

**Evolution de 2001 à 2005 des recettes et dépenses courantes de l'assurance dépendance (Montants en millions EUR)**

	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Recettes</b>					
Contribution des ménages	112.7	122.1	130.6	138.8	148.1
Contribution de l'Etat	84.3	83.5	100.1	112.7	137.9
Redevance AD du secteur de l'énergie	2.8	4.2	3.8	4.4	3.9
Recettes diverses	5.0	4.9	4.0	3.5	2.9
Prélèvement aux provisions pour prestations	115.8	110.7	69.9	57.9	87.2
<b>Total des recettes courantes</b>	<b>320.6</b>	<b>325.4</b>	<b>308.4</b>	<b>317.3</b>	<b>380.2</b>
<b>Dépenses</b>					
Frais d'administration	2.5	2.4	3.2	3.0	4.0
Prestations en espèces	13.1	12.1	9.4	9.7	8.9
Prestations en nature	168.5	219.3	217.5	231.9	306.2
Transfert de cotisations	1.0	1.0	1.4	1.7	2.3
Dépenses diverses	0.1	1.7	0.6	0.5	0.0
<b>Total des dépenses courantes</b>	<b>295.9</b>	<b>306.4</b>	<b>290.0</b>	<b>334.0</b>	<b>393.7</b>

La situation financière de l'assurance dépendance est marquée par une augmentation plus rapide des dépenses que des recettes. Particulièrement prononcée en 2004 où les recettes croissent de 2,9% alors que les dépenses augmentent de 15,2%, la situation s'équilibre à nouveau en 2005. L'année 2005 se caractérise par une augmentation des recettes équivalente à 19.8% alors que les dépenses augmentent de 17,9%.

On relèvera également la croissance régulière de la participation de l'Etat. Cette croissance est très marquée entre 2004 et 2005.

La loi du 19 décembre 2003 concernant le budget des recettes et dépenses de l'Etat pour l'exercice 2004 avait, en effet, ramené la participation de l'Etat à 40% des dépenses totales. En 2005, cette participation a été relevée au taux de 45% prévu initialement dans la loi du 19 juin 1998 sur l'Assurance dépendance.

#### Evolution du niveau de la réserve de 2001 à 2005 (Montants en millions d'euros)

Situation au 31 décembre	2001	2002	2003	2004	2005
Réserve	53.3	82.4	98.4	76.1	62.6
Minimum légal	29.6	19.6	22.0	27.6	30.4
Rapport réserve/dépenses courantes diminuées du prélèvement aux provisions pour prestations	30%	42%	45%	28%	25%

#### 4. Les dépenses pour les différentes prestations de l'assurance dépendance

Les prestations de l'assurance dépendance se répartissent en plusieurs catégories:

- les aides et soins pour les actes essentiels de la vie;
- l'aide pour les tâches domestiques;
- les activités de soutien;
- les produits nécessaires aux aides et soins;
- les conseils;
- les aides techniques;
- les adaptations du logement.

Le tableau suivant présente l'évolution des dépenses pour ces différentes catégories de prestations

Type de prestations	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Prestations de l'assurance dépendance</b>	<b>168.5</b>	<b>219.3</b>	<b>217.4</b>	<b>232.0</b>	<b>306.2</b>
<b>Prestations au Luxembourg</b>	<b>163.8</b>	<b>216.4</b>	<b>211.9</b>	<b>227.3</b>	<b>297.5</b>
<i>Prestations à domicile</i>	<i>60.6</i>	<i>95.0</i>	<i>100.8</i>	<i>102.3</i>	<i>147.6</i>
- Aides et soins	41.7	59.1	63.5	57.4	80.3
- Prestations en espèces subsidiaires	41.7	59.1	63.5	57.4	57.8
- Forfaits pour produits nécessaires aux aides et soins	0.6	0.8	1.0	1.2	1.4
- Aides techniques		8.1	4.7	7.6	7.8
Location		4.5	2.9	3.6	4.2
Acquisition		3.6	1.8	4.0	3.6
- adaptation du logement		0.4	1.0	0.5	0.4
<i>Prestations en milieu stationnaire</i>	<i>103.2</i>	<i>121.4</i>	<i>111.1</i>	<i>125.0</i>	<i>149.9</i>
- Aides et soins	102.0	120.0	109.9	123.7	148.4
- Forfait pour produits d'aides et de soins	1.2	1.4	1.2	1.3	1.5
Actions expérimentales					
<b>Prestations à l'étranger</b>	<b>4.7</b>	<b>2.9</b>	<b>5.5</b>	<b>4.7</b>	<b>8.7</b>
<b>Prestations en espèces (en vertu de législations antérieures à l'assurance dépendance)</b>	<b>13.1</b>	<b>12.1</b>	<b>9.4</b>	<b>9.7</b>	<b>8.9</b>
Allocations spéciales pour personnes gravement handicapées	10.3	9.8	7.7	8.5	8.1
Allocations de soins	2.8	2.3	1.7	1.2	0.8

## L'évolution législative et réglementaire

Le 23 décembre 2005, la Chambre des Députés procédait au vote de la loi modifiant la loi de 1998 sur l'Assurance dépendance.

Tout en maintenant les principes fondamentaux de la loi de 1998, la loi du 23 décembre 2005 introduisait un certain nombre de modifications ponctuelles concernant notamment les prestations accordées, les relations avec les prestataires d'aides et de soins et les missions de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Pour la plupart des nouvelles dispositions, à l'exclusion du gel de la prestation en espèces, la nouvelle loi prévoit une date d'entrée en vigueur au 1er janvier 2007.

On rappellera brièvement les différentes dispositions introduites par la loi du 23 décembre 2006:

- Le montant horaire de la prestation en espèces est figé à la valeur de 25 euros. Cette disposition entre en vigueur au 1er janvier 2006.
- La loi prévoit une dérogation au seuil minimum de 3,5 heures de soins requis non seulement pour les aides techniques mais aussi pour les adaptations du logement et les projets d'actions expérimentales; ces derniers étant désormais aussi possibles dans le domaine de la prévention de la dépendance.
- Pour les prestations en nature en cas de maintien à domicile, la durée maximale de prise en charge de 24,5 heures peut, dans des cas d'une gravité exceptionnelle, être portée à 38,5 heures par semaine.
- Le montant mensuel forfaitaire pour produits nécessaires aux aides et soins en cas de maintien à domicile est relevé à 14,32 euros.
- La prestation forfaitaire de 2,5 heures prévue par l'assurance dépendance pour les tâches domestiques dans les établissements d'aides et de soins, est supprimée, étant donné qu'elle fait double emploi avec un forfait compris dans le prix de base mensuel payé par la personne hébergée. Néanmoins, en cas de nécessité constatée par la CEO et pour couvrir des tâches domestiques exceptionnelles (en cas d'incontinence), un forfait de 1,5 heures par semaine peut être accordé en milieu stationnaire.
- Les réseaux et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent peuvent modifier rétroactivement, sur présentation des factures, la répartition des prestations en nature et en espèces.
- Si des fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance de la personne justifient la délivrance d'aides et de soins dans le domaine des actes essentiels de la vie en dépassement du plan de prise en charge, les prestataires peuvent, sous certaines conditions, prester ces actes.
- La limite supérieure de la réserve (20%) prévue dans le cadre du financement de l'assurance dépendance a été supprimée.
- La nouvelle loi instaure une Commission de qualité des prestations qui a pour mission d'élaborer des propositions de lignes directrices et de standards de référence notamment en matière de qualité des aides et soins, aides techniques et adaptations du logement. La Cellule d'évaluation et d'orientation reçoit la mission de contrôler la qualité des prestations fournies à la personne dépendante, compte tenu des normes définies. La Cellule d'évaluation reçoit également la mission de contrôler l'adéquation entre les prestations dispensées et les besoins de la personne dépendante.
- Les relations entre l'assurance dépendance et les différentes catégories de prestataires d'aides et de soins sont désormais définies dans des conventions-cadre négociées avec l'Union des caisses de maladie.

L'année 2006 fut consacrée à la mise en place des dispositions permettant l'application des modifications introduites en décembre 2005.

En premier lieu, on citera la conception des règlements grand-ducaux d'exécution. Ces règlements sont au nombre de six:

- ° **Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.** Il fixe les modalités du questionnaire d'évaluation, du relevé-type des aides et soins requis, du plan de prise en charge, du questionnaire de réévaluation, du plan de partage et définit les maladies et déficiences pour lesquelles s'applique une détermination forfaitaire dans le cadre de la prise en charge des personnes dépendantes. La modification de ce règlement grand-ducal a permis une réflexion et une refonte fondamentale des activités de soutien. Elles sont redéfinies en référence au concept de " qualité de soins " et au besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie. Liberté est ainsi donnée au prestataire de choisir le professionnel le mieux à même de les assurer. Les activités de soutien seront requises par la CEO sur base d'objectifs et feront à terme l'objet d'une évaluation.

