

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL	3
L'organisation de la sécurité sociale	3
Les personnes protégées	7
L'ASSURANCE MALADIE MATERNITE	11
L'organisation de l'assurance maladie maternité	11
L'évolution financière de l'assurance maladie maternité	13
L'évolution législative et réglementaire	19
L'ASSURANCE PENSION	21
L'organisation de l'assurance pension	21
L'évolution financière de l'assurance pension	21
L'évolution législative et réglementaire	29
L'ASSURANCE DEPENDANCE	33
L'organisation de l'assurance dépendance	33
La poursuite des efforts pour garantir l'assise financière de l'assurance dépendance	33
La poursuite des travaux pour garantir la qualité des prestations	35
Les activités de la Cellule d'évaluation et d'orientation	36
L'évolution de l'assurance dépendance	42
L'évolution législative et réglementaire	45
L'ASSURANCE ACCIDENTS	47
L'évolution de l'assurance accidents	47
L'évolution législative et réglementaire	52
LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION	55
L'évolution du 2e pilier de l'assurance pension	55
L'évolution des méthodes de travail du service Pensions complémentaires chargé de la surveillance du 2e pilier de l'assurance pension	57
L'évolution législative et réglementaire	58
LES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	59
Les attributions et l'organisation des juridictions de la sécurité sociale	59
Les activités des juridictions de la sécurité sociale	59
LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS	61
Les attributions du Service des dommages de guerre corporels	61
Les activités du Service des dommages de guerre corporels	61
L'évolution réglementaire	61
L'ADMINISTRATION DU CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	63
Les attributions et l'organisation de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale	63
Les activités de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale	63
LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL	71
Les instruments multilatéraux	71
Les instruments bilatéraux	74

INTRODUCTION

1. Le projet de loi portant réforme du système de soins de santé a été déposé à la Chambre des Députés par le Gouvernement en date du 1er octobre 2010. Dans la suite, les discussions entre les différents partenaires, prestataires et partenaires sociaux, mais aussi les diverses prises de positions, en particulier celles du Conseil d'Etat, de la Commission nationale pour la protection des données et du corps médical, ont conduit le Gouvernement à proposer plusieurs amendements. La commission parlementaire en charge du dossier a également joué un rôle important dans l'élaboration de la loi et en a finalisé le texte par l'intégration de plusieurs amendements parlementaires, de sorte que la loi a pu être votée en date du 17 décembre 2010 et est entrée en vigueur le 1er janvier 2011.

La consolidation et le développement de notre système de santé solidaire, la pérennisation de l'équilibre financier de l'assurance maladie et l'amélioration de la transparence et de la comparabilité des données statistiques et financières du système de soins de santé constituent les objectifs phares de la réforme s'intitulant " Promouvoir l'efficacité et la qualité ". L'éventail des mesures, qui seront exposées de façon plus explicite dans la suite du présent rapport, est très vaste et concerne les soins primaires, le système de soins de santé en général, la documentation ainsi qu'une réforme en profondeur de l'assurance santé.

2. Sur base des travaux d'un groupe de travail mixte qui s'était penché sur la question de la viabilité à long terme des régimes de pension, l'Inspection générale de la sécurité sociale avait finalisé un rapport qui avait été présenté au mois d'avril 2009 à la commission parlementaire Santé/Sécurité sociale et aux membres du groupe de réflexion. Ce rapport conclut que la situation financière et démographique actuelle de notre système de pension est telle que des réformes efficaces sont envisageables sans devoir recourir à des coupures tranchantes au niveau des prestations. Sur base de ce rapport, le Gouvernement a préparé au cours de l'année 2010 des lignes directrices de réforme, qui ont été présentées en date du 17 mars à la commission parlementaire de la Santé et de la Sécurité sociale.

3. Au cours de l'année 2010, un groupe de travail interministériel a préparé, sur base des recommandations d'un bilan sur l'application de la législation en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle, un projet de réforme de la législation en cette matière. Un projet de loi-réforme sera présenté au cours de l'année 2011.

4. Les responsables de l'assurance dépendance ont persévéré dans leurs efforts en matière de la garantie de la qualité des prestations.

5. Suite au dépôt du projet de loi No 5899 portant réforme de l'assurance accident en date du 4 juillet 2008, la Commission de la santé et de la sécurité sociale de la Chambre des Députés a continué d'analyser le projet de loi tout au long de l'année 2010. De même ont été finalisés d'importants amendements gouvernementaux et parlementaires. La loi portant réforme de l'assurance accident, dont le but est de moderniser l'indemnisation et de la rendre plus juste parce que mieux adaptée aux situations individuelles, a été votée à la date du 12 mai 2010 et mise en vigueur le 1er janvier 2011.

Un taux unique de cotisation dans l'assurance accident a été introduit par la loi du 17 décembre 2010 afférente. L'introduction d'un taux unique de cotisation devrait faciliter l'introduction d'un système de bonus/malus souhaité par le législateur. En effet, le taux unique de cotisation simplifiera et augmentera la transparence du mode de financement de l'assurance accident puisqu'il permettra de renoncer à l'attribution d'un coefficient de risque pour le calcul d'un taux de cotisation pour chacune des 21 classes de risque. Par rapport aux différents taux actuels, le taux unique de cotisation garantira une stabilité maximale grâce à la prise en compte de l'ensemble de la masse salariale cotisable et la gestion administrative s'en trouvera simplifiée. Le taux unique a été fixé à 1,15% pour l'année 2011.

6. Au cours de l'exercice 2010, 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 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.

7. Ensemble avec les partenaires sociaux, les Ministères de la Sécurité sociale et du Travail, les travaux préparatoires en vue de la mise en place d'un observatoire de l'absentéisme, tel que convenu dans le cadre des discussions sur le statut unique, ont été finalisés. Cet observatoire sera opérationnel à partir de la mi-2011.

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 - Service des dommages de guerre corporels - Conseil arbitral et Conseil supérieur des assurances sociales - Centre commun de la sécurité sociale - Association d'assurance contre les accidents - Caisse nationale d'assurance pension - Fonds de compensation - Caisse nationale de santé - Caisses de maladie - Mutualité des employeurs - 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.

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 contribuer à l'élaboration des mesures législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale;
- d'assurer le contrôle des institutions sociales qui en vertu des lois et règlements est exercé par le Gouvernement ou un membre du Gouvernement;
- d'établir, pour les besoins du Gouvernement, le bilan actuariel des régimes de pension en étroite collaboration avec les organismes concernés;
- de recueillir les données statistiques nécessaires tant sur le plan national que sur le plan international suivant un plan statistique et comptable uniforme pour toutes les institutions sociales;
- de préparer des 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'assister les institutions de sécurité sociale dans l'élaboration des processus et procédures administratifs sur base d'un cadre méthodologique commun qu'elle détermine et d'assurer, en cas de besoin, les arbitrages nécessaires pour l'implémentation de ces processus et procédures.

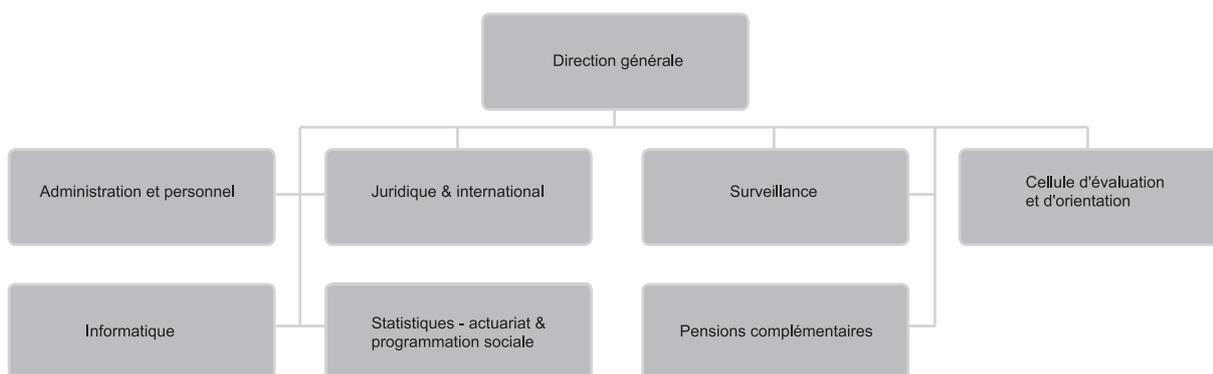
Les institutions de sécurité sociale sont soumises à la haute surveillance du Gouvernement, laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale. L'autorité de surveillance veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières. A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la gestion des institutions de sécurité sociale. Celles-ci sont tenues de mettre en œuvre une gestion des risques et une assurance qualité appropriée suivant des critères prescrits par l'autorité de surveillance.

Toute décision d'un organe d'une institution qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts est déferée par son président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension.

Si une décision d'un organe d'une institution de sécurité sociale 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 tutelle 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.



Nombre des emplois de l'IGSS:

Inspection générale de la sécurité sociale	Directeur	1
	Fonctionnaires de la carrière supérieure administrative	17
	Fonctionnaires des carrières supérieures scientifiques	8
	Fonctionnaires des carrières moyennes paramédicales	10
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur*	34
	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	14
	TOTAL :	95

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

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. Elles sont gérées par un comité-directeur composé de représentants des partenaires sociaux et, éventuellement, de représentants de l'Etat.

Les institutions 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.

L'introduction du statut unique avec effet au 1er janvier 2009 a permis le regroupement et le réaligement dans l'organisation administrative de la sécurité sociale avec comme objectif l'optimisation et la rationalisation des services.

Dans le cadre de cette réorganisation ont été créées la Caisse nationale de santé (CNS) et la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP), résultant d'une fusion des différentes caisses de maladie, voire des caisses de pension.

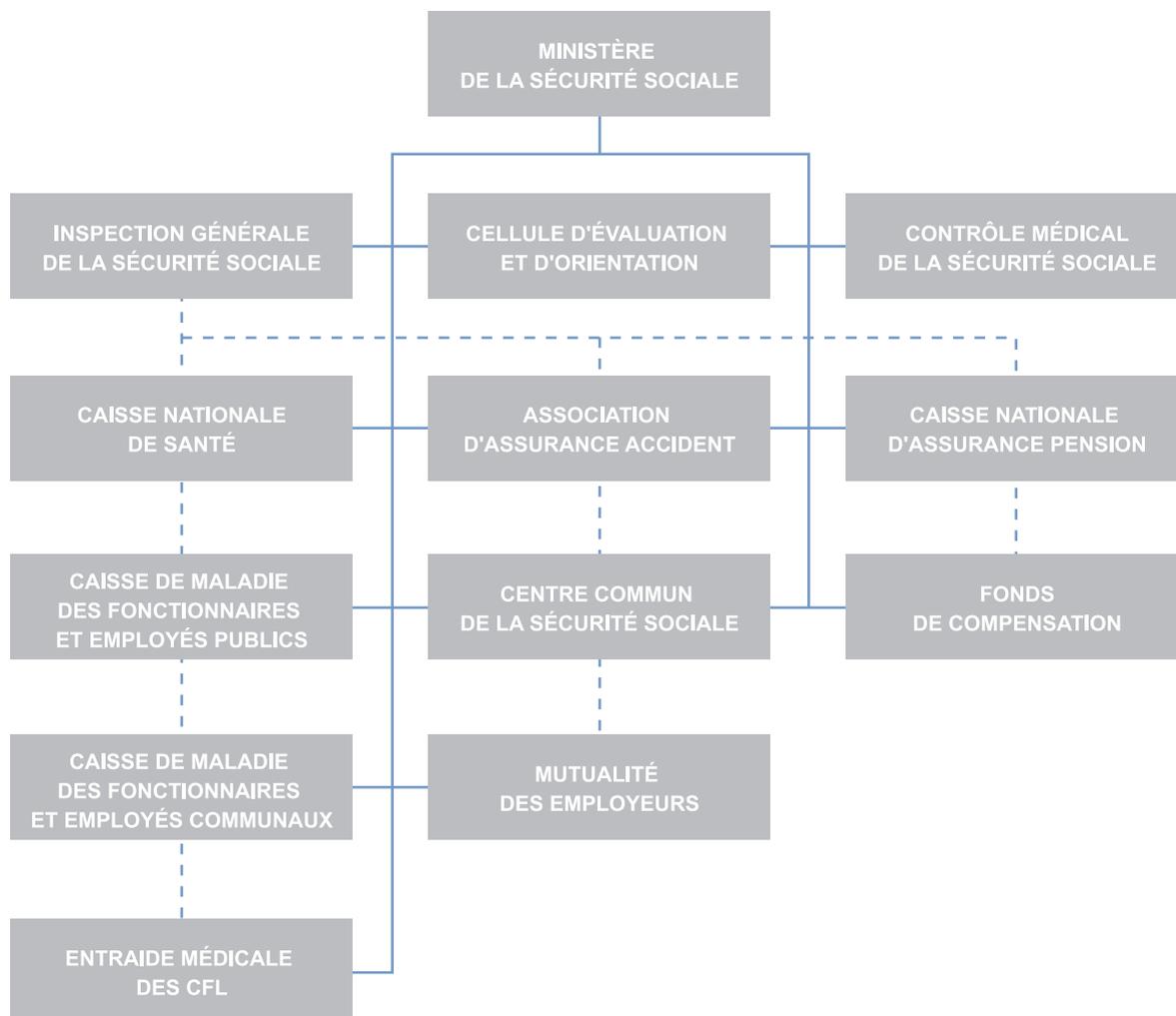
La **Caisse nationale de santé (CNS)**, qui regroupe l'Union des caisses de maladie, les caisses de maladies des salariés du secteur privé et les caisses de maladie des non-salariés, est dotée de la compétence générale pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les caisses de maladie du secteur public ont conservé leurs compétences d'attribution limitées au seul remboursement des soins de santé avancés.

La **Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)**, constituée par les quatre caisses de pension du régime général, administre également le Fonds de compensation, maintenu comme entité juridique distincte.

Au niveau de la gouvernance des différents organes de la sécurité sociale est prévue une composition paritaire des partenaires sociaux et d'un représentant de l'Etat en tant que président.

La réorganisation a comporté que l'**Association d'assurance contre les accidents** a obtenu un statut du personnel propre. Le **Centre commun de la sécurité sociale** est resté l'organe centralisateur des opérations informatiques de la sécurité sociale, il collabore étroitement avec les cellules méthodologiques des différents organismes.

Organigramme des institutions de sécurité sociale luxembourgeoises:



Le personnel affecté aux institutions de sécurité sociale

Le statut du personnel

Les statuts du personnel des quatre institutions de sécurité sociale qui restent après la fusion des caisses de maladie et des caisses de pension et qui relèvent du département de la sécurité sociale sont fixés dans quatre règlements grand-ducaux conformément à l'article 404 du Code de la sécurité sociale. Ces règlements déterminent principalement le cadre du personnel assistant les organes dirigeants. Les agents desdites institutions sont divisés en quatre catégories:

- les fonctionnaires de l'Etat, qui occupent la fonction soit de président, soit de premier conseiller de direction, fonctions dirigeantes au sens de la loi du 9 décembre 2005 déterminant les conditions et modalités de nomination de certains fonctionnaires occupant des fonctions dirigeantes dans les administrations et services de l'Etat;
- les employés publics qui sont assimilés aux fonctionnaires de l'Etat;
- les salariés assimilés aux salariés de l'Etat.