- **Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant.** Il fixe les modalités du questionnaire d'évaluation de l'enfant, du relevé-type des aides et soins requis applicable pour l'enfant jusqu'à l'âge de huit ans accomplis et des autres modules spécifiques appliqués dans le cadre de l'évaluation de l'état de dépendance des enfants.
- **Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant: 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance; 3. les produits nécessaires aux aides et soins.** Ce règlement revoit les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques, des adaptations du logement et des produits nécessaires aux aides et soins par l'assurance dépendance. Sont définies comme aides techniques toutes les aides inscrites sur la liste intégrée au règlement y compris les adaptations de voiture. On notera aussi que le règlement prévoit la prise en charge de la formation de chiens guides d'aveugles.
- **Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales.** Il modifie le règlement grand-ducal du 25 juin 1998 en considérant les modifications apportées à l'article 387 CAS concernant la composition de la Commission. Ce règlement définit aussi les modalités pour l'institution de sous-commissions, telles que prévues dans la loi modifiée.
- **Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant les conditions, limites et modalités du dépassement du plan de prise en charge en cas de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance.** Il détermine les limites et modalités du dépassement du plan de prise en charge, prévu à l'article 359 du CAS, en cas de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance des personnes dépendantes. Ces fluctuations doivent être consécutives à une hospitalisation en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins. Le besoin d'assistance, quant à lui, doit s'étendre sur sept jours consécutifs au moins et ne peut être supérieur à deux mois.
- **Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 relatif au fonctionnement de la Commission de qualité des prestations prévue à l'article 387bis du Code des assurances sociales.** Il détermine le fonctionnement, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et des experts de la Commission de qualité prévue à l'article 387bis du CAS. Cette nouvelle commission a pour mission d'élaborer des propositions de lignes directrices et de standards de référence, notamment en matière de qualité des aides et soins, aides techniques et adaptations du logement.

En second lieu, on évoquera la rédaction de la convention-cadre destinée à régler les relations entre l'Union des caisses de maladie et les différents prestataires de l'assurance dépendance.

La convention- cadre reprend une partie générale et des parties spécifiques aux différents types de prestataires repris dans la loi modifiée. Pour l'élaboration de la convention-cadre, on a tenu compte de l'ensemble des règles convenues entre l'Union des caisses de maladie et les prestataires depuis l'introduction de l'assurance dépendance en 1999.

Quelques points de cette convention méritent d'être relevés car ils concernent des modifications introduites dans la loi.

On citera notamment deux points importants:

- le chapitre sur la qualité des prestations qui, tenant compte de l'instauration de la commission de qualité des prestations, définit les modalités pour l'intégration des propositions de qualité dans la convention-cadre;
- le chapitre sur la prise en charge coordonnée de la personne dépendante et les modalités d'exécution de la prise en charge qui, tenant compte des nouveaux types de prestataires instaurés par la loi, définit des modalités pour leur collaboration.

La convention-cadre formalise et officialise, en outre, un nombre considérable de pratiques, de modes de fonctionnement, de modes de relations et d'échanges qui se sont établis entre les prestataires et les différents organes de l'assurance dépendance depuis l'introduction de la loi en 1998.

On citera entre autres, les règles relatives à la facturation, la documentation des prestations et la négociation des valeurs monétaires.

La rédaction et la négociation de la convention-cadre ont été menées dans un contexte plus général de réflexion et de restructuration du système informatique de gestion de l'assurance dépendance.

Le projet de restructuration du système informatique de gestion de l'assurance dépendance a été géré sur base de la méthodologie Hermes-quapital. Deux experts externes, le CRP Henri Tudor et la firme ABC, ont été chargés de l'encadrement de cet important projet. De très nombreuses séances de travail y ont été consacrées tout au long de l'année 2006. L'importance du projet et la multiplicité des objectifs à atteindre ont amené à la définition de priorités pour la réalisation. La première priorité a été donnée aux adaptations permettant le maintien des paiements des prestations en espèces en cours au 1er janvier 2007.

Le projet se poursuivra au cours de l'année 2007.

Parallèlement, la Cellule d'évaluation et d'orientation a repensé fondamentalement le mode de distribution des dossiers des demandeurs aux différents évaluateurs. Il s'agit, en fait de trier les différents dossiers de façon à éviter le doublement des intervenants lorsque ce doublement n'est pas nécessaire et d'orienter le dossier vers le professionnel le mieux indiqué pour le traiter. L'objectif de cette opération est à terme de diminuer le temps de traitement des demandes.

Une ligne téléphonique spécifique permettant un traitement des demandes urgentes d'aides techniques a été mise en place. Cette ligne a connu un franc succès au cours de l'année 2006. Plus de 1800 appels ont été enregistrés. La moyenne est estimée à 39 appels téléphoniques par semaine.

La Cellule d'évaluation et d'orientation a participé, pour sa part, à l'expérience- pilote du Ministère de la Fonction publique, en vue d'implémenter l'auto- évaluation par la méthode CAF (Common Assessment Framework) dans certains services de l'administration publique.

Durant l'été 2006, un groupe d'évaluateurs de la Cellule d'évaluation s'est réuni à plusieurs reprises pour évaluer le fonctionnement de la Cellule sur base de la grille du CAF. Un plan d'action visant à améliorer les aspects négatifs est en cours d'élaboration.

Le groupe de pilotage initié par le Ministre de la Sécurité sociale en 2005 afin d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance a poursuivi ses travaux au cours de l'année 2006. Des pistes de réflexion ont été dégagées. Elle seront poursuivies au cours de l'année 2007.

Le mois de décembre 2006 voit également la mise en place du premier projet d'action expérimentale décidé en exécution de l'article 361 du Code des assurances sociales. Le **règlement grand-ducal du 21 décembre 2006** détermine les modalités d'un projet d'actions expérimentales relatif à la prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance.

Le projet a pour objet:

1. d'apporter à des malades neuro-dépendants (notamment personnes souffrant du syndrome Korsakoff, trauma crânien,...) des formes alternatives de prise en charge en dehors des maisons de soins spécialisées classiques;
2. d'améliorer la qualité de vie de ces patients tout en développant leur autonomie et leur indépendance;
3. d'offrir un lieu de vie pour des personnes neuro-dépendantes (6-8 personnes, h/f, âgées entre 50 et 70 ans) au sein d'une petite structure familiale avec un encadrement structurant et sécurisant garanti 24/24 heures.

Le PAE sera évalué dans les différentes phases de son évolution et il sera encadré par un comité de pilotage. Sa durée est fixée à deux ans.

Les dépenses du PAE seront couvertes par trois sources de financement:

- la prise en charge des patients au titre des articles 359 et 360 CAS;
- une participation des patients pour l'alimentation et le loyer, qui ne peut dépasser 1.980 euros par mois;
- une dotation au projet à charge de l'assurance dépendance conformément à l'article 361 CAS.

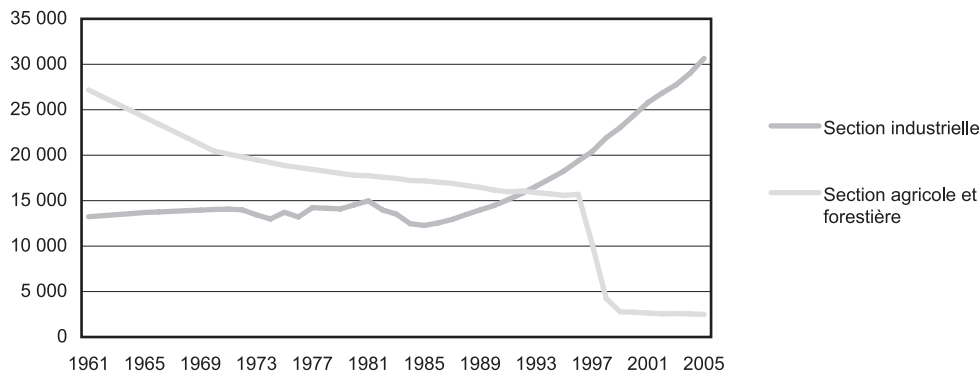
# L'ASSURANCE ACCIDENTS

## L'évolution de l'assurance accidents

### Les principales données statistiques

#### Affiliation des entreprises

#### Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accidents (situation au 31 décembre)

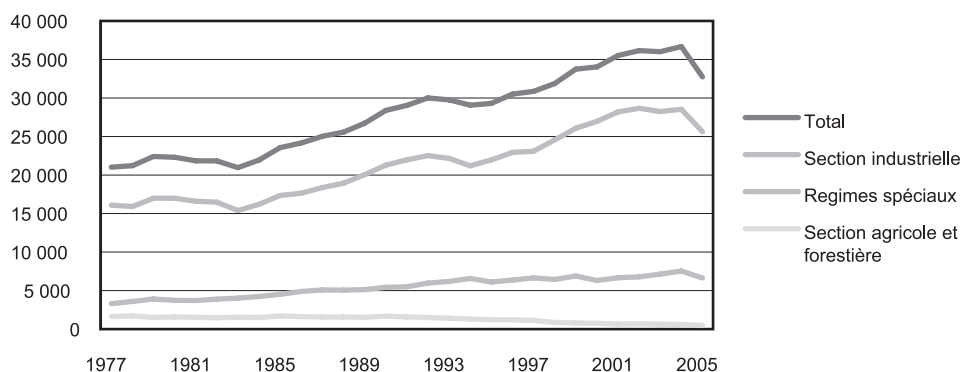


Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à la section industrielle de l'association d'assurance avait été décroissant dès le début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a augmenté de plus de 4% par année. En 2005 cette augmentation a été de 5,7% contre 4,6% en 2004.

Le nombre d'entreprises affiliées à la section agricole et forestière subit une diminution régulière depuis 1960 (-1% en moyenne depuis 1970). En 1997, le nombre d'affiliés avait subi une réduction d'un tiers suite à une redéfinition du critère de l'affiliation obligatoire et de l'introduction d'une assurance volontaire. Ainsi depuis 1999 le niveau des affiliations s'est stabilisé.

#### Statistiques sur les accidents

#### Evolution du nombre d'accidents déclarés



A partir du 1er mai 2005, l'assurance accident a changé la procédure et le formulaire de déclaration des accidents du travail et de trajet. Cette nouvelle procédure vise principalement à rétablir pour l'employeur l'obligation légale de prendre l'initiative de la déclaration d'un accident. Ceci explique aussi la rupture de série dans les statistiques y afférentes.

Le nombre des accidents déclarés en 2005 après modification de la procédure s'élève à 32 728 dont 25 620 (78,3%) pour la section industrielle, 6 639 (20,3%) pour les régimes spéciaux et 469 (1,4%) pour la section agricole et forestière. Le nombre des accidents mortels est de 28 unités. La campagne de prévention d'accidents commence à porter ses fruits, le nombre des accidents par 100 salariés-unités est descendu de 12,0 en 2004 à 9,7 en 2005.

Parmi les cas déclarés à la section industrielle, 74,0% concernent des accidents de travail proprement dits, 25,2% des accidents de trajet et 0,8% des maladies professionnelles.

## Rentes

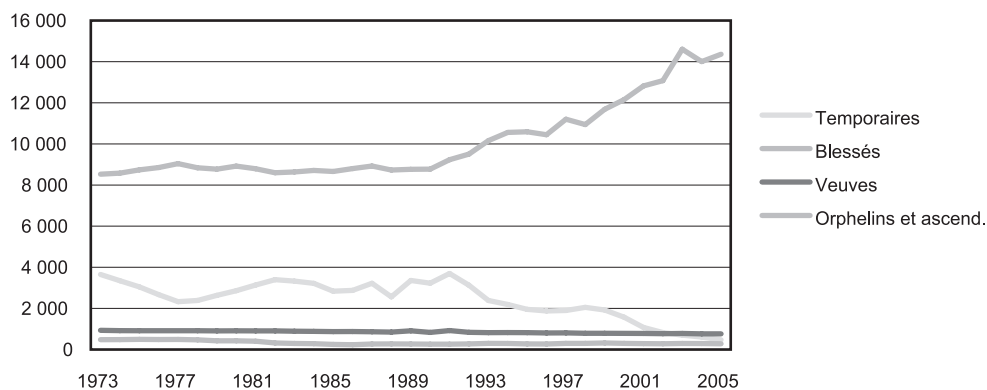
Le nombre total des rentes s'élève en 2005 à 15 872 unités contre 15 664 en 2004. La répartition de ces rentes suivant le régime et la catégorie de rente se présente comme suit:

### Répartition selon les différents types de rentes (situation au 31 décembre)

Catégorie	AAI	dont régimes spéciaux	AAA	Total
Rentes temporaires	443	-	28	471
Rentes de blessés	12 528	583	1 832	14 360
Rentes de conjoints survivants	701	14	60	761
Rentes d'orphelins	269	7	7	276
Rentes d'ascendants	4	-	-	4
<b>TOTAL</b>	<b>13 945</b>	<b>604</b>	<b>1 927</b>	<b>15 872</b>

En se limitant aux seules rentes de la section industrielle, qui déterminent l'évolution du nombre total, on constate que le nombre de rentes s'est maintenu pratiquement à un niveau constant entre 1975 et 1990, l'augmentation massive de l'emploi depuis le milieu des années 80 a entraîné avec un certain retard une croissance du nombre des rentes. Le régime de l'assurance accidents n'est donc plus soumis au phénomène de maturation et le vieillissement de la population, qui n'a guère de prise sur ce régime.

### Evolution du nombre des rentes (situation au 31 décembre)



La majorité des rentes viagères présentent un taux d'incapacité assez faible. Environ 85% des rentes de la section industrielle et de la section agricole et forestière présentent un degré d'incapacité de moins de 30% et pour plus d'un tiers des rentes le degré d'incapacité est compris entre 10% et 20%. La diminution constante des rentes temporaires depuis 1996, est due à un traitement plus rapide des demandes, permettant une allocation plus prompte des rentes viagères.

L'effet de l'entrée en vigueur au 1er mai 2005 de la loi du 21 décembre 2004, concernant la suppression du délai d'attente triennal pour les rachats des rentes inférieures à 10%, ne s'est pas encore répercuté dans le nombre des rachats pour l'année 2005.

Ainsi le nombre de rachats reste stable à 1 472 rachats en 2005 contre 1 471 en 2004. Dans la section agricole et forestière, le nombre progresse de 11 rachats en 2004 à 15 en 2005.



## Répartition des rentes et rachats de rentes par pays de résidence en 2004

Pays de résidence	Nombre			Montants (en millions EUR)		
	AAI	AAA	Total	AAI	AAA	Total
<i>Luxembourg</i>	9 932	1 975	11 907	75,62	6,12	81,74
<i>Autres pays de l'UE</i>	6 215	19	6 234	47,39	0,07	47,46
Allemagne	801	7	808	6,09	0,02	6,10
Autriche	8	-	8	0,05	-	0,05
Belgique	1 410	5	1 415	11,65	0,01	11,66
Danemark	1	-	1	0,00	-	0,00
Espagne	72	-	72	0,51	-	0,51
Finlande	-	-	-	-	-	-
France	3 191	3	3 194	23,74	0,01	23,75
Grèce	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-
Italie	314	-	314	2,47	-	2,47
Pays-Bas	4	1	5	0,02	0,00	0,03
Portugal	412	3	415	2,68	0,03	2,71
Royaume-Uni	1	-	1	0,17	-	0,17
Suède	1	-	1	0,01	-	0,01
<i>Autres pays</i>	52	3	55	0,45	0,01	0,46
<b>TOTAL</b>	<b>16 199</b>	<b>1 997</b>	<b>18 196</b>	<b>123,46</b>	<b>6,21</b>	<b>129,66</b>

### Les données financières

#### Appréciation globale des opérations courantes

Depuis 2001 les recettes courantes de la section industrielle dépassent régulièrement les dépenses courantes. En 2005 une dotation à la réserve légale de 22 675,5 milliers EUR a été effectuée contre 25 440,1 milliers EUR en 2004. En 2000 les dépenses courantes avaient encore dépassé les recettes courantes de 1 860,4 milliers EUR, soit 1,3%.

Les dépenses courantes représentent 0,65% du PIB en 2005, et leur proportion, partant de 1,3% en 1975, est en régression constante. Aussi, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 1986 et 2005 n'atteint que 4,1% (au nombre indice 100) ce qui témoigne, comparé aux autres branches de la sécurité sociale, d'une évolution plus lente des dépenses.

Concernant la section agricole et forestière, les dépenses courantes se chiffrent en 2005 à 8 471,8 milliers EUR par rapport à des recettes courantes de 5 879,4 milliers EUR et 2 536,9 milliers EUR en rôles à établir.