Sur base des dispositions légales contenues dans le Code de la sécurité sociale, 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 énumèrent les carrières et fixent 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.

Le nombre des emplois

Institution	Carrière	Nombre d'emplois	
Caisse nationale de santé	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>		
	Président et premiers conseillers de direction	5	
	Autres carrières supérieures *	27	
	<i>Employés publics :</i>		
	Carrières moyennes	184	
	Carrières inférieures	148	
	Salariés assimilés aux salariés de l'Etat	71	
	Total:	435	
	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics	<i>Employés publics</i>	
		Carrière moyenne du rédacteur	4
Carrière inférieure de l'expéditionnaire		7	
Salariés assimilés aux salariés de l'Etat		5	
Total:		16	
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux	<i>Employés publics</i>		
	Carrière moyenne du rédacteur	3	
	Carrières inférieures de l'expéditionnaire	5	
	Total:	8	
Caisse nationale d'assurance pension	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>		
	Président et premiers conseillers de direction	3	
	Autres carrières supérieures *	6	
	<i>Employés publics :</i>		
	Carrières moyennes du rédacteur	122	
	Carrières inférieures de l'expéditionnaire	21	
	Salariés assimilés aux salariés de l'Etat	14	
	Total:	166	
	Association d'assurance accident	<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>	
		Président et premiers conseillers de direction	1
Autres carrières supérieures *		7	
<i>Employés publics :</i>			
Carrières moyennes du rédacteur		44	
Carrières inférieures de l'expéditionnaire		7	
Salariés assimilés aux salariés de l'Etat		6	
Total:		65	
Centre commun de la sécurité sociale		<i>Fonctionnaires de l'Etat</i>	
		Premiers conseillers de direction	2
	Autres carrières supérieures administratives*	6	
	Carrière supérieure de l'informaticien*	38	
	<i>Employés publics :</i>		
	Carrière moyenne du rédacteur	78	
	Carrière moyenne de l'informaticien diplômé	24	
	Carrière moyenne de l'ingénieur-technicien	3	
	Carrière infér. de l'expéditionnaire administratif	12	
	Carrière infér. de l'expéditionnaire informaticien	12	
	Autres carrières inférieures	10	
	Salariés assimilés aux salariés de l'Etat	20	
	Total:	205	
	TOTAL GENERAL :	895	

* Une disposition transitoire, inscrite à l'article 17 de la loi sus-visée du 13 mai 2008, prévoit que ces agents, en fonction au moment de la mise en vigueur de cette loi, continuent à bénéficier du statut du fonctionnaire de l'Etat.

Les personnes protégées

Ce chapitre propose une analyse du champ des personnes protégées contre les risques reconnus par la sécurité sociale luxembourgeoise.

L'affiliation aux différents régimes de sécurité sociale se fait obligatoirement en raison de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée. Les règles d'organisation de la sécurité sociale veulent que les personnes concernées soient assurées auprès des organismes compétents pour leur groupe socioprofessionnel et selon les risques à couvrir. En dehors des personnes assurées obligatoirement du chef de leur occupation professionnelle il y a celles qui le sont du fait qu'elles touchent un revenu de remplacement.

Sous certaines conditions, une assurance volontaire est possible.

Les droits dérivés sont des droits dont peuvent se prévaloir d'autres personnes que celles qui ont payé des cotisations. Il s'agit généralement des membres de famille (conjoint ou enfants des cotisants).

Etant donné que la sécurité sociale luxembourgeoise est organisée selon le principe de l'unicité d'affiliation, les principales catégories des assurés actifs en assurance maladie et assurance pension sont identiques.

Assurés actifs obligatoires de l'assurance maladie et l'assurance pension pour 2009 (moyenne annuelle)

		dont régimes pension statutaires
Salariés (Statut unique)	310 300	
Fonctionnaires	26 470	26 470
Indépendants	19 100	
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	7 200	
Bénéficiaires d'un congé parental	2 180	160
Bénéficiaires d'une indemnité de préretraite	1 250	20
Total	366 500	26 650

Evolution du nombre des personnes protégées en assurance maladie

Ces dernières années la croissance du nombre de personnes protégées évolue à un rythme plutôt régulier. L'écart observé entre les taux de croissance de la population protégée globale et la population protégée résidente témoigne de l'impact socio-économique des travailleurs frontaliers.

Personnes protégées résidentes depuis 2005

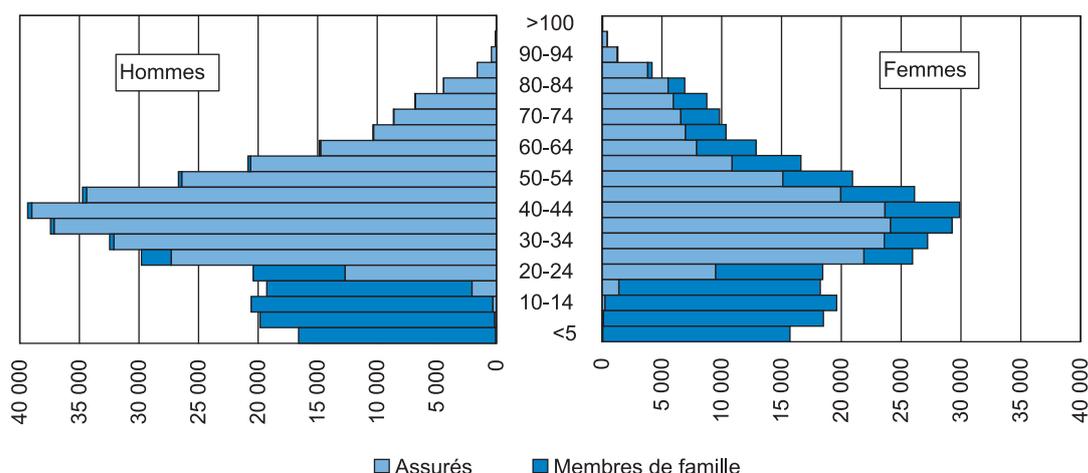
	2005	2006	2007	2008	2009
Hommes	221 500	224 300	227 300	231 400	235 300
Femmes	223 300	225 700	228 400	231 800	235 400
Total	444 800	450 000	455 700	463 200	470 700
Taux de croissance	1,2%	1,2%	1,3%	1,6%	1,6%

Evolution de la population protégée depuis 2005

	2005	2006	2007	2008	2009
Actifs et volontaires	503 900	518 400	536 400	557 300	569 900
Hommes	276 300	284 700	295 400	307 300	312 600
Femmes	227 600	233 700	241 000	250 000	257 300
Pensionnés	104 000	105 800	107 500	109 000	112 100
Hommes	45 000	46 100	47 300	48 300	50 100
Femmes	59 000	59 700	60 200	60 700	62 000
Total	607 900	624 200	643 900	666 300	682 000
Taux de croissance	2,5%	2,7%	3,2%	3,5%	2,4%

Le graphique suivant présente la pyramide des âges des assurés et de leurs membres de famille en 2009.

Population protégée en 2009 (moyenne annuelle)



En analysant cette pyramide des âges on constate plusieurs choses:

- La proportion des personnes actives est à son maximum dans les tranches d'âge de 40-44 ans pour les hommes et dans celle de 35-39 ans pour les femmes.
- Si les hommes sont déjà largement majoritaires parmi la population active, ils sont également en surnombre d'une manière absolue dans les classes d'âge de la population protégée se situant en dessous de 64 ans.
- Ce n'est qu'au-delà de 64 ans que le rapport numérique hommes/femmes parmi la population protégée commence à changer.

Evolution du nombre des assurés du régime des prestations en espèces en assurance maladie

Les statistiques ci-après concernent les assurés de la gestion des prestations en espèces.

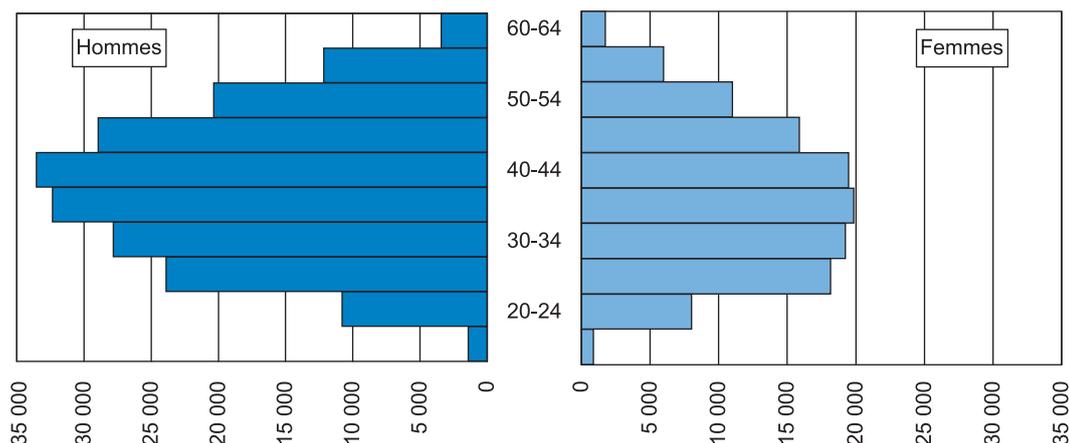
Jusqu'à l'introduction du statut unique au 1er janvier 2009, la gestion ouvriers (Art. 29.1c CSS), dont faisait partie la majorité des ouvriers, intervenait dès le premier jour de maladie. L'employeur pouvait cependant opter pour une affiliation de ses salariés ouvriers auprès de la gestion employés et indépendants (Art. 29.1b CSS), qui avait un taux de cotisation beaucoup plus avantageux. En cas de maladie d'un ouvrier, l'employeur devait alors continuer à payer le salaire pendant le mois en cours et les trois mois subséquents.

La gestion employés et indépendants (Art. 29.1b CSS) concernait les salariés bénéficiant de la conservation de la rémunération pendant le mois en cours et les trois mois subséquents ainsi que les travailleurs indépendants.

Avec l'introduction du statut unique, le salarié a droit au maintien de son salaire de la part de son employeur et ce pendant les 77 jours de maladie continue et du reste du mois dans lequel tombe le 77e jour en cas d'incapacité de travail. Après ce délai, la charge revient à la Caisse nationale de santé. L'indemnité pécuniaire accordée aux non-salariés reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs.

Le graphique ci-après représente la répartition des assurés par groupes d'âge en 2009.

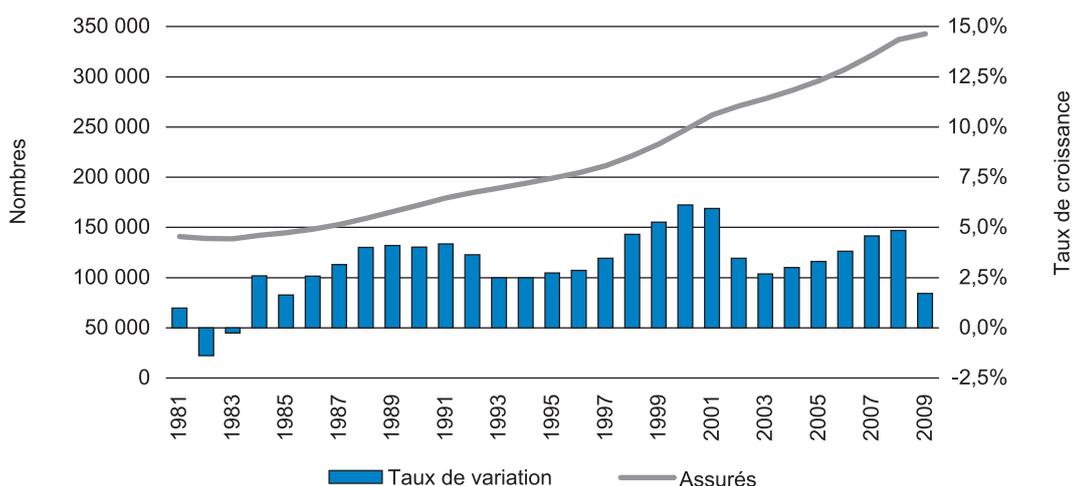
Gestion prestations en espèces: répartition des assurés par groupe d'âge en 2009



Les assurés du régime général de pension

En 2009, le nombre moyen d'assurés atteint quelque 343 000 personnes, dont 134 000 femmes, avec un taux de croissance de 1,7% de 2008 à 2009, qui baisse considérablement par rapport à la période précédente (4,8%).

Evolution du nombre moyen d'assurés



Le taux de croissance des assurés féminins est de 2,9% contre 1,0% pour les hommes.

L'introduction du statut unique au 1er janvier 2009 a engendré la fusion des 4 caisses de pension du régime contributif. L'Établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité responsable du régime des ouvriers, la caisse de pension des employés privés (CPEP), la caisse de pension des artisans, commerçants et industriels (CPACI) ainsi que la caisse de pension des agriculteurs (CPA) ont fusionnés pour constituer la caisse nationale d'assurance pension (CNAP).

Assurés obligatoires par statut et par sexe

Statut	2008			2009			Taux de variation		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Salariés	194 200	122 800	317 000	195 400	126 300	321 700	0,6%	2,9%	1,5%
Non-salariés	11 600	6 400	18 000	12 400	6 700	19 100	6,9%	4,7%	6,1%
Total	205 800	129 200	335 000	207 800	133 000	340 800	1,0%	2,9%	1,7%

Les revenus cotisables

Suite à l'introduction du statut unique au 1er janvier 2009, le calcul du revenu moyen cotisable a subi certains changements. Les heures supplémentaires ne sont plus cotisables à l'assurance pension, le nombre de jours travaillés par an n'est plus uniformisé (260) comme c'était le cas jusqu'en 2008. Le nombre de jours s'élève à 254 pour un salarié travaillant 8 heures par jour et 5 jours par semaine selon le calendrier 2009. Ainsi la variation 2008-2009 donne seulement une indication approximative de l'évolution du revenu cotisable moyen.