Pour l'exercice 2005, à fin de régulariser le redressement d'écritures comptables erronées des années 2000 à 2004, il y a lieu de faire d'une part une dotation de 758,2 milliers EUR et d'autre part un prélèvement à la réserve de 713,7 milliers EUR, soit une augmentation de la réserve de 44,5 milliers EUR.

Pour compenser partiellement l'augmentation exceptionnelle des prestations en nature, notamment au niveau des frais d'hospitalisation, un prélèvement supplémentaire de 100 milliers EUR est opéré. Le résultat des deux opérations est une réduction de la réserve légale de 55,5 milliers EUR.

## Dépenses courantes

### Les opérations courantes de l'assurance accidents (en milliers EUR)

Année	AAI			AAA			Total		
	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde
2001	162 746,90	168 589,14	5 842,24	6 287,55	3 704,52	-2 583,03	169 034,45	172 293,66	3 259,21
2002	172 330,77	185 959,31	13 628,54	7 357,75	4 594,20	-2 763,55	179 688,52	190 553,51	10 864,99
2003	181 911,39	206 182,60	24 271,21	7 171,31	4 734,39	-2 436,92	189 082,70	210 916,99	21 834,29
2004	190 314,43	215 754,54	25 440,11	7 326,49	4 707,36	-2 619,13	197 640,91	220 461,90	22 820,98
2005	191 382,05	214 057,50	22 675,45	8 471,83	5 879,39	-2 592,44	199 853,88	219 936,89	20 083,01

En 2005, les dépenses en prestations cumulées des deux sections atteignent 184 312,2 milliers EUR et représentent 92,2% du total des dépenses, soit une diminution de 1,7% au nombre indice 100 par rapport à 2004.

Les frais d'administration, au nombre indice 100, ont connu une augmentation faible de 0,7% en 2005. Ils représentent 5,8% des dépenses courantes.

### La structure des dépenses courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	Total	En % du total
Frais d'administration	11 179,18	346,84	11 526,02	5,8%
Prestations en espèces	141 632,83	6 212,00	147 844,83	74,0%
- Indemnités pécuniaires	18 167,94	2,65	18 170,59	-
- Rentes	88 792,79	5 893,71	94 686,50	-
- Rachats et autres	34 672,10	315,64	34 987,74	-
Prestations en nature	35 268,54	1 198,85	36 467,39	18,2%
Dépenses diverses	3 301,49	714,15	4 015,64	2,0%
<b>TOTAL</b>	<b>191 382,05</b>	<b>8 471,83</b>	<b>199 853,88</b>	<b>100,0%</b>

### Recettes courantes

L'assurance accidents est financée à raison de 79,3% par des cotisations, de 14,9% par les contributions publiques et de 5,7% par les revenus de la fortune et les recettes diverses. A noter que parmi les contributions publiques figure également la prise en charge intégrale des prestations allouées dans le cadre des régimes spéciaux.

Les cotisations ont diminué par rapport à 2004 de 4,1% au nombre indice 100 pour la section industrielle.

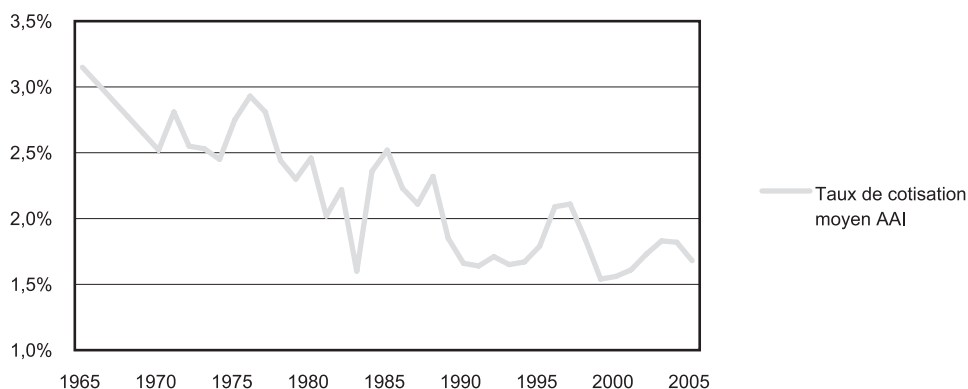
### La structure des recettes courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	Total	En % du total
Cotisations	174 501,51	-	174 501,51	79,3%
Participation de l'Etat	27 996,89	4 860,59	32 857,48	14,9%
Produits financiers et recettes diverses	11 559,10	1 018,80	12 577,90	5,7%
<b>TOTAL</b>	<b>214 057,50</b>	<b>5 879,39</b>	<b>219 936,89</b>	<b>100,0%</b>

Etant donné que les taux de cotisation de la section industrielle sont fixés annuellement pour chaque position du tarif, il est intéressant d'analyser l'évolution du taux de cotisation moyen. Ce taux de cotisation moyen est obtenu en divisant le montant des dépenses à charge des cotisants par la masse des salaires cotisables.

Le taux de cotisation moyen a augmenté depuis le début des années 90 pour atteindre un maximum de 2,11% en 1997, il est retombé ainsi ensuite et s'est situé au plus bas à 1,54% en 1999. Depuis il a entamé une nouvelle progression pour atteindre en 2005 une valeur de 1,68%.

## Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAI



## L'évolution législative et réglementaire

Conformément à la déclaration gouvernementale du 2 août 2004 aux termes de laquelle " le Gouvernement examinera sur base de l'avis du Conseil économique et social les adaptations à la législation sur l'assurance contre les accidents. Par ailleurs, il se propose d'étendre le bénéfice de l'assurance contre les accidents au bénévolat. Il s'emploiera à renforcer la coopération de l'assurance contre les accidents, de l'inspection du travail, des entreprises et des délégués à la sécurité en vue d'améliorer la prévention des accidents de travail, " un groupe de travail, constitué d'experts de l'Inspection générale de la sécurité sociale et de l'Assurance contre les accidents avait été institué. Il était chargé d'examiner, sur base de l'avis du CES, les différentes possibilités d'amélioration de la législation existante, mais aussi de revoir des dispositions devenues obsolètes.

Le groupe s'est réuni à maintes reprises pendant l'année 2006 pour réfléchir sur les propositions du CES concernant les différents aspects de l'assurance accident: champ d'application personnel, définition des risques, prestations, prévention des accidents, organisation administrative et financement.

Toutes ces réflexions, y compris celles du CES et les pistes éventuelles à suivre, ont été consignées dans un seul document de travail qui a été finalisé au courant de l'année 2006.

Les partenaires sociaux ont été invités à un séminaire sur la réforme de l'assurance accident qui s'est tenu le 7 novembre 2006. Lors de ce séminaire, des explications sur le projet de réforme de l'assurance accident en France ont été données par Madame Sylvie HENNION-MOREAU Professeur à l'Université de Rennes 1, tandis que Me Georges RAVARANI, Président du Tribunal administratif, a présenté ses réflexions sur le préjudice de droit commun et sa réparation.

Les réflexions de Me Ravarani ont été prises comme base pour l'élaboration d'un nouveau modèle de prestations en espèces, pour l'estimation de son coût et pour l'incidence sur le taux de cotisation futur. Les travaux reprendront dès le printemps de l'année 2007, alors qu'ils devront être ficelés ensemble avec des dispositions nécessaires à l'introduction du statut unique.



# LE CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

## L'organisation du Contrôle médical

En 2006, l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale disposait de:

- 19 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
- 12 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 2006, 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 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
- 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 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'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 2003	examens et réexamens 2004	examens et réexamens 2005	examens et réexamens 2006
AVI	3 233	3 556	3 287	2 855
CPEP	807	878	885	699
CPACI	169	127	126	122
CPA	53	40	45	45

Décisions prises après premier examen:

	2003			2004			2005			2006		
	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	838	516	1 206	835	611	1 337	895	606	1 036	960	402	768
CPEP	196	75	311	193	100	421	202	120	347	228	80	190
CPACI	78	14	43	52	11	37	64	11	35	66	20	20
CPA	27	3	19	19	2	16	21	5	16	25	3	12

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 54 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 2001 à 2006, il a été procédé à:

## 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 depuis 2004. Malheureusement, les chiffres y relatifs n'ont pas pu être fournis par l'Administration de l'emploi 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 377 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 2006, 2347 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 2006, 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 médicale du Service 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.