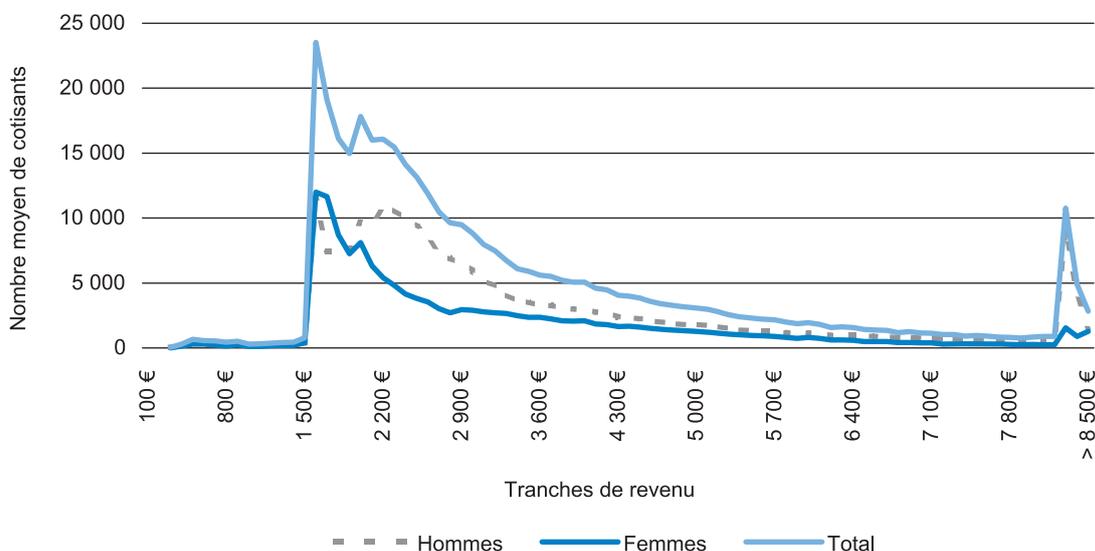
Evolution du revenu moyen cotisable

Caisse	Sexe	1995	2000*)	2005	2008	2009	Variation 2009/2008	Variation moyenne 1995-2009
AVI	Hommes	1 877	2 069	2 395	2 578			
	Femmes	1 371	1 543	1 931	2 090			
CPEP	Hommes	3 381	3 724	4 384	4 775			
	Femmes	2 414	2 826	3 447	3 829			
CPACI	Hommes	2 348	2 610	2 884	3 153			
	Femmes	1 546	1 829	2 182	2 386			
CPA	Hommes	1 199	1 510	1 973	2 207			
	Femmes	1 143	1 381	1 790	2 005			
Total	Hommes	2 433	2 771	3 273	3 590	3 749	4,4%	3,1%
	Femmes	1 984	2 360	2 902	3 254	3 388	4,1%	3,9%
Total	Hommes + Femmes	2 277	2 628	3 143	3 472	3 618	4,2%	3,4%

*) A partir de 2000, nouvelle série sans affiliation baby-year.

Le niveau de ces revenus moyens cotisables est influencé par l'existence d'un maximum et d'un minimum cotisable. Le niveau minimum du salaire cotisable qui s'élève en 2009 en moyenne à 1 675,92 EUR, joue avant tout un rôle dans le revenu moyen cotisable des assurés non salariés.

Répartition des assurés par tranches de revenu mensuel cotisable en 2009



La distribution des assurés par tranches de revenu mensuel cotisable fait apparaître une forte concentration des assurés aux alentours du salaire social minimum pour les deux sexes. Au plafond cotisable, on constate une forte accumulation d'assurés masculins alors que tel n'est pas le cas pour les assurés féminins.

L'ASSURANCE MALADIE MATERNITE

L'organisation de l'assurance maladie maternité

La loi du 13 mai 2008 ¹⁾ portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé a engendré une vaste réorganisation des structures de l'assurance maladie. La fusion des trois caisses des salariés du secteur privé et des deux caisses des non-salariés, a donné naissance à la Caisse nationale de Santé (CNS, Gesondheetskees) à partir de 2009.

La CNS est l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie maternité. Elle est compétente pour l'élaboration du budget annuel et la fixation des taux de cotisation. Elle mène les négociations concernant les conventions avec les prestataires, arrête les statuts déterminant les modalités de prise charge, procède à la liquidation des prestations en nature et la liquidation des prestations en espèces de maladie (pour les périodes de maladie dépassant le cadre légal de l'intervention patronale) et de maternité. En fonction des risques assurés, la CNS comporte trois gestions :

- la gestion des prestations en nature ou prise en charge des soins de santé;
- la gestion des prestations de maternité (nature et espèces);
- la gestion des prestations en espèces de maladie.

Les caisses de maladie des fonctionnaires publics et communaux ainsi que des agents des Chemins de Fer agissent dans le giron de la CNS. Les tâches de ces trois caisses peuvent être assimilées à une activité d'agence: renseignements aux assurés, remboursements directs des prestations qui ne relèvent pas du tiers payant.

L'assurance maladie a comme souci majeur la gestion optimale des ressources afin de garantir un accès équitable aux soins, maintenir un niveau de protection élevé tout en préservant la viabilité financière du système.

A cette fin, le Code de la sécurité sociale (CSS) prévoit un comité quadripartite, réunissant au moins une fois par an les représentants des départements ministériels concernés, des organisations des salariés et des employeurs ainsi que des prestataires de soins. Le comité est appelé à examiner annuellement l'évolution (y compris financière) du système de santé, son adéquation aux besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays. Il peut proposer ensuite toutes les mesures qu'il juge opportunes pour améliorer l'efficacité du système de santé.

Les effets de la récente crise financière et économique ont cependant fait apparaître les carences d'un système de santé dont la dernière réforme structurelle remonte à 1992.

En effet depuis cette date, les fondements de notre système de soins de santé sont globalement restés inchangés, notamment en ce qui concerne le conventionnement obligatoire des prestataires de soins garantissant un accès égal et équitable à l'offre de soins, une médecine libérale jouissant d'une liberté thérapeutique et d'une liberté de prescription large, et un secteur hospitalier budgétisé, fonctionnant suivant des principes comparables à un service public.

Dans sa déclaration gouvernementale, le Gouvernement s'est engagé à préserver un système de santé basé sur la solidarité nationale, l'équité et l'accessibilité ainsi que sur la qualité de l'offre. Il veut développer la qualité des soins, la complémentarité des services hospitaliers ainsi que des filières de soins coordonnées, tout en maîtrisant l'évolution du coût global de l'assurance

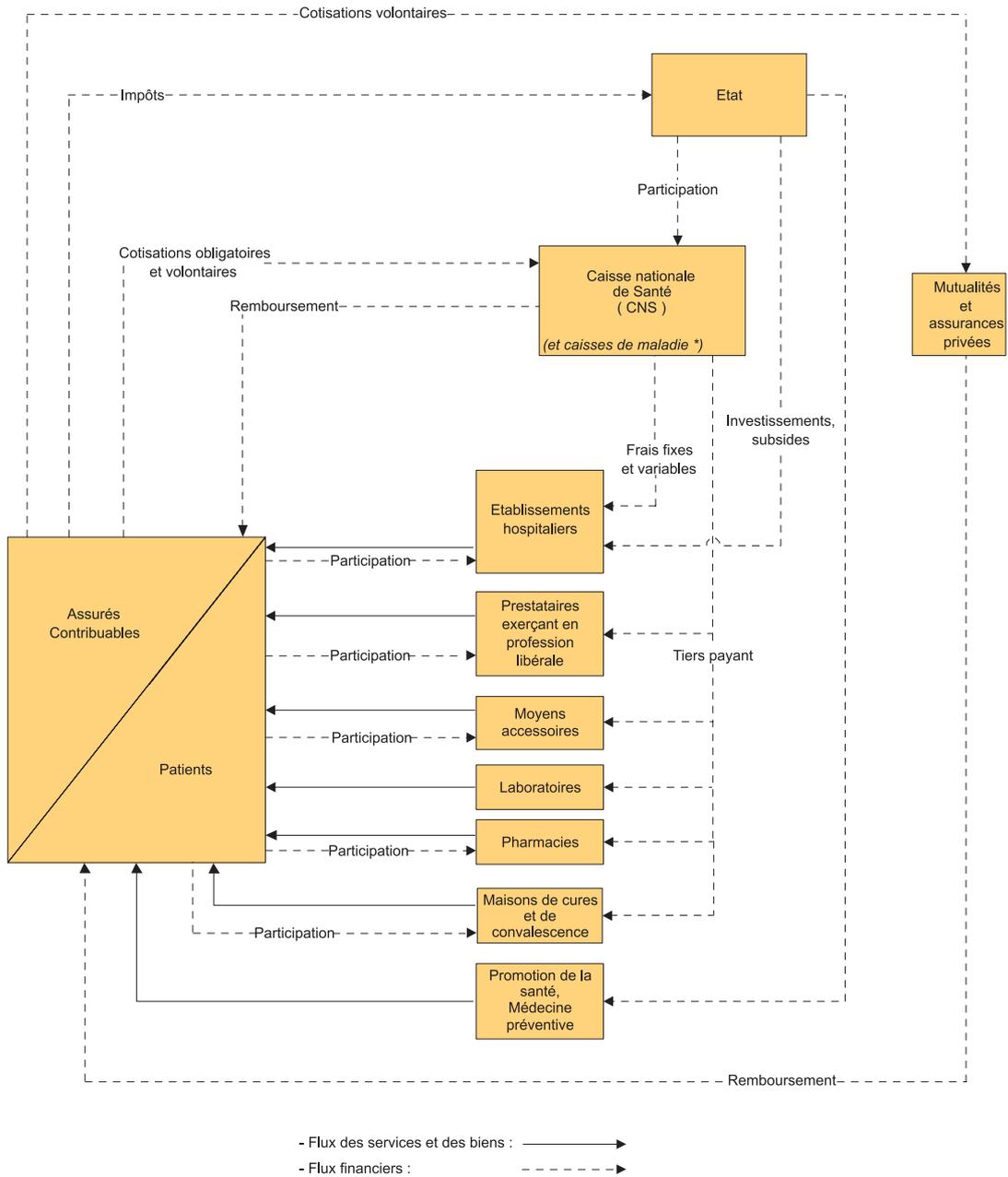
Or, l'atteinte de ces objectifs n'est pas compatible avec un laisser-faire ou un surplace permanent, mais exige un esprit de modernisation, une approche critique, une nécessité de transparence et une recherche de la qualité et de l'efficience.

La loi réforme du 17 décembre 2010 dont il sera question au chapitre "L'évolution législative et réglementaire" concrétise les mesures destinées à pérenniser et moderniser notre système de soins de santé.

1) Loi du 13 mai 2008 (Mém. A N°60 p.790) <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2008/0060/a060.pdf>

Le schéma suivant retrace l'organisation et le financement des soins de santé au Luxembourg

Organisation et financement des soins de santé au Luxembourg



Source: IGSS Luxembourg 2010

*) Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics.

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux.

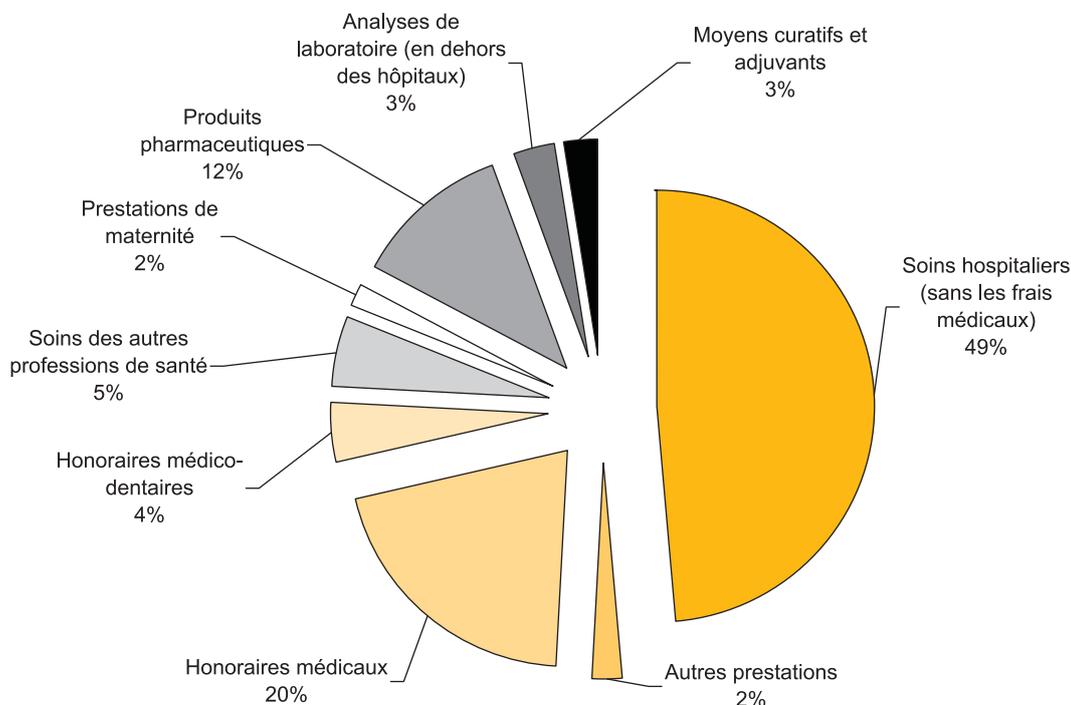
Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

L'évolution financière de l'assurance maladie maternité

L'évolution des prestations de soins de santé et de maternité

Pendant l'année 2009, l'assurance maladie-maternité a liquidé des frais pour soins de santé pour un montant total de 1 674,7 millions EUR, dont 1 380,1 millions EUR, soit 82%, pour la population protégée résidente. La répartition de ces frais entre les différents types de prestations est illustrée dans le graphique suivant.

Ventilation des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2009



Note: Le poste de soins de santé "Autres prestations" regroupe les analyses de laboratoire, les soins des autres professions de santé, les moyens curatifs et adjuvants, la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports et les indemnités funéraires.

Le tableau qui suit, donne un aperçu global de l'évolution des prestations de soins de santé prises en charge par la CNS, y compris les soins de maternité.

Evolution des frais pour soins de santé ¹⁾

	Taux moyen de variation 2004/09 ²⁾	Variation 2009/10 ²⁾
Soins hospitaliers	5,7%	2,8%
Honoraires médicaux	5,6%	4,4%
Honoraires médico-dentaires	4,7%	4,0%
Produits pharmaceutiques	3,9%	5,0%
Moyens curatifs et adjuvants	7,2%	6,8%
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	0,9%	10,0%
Soins des autres professions de santé	11,1%	10,3%
Autres prestations	6,2%	9,9%
Prestations de maternité	7,3%	4,0%
Total des prestations au Luxembourg	5,6%	4,3%
Prestations à l'étranger ³⁾	14,1%	4,1%
Total soins de santé	6,8%	4,3%

1) Source: estimations CNS septembre 2010.

2) Les séries 2004 à 2010 ont été redressées pour éliminer le biais introduit par la liquidation de prestations provisionnées à la fin de l'exercice précédent respectif.