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

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

### 9.6. Commission mixte instituée par la loi modifiée du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle.

## 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.

	2003			2004			2005			2006		
	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	193	84	277	210	88	298	204	78	282	195	78	273
Traitements psychiatriques	295	59	354	258	53	311	307	55	362	334	47	381
Totaux	488	143	631	468	141	601	511	133	644	529	125	654



## **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.

**Statistiques**  
**Section A.VI.**  
**Exercice 2006**

Tranches d'âge	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Invalidité pas invalide	Total	Incapacité permanente	de travail	pas invalide	Total	
1940 - 1944	38	0	9	47	54	6	14	69	116
1945 - 1949	157	9	35	201	228	12	61	301	502
1950 - 1954	83	20	95	198	191	55	121	367	565
1955 - 1959	37	37	74	148	73	50	98	221	369
1960 - 1964	19	23	39	81	39	59	70	168	249
1965 - 1969	6	12	24	42	20	39	54	113	155
1970 - 1974	1	17	11	29	5	27	29	61	90
1975 - 1979	2	4	8	14	6	16	15	37	51
1980 - 1984	1	1	3	5	0	14	7	21	26
1985 - 1989	0	1	0	1	0	5	1	6	7
<b>Totaux</b>	<b>344</b>	<b>124</b>	<b>298</b>	<b>766</b>	<b>616</b>	<b>278</b>	<b>470</b>	<b>1 364</b>	<b>2 130</b>

**Section C.P.E.P.**  
**Exercice 2006**

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	5	14	11	0	1	12	26
1945 - 1949	37	2	10	49	40	0	5	45	94
1950 - 1954	25	7	36	68	38	9	30	77	145
1955 - 1959	10	11	23	44	25	2	20	47	91
1960 - 1964	13	12	13	38	12	6	13	31	69
1965 - 1969	4	11	8	23	4	3	9	16	39
1970 - 1974	0	8	7	15	0	3	5	8	23
1975 - 1979	0	3	2	5	1	2	3	6	11
1980 - 1984	0	0	0	0	1	0	0	1	1
1985 - 1989	0	0	1	1	0	0	0	0	1
<b>Totaux</b>	<b>95</b>	<b>54</b>	<b>103</b>	<b>252</b>	<b>133</b>	<b>26</b>	<b>87</b>	<b>246</b>	<b>498</b>

**Section C.P.A.  
Exercice 2006**

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	1	0	0	1	2
1945 - 1949	11	0	1	12	2	0	2	4	16
1950 - 1954	3	0	0	3	3	0	4	7	10
1955 - 1959	1	0	1	2	1	1	1	3	5
1960 - 1964	2	1	0	3	0	1	1	2	5
1965 - 1969	0	0	1	1	0	0	1	1	2
<b>Totaux</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>40</b>

**Section C.P.A.C.I.  
Exercice 2006**

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	15	0	1	16	10	0	3	13	29
1950 - 1954	8	1	5	14	12	5	2	19	33
1955 - 1959	7	0	2	9	7	2	1	10	19
1960 - 1964	0	3	0	3	2	1	3	6	9
1965 - 1969	0	2	1	3	0	4	1	5	8
1970 - 1974	0	1	0	1	0	0	1	1	2
1975 - 1979	0	1	0	1	0	0	0	0	1
<b>Totaux</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>48</b>	<b>35</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>58</b>	<b>106</b>

Nombre d'examens et de réexamens

	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	Total	premiers examens	Total	premiers examens	Total	premiers examens	Total	premiers examens	Total	premiers examens	Total	premiers examens
<b>AVI</b>	3 811	64.10%	4 025	67.30%	3 845	58.60%	3 334	52.43%	3 244	52.56%	2 743	58.40%
<b>CPEP</b>	875	55.54%	1 020	52.25%	1 084	54.34%	1 026	51.27%	976	51.54%	958	43.11%
<b>CPACI</b>	204	93.63%	224	95.54%	225	89.78%	143	86.01%	196	83.16%	139	89.21%
<b>CPA</b>	133	96.24%	124	85.48%	112	98.21%	88	94.32%	72	98.61%	67	97.01%
	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		2005		2006	
	Total	premiers examens	Total	premiers examens	Total	premiers examens	Total	premiers examens	Total	premiers examens	Total	premiers examens
<b>AVI</b>	2 312	65.96%	2 518	64.81%	3 233	79.18%	3 556	78.26%	3 287	77.18%	2 855	74.61%
<b>CPEP</b>	662	56.80%	645	63.88%	807	72.12%	878	81.32%	885	75.59%	699	71.24%
<b>CPACI</b>	147	86.39%	163	82.21%	169	79.88%	127	78.74%	126	87.30%	122	86.89%
<b>CPA</b>	53	98.11%	52	88.46%	53	92.45%	40	92.50%	45	93.33%	45	88.89%
	3 174	65.53%	3 378	65.84%	4 262	54.08%	4 601	72.29%	4 343	78.33%	3 721	74.55%



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%
2005	35.28%	23.89%	40.84%	30.19%	17.94%	51.87%	58.18%	10.00%	31.82%	50.00%	11.90%	38.10%	35.20%	22.10%	42.70%
2006	45.07%	18.87%	36.06%	45.78%	16.06%	38.15%	62.26%	18.87%	18.87%	62.50%	7.50%	30.00%	46.11%	18.20%	35.69%

**Cartes d'invalidité**  
**Exercice 2006**

Dossiers transmis au CMSS	2 778	
<b>Dossiers traités :</b>	<b>2 347</b>	dont 2 288 sur base d'un certificat médical et 59 après convocation de l'intéressé
Dossiers sans suite: (expiration du délai de 40 jours)	250	
Dossiers en suspens:	181	

Carte A	2 165	(dont 28 avec carte de priorité)
Carte B	109	
Carte C	27	
Refus	46	
	<b>2 347</b>	





## LES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

### L'organisation des Juridictions de la Sécurité sociale

Le Conseil arbitral des assurances sociales est compétent, en première instance, pour toutes les contestations en matière de sécurité sociale pouvant naître entre assurés et organismes de sécurité sociale.

Contre les jugements du conseil arbitral appel peut être formé par le Conseil supérieur des assurances sociales. Ces deux juridictions sont également compétentes pour certains litiges en relation avec les prestataires de soins.

Les pourvois en cassation se font devant la Cour de cassation.

Tous les frais, tant du Conseil arbitral que du Conseil supérieur des assurances sociales, sont à charge de l'Etat.

Le tableau ci-après renseigne le nombre des emplois du Conseil arbitral des assurances sociales CAAS:

<b>Conseil arbitral des assurances sociales</b>	<b>Président</b>	<b>1</b>
	Vices-présidents et juges	3
	Fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil	2
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur	6
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire	
	Employés de l'Etat (carrière administrative)*	6
	<b>TOTAL</b>	<b>18</b>

Le tableau ci-après renseigne le nombre des emplois du Conseil supérieur des assurances sociales CSAS:

<b>Conseil supérieur des assurances sociales</b>	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur	2
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire	1
	Employés de l'Etat (carrière administrative)	1
	<b>TOTAL</b>	<b>4</b>

Les fonctions de président et d'assesseurs-magistrats du Conseil supérieur des assurances sociales sont exercées par des magistrats de l'ordre judiciaire.

### L'activité des juridictions de la sécurité sociale

En ce qui concerne le Conseil arbitral des assurances sociales, 1.582 jugements ont été prononcés au cours de l'exercice 2006. Au total 1.445 affaires ont été évacuées; ce qui constitue un nombre total record.

Le nombre des audiences tenues, avec 851 séances, a atteint son niveau le plus élevé au cours des dernières années.

En 2006, 287 affaires ont nécessité une expertise médicale et 437 un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral.

Des 1.238 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 41,6% ont dit les recours fondés et 58,4% les ont rejetés ou déclarés irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2006, 194 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur des assurances sociales, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent; seulement un septième des affaires jugées en 1ère instance passent à la 2e instance. Cela est d'autant plus satisfaisant qu'en principe plus de 80% des jugements dont appel sont confirmés par le Conseil supérieur.

Le nombre des recours déposés a augmenté par rapport à 2005; 1.736 recours en 2006 contre 1.603 en 2005. C'est pourquoi que le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées n'a pas pu être réduit. 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 d'augmenter rapidement.

En ce qui concerne le Conseil supérieur des assurances sociales, cette juridiction s'est vue soumettre 194 appels et une opposition. Le Conseil supérieur est uniquement saisi des jugements définitifs et non des décisions avant dire droit ayant ordonné une expertise ou quelque autre mesure d'instruction.

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

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2006 est de 128 unités.

Le délai de fixation est en moyenne de 5 mois, de sorte que tout assuré social qui le désire, obtient une décision définitive dans un délai assez rapproché.