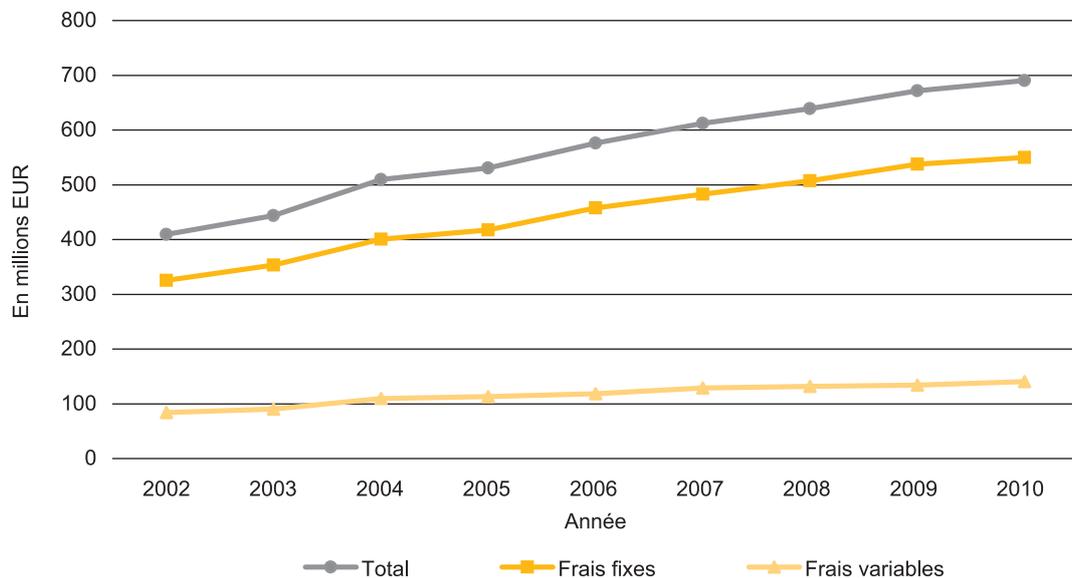
3) La liquidation de ces frais est sujette à d'importantes fluctuations en fonction de la rentrée des factures.

La progression des dépenses de soins de santé au Luxembourg en 2009 et 2010 est avant tout due à une croissance plus ou moins soutenue des principaux postes de frais que sont les frais hospitaliers, les frais médicaux et médico-dentaires ainsi que les frais pharmaceutiques.

Le graphique ci-après retrace l'évolution des frais hospitaliers qui constituent environ la moitié des dépenses pour soins de santé, honoraires médicaux non compris.

Evolution globale des budgets hospitaliers opposables 2002-2010

Evolution des budgets hospitaliers de 2002 à 2010 ¹⁾



Source: CNS.

1) Estimations pour 2010.

Les principales causes d'hospitalisation en 2009

Le tableau suivant indique le classement en ordre décroissant des 20 premières causes d'hospitalisations pour hommes et femmes.

Les 20 premières causes d'hospitalisation en 2009 dans les hôpitaux aigus ¹⁾

	Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	TOTAL	En % du total
1	Tumeurs malignes C00-C97	8,3%	Accouchement O80-O84	7,2%	Tumeurs malignes C00-C97	7,2%
2	Arthropathies M00-M25	5,6%	Arthropathies M00-M25	6,5%	Accouchement O80-O84	6,5%
3	Cardiopathies ischémiques I20-I25	5,3%	Tumeurs malignes C00-C97	6,0%	Arthropathies M00-M25	6,0%
4	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	4,1%	Affections du cristallin H25-H28	3,9%	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	3,9%
5	Autres formes de cardiopathies I30-I52	4,1%	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	3,6%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,6%
6	Troubles mentaux liés à l'utilis substanc psych-activ F10-F19	3,9%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,4%	Affections du cristallin H25-H28	3,4%
7	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,5%	Dorsopathies M40-M54	3,4%	Cardiopathies ischémiques I20-I25	3,4%
8	Dorsopathies M40-M54	3,1%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	2,9%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	2,9%
9	Hernies K40-K46	3,1%	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98	2,9%	Dorsopathies M40-M54	2,9%
10	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	3,0%	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	2,5%	Troubles mentaux liés à l'utilis substanc psych-activ F10-F19	2,5%
11	Affections du cristallin H25-H28	2,9%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2,5%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2,5%
12	Maladies des organes génitaux de l'homme N40-N51	2,7%	Tumeurs bénignes D10-D36	1,9%	Autres maladies de l'intestin K55-K63	1,9%
13	Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79	2,2%	Autres maladies de l'intestin K55-K63	1,8%	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,8%
14	Autres maladies de l'intestin K55-K63	1,9%	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,8%	Hernies K40-K46	1,8%
15	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,7%	Cardiopathies ischémiques I20-I25	1,7%	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	1,7%
16	Grippe et pneumopathie J10-J18	1,7%	Obésité et autres excès d'apport E65-E68	1,5%	Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79	1,5%
17	Autres maladies de l'appareil respiratoire J95-J99	1,7%	Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs I80-I89	1,4%	Tumeurs bénignes D10-D36	1,4%
18	Lésions traumatiques du genou et de la jambe S80-S89	1,7%	Troubles mentaux liés à l'utilis substanc psych-activ F10-F19	1,4%	Grippe et pneumopathie J10-J18	1,4%
19	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures J40-J47	1,4%	Affections du sein N60-N64	1,3%	Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs I80-I89	1,3%
20	Affections des tissus mous M60-M79	1,4%	Symptômes et signes généraux R50-R69	1,3%	Lésions traumatiques du genou et de la jambe S80-S89	1,3%
	% par rapport au total des admissions	63,1%		58,8%		58,8%

1) D'après la classification CIM 10 (Classification Internationale des Maladies 10e édition - OMS).

Les prestations en espèces en cas de maladie

Evolution de la nouvelle gestion prestations en espèces ¹⁾

Exercice	Décompte	Estimations actualisées ²⁾
	2009	2010
Nombre indice	699,44	711,07
RECETTES COURANTES	91,9	91,5
DEPENSES COURANTES	108,1	100,6
Solde des opérations courantes	-16,1	-9,1
Excédent / découvert cumulé	19,6	14,3
Taux de cotisation appliqué	0,50%	0,50%
Taux d'équilibre de l'exercice	0,59%	0,53%

1) Sans les prestations en espèces de maternité.

2) Source: estimations CNS septembre 2010.

Remarque : Le niveau de la réserve légale en 2010 a été baissé de 10% à 5,5% du total des dépenses courantes.

Analyse de l'absentéisme

Taux d'absentéisme en 2009 selon la résidence, le sexe et le statut

	Frontaliers			Résidents			TOTAL		
	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL
Anciens ouvriers	5,6%	4,5%	4,7%	4,1%	4,0%	4,1%	4,5%	4,3%	4,4%
Anciens employés	3,3%	2,0%	2,5%	2,8%	1,9%	2,3%	3,0%	1,9%	2,4%
TOTAL	3,8%	3,3%	3,5%	3,4%	3,0%	3,2%	3,6%	3,1%	3,3%

Les indemnités pécuniaires de maternité

Contrairement aux indemnités servies en cas de maladie, les indemnités pécuniaires de maternité ont été financées entièrement par l'Etat en 2010 et ont été versées directement par l'assurance maladie maternité.

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé prévoit l'intégration des prestations de maternité dans le régime général. Ceci représente une vraie simplification administrative et permet d'assurer une meilleure cohérence de la prise en charge préventive et plus de flexibilité concernant l'adaptation de l'offre des soins. Elle permettra également un meilleur suivi des dépenses par l'Etat et les partenaires sociaux.

Prestations en espèces de maternité: ventilation par genre de prestation

Genre de prestation	2000	2006	2007	2008	2009	2008/09	2000/09
Congé légal ¹⁾	40,4	61,4	63,3	69,9	75,3	7,8%	7,2%
Congé d'accueil ²⁾	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	-9,1%	7,5%
Dispense de travail pour femmes enceintes ³⁾	4,2	13,6	14,4	17,2	20,2	17,3%	19,0%
Congé pour raisons familiales ⁴⁾	0,5	2,5	3,0	3,5	5,8	64,3%	32,6%
TOTAL	45,2	77,6	80,9	90,9	101,5	11,7%	9,4%

1) La période d'indemnisation est de 8 semaines avant et de 8 semaines après l'accouchement. Le congé postnatal est porté à 12 semaines en cas d'accouchement prématuré ou multiple ainsi que pour les mères allaitantes.

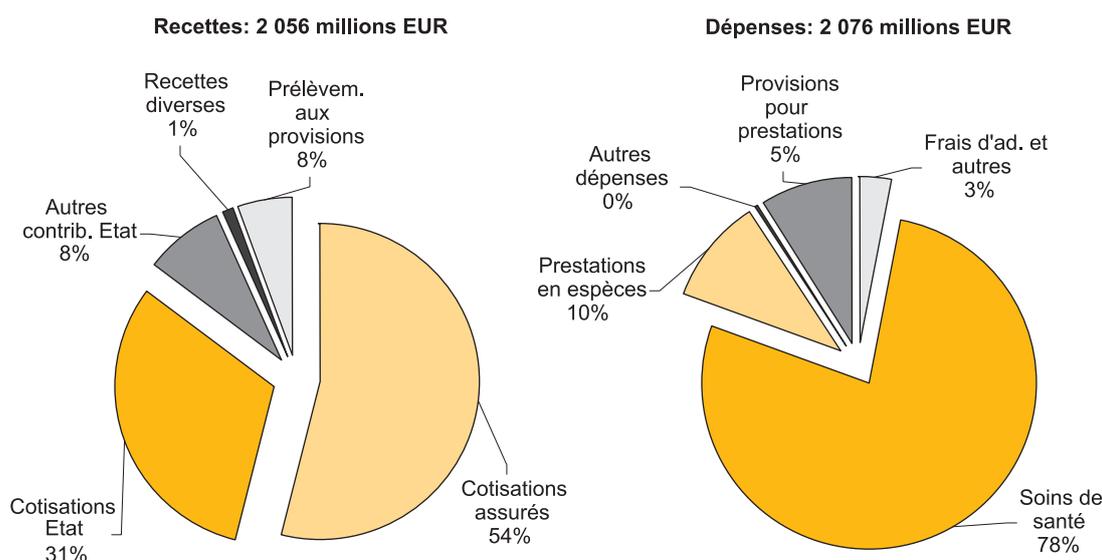
2) Congé de huit semaines accordé en cas d'adoption d'un jeune enfant (Loi du 14 mars 1988 portant création d'un congé d'accueil pour les salariés du secteur privé).

3) Loi du 1er août 2001 concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes remplaçant la loi modifiée du 3 juillet 1975 concernant la protection de la maternité de la femme au travail. Cette mesure a été introduite en août 1998.

4) Congé, destiné aux parents d'enfants malades, introduit par la loi du 12 février 1999 concernant la mise en oeuvre du plan d'action national en faveur de l'emploi. Cette prestation relève en fait du domaine des prestations familiales mais, pour des raisons administratives, elle est servie par les caisses de maladie.

La situation financière globale de l'assurance maladie maternité

Recettes et dépenses courantes de l'assurance maladie-maternité en 2009 (en % du total)



Le tableau suivant retrace l'évolution, à partir de 2006, des grandes catégories de recettes et de dépenses courantes. Ces données ont été ajustées afin d'éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions pour prestations.

Evolution des recettes et dépenses courantes de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR) ¹⁾

	Décomptes				Estimations actualisées ²⁾
	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes					
Cotisations	1 032,3	1 110,4	1 189,0	1 110,3	1 153,4
Cotisations forfaitaires Etat	528,0	568,1	609,1	641,7	667,0
Autres contributions de l'Etat	120,9	124,1	141,2	155,0	160,6
Autres recettes	28,3	33,9	38,2	33,3	30,9
TOTAL DES RECETTES COURANTES	1 709,6	1 836,6	1 977,5	1 940,3	2 011,8
Variation annuelle en %	6,3%	7,4%	7,7%	-1,9%	3,7%
Dépenses					
Frais d'administration	56,1	58,9	63,9	66,1	72,6
Prestations en espèces ³⁾	274,8	290,2	311,4	216 ⁴⁾	218,3
Soins de santé	1 373,2	1 475,3	1 564,9	1 674,7	1 746,7
Autres dépenses	3,5	3,1	4,6	3,8	8,2
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 707,7	1 827,5	1 944,7	1 960,8	2 045,81
Variation annuelle en %	2,7%	7,0%	6,4%	0,8%	4,3%
Solde des opérations courantes	1,9	9,0	32,8	-20,4	-34,0

1) Sans les prélèvements ou provisions pour prestations à liquider.

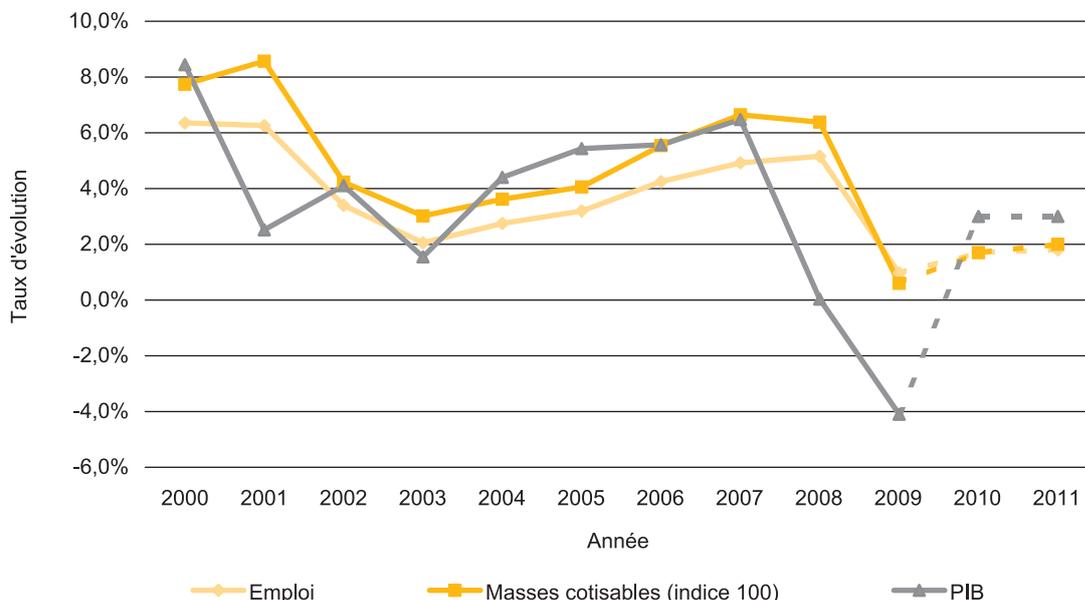
2) Source: estimations CNS septembre 2010.

3) Y compris les transferts de cotisations.

4) Allègement des charges de la gestion PE suite à l'introduction du statut unique.

Sur le graphique qui suit, on peut suivre sur une période de plus de 10 ans, l'évolution du PIB et son influence, toujours avec un certain décalage temporaire, sur la croissance ou la baisse de l'emploi et des salaires soumis à cotisation.

Evolution de l'emploi, des masses des salaires cotisables des salariés ainsi que du PIB de l'économie luxembourgeoise ¹⁾ (évolution en %)

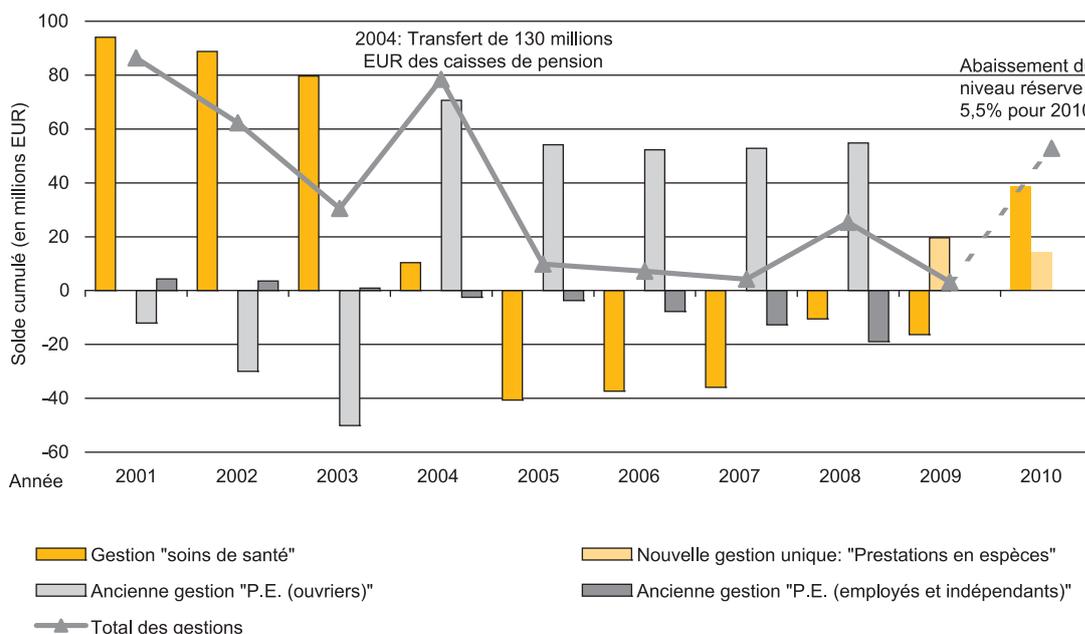


Source données: IGSS, STATEC.
1) Estimations pour 2010 et 2011.

A partir de 2009 la crise économique et la situation tendue sur le marché de l'emploi provoquent un ralentissement très sensible des rentrées en cotisations. Pour 2010 on observe une reprise et une stabilisation de la situation pour 2011 sur un niveau cependant nettement plus bas que celui observé entre 2004 et 2008.

Dans le graphique ci-après, l'évolution du solde cumulé des différentes gestions reflète l'impact de l'évolution économique sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité.

Le solde cumulé en fin d'année



Source: CNS décomptes et estimations actualisées pour 2010.

Evolution du niveau de la réserve (en millions EUR)

	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010
Réserve	219,8	199,3	165,3
Minimum légal (10% des dépenses courantes ¹⁾)	194,5	196,1	112,5
Rapport réserve / dépenses courantes ¹⁾	11,3%	10,2%	8,1%

1) Sans les prélèvements aux provisions.

Remarque: Baisse du seuil inférieur de la réserve à 5,5% en 2010.

L'évolution législative et réglementaire

Les travaux essentiels de l'exercice 2010 ont porté sur la finalisation du projet de loi 6196 portant réforme du système des soins de santé destiné à remédier à la situation financière précaire et inquiétante de l'assurance maladie.

Conformément à la déclaration gouvernementale du 29 juillet 2009, le projet de loi traduit la volonté du Gouvernement de "préserver un système de santé basé sur la solidarité nationale, l'équité et l'accessibilité ainsi que sur la qualité de soins." Le programme gouvernemental fixe également les orientations stratégiques pour les réformes :

- préserver un système de santé public et solidaire et développer la qualité, la complémentarité et des filières de soins coordonnées,
- maîtriser l'évolution du coût global de l'assurance maladie et assurer la pérennité de notre système de santé,
- créer une gestion des données répondant à des critères d'exhaustivité, de transparence, de fiabilité, de standardisation, de comparabilité et d'échangeabilité.

Ce projet de loi a été déposé à la Chambre des Députés le 1er octobre 2010 et a abouti à la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Voici les grandes lignes de cette loi.

1) La réforme de l'organisation des services de soins de santé

La loi vise prioritairement une meilleure coordination et une meilleure pilotabilité du système de soins de santé, précisant le cadre normatif en matière de documentation et de standards, misant sur des gains d'efficacité et d'efficacités, stimulant la responsabilité des différents prestataires et améliorant les mécanismes de contrôle et de surveillance.

Les mesures correspondantes comprennent notamment:

- priorisation des soins primaires et introduction du médecin référent sur une base volontaire
- introduction du dossier de soins partagé
- introduction d'une documentation standardisée
- organisation des services hospitaliers suivant des centres de compétences et des filières de soins coordonnées
- clarification du lien médecin-hôpital (agrément, médecin coordinateur, documentation,)
- meilleure coordination du secteur hospitalier (enveloppe budgétaire globale, comptabilité analytique, fédération d'activités, ...)
- introduction de la substitution de médicaments et d'une base de remboursement
- cadrage de l'activité des laboratoires

Ces mesures ciblées ont pour la plupart une double finalité, à savoir: améliorer la qualité du système de soins de santé et préserver certains atouts actuels de notre système de soins de santé, notamment l'aspect solidaire. En outre, elles doivent contribuer au freinage et à la canalisation de la croissance des dépenses.

2) La stabilisation financière de l'assurance maladie

En matière de financement, la loi prévoit une combinaison de différentes mesures, afin de non seulement équilibrer le budget 2011 de l'assurance maladie-maternité, mais de créer des conditions pour un équilibre durable. Ainsi, elle envisage la couverture du déficit à raison de 50% par voie de recettes supplémentaires (p.ex. augmentation du taux de cotisation de 0,2%), tandis que 25% seront économisés en agissant directement sur les tarifs des prestataires de soins et 25% par voie d'adaptation statutaire des prestations et des participations des patients.

La reconstitution de la réserve minimale de l'assurance maladie-maternité, dont le taux avait été fixé dans la loi budgétaire 2010 à 5,5% des dépenses comparé au taux de 10% prévu par le Code de la sécurité sociale, se fera sur 3 ans. Il est également prévu que la participation financière globale de l'Etat, avec les prestations de maternité, reste stable à court terme.

3) L'intégration des prestations de maternité dans le régime général

Actuellement la maternité demeure le seul risque dit social qui n'est pas intégré financièrement dans la Caisse nationale de santé. Sous cet angle de vue et en comparaison à la façon de procéder de nos pays voisins, le financement et la gestion actuelle des prestations de maternité doivent être revus. Une intégration des prestations de maternité dans le régime général représente une vraie simplification administrative et permet d'assurer une meilleure cohérence de la prise en charge préventive et plus de flexibilité concernant l'adaptation de l'offre des soins. Elle permettra également un meilleur suivi des dépenses par l'Etat et les partenaires sociaux.

En résumé, la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé ne veut pas seulement traiter les symptômes d'une situation délicate engendrée par la crise financière et économique globale, mais a aussi l'ambition de s'attaquer à des problèmes structurels que notre système de soins de santé rencontre depuis plusieurs années. Le Gouvernement opte clairement pour un lien des mesures ciblant le redressement financier de l'assurance maladie-maternité à court terme et de celles visant à moyen terme une révision structurelle des mécanismes de développement, de coordination et de pilotage du système de soins de santé.

Finalement, il convient de signaler que l'article 5 de la loi du 17 décembre 2011 précitée est libellé comme suit : " Par dérogation à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, un règlement grand-ducal détermine les réductions nécessaires à opérer sur les coefficients des actes et services prévus dans la nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1) applicables au 31 décembre 2010, afin de dégager au profit de l'assurance maladie-maternité une économie correspondant pour l'exercice 2011, par rapport aux dépenses arrêtées dans le décompte de l'exercice 2009 de la Caisse nationale de santé, à un montant de 6 millions d'euros au minimum et de 6,5 millions d'euros au maximum. "

En exécution de cet article, le règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant en application de l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé les réductions à opérer aux tarifs médicaux et médico-dentaires et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant les nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes sortira ses effets au 1er janvier 2011.

L'ASSURANCE PENSION

L'organisation de l'assurance pension

La caisse de pension

A partir du 1^{er} janvier 2009, la gestion du régime général d'assurance pension est assurée par la seule Caisse nationale d'assurance pension (CNAP).

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 / CNAP.

L'évolution financière de l'assurance pension

Appréciation globale des opérations courantes

En 2009 les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 857,1 millions EUR. Ce résultat a été obtenu malgré une croissance des recettes de 6,6%, moins prononcée que celle des dépenses qui augmentent de 8,5%. En éliminant l'évolution de l'échelle mobile des salaires, les dépenses progressent de 5,9%, tandis que les recettes n'augmentent que de 4,0%.

Opérations courantes (en milliers EUR)

Année	Dépenses courantes	Variation en %	Variation n.i. 100	Recettes courantes	Variation en %	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
2006	2 388 122,7	5,5%	3,3%	3 023 493,6	8,0%	5,8%	635 370,9
2007	2 487 196,9	4,1%	1,8%	3 303 755,0	9,3%	6,8%	816 558,1
2008	2 640 830,6	6,2%	4,0%	3 491 426,0	5,7%	3,5%	850 595,4
2009	2 865 256,4	8,5%	5,9%	3 722 390,4	6,6%	4,0%	857 134,0

* Compris en dépenses le transfert des cotisations baby-year au montant total de 111 425 695,77 EUR.

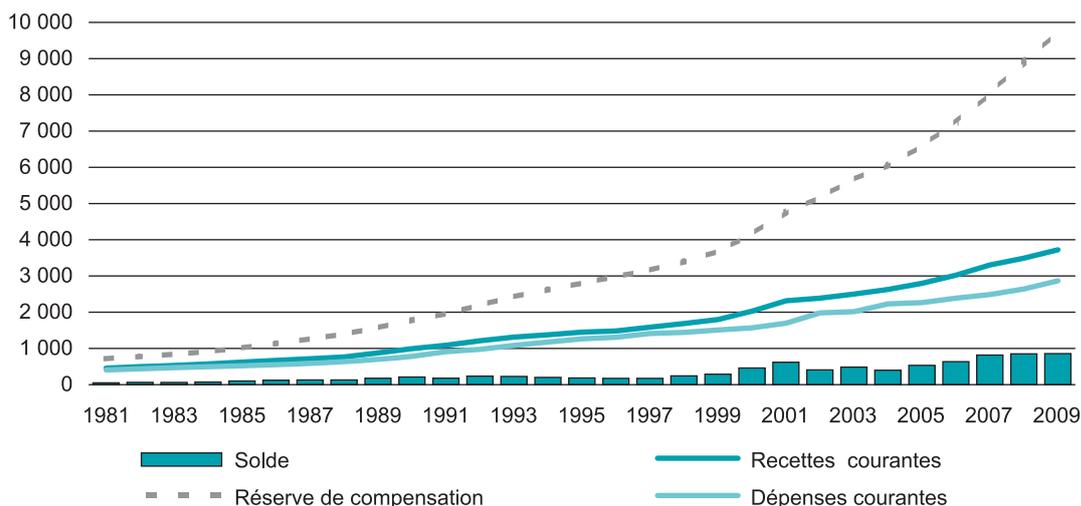
** Compris en dépenses le montant compensatoire de 130 000 000,00 EUR transféré à l'UCM.

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 des réformes de 1991 et de 2002 concernant les prestations, augmente avec l'évolution du coût de la vie et suivant les échéances des ajustements.

Les recettes courantes atteignent 9,9% du PIB en 2009, tandis que les dépenses courantes représentent 7,6%. Les valeurs respectives actualisées pour 2008 étaient 8,9 et 6,7%. (PIB; source: STATEC)

Evolution des recettes, des dépenses et de la réserve du régime général



Les recettes courantes

Les cotisations globales (y compris les cotisations à charge des pouvoirs publics) représentent avec 3 345,9 millions EUR 90,0% des recettes courantes, les revenus de la fortune atteignent 369,1 millions EUR et représentent presque 10,0%, le reste est constitué par les transferts et les recettes diverses.

Structure des recettes courantes (en milliers EUR)

Cotisations des assurés et des employeurs	2 230 734,1	59,9%
Cotisations des pouvoirs publics	1 115 177,3	30,0%
Autres contributions de l'Etat	7,1	0,0%
Revenus de la fortune	369 110,9	9,9%
Transferts et recettes diverses	7 361,0	0,2%
Total des recettes courantes	3 722 390,4	100,0%

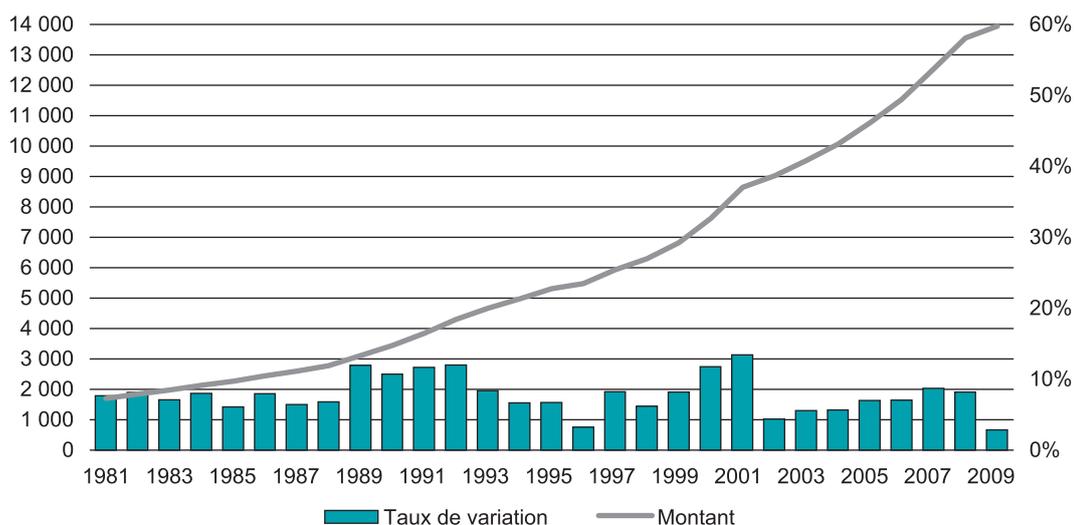
Les cotisations des assurés et des employeurs

Les cotisations des assurés et des employeurs se montent à 2 230,7 millions EUR face à 2 168,9 millions EUR en 2008. La progression n'affiche plus que 2,8% par rapport à 8,2% en 2008, soit un taux de croissance réel de 0,3% contre 6,0%.

La progression moyenne annuelle du montant des cotisations pendant la période de couverture allant de 1992 à 1998 se situait à 7,2%, ou 5,4% en valeur réelle.

La progression moyenne annuelle pendant la dernière période de couverture de 1999 à 2006 s'est maintenue à 7,9%, ou 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%.

En 2009, le montant total des cotisations n'a augmenté que légèrement, 2,9% face à 8,2% en 2008. L'évolution du nombre moyen des assurés cotisants, qui subit les aléas économiques avec un certain retard, affiche encore une progression de 1,7% face à 4,8% en 2008. La cotisation moyenne reste encore progressive. Si l'on élimine néanmoins l'adaptation des salaires à l'évolution du coût de la vie, qui était de 2,5% en 2009, il apparaît une régression réelle de la cotisation moyenne de 1,3 % face à une progression de 1,1% en 2008.

La contribution des pouvoirs publics

La contribution des pouvoirs publics concerne essentiellement la prise en charge d'un tiers (8%) des cotisations globales. L'Etat intervient encore 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).