### Statistiques concernant les deux juridictions

#### Nombre de recours introduits devant le Conseil arbitral des assurances sociales par branche (années 1994 à 2005)

Branches	Années											
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Assurance accident	357	374	405	453	411	467	278	446	415	439	586	577
Assurance pension	145	186	320	393	372	493	344	324	535	555	364	388
Assurance maladie	113	113	150	151	130	144	139	159	248	242	259	323
Assurance dépendance	-	-	-	-	-	13	20	20	22	5	15	36
Prestations du Fonds National de la Solidarité	76	84	75	70	85	75	73	68	68	86	106	103
Autres prestations (dont chômage)	55	41	28	106	180	95	70	91	217	191	248	240
Affiliation et Cotisations	7	32	8	10	18	58	8	10	15	78	25	69
<b>TOTAL</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>	<b>1603</b>	<b>1736</b>

#### 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	2005	2006
Audiences	537	534	562	710	765	741	851
Affaires fixées	2.043	1.995	1.945	2.181	2.541	2.822	2.871
Jugements prononcés (évacués)	933	957	987	967	1.187	1.172	1.238
Jugements prononcés (av. dire droit)	256	320	280	322	417	435	344
Désistements	155	207	136	167	146	194	207
Affaires évacuées	1.088	1.164	1.123	1.134	1.333	1.366	1.445
Recours introduits	1.345	932	1.118	1.520	1.596	1.603	1.736
Recours déclarés fondés	436	392	452	344	400	330	515
Recours déclarés non fondés	432	513	478	543	714	708	629
Recours déclarés irrecevables	65	52	57	80	73	74	94

#### Conseil supérieur des assurances sociales- Evolution du nombre des appels déposés et des arrêts rendus

Années	Appels déposés	Arrêts rendus
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
2005	230	226
2006	194	234

## LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Au cours de l'exercice 2006, 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.

### Les instruments multilatéraux

#### *Union Européenne*

##### *a) Coordination européenne*

Les travaux en matière de simplification de l'instrument de coordination, actuellement applicable à savoir le règlement 1408/71 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, ont été clôturés le 1er 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.

En 2006, la Commission européenne a proposé le texte de ce nouveau règlement d'application et les négociations ont commencé au niveau du Conseil. Deux chapitres, notamment les dispositions générales et l'assurance pension ont pu être clôturés dans le courant de l'année 2006. Les négociations vont continuer en 2007 et le Ministère de la sécurité sociale entend continuer à prendre activement part dans les négociations.

Par ailleurs les représentants du ministère ont participé aux réunions de la commission administrative de sécurité sociale des travailleurs migrants (CASSTM) et de ses sous-commissions et groupe de travail.

Les travaux au niveau de la Commission et du Conseil ont permis de préparer les changements suivants qui sont intervenus dans la législation communautaire:

- Les annexes du règlement n° 574/72 fixant les modalités d'application du règlement n° 1408/71 ont été modifiées par le règlement n° 207/2006 du 7 février 2006.
- Le règlement 1992/2006 du 18 décembre 2006 a adapté certaines annexes du règlement 1408/71 pour tenir compte de changements intervenus dans la législation de certains Etats membres, notamment de la réforme fondamentale du régime néerlandais d'assurance soins de santé applicable depuis le 1er janvier 2006.
- En raison de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie à l'Union européenne les règlements nos 1792/2006 du 23 octobre 2006 et 1791/2006 du 20 novembre 2006 ont adapté certains règlements et certaines décisions adoptés, entre autres, dans les domaines de la libre circulation des personnes et de la politique sociale et de l'emploi, notamment les règlements 1408/71 et 574/72 relatifs à la coordination des régimes de sécurité sociale.

La commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants a pris plusieurs décisions en 2006:

- Les décisions nos 202 du 17 mars 2005 et 204 du 6 octobre 2005 concernant les modèles de formulaires de la série E100 concernant l'assurance maladie maternité et de la série E200 concernant l'assurance pension.
- La décision no 205 du 17 octobre 2005 relative à la portée de la notion de " chômage partie " à l'égard des travailleurs frontaliers.
- La décision no 206 du 15 décembre 2005 concernant les modalités de fonctionnement et la composition de la commission des comptes de la commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants.
- La décision no 207 du 7 avril 2006 concernant l'interprétation de la notion de " exercice d'une activité professionnelle " pour l'application des règles de non cumul de prestations ou allocations familiales en cas d'un congé sans solde pris en vue d'élever un enfant.

##### *b) Portabilité des droits à pension complémentaire*

La nouvelle proposition de directive relative à la portabilité des droits à pension complémentaire a été discutée à de nombreuses reprises dans le groupe questions sociales du Conseil. Ce texte vise à réduire les entraves tant à la libre circulation entre Etats membres qu'à la mobilité à l'intérieur d'un Etat membre créées par les dispositions difficilement compatibles, voire contraires, des régimes complémentaires de pension applicables dans les différents Etats membres. Lors du Conseil de juin, le Luxembourg a été amené, comme nombreux autres Etats membres, à exprimer ses doutes par rapport à la proposition pour être difficilement compatible avec la législation nationale laquelle s'inscrit dans une optique de fidélisation des salariés tandis que la proposition favorise leur mobilité. Les efforts de réécriture de la Présidence finlandaise ont abouti à une mouture plus équilibrée entre mobilité et contraintes nationales et à la suppression de la disposition relative à la transférabilité des droits à pension complémentaire, une disposition qui avait donné lieu à des discussions particulièrement difficiles. Néanmoins, en raison de la grande variété de régimes nationaux de pensions complémentaires, aucun accord n'a pu être trouvé, ni sous Présidence autrichienne, ni sous Présidence finlandaise, sur cette proposition qui requiert l'unanimité. Les négociations continueront en 2007.

### c) *Politique sociale européenne*

#### i) Le comité de protection sociale

A noter que le 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 sur une base mensuelle.

Le Ministère de la sécurité sociale soutient cette nouvelle méthode de travail de 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.

En 2006 le comité de protection sociale a orienté ses priorités dans les directions suivantes:

- inclusion sociale
- pensions
- soins de santé et de longue durée.
- En cours de l'année un rapport national sur la protection sociale et l'inclusion a été élaboré en étroite collaboration avec le Ministère de la famille et de l'intégration.

#### ii) Les services sociaux d'intérêt général

La communication de la Commission sur les services sociaux d'intérêt général, présentée le 26 avril 2006, peu après la proposition modifiée sur les services dans le marché intérieur, s'inscrit dans l'objectif de la modernisation des services sociaux et de la réalisation de la Stratégie de Lisbonne et consacre la prérogative des Etats membres quant à la définition et l'organisation de ces services.

La communication, qui n'exclut pas que les services sociaux d'intérêt général pourraient faire l'objet d'un futur instrument législatif au niveau communautaire, a fait l'objet d'un rapport du comité de protection sociale lequel fut présenté aux Ministres des affaires sociales lors du Conseil de décembre 2006. Le rapport considère les services sociaux d'intérêt général comme l'expression du droit fondamental à la dignité et l'intégrité humaine et souligne le rôle primordial des Etats membres en ce qui concerne leur organisation et la garantie du haut niveau de ces services face aux contraintes des règles du marché intérieur. Plus d'efforts doivent être investis dans la création des conditions nécessaires à une plus grande sécurité juridique.

Le Luxembourg a activement contribué aux réponses que les Etats membres ont été amenés à présenter dans le cadre d'un questionnaire préparé par le comité de protection sociale et qui est axé sur les caractéristiques reflétant la nature spécifique qui sont étroitement liées aux conditions et modalités d'organisation qui leur sont propres, mais aussi sur les expériences acquises dans l'application du droit communautaire et les besoins concrets dans ce domaine. Les résultats ainsi obtenus alimenteront un premier rapport biennuel en 2007 et détermineront la nature et l'étendue des actions futures de la Commission dans le domaine des services sociaux d'intérêt général.

#### iii) Les services de santé

2006 fut aussi l'année où ont débuté les discussions relatives à une éventuelle législation communautaire relative aux services de santé suite à l'exclusion de ces derniers du champ d'application de la directive services.

L'idée d'un instrument juridique spécifique consacré à ces services fut l'objet d'un premier débat lors du Conseil du 2 juin 2006 en relation avec les conclusions relatives aux valeurs et principes communs aux systèmes de santé européens qui sont à la base des services de santé.