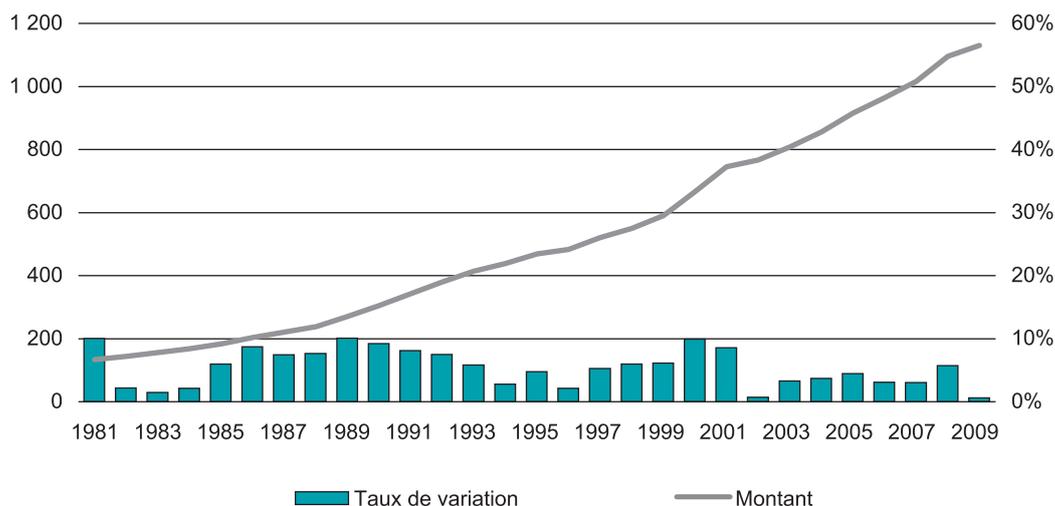
Depuis 2006 les frais d'administration sont à charge des organismes et les participations de l'Etat dans les prestations, compléments différentiels et majorations proportionnelles baby-year ont été abrogés à partir de l'exercice 2007.

Après considération de la part de l'Etat dans les décharges et extournes de cotisations des exercices antérieurs, la contribution nette des pouvoirs publics au financement de l'assurance pension pour 2009 s'élève à 1 130,1 millions EUR et accuse une augmentation de 34,2 millions EUR, soit 3,1 % par rapport à 2008.

Contribution nette des pouvoirs publics (en milliers EUR)

	2008	2009
Cotisations des pouvoirs publics	1 115 177,3	1 083 402,4
FOA et autres cotisations	15 670,6	14 352,7
Frais d'administration	7,1	64,4
Complément différentiel	0,0	0,0
Majorations proportionnelles baby-year	0,0	0,0
Contribution brute	1 130 855,0	1 097 819,6
à déduire	800,8	1 922,7
Contribution nette	1 130 054,2	1 095 896,9

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.

Les autres cotisations

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 CSS).

Ces cotisations ont encore fortement augmenté en 2009 pour s'élever à 4 105,7 milliers EUR face à 3 633,6 milliers EUR en 2008. Cette augmentation de 13,0% provient avant tout du nombre élevé des affiliations rétroactives plus ou moins longues.

Les cotisations de l'assistance maternelle

Ces cotisations sont à charge des organismes agréés œuvrant 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 CSS).

Le montant y relatif s'élève en 2009 à 597,9 milliers EUR face à 651,4 milliers EUR en 2007 (-8,2%).

Les cotisations de l'assurance volontaire

Les cotisations de l'assurance volontaire se sont chiffrées en 2009 à 9 320,3 milliers EUR face à 8 812,2 milliers EUR en 2008 (+4,7%).

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.

En 2009, les revenus bruts de la fortune ont atteint 369,1 EUR face à 229,4 millions EUR en 2008 et progressent ainsi, après une faible performance en 2008 (-20,6%) de 60,1%. Rappelons que les 7 294,4 millions EUR investis par le FDC à travers la SICAV-FIS, sont évalués au prix du marché au 31 décembre et comprennent aussi bien des pertes que des gains non réalisés, ce qui rend impossible une comparaison à la lettre avec les revenus bruts des années précédentes.

En tenant compte des intérêts de retard sur cotisations de 2,7 millions EUR et des frais de gestion du patrimoine et des pertes diverses au montant de 3,2 millions EUR, les revenus nets s'élèvent à 368,7 millions EUR. Le taux de rendement moyen calculé par rapport à la réserve globale de compensation progresse de 2,75% à 4,03%.

Evolution du taux de rendement moyen de la fortune (en milliers EUR)

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	158 731,0	2 836,8	6 953,2	154 614,6	6 594 491,4	2,47%
2006	220 734,4	2 745,4	3 422,0	220 057,8	7 229 862,3	3,24%
2007	288 796,2	2 315,8	2 133,3	288 978,6	8 046 420,4	3,86%
2008	229 397,9	2 318,7	1 987,0	229 729,5	8 897 015,8	2,75%
2009	369 110,9	2 744,4	3 166,2	368 689,1	9 754 149,8	4,03%

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 ainsi à 4,40%, par comparaison aux 3,02% réalisés en 2008.

Etant donné que le taux de rendement de la fortune est largement influencé par les résultats de la SICAV-FIS, il comporte un élément hautement volatil, qui est déterminé par les cours boursiers affichés au 31 décembre de l'exercice.

Les dépenses courantes

Les dépenses pour pensions atteignent en 2009 un montant de 2 646,6 millions EUR et représentent ainsi 92,4% 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	31 502,7	1,1%
Pensions	2 646 553,1	92,4%
Autres prestations	61 943,7	2,2%
Transferts et dépenses diverses	125 257,0	4,4%
Total des dépenses courantes	2 865 256,4	100,0%

Les frais d'administration

Les frais d'administration s'élèvent à 31,5 millions EUR, soit à 1,1% des dépenses courantes.

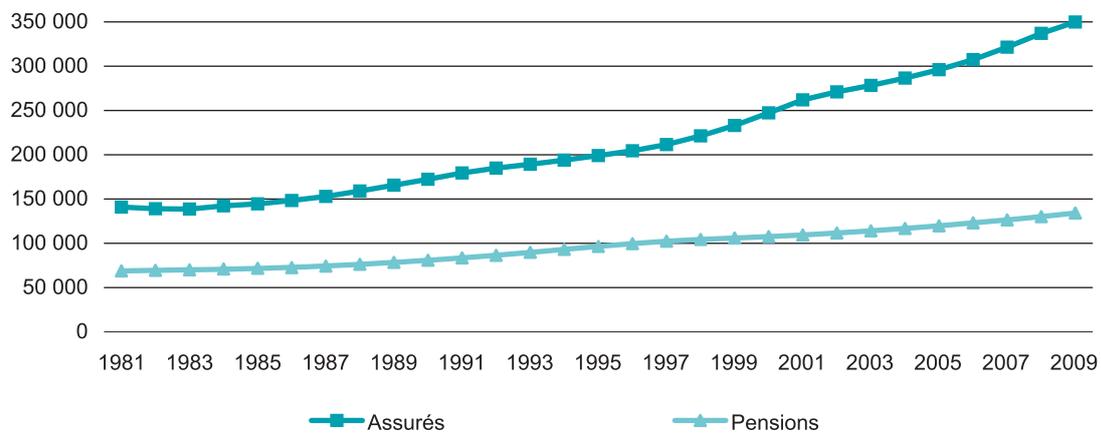
Les prestations

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

Caisse	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008	2009	Variation 2008/09	Variation moyenne 2000/09
AVI	42 934	45 534	53 179	64 576	71 232	79 019	84 984	-	-	-
CPEP	10 076	11 083	13 929	18 063	22 101	28 091	33 020	-	-	-
CPACI	7 493	7 782	7 932	8 279	8 376	8 414	8 647	-	-	-
CPA	7 947	7 585	7 223	7 226	6 621	5 812	5 469	-	-	-
TOTAL	68 450	71 984	82 263	98 144	108 330	121 336	132 120	136 280	3,1%	2,2%

En 2009 le nombre des pensions au 31 décembre a augmenté de 3,1% par rapport à 2008, qui avait enregistré une progression identique.

Evolution du nombre moyen des assurés et des pensions



Variations annuelles du nombre moyen des assurés et des pensions



Evolution des éléments de pension (en milliers EUR)

	2008	2009	Variation nominale	Variation réelle
Avances	4 913,5	-2 900,1	-	-
Majorations proportionnelles	1 781 059,3	1 950 632,6	9,5%	6,9%
Majorations proportionnelles spéciales	111 741,0	120 492,7	7,8%	5,2%
Majorations proportionnelles baby-year	10 772,5	14 036,5	30,3%	27,1%
Majorations forfaitaires	338 217,0	366 731,1	8,4%	5,8%
Majorations forfaitaires spéciales	43 046,7	46 442,6	7,9%	5,3%
Majorations forfaitaires transitoires	43 015,2	43 284,8	0,6%	-1,8%
Majorations assurance supplémentaire	3 157,3	3 193,6	1,1%	-1,3%
Suppléments enfants	192,1	173,6	-9,6%	-11,8%
Compléments différentiels	20 797,5	20 285,2	-2,5%	-4,8%
Compléments pensions minima	82 965,5	86 832,3	4,7%	2,1%
Compléments divers	6 743,6	6 560,9	-2,7%	-5,1%
Allocations trimestrielles	420,0	383,8	-8,6%	-10,8%
Allocations de fin d'année	46 368,5	50 078,4	8,0%	5,4%
Pensions brutes	2 493 409,7	2 706 228,1	8,5%	5,9%
Indemnité d'attente (comprise dans les éléments de pension)	22 504,3	31 797,9	41,3%	37,9%
Préretraite (comprise dans les éléments de pension)	25 333,4	27 877,2	10,0%	7,4%

Entre 2008 et 2009 les pensions brutes ont augmenté de 8,5%, soit de 5,9% en valeur réelle.

Ce sont encore les majorations proportionnelles baby-year, qui connaissent l'évolution la plus progressive. Plus significatives néanmoins se font remarquer les progressions des éléments classiques, qui font partie de chaque pension, comme les majorations forfaitaires, qui augmentent de 8,4%, les majorations proportionnelles de 9,5%, les allocations de fin d'année de 8%, ce qui laisse entendre que les pensions nouvelles reposent sur des carrières plus complètes avec des revenus plus élevés, preuve supplémentaire à l'appui, la régression des compléments divers, des allocations trimestrielles et des majorations transitoires.

Les autres dépenses

Le poste "décharges et restitutions de cotisations" se réfère à des décharges accordées par les comités-directeurs de la CNAP et surtout du CCSS, ainsi qu'à des redressements dus à des recalculs de cotisations se référant à des exercices antérieurs. Le CCSS a procédé à des décharges et extournes au montant de 7,6 millions EUR face à 11,4 millions EUR, déduits en 2008.

Les opérations sur réserves et sur reports

L'excédent des opérations courantes, qui constitue la dotation nette à la réserve totale du régime de pension, se chiffre à 857 133 979,48 EUR, ce qui représente aussi le solde entre dotations et prélèvements au fonds de roulement et à la réserve administrée par la CNAP et à la réserve de compensation du FDC. Cette dotation correspond à 29,9% des dépenses courantes.

Les valeurs immobilisées

Le montant des valeurs immobilisées s'élève à 717,0 millions EUR qui, suite au transfert effectué en 2009, figurent pour la première fois entièrement au bilan du FDC.

Avant 2007 la plus grande partie du patrimoine du régime a été traditionnellement constituée par des placements à moins d'un an, qui se sont chiffrés au 31 décembre 2006 à 5 448,1 millions EUR.

La mise en place d'un organisme collectif de placement a permis en 2007 au Fonds de compensation d'investir 90% des fonds financiers, soit 5 892,7 millions EUR, en conformité avec la nouvelle stratégie d'investissement. En outre, au 31 décembre, 605,8 millions EUR représentaient des placements à moins d'un an.

En 2008, dans le contexte économique et bancaire difficile connu, les montants y relatifs ont encore augmenté à 6 140,0 millions et 1 072,6 millions EUR.

Au 31 décembre 2009 sont placés 7 802,5 millions EUR en titres de placement et 473,5 millions EUR en placements bancaires à moins d'un an.

Les comptes financiers

Les comptes financiers au montant total de 8 288,8 millions EUR représentent 79,4% du total de l'actif. Ils accusent une progression de 12,6% par rapport à 2008. Les placements en fonds monétaires, obligations et actions, augmentent dans la mesure où les dépôts à moins d'un an diminuent. En conséquence de la concrétisation de la nouvelle stratégie de placement du fonds de compensation, le poids des actions a considérablement augmenté au cours du deuxième semestre.

La réserve de compensation

Structure des réserves (en milliers EUR)

	CNAP	FDC	Total	En % du total
Réserves	768 237,4	8 985 912,4	9 754 149,8	192,3%
Immeubles et terrains	-	209 779,5	209 779,5	2,2%
Prêts à long terme	-	507 170,7	507 170,7	5,2%
Titres	-	7 802 458,3	7 802 458,3	80,0%
Placements à court terme	384 200,0	89 308,6	473 508,6	4,9%
Trésorerie	3 635,7	8 738,7	12 374,5	0,1%
Intérêts courus	65,8	431,0	496,8	0,0%
- Total valeurs	387 901,5	8 617 886,8	9 005 788,3	92,3%
- Solde débiteur	380 335,9	368 025,6	748 361,5	7,7%

La réserve de compensation se chiffre dorénavant à 9 754,1 millions EUR au 31 décembre 2009 et elle est en progression de 857,1 millions EUR par rapport au 31 décembre 2008. Elle est constituée, d'une part, de la réserve de compensation proprement dite auprès du FDC et, de l'autre, du fonds de roulement et des liquidités au niveau de la CNAP. Comparée au montant de 2 708,5 millions EUR de dépenses pour prestations à charge du régime, la réserve de compensation représente actuellement 3,6 fois le montant des prestations annuelles.

Appréciation globale de la situation du régime général

Situation du régime

Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
1980	48,6	22,8	2,03
1985	49,7	22,6	2,19
1990	47,0	22,7	2,58
1995	48,5	23,9	2,40
1996	48,7	24,1	2,46
1997	48,4	24,1	2,41
1998	47,1	23,2	2,55
1999	45,5	22,4	2,64
2000	43,5	20,8	2,85
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
2006	40,0	20,7	3,28
2007	39,3	19,8	3,42
2008	38,6	19,5	3,56
2009	39,2	20,6	3,60

Paramètres démographiques

Depuis 1997, la progression des cotisants a continuellement dépassé celle des bénéficiaires de pension, par conséquent le coefficient de charge affichait un mouvement régulier à la baisse. En 2009 néanmoins, le nombre de pensions a continué sur sa lancée, tandis que l'évolution des assurés actifs a marqué le pas sous les effets de la crise, le coefficient de charge s'en ressent en conséquence.

Paramètres financiers

Pour la deuxième année consécutive la progression des dépenses pour prestations a dépassé celle des cotisations, la prime de répartition pure augmente sensiblement. L'excédent des recettes se situe au niveau de l'année précédente, le rapport entre réserves et dépenses courantes pour prestations progresse encore, bien que légèrement, ce qui n'empêche pas les réserves d'approcher le montant des dix milliards.

Assurément, l'environnement économique problématique a confirmé la grande dépendance des principaux paramètres du système de pension et les évolutions malades récentes des valeurs-clé ne cachent plus que le régime général nécessite maintenant des mesures d'ajustage et de réforme, visant l'orientation des évolutions influençables, afin de préserver sa santé financière actuelle lors de l'affrontement des défis certains du futur.

L'évolution législative et réglementaire

Ajustement des pensions et rentes accident

Aux termes de l'article 225, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale " 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 19 décembre 2008 ayant ajusté les pensions et les rentes accident au niveau réel des salaires de l'année 2007 avec effet au 1er janvier 2009, le Gouvernement a présenté au mois d'octobre 2010 un rapport à la Chambre des Députés sur l'évolution du niveau moyen des salaires et des traitements pendant les années 2008 et 2009 en vue de la révision du facteur d'ajustement avec effet au 1er janvier 2011. Les conclusions de ce rapport ont fait ressortir une progression effective de 1,9%.

Dans le discours sur l'état de la nation 2010, Monsieur le Premier Ministre avait annoncé parmi les mesures retenues pour contribuer à consolider les finances de l'Etat, l'intention du Gouvernement d'échelonner l'ajustement des pensions et rentes prévu pour le 1er janvier 2011.

Ainsi, par la loi du 17 décembre 2010 portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2009, les pensions et rentes accident ont été relevées de 0,95% avec effet au 1er janvier 2011, puis de 0,95% avec effet au 1er janvier 2012. Le facteur d'ajustement prévu à l'article 225, alinéa 2, deuxième phrase du Code de la sécurité sociale est porté à 1,392 à partir du 1er janvier 2011 et à 1,405 à partir du 1er janvier 2012.

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 n'a pas présenté de solutions mais s'est limité 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.

Les conclusions du groupe de travail ministériel ad hoc ont été mises à l'ordre du jour du Conseil de Gouvernement du 22 juin 2006.

Au cours de l'exercice 2007, le groupe de travail " Partage des droits à pension ", composé de représentants du département de la Sécurité sociale et du département de la Fonction publique et de la Réforme administrative, s'est inspiré du modèle allemand du " Versorgungsausgleich " pour analyser la possibilité d'introduire en droit luxembourgeois un tel modèle de partage.

En date du 29 avril 2008, le rapport du groupe de travail a été présenté au Conseil de Gouvernement.

Etant donné que le projet de loi N° 5155 portant réforme du divorce, élaboré par le Ministère de la Justice, dégage la volonté du législateur de créer, dans le cadre du départage des patrimoines respectifs, une situation égalitaire entre ex-époux au-delà du caractère purement alimentaire, il a paru opportun d'inclure la question des droits à pension dans l'ensemble des opérations de liquidation des intérêts patrimoniaux soumis à l'appréciation souveraine du juge civil.

Au cours de l'année 2009, la Commission juridique de la Chambre des Députés a plaidé en faveur d'une conception nouvelle du secours après divorce et s'est prononcée en faveur d'une redéfinition de la notion de besoin. Le secours après divorce doit permettre un partage équitable des conséquences économiques du mariage. Il s'agit de compenser les inconvénients économiques dus à l'échec du mariage, comme la renonciation par l'un des conjoints à exercer une activité professionnelle pendant le mariage en vue de s'adonner à l'éducation des enfants communs ou l'entretien de la maison familiale. L'octroi d'une prestation après le divorce doit tenir compte de l'organisation des besoins des époux pendant le divorce. La répartition des tâches entre époux peut avoir des conséquences économiques à long terme qui justifie le caractère en partie compensatoire de la prestation après divorce à allouer. En créant dans le cadre du départage des patrimoines respectifs une situation égalitaire entre ex-époux au-delà du caractère purement alimentaire, il est possible d'inclure la question des droits à pension dans l'ensemble des opérations de liquidation des intérêts patrimoniaux.

La commission juridique a proposé un amendement prévoyant que dans l'hypothèse où l'un des époux a interrompu soit partiellement, soit intégralement son activité professionnelle pour des raisons familiales, l'époux qui a continué à exercer une activité professionnelle est tenu de verser à son conjoint une prestation compensatoire. La décision du tribunal se base sur les calculs faits par les services de la sécurité sociale.

Dans son avis complémentaire du 16 juillet 2010, le Conseil d'Etat, tout en approuvant la volonté de la commission juridique de trouver une solution par rapport au partage des droits en matière d'assurance pension, considère qu'il n'est cependant pas admissible que le tribunal se remette aux services de la sécurité sociale pour calculer une prestation sans qu'on fixe des lignes de conduite précises. Il a émis une opposition formelle à l'égard de la solution proposée par la commission juridique et a présenté à son tour deux hypothèses de texte.

Au mois de décembre 2010, la Chambre des Députés s'est adressée au Gouvernement pour connaître son avis sur les options présentées. Actuellement les services du Ministère de la Sécurité sociale et du Ministère de la Fonction publique sont en train d'analyser les deux hypothèses.

Administration du patrimoine du régime général de pension

La nouvelle stratégie d'investissement des réserves, proposée par le Comité d'investissement et adoptée par le Conseil d'administration du Fonds de compensation lors de sa séance du 27 novembre 2008, a été mise en œuvre au cours de l'année 2009. Les principales caractéristiques de cette nouvelle stratégie sont l'augmentation significative des quotas stratégiques des actions et des obligations au détriment de celui des liquidités, l'introduction de la couverture du risque de change au niveau des obligations monde et l'inclusion des prêts et des biens immobiliers transférés au Fonds de compensation en début de l'année 2009. Pour rendre le plan d'investissement opératoire, la fin de l'année 2009 a été mise à profit pour mettre à jour un certain nombre de documents, dont surtout le document d'émission et la directive du conseil d'administration devenue nécessaire dans le cadre de l'implémentation de la nouvelle stratégie d'investissement. L'ensemble de ces documents a été présenté au cours de 2010 au conseil d'administration du Fonds de compensation. Dans sa séance du 18 novembre 2010, le conseil d'administration a adopté la directive sur la gestion du patrimoine qui définit les principes, règles, tâches et compétences à respecter par les différents intervenants du Fonds de compensation.

Bilan sur l'application de la législation en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle

Dans une motion du 15 décembre 2004, la Chambre des Députés a invité le Gouvernement à présenter un bilan sur l'application de la législation en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle.

En vue d'entamer la préparation du bilan à présenter à la Chambre des Députés, les administrations principalement concernées par l'application de cette législation ont été invitées au mois d'octobre 2007 à présenter par écrit leurs expériences en rapport avec l'application des lois sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle.

Le bilan a été publié en date du 4 mars 2008. En date des 29 mai et 10 juillet 2008, il a été présenté aux commissions parlementaires Santé/Sécurité sociale et Travail/Emploi. En date du 19 juin 2008, il a été présenté au groupe de réflexion " Viabilité à long terme des régimes de pension ".

Au cours de l'année 2009, un groupe de travail, composé de représentants du Ministère de la Sécurité sociale, du Ministère du Travail et de l'Emploi, de l'Administration de l'Emploi, du Contrôle médical de la sécurité sociale et de la Division de la santé au travail, a préparé sur base des recommandations du bilan une réforme de la législation en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle. Les travaux du groupe de travail ont été finalisés au cours de l'année 2010. Un projet de loi afférent sera présenté au cours de l'année 2011.

Viabilité à long terme des régimes de pension

Suite à la décision du Comité de coordination tripartite du 28 avril 2006, un groupe de réflexion a été institué au cours de l'exercice 2007. Ce groupe, qui n'est pas à considérer comme un " Rentendësch bis ", a pour mission de réfléchir à tête reposée sur les défis auxquels notre système de pension actuel sera confronté et de voir par quels moyens la pérennité de notre système actuel pourra être assurée. Le groupe de réflexion, composé de représentants des Ministères de la Sécurité sociale, des Finances, de la Fonction publique, du Travail et de l'Emploi et de représentants des partenaires sociaux, s'est réuni à cinq reprises au courant de l'exercice 2008. Sur base des discussions menées, l'Inspection générale de la sécurité sociale a finalisé un rapport qui a été présenté au mois d'avril 2009 à la commission parlementaire Santé/Sécurité sociale et aux membres du groupe de réflexion.

Ce rapport est venu à la conclusion que la situation financière et démographique actuelle de notre système de pension est telle que des réformes efficaces sont envisageables sans devoir remonter à des coupures tranchantes au niveau des prestations. Une réserve substantielle et une population active relativement jeune permettent de préparer les réformes du système en toute quiétude et sans précipitation, mais sans pour autant attendre trop longtemps au risque de devoir faire recours à des solutions ad hoc mal ficelées ou de dernière minute.

Le rapport a énuméré toute une série de vis de réglage :

- la durée de la vie active ;
- l'interaction entre vie active et longévité ;
- le maintien des travailleurs sur le marché de l'emploi par des mesures de réinsertion professionnelle ;
- l'âge d'accès à la pension anticipée ;
- le niveau du taux de remplacement ;
- les mécanismes d'ajustement des pensions, notamment en considérant la longévité des bénéficiaires ;
- l'effet redistributif du système de pension entre revenus élevés et revenus faibles ;
- l'évolution du taux de cotisation et/ou du plafond cotisable pour relever le seuil de la solidarité entre classes socio-professionnelles et entre générations successives ;
- les périodes de stage et les périodes de cotisations effectives ;
- le bénéfice d'une pension cumulée avec une activité salariée ;
- les dispositions anti-cumul ;
- l'évolution du plafond cotisable ;
- la sensibilité des clignotants du " Rentendësch " ;
- le niveau adéquat et nécessaire de la réserve de compensation ;
- les sources de financement alternatives.

Sur base de ce rapport, le Gouvernement a préparé au cours de l'année 2010 un projet de loi qui sera présenté au cours de l'année 2011.

Ont été pris au courant de l'exercice 2010 les règlements grand-ducaux suivants :

Le règlement grand-ducal du 3 décembre 2010 modifiant le règlement grand-ducal du 22 janvier 2009 portant fixation des indemnités du président du Conseil supérieur des assurances sociales, de l'assesseur-magistrat le remplaçant, des assesseurs-magistrats, du magistrat remplaçant le président ou le vice-président du Conseil arbitral des assurances sociales, des assesseurs-assurés et des assesseurs-employeurs, des prestataires de soins et de la Caisse nationale de santé siégeant auprès du Conseil arbitral et du Conseil supérieur des assurances sociales, des experts et des témoins.

Ce texte a adapté les indemnités revenant au président du Conseil supérieur de la sécurité sociale, à l'assesseur-magistrat le remplaçant, aux assesseurs-magistrats et au magistrat remplaçant le président ou le vice-président du Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Le règlement grand-ducal du 3 décembre 2010 fixant les coefficients d'ajustement prévus à l'article 220 du Code de la sécurité sociale.

Conformément à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, 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 3 décembre 2010 a fixé le coefficient d'ajustement pour l'exercice 2009.

L'ASSURANCE DEPENDANCE

1. L'organisation de l'assurance dépendance

La **Caisse nationale de santé** est à la fois l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance. Elle prend les décisions individuelles et liquide les prestations. Elle élabore le budget annuel et mène les négociations avec les prestataires (convention-cadre et valeur monétaire).

Les avis concernant l'attribution des prestations sont émis par la **Cellule d'évaluation et d'orientation**. Elle est aussi chargée d'une mission de contrôle de la qualité des prestations compte tenu de normes définies ainsi que d'une mission de contrôle de l'adéquation des prestations dispensées et des besoins de la personne dépendante.

La Cellule d'évaluation et d'orientation est en outre, chargée d'une mission d'information et de conseil en matière de dépendance par rapport à toutes les instances concernées par le sujet.

L'assurance dépendance s'appuie sur les avis de deux commissions : la commission consultative et la commission de qualité des prestations.

La commission consultative de l'assurance dépendance est composée de représentants des bénéficiaires de l'assurance dépendance, de représentants des prestataires, de partenaires sociaux et de représentants de l'organisme gestionnaire. Elle est appelée à donner son avis sur

- les instruments permettant de constater l'état de dépendance, à savoir le questionnaire d'évaluation et le relevé des aides et soins;
- les projets d'actions expérimentales à mener dans le cadre de l'assurance dépendance, au bénéfice de certains groupes spécifiques de bénéficiaires ;
- la liste des aides techniques à prendre en charge par l'assurance dépendance.

La **Commission de qualité** a pour mission de définir des lignes directrices et des standards en matière de qualité de toutes les prestations de l'assurance dépendance et de les proposer pour une intégration dans la convention-cadre négociée entre les prestataires et la Caisse nationale de santé. La mauvaise application ou l'irrespect des normes de qualité pourront être sanctionnés par la **Commission de surveillance** dont la compétence a été étendue à l'assurance dépendance. Elle est chargée, depuis les modifications apportées à la loi en 2005, de trancher les litiges qui peuvent survenir entre l'organisme gestionnaire et les prestataires.

Afin de se donner la possibilité d'améliorer l'action en faveur des personnes dépendantes, la loi prévoit la possibilité de réunir les Ministres de la Famille, de la Santé et du Budget, des organisations œuvrant dans les domaines de la santé, de la famille et de l'action sociale ainsi que des représentants des personnes dépendantes. Provoquée par le ministre de la Sécurité Sociale, cette **Action concertée** a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements et de faire des propositions pour améliorer la situation et la prise en charge des personnes dépendantes.

Comme les autres branches de la sécurité sociale, l'assurance dépendance tente de s'adapter en permanence aux changements qui se marquent dans la société. Ceci est particulièrement vrai pour l'assurance dépendance qui reste une branche très récente de l'édifice mais aussi parce que les soins de longue durée sont une préoccupation brûlante des sociétés occidentales vieillissantes.

Pour l'assurance dépendance, l'année 2010 ne se caractérise pas par des changements fondamentaux que ce soit au plan légal, réglementaire ou au plan de l'organisation du système. Elle est marquée davantage par la poursuite des efforts dans la mise en place des changements opérés les années précédentes et surtout par l'analyse des résultats de ces efforts.

2. La poursuite des efforts pour garantir l'assise financière de l'assurance dépendance

2.1. L'étude pilote en vue de l'établissement d'un schéma de comptabilité analytique dans le secteur des établissements d'aide et de soins à séjour continu.

Le 27 mars 2008, le Gouvernement a lancé un projet ayant trait à l'analyse scientifique des aides et soins dispensés aux pensionnaires des établissements d'aides et de soins à séjour continu au Luxembourg. Une large controverse concernant le financement des tâches domestiques dans les établissements d'aides et de soins a été à l'origine de cette initiative.

Le projet vise à apporter une plus grande transparence dans les structures de coûts et dans l'organisation des prestations d'aides et de soins et des services transversaux au sein des structures de soins de long séjour au Luxembourg. Une représentation uniformisée, transparente et tenant compte de facteurs économiques a été

développée pour l'ensemble de ces prestations et des coûts. Les résultats sont présentés sous forme d'un calcul des coûts unitaires par prestataire, la " KTR " (" *Kostenträgerrechnung* "). La " KTR " est destinée à servir d'instrument de planification et de gouvernance pour les établissements d'aides et de soins, les gestionnaires et les différents financiers des prestations. Afin d'aboutir à une transparence des coûts et des prestations, il est indispensable de disposer d'une connaissance détaillée des coûts effectifs supportés par les établissements d'aides de soins ainsi que du temps nécessaire à l'accomplissement des différents actes et services prestés au sein de ces mêmes établissements.