Lors d'une discussion ministérielle en date du 29 novembre à laquelle la Commission avait invité, les Ministres ont pu faire part de leurs premières réactions sur la communication de la Commission de septembre 2006 ayant lancé une consultation publique relative à une action communautaire dans le domaine des services de santé. Le Ministre luxembourgeois a, à cette occasion, souligné que toute réglementation future dans ce domaine ne saura se limiter à la mobilité des patients. Elle doit respecter à la fois la particularité de ces services, les valeurs et principes communs des systèmes de santé des Etats membres basés sur la solidarité, l'universalité et l'accès égal à des soins de qualité, mais aussi la capacité de réglementation des Etats membres en ce qui concerne leur organisation et leur financement.

## **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 2006, il a maintenu 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 participe 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 dans le domaine de la sécurité sociale (CS-SS) outre leur activité de coordination 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.

Les fonctionnaires du Ministère de la sécurité sociale ont joué une part active dans l'activité de ces comités.

#### *b) Code européen de sécurité sociale et son protocole*

Le code européen est un instrument international 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, Slovaquie, 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. En 2006, le ministère de la sécurité sociale a dû soumettre un rapport détaillé. 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.

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

Pour tenir compte de l'évolution des législations de sécurité sociale dans la plupart des Etats membres du Conseil de l'Europe depuis l'ouverture à la signature, le 16 avril 1964, du Code européen de sécurité sociale et du protocole à ce code, un Code européen de sécurité sociale révisé a été adopté en 1990 par le comité des Ministres. Il a été signé le 6 novembre 1990 par 11 Etats membres du Conseil de l'Europe, dont le Luxembourg. Le Comité européen de l'application des normes a adopté 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.

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

Un groupe de travail du Centre administratif pour la sécurité sociale des bateliers rhénans, chargé d'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 2006, les travaux en vue de réaliser cet objectif ont été tenus en suspens en attendant l'entrée en vigueur du nouveau règlement communautaire 883/2004 qui devra changer la donne.

### **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'AISS (association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale).

Pour la période triennale 2005-2007 un représentant luxembourgeois a été élu comme membre du bureau de l'AISS.

### **Les instruments bilatéraux**

#### *1) Luxembourg-France*

Les relations entre la France et le Luxembourg en matière de sécurité sociale sont essentiellement réglées par le règlement communautaire 1408/71 sur la sécurité sociale des travailleurs migrants qui se déplacent à l'intérieur de l'Union européenne. Compte tenu toutefois de l'importance du phénomène des travailleurs frontaliers dans les relations entre les deux pays, il a paru indiqué de prévoir des dispositions additionnelles particulières, renforçant la collaboration administrative entre institutions et créant des droits plus étendus pour les citoyens. C'est l'objet de la convention bilatérale qui a été signée à Paris le 7 novembre 2005 et qui est actuellement en cours d'approbation par la Chambre des Députés.

La convention et son protocole additionnel prévoient:

- une extension des droits aux soins de santé pour les membres de famille des travailleurs frontaliers, extension qui, du côté luxembourgeois, est cependant déjà prévue dans les statuts de l'Union des Caisses de Maladie; une convention internationale a toutefois le mérite d'asseoir cette extension sur des bases plus solides et elle constitue un progrès dans le cas où la France est compétente pour les soins de santé; parallèlement les droits aux soins de santé pour les titulaires de pension sont élargis;
- la prise en compte, pour l'octroi d'une pension, des périodes accomplies dans un pays tiers avec lequel tant la France que le Luxembourg sont liés par un instrument international;
- des dispositions en matière de reconnaissance de l'état de dépendance et d'organisation d'une coopération appropriée entre les institutions et ensuite pour ce qui est de la fixation des règles de priorité en cas de cumul des droits à prestations de dépendance;
- des procédures d'exécution des décisions des juridictions, de recouvrement des cotisations et de restitution de prestations indûment versées.

#### 2) *Luxembourg-Turquie*

La convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre les deux pays est entrée en vigueur le 1er juin 2006.

#### 3) *Luxembourg-Maroc*

Une convention bilatérale regroupant l'ensemble des branches de la sécurité sociale a été signée le 2 octobre 2006 à Luxembourg et entrera en vigueur dès que les formalités de ratification parlementaire auront été terminées dans les deux pays.

Lors d'une troisième ronde de négociations qui s'est tenue au mois d'octobre 2006 à Luxembourg, l'arrangement administratif a pu être paraphé.

#### 4) *Luxembourg-Serbie/Monténégro*

La convention bilatérale qui remplace l'ancien instrument conclu avec l'ex-Yougoslavie est entrée en vigueur le 1er septembre 2005.

Cependant l'arrangement administratif doit encore être signé avec la Serbie et le Monténégro et des initiatives en ce sens seront lancées sous peu.

#### 5) *Luxembourg-Bulgarie*

La convention bilatérale est entrée en vigueur le 1er mars 2006. Sauf pour les dispositions plus favorables, elle a été remplacée par le règlement (CE) 1408/71 depuis l'adhésion de la Bulgarie à l'Union européenne.

#### 6) *Luxembourg-Roumanie*

La convention bilatérale est entrée en vigueur le 1er mars 2006. Sauf pour les dispositions plus favorables, elle a été remplacée par le règlement (CE) 1408/71 depuis l'adhésion de la Roumanie à l'Union européenne.

#### 7) *Luxembourg-Macédoine*

L'ancienne convention avec l'ex-Yougoslavie reste toujours applicable, mais il a été décidé de la remplacer par un instrument basé sur des méthodes de coordinations plus modernes et plus adéquates. A cet effet des négociations ont été engagées.

En 2006 deux rondes de négociations, l'une à Luxembourg, l'autre à Skopje, ont permis de trouver un accord sur le texte de la convention bilatérale et de l'arrangement administratif. Les deux instruments ont été signés le 28 novembre 2006 à Luxembourg par les ministres des deux pays respectifs, et la procédure de ratification parlementaire sera engagée sous peu.

#### 8) *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.

Une première ronde de négociations a eu lieu à Luxembourg et il est projeté de faire une convention bilatérale englobant l'ensemble des branches de la sécurité sociale.

#### 9) *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.

## **Transferts à l'étranger**

### **Introduction**

Les migrations des personnes ne constituent pas un phénomène récent, mais les courants migratoires ont connu des changements profonds depuis les dernières décennies sous l'impulsion du développement des moyens de transports modernes. Le principe de la libre circulation des personnes, des marchandises, des services et des capitaux ancré dans les Traités de Rome et de Maastricht, accompagné par des instruments garantissant en matière de sécurité sociale des droits acquis, a favorisé leur mobilité.

Autrefois, les personnes qui se déplaçaient dans un autre pays pour des raisons de travail ou de loisirs, cessaient d'être protégées par la sécurité sociale de leur pays d'origine. Progressivement des accords bilatéraux et multilatéraux ont été conclus entre les pays avec comme finalité de garantir une protection complète et continue aux personnes se rendant à l'étranger.<sup>1)</sup>

Les conventions internationales se sont assigné pour but de coordonner les législations nationales tout en éliminant les obstacles que pourrait rencontrer leur application. Le Luxembourg adhère à des conventions multilatérales conclues entre plusieurs pays, notamment au règlement (CEE) numéro 1408/71 applicable aux personnes qui se déplacent à l'intérieur de l'Union Européenne; il a conclu des conventions bilatérales avec les pays lorsque les fréquents déplacements des ressortissants des deux pays ont rendu nécessaire qu'un mécanisme de coordination des législations soit élaboré.

En principe, les travailleurs ne sont soumis qu'à la législation d'un seul Etat membre. La législation applicable, dite compétente, est celle du lieu de travail. Les conventions garantissent aux personnes qui se déplacent, une protection en vertu d'une législation nationale déterminée d'avance et celles-ci bénéficient des prestations de sécurité sociale dans les mêmes conditions que les nationaux du pays d'accueil. Lorsque le droit aux prestations est subordonné à l'accomplissement d'un stage, il est tenu compte des périodes effectuées dans l'autre pays lié par la convention. Le droit à des prestations immédiates ou futures acquis dans un pays est conservé au travailleur migrant dans un autre pays et les prestations ne peuvent ni être réduites, ni suspendues, ni annulées du fait que les personnes résident sur le territoire de l'autre Etat contractant.

### **Les conventions de sécurité sociale**

Le Luxembourg adhère à diverses conventions multilatérales et bilatérales réglant des problèmes communs de sécurité sociale.

#### ***La sécurité sociale des travailleurs qui se déplacent en Europe***

Le règlement (CEE) numéro 1408 du 14 juin 1971 et les dispositions d'application du règlement (CEE) numéro 574 du 21 mars 1972 établissent un mécanisme de coordination entre les différents régimes nationaux des pays membres de l'Union Européenne. La réglementation communautaire s'applique en particulier aux travailleurs salariés et non salariés qui sont ou ont été soumis à la législation de l'un ou de plusieurs Etats membres et qui sont des ressortissants de l'un des Etats membres ou bien des apatrides ou des réfugiés résidant sur le territoire d'un des Etats membres, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants. Elle vise les prestations de maladie et de maternité, les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, les prestations d'accidents de travail et de maladie professionnelle, les allocations de décès, les prestations de chômage et les prestations familiales. L'Union Européenne, ses Etats membres ainsi que l'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège, la Suède et la Suisse ont conclu l'Accord sur l'espace économique européen qui a été signé le 2 mai 1992. Par suite de la non-ratification de l'accord par la Suisse et depuis l'adhésion de l'Autriche, de la Finlande et de la Suède à l'Union Européenne, l'accord s'applique à l'Islande, à la Norvège et au Liechtenstein. L'accord prévoit que les parties contractantes assurent aux travailleurs, pour l'ouverture, le maintien du droit et pour le calcul des prestations, la totalisation de toutes les périodes prises en considération dans les diverses législations nationales. Les pays cités sont inclus dans la coordination des régimes de sécurité sociale établie par le règlement (CEE) 1408/71.

#### ***Les autres conventions multilatérales de sécurité sociale***

Les accords intérimaires européens, la convention européenne de sécurité sociale et l'accord complémentaire pour l'application de la convention européenne sont des instruments négociés dans le cadre du Conseil de l'Europe. Le secteur des transports est réglé en particulier par l'accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans et la convention européenne concernant la sécurité sociale des travailleurs des transports internationaux.

---

1) *Droit de la sécurité sociale Luxembourg 2001, chapitres 20-22.*

### Les conventions bilatérales

A côté des accords bilatéraux qui existaient entre les pays avant l'entrée en vigueur des règlements communautaires et maintenus moyennant inscription à l'annexe de ces mêmes règlements, le Luxembourg est lié par des conventions avec les pays suivants: Brésil, Chili, Cap-Vert, Etats-Unis d'Amérique, Pologne, Tchéquie, Suisse, Tunisie, Canada et Québec. La convention avec la Yougoslavie a été reprise pour les relations avec les nouvelles Républiques issues de l'ex-Yougoslavie.

Ces conventions sont régies par les principes de l'égalité de traitement, de la totalisation des périodes d'assurance et de l'exportation des prestations. Certaines conventions prévoient des dispositions particulières en ce qui concerne soit le champ d'application personnel soit le champ d'application matériel.

Le Luxembourg adhère à diverses conventions multilatérales et bilatérales réglant des problèmes communs de sécurité sociale.

### Particularités des transferts à l'étranger

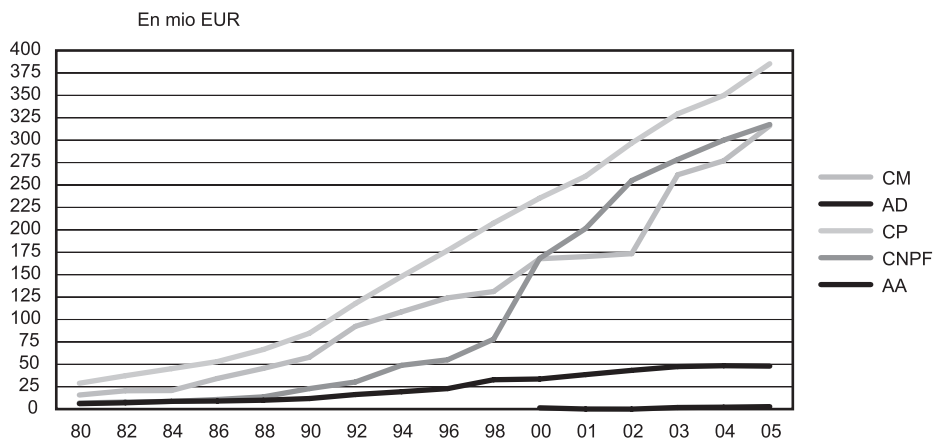
L'analyse sur l'emploi dans ce rapport décrit les caractéristiques de la composition et de l'évolution des forces de travail dans notre pays. Si le rythme d'expansion de l'économie a dépassé celui de la démographie au cours des cinquante dernières années, le déficit n'a pu être comblé que grâce à l'apport fourni par la main-d'oeuvre étrangère. La constance du phénomène se reflète particulièrement à l'examen des tableaux afférents aux pensions virées à l'étranger, étant donné que ces pensions sont échues un certain temps après l'accomplissement des périodes actives. Le nombre et surtout le montant de ces pensions accusent une tendance croissante. Il est utile de préciser encore que les montants des pensions payées par les établissements luxembourgeois correspondent uniquement aux périodes d'assurance qui ont été accomplies dans le cadre de l'affiliation au régime luxembourgeois; les montants ne représentent donc souvent que des pensions partielles auxquelles se joignent les parts de pension déterminées par application des législations des autres pays dans lesquels l'assuré a poursuivi une activité professionnelle.

Les dispositions conventionnelles règlent aussi le service des allocations familiales à l'étranger. Les conventions bilatérales prévoient parfois des montants forfaitaires adaptés au niveau de vie du pays de résidence. Le règlement (CEE) numéro 1408/71 quant à lui permet aux travailleurs soumis à la législation d'un Etat membre de bénéficier du droit aux allocations familiales prévues par cet Etat pour leurs enfants qui résident sur le territoire d'un autre Etat. Lorsque des allocations sont prévues par la législation du pays de résidence des enfants, le droit aux allocations dues en vertu de la législation du pays de travail est suspendu jusqu'à concurrence de ce montant. Eventuellement un complément est dû, qui pour des raisons techniques, n'est cependant pas inclus dans les séries suivantes. Les transferts à l'étranger découlant des dispositions internationales bénéficient plus fréquemment aux familles des travailleurs frontaliers de plus en plus nombreux, et continuent à croître au rythme de la conjoncture et du niveau divergent du taux des prestations inscrit dans les législations du pays de l'emploi par rapport au pays de résidence. Avec le relèvement par étapes du niveau de l'allocation familiale par enfant, l'écart entre les prestations s'est progressivement creusé.

En ce qui concerne les prestations de maladie et des accidents de travail, les travailleurs qui résident ou séjournent sur le territoire d'un Etat autre que l'Etat compétent, bénéficient des prestations en nature servies à charge de l'institution compétente par l'institution du lieu de résidence ou de séjour suivant la législation que cette dernière applique. Les frais médicaux sont pris en charge aux taux et tarifs applicables aux assurés sociaux sur présentation d'une attestation certifiant le droit aux prestations documentée par un formulaire délivré par l'institution compétente du lieu de travail.

### Evolution des montants exportés

#### Evolution des transferts aux non-résidents - Répartition par organisme 1980 à 2005





L'observation porte uniquement sur les flux de prestations vers les pays étrangers négligeant les prestations versées à l'intérieur du pays mais dont les bénéficiaires sont des ressortissants étrangers.

Les prestations exportées portent essentiellement sur cinq organismes de la sécurité sociale à savoir, l'assurance maladie, l'assurance dépendance, le régime général de pension, les prestations familiales et l'assurance contre les accidents. Le volume des transferts augmente sans interruption tant en valeur absolue qu'en valeur relative des prestations totales servies. Le graphique illustre le phénomène des transferts qui continue à s'amplifier au cours des dernières années, puisque les montants transférés, qui étaient encore de 364 millions EUR (14,6 milliards de francs en 1995), sont passés à 1 070 millions EUR en 2005. Le montant global exporté absorbe en 2005 près de 21% des prestations pour les cinq organismes contre seulement 16% du total en 1999.

<b>Année</b>	<b>Caisses de maladie</b>	<b>Dépendance</b>	<b>Caisses de pension</b>	<b>Caisse nationale des prestations familiales</b>	<b>Assurances accidents</b>	<b>Total</b>
1980	15,69		28,85	6,81	6,03	57,38
1990	57,83		84,61	22,87	11,83	177,13
1995	123,63		165,62	52,48	21,83	363,56
2001 *)	170,14	0,07	259,79	201,50	38,48	669,98
2002 *)	173,34	0,04	296,74	254,91	43,17	768,20
2003 *)	261,40	1,76	329,40	278,46	47,42	918,44
2004 *)	276,96	2,11	349,91	300,05	48,41	977,44
2005 *)	316,06	2,79	385,27	317,50	47,92	1 069,54

\*) Nouvelle approche UCM et dépendance à partir de 2001.