Tous les acteurs concernés ont participé activement aux travaux de plusieurs groupes de travail institués en vue de préparer au mieux le secteur en ce qui concerne 1. le plan comptable uniforme, 2. la comptabilité analytique qui en découle, 3. le recensement de tous les actes et services prestés et 4. la prise en charge future des tâches domestiques. Ces acteurs sont : la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins, le Ministère de la Famille et de l'Intégration, le Ministère de la Sécurité sociale, l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Cellule d'évaluation et d'orientation et le Fonds national de solidarité. Les différentes entités ont été et seront continuellement impliquées tout au long du projet afin de concilier les différents besoins et de favoriser l'adhésion de toutes les parties prenantes. L'étude, qui est toujours en cours et qui sera clôturée au courant de l'exercice 2011, est menée en collaboration très étroite avec un consultant du domaine financier qui s'est assuré à son tour de la collaboration avec des chercheurs en matière d'économie des soins d'une faculté allemande spécialisée dans ce domaine ainsi qu'avec un prestataire de services en matière de traitement de données dans le cadre du recensement de tous les actes et services prestés. A la suite de la phase de projet, le nouveau mécanisme entrera définitivement en production au courant de l'exercice 2011.

Le projet, qui revêt la forme d'une étude financière, se compose des modules suivants :

Le recensement des prestations vise à déterminer le temps consacré aux prestations d'aides et de soins et aux autres prestations transversales, de les classer par catégorie individuelle de prestation (soins de base, traitements infirmiers, tâches domestiques) et par organisme payeur. Il tend également à déterminer les coûts générés par les prestations servies. Dans le cadre du recensement, une distinction est faite entre les pensionnaires bénéficiant des prestations de l'assurance dépendance et les non-bénéficiaires. La globalité des prestations servies dans le cadre de l'hébergement de long séjour sont recensées afin de pouvoir disposer d'une représentation holistique de la charge financière qu'elles représentent. Le recensement est mis en œuvre moyennant un questionnaire reprenant la nomenclature existante de l'assurance dépendance, ce qui permet aux collaborateurs des différents établissements d'aides et de soins d'avoir une compréhension uniformisée du recensement des prestations. En outre, certaines prestations complémentaires, réalisées individuellement par les différents établissements, sont également recensées dans le questionnaire. Le recensement des prestations est réalisé de façon harmonisée, et ce indépendamment des méthodes de soins utilisées par chaque établissements et des infrastructures spécifiques à chaque institution.

En 2010, quatre vagues d'enquêtes ont ainsi été réalisées. Au niveau des établissements d'aides et de soins, une enquête dure deux journées et deux nuits entières. Pendant ces deux journées/nuits, les agents de service recensent eux-mêmes, moyennant le questionnaire pré-visé, tous les actes et services qu'ils dispensent aux pensionnaires. En vue de pouvoir procéder à ce recensement, tous les collaborateurs des structures de long séjour bénéficient d'une formation adaptée. Dans chaque établissement, un certain nombre d'agents spécialement formés et appelés " multiplicateurs " supervisent les travaux de recensement et interviennent en cas de questions et problèmes. Le processus de recensement demande une organisation logistique adéquate et efficace au niveau des différents établissements d'aides et de soins ainsi que des différentes entités publiques impliquées. Il s'est avéré que cette organisation a fonctionné de mieux en mieux au courant des différentes vagues de recensement mises en œuvre en 2010 et que l'acceptation du nouveau processus de recensement a considérablement augmentée au niveau des structures participantes au fur et à mesure des différentes vagues, quitte à savoir qu'une vague de recensement engendre au niveau des établissements d'aides et de soins, notamment, une charge de travail supplémentaire.

La mise à disposition d'informations comptables dans le cadre de l'analyse économique est également nécessaire dans le cadre de la représentation uniformisée, transparente et économique des prestations servies dans les établissements d'aides et de soins. Les différents coûts et produits des établissements sont classés par type de coûts et centres de coûts par la mise en place d'un plan comptable analytique standardisé. Les données liées aux prestations et les données comptables sont ensuite combinées dans la " KTR " (" *Kostenträgerrechnung* ") et analysées de façon différenciée par catégorie de prestation.

Les travaux de mise en œuvre de la nouvelle méthodologie de recensement et de calcul seront clôturés dans un proche avenir. Ces travaux visent la mise au point définitive du plan comptable uniforme et analytique pour le secteur de l'hébergement de long séjour ainsi que la formation du personnel des établissements d'aides et de soins à séjour continu dans le cadre des nouveaux outils de recensement et de comptabilité.

La loi budgétaire pour l'exercice 2011 fixe la majoration pour tâches domestiques transitoirement à un forfait correspondant à 1,19 heures par semaine pour les charges imputables directement, et un forfait correspondant à 1,38 heures par semaine pour les charges imputables indirectement aux personnes dépendantes, sous condition que

l'établissement d'aide et de soins réalise les enquêtes en vue de l'établissement périodique du relevé des activités et tienne à partir de l'exercice 2010, une comptabilité analytique.

Au mois d'août 2010, les Ministères de la Santé et de la Sécurité sociale ont consacré un numéro spécial de leur publication " InSight SantéSécu " au sujet du projet ayant trait à l'analyse scientifique des aides et soins dispensés aux pensionnaires des établissements d'aides et de soins à séjour continu au Luxembourg. Cette publication est disponible auprès des deux ministères pré-visés. Elle peut également être consultée sur le site internet des deux ministères.

2.2. Les négociations des valeurs monétaires en 2011

La Caisse nationale de santé et la COPAS se sont accordées sur les valeurs monétaires horaires applicables à chacun des prestataires de l'assurance dépendance pour 2011.

Ces valeurs monétaires horaires sont les suivantes :

	2010	2011	Variation 2010-2011
Etablissements à séjour continu	44,35	44,55	+0,45
Etablissement à séjour intermittent	47,59	49,93	+4,92
Réseau d'aides et de soins	58,54	61,20	+4,54
Centres semi-stationnaires	50,92	51,56	+1,26

3. La poursuite des travaux pour garantir la qualité des prestations

3.1. Les travaux de la Commission de qualité des prestations

La commission de qualité des prestations constitue une plateforme de prédilection pour la promotion de la qualité dans les soins de longue durée.

La Commission de qualité des prestations, instaurée par la loi du 23 décembre 2005 a pour mission " d'élaborer des propositions de lignes directrices et de standards de référence en matière de qualité d'aides et de soins, aides techniques et adaptations du logement ". Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 en arrête le fonctionnement.

Cette commission est composée de représentants de la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance, du Ministère de la Famille et de l'Intégration, de la Confédération des prestataires d'aides et de soins (COPAS), du Ministère de la Santé ainsi que de l'association défendant les intérêts des patients, la PATIENTE VERTRIEDUNG.

Les premières réunions de la commission ont eu lieu en fin d'année 2007 et ont abouti à la réalisation d'un état des lieux en matière de démarches et initiatives qualité dans le secteur des soins de longue durée. Cet état des lieux a été dressé via un questionnaire. Les résultats ont été présentés dans la deuxième partie de 2008.

L'exploitation du questionnaire a mis en lumière une certaine hétérogénéité au sein du secteur en ce qui concerne la formalisation des pratiques et la mise en œuvre de démarches qualité. Toutefois, une réelle volonté de tous les prestataires pour développer et améliorer l'existant en se conformant à certaines lignes directrices a été confirmée.

Les résultats de ce questionnaire et les discussions au sein de la commission reflètent sa ligne de conduite : respecter les initiatives engagées pour développer un cadre d'objectifs communs, avec des exigences réalistes et progressives en termes de résultats. Ceci constitue un des grands défis de la commission.

Pour y arriver, la commission s'est donné un programme de travail pluriannuel qui met notamment l'accent sur l'amélioration de la qualité de la documentation de l'usager. Les recommandations pour cette documentation visent également à harmoniser l'utilisation d'outils d'évaluation et de suivi des publics concernés en fonction des lieux de vie. Enfin, l'échange d'informations sera favorisé par une intensification de la communication entre les différents intervenants. Ces initiatives auront soin d'être conformes aux obligations réglementaires et législatives en matière de protection des données. Elles seront également mises en parallèle avec d'autres projets nationaux, comme par exemple le programme *e-santé*.

La commission souhaite en outre favoriser la formalisation de démarches dans le domaine de l'hygiène en proposant aux professionnels des recommandations pour la mise en place de plans d'hygiène globaux.

Enfin, la commission ambitionne de créer à moyen terme un référentiel des exigences vers lesquelles tout le secteur doit tendre et qui permettra aux prestataires de s'auto-évaluer.

Le *Leitmotiv* de la commission de qualité des prestations est donc de développer des outils pragmatiques qui motiveront les professionnels dans leurs démarches d'amélioration continue afin de garantir à chaque bénéficiaire, des soins et un accompagnement de qualité, quelle que soit la filière de prise en charge.

Ce programme de travail s'échafaude progressivement. Pour l'année 2011, la commission de qualité se donne pour objectif d'harmoniser la documentation des données recueillies au sujet de l'utilisateur.

3.2. Le projet d'action expérimentale NUETSWAACH

Le projet d'action expérimentale NUETSWAACH a démarré effectivement le 1er mars 2009. L'objectif de ce projet est d'étudier la possibilité, les modalités et le coût de l'intégration d'une prestation garde de nuit dans le cadre de l'assurance dépendance. Ce projet est en cours de réalisation. Il est envisagé de le prolonger d'une année afin de collecter des données complémentaires qui devraient permettre une intégration sans risque de la prestation dans le cadre général de l'assurance dépendance.

3.3. La clôture du projet d'action expérimentale prise en charge de patients atteints de neurodépendance

Le projet d'action expérimentale sur la prise en charge des patients atteints de *NEURODEPENDANCE* s'est terminé en juin 2009. Le rapport d'évaluation externe a été disponible en mars 2010 et a fait l'objet d'une présentation lors du dernier comité de pilotage en avril 2010. Le projet a été définitivement clôturé en décembre 2010 par le comité directeur de la Caisse nationale de santé qui a décidé de récupérer un montant de 181 000 EUROS qui avaient été versés indûment au promoteur du projet. Le projet n'a pas abouti aux conclusions attendues, à savoir démontrer qu'un mode de prise en charge dans un environnement plus familial et structuré couplé à une prise en charge très personnalisée pouvait réduire la dépendance des patients *neurodépendants*. Il a cependant permis de montrer que cette prise en charge pouvait retarder la progression de la dépendance. Il serait important que les méthodes de prise en charge testées dans ce projet soient utilisées avec un plus grand nombre de patients, par le promoteur du projet, à savoir le Centre hospitalier neuropsychiatrique, au sein du centre PONTALIZE.

3.4. L'étude sur la satisfaction des bénéficiaires en établissements d'aides et de soins à séjour continu

En 2006, le CEPS avait réalisé une étude sur la satisfaction des bénéficiaires à domicile. L'objectif était d'appréhender le sentiment global des bénéficiaires par rapport à ce qui leur est apporté par l'assurance dépendance : comportements et pratiques de l'administration, prestations, comportements et pratiques des prestataires.

Les conclusions de l'étude s'étaient révélées plutôt positives dans l'ensemble. Devant ces résultats positifs, un certain nombre de voix se sont élevées pour dire que les problèmes ne se situaient pas au niveau du maintien à domicile mais au niveau des établissements d'aides et de soins. Pour cette raison, le ministre de la Sécurité sociale a également souhaité une étude similaire pour les établissements. Le Conseil de Gouvernement a marqué son accord avec la réalisation de cette étude.

L'objectif de l'étude est de déterminer le niveau de **satisfaction globale des personnes bénéficiant de l'assurance dépendance** et résidant dans les établissements à séjour continu au Grand-duché de Luxembourg. Il n'est donc pas question d'évaluer la qualité des établissements mais d'évaluer la **satisfaction des bénéficiaires de l'assurance dépendance**.

Cette étude a démarré en août 2009. La collecte des données est en voie de se terminer. Le rapport final de l'étude est attendu incessamment à la date de la rédaction de ce rapport.

4. Les activités de la Cellule d'évaluation et d'orientation

Depuis le 1er janvier 2009, la Cellule d'évaluation et d'orientation est dotée d'une nouvelle structure organisationnelle, formalisée en un organigramme représentant tant la division du travail que la coordination du travail. On y distingue certes les relations d'autorité hiérarchique, mais aussi les relations d'autorité opérationnelle, les relations de conseil et les relations de collaboration. Cet organigramme se révèle dès lors d'une certaine complexité.

Dès la fin 2009, les différents chefs de service ont entamé **les entretiens de développement professionnel**. Ces entretiens se sont poursuivis dans le courant de l'année 2010. Certains entretiens n'ont pu avoir lieu dans le courant de l'année 2010, notamment dans le cadre du service évaluation et détermination qui comporte un grand nombre de collaborateurs.

Au cours de l'année 2010, la nouvelle organisation du travail présentée ci-dessus a commencé à porter ses fruits.

Dans la suite, nous allons présenter les principales activités des différents services en 2010.

On commencera par citer les services intervenant directement dans le traitement du dossier pour terminer par les services de support.

4.1. Le service d'orientation des dossiers

La mission de ce service est d'orienter les dossiers de demande de prestations vers le professionnel le plus compétent pour cerner la dépendance du demandeur.

Ce service coordonne l'activité des équipes de tri des dossiers et de l'équipe de distribution du travail aux différents évaluateurs. C'est au sein de ce service que sont recueillies toutes les informations permettant la comptabilité des dossiers traités par la CEO. En instaurant ce service, la CEO s'est dotée d'un excellent instrument de veille quant à son activité. La vigilance des agents du service orientation permet de repérer rapidement les retards dans le traitement des dossiers et de les pallier sans délai.

Ce mode de fonctionnement a permis de réduire fortement le délai entre l'introduction de la demande et son traitement. Actuellement, ce délai se situe entre quatre et neuf semaines.

Dans le courant de l'année 2010, la moyenne mensuelle des demandes introduites s'élevait à 480 unités. Au 31 décembre 2010, les dossiers en traitement étaient au nombre de 1271.

- **L'orientation des demandes pour aides et soins**

En 2010, l'équipe de tri a examiné 4258 demandes pour aides et soins.

En ce qui concerne l'orientation des dossiers, le groupe tri a prévu 3059 (77%) dossiers pour une évaluation par le professionnel de santé le plus adapté à la situation du demandeur.

Les demandes restantes étaient constituées pour une grande part de demandes en provenance de personnes hospitalisées (667 demandes/16%), de personnes en rééducation (163 demandes/4%), de personnes autonomes (44 demandes/1%), de personnes demandant l'octroi de prestations en espèces forfaitaires pour certaines maladies ou déficiences (article 349 du Code de la sécurité sociale). Ces dernières étaient au nombre de 49, soit 1%¹⁾.

- **L'orientation des demandes pour aides techniques et adaptations du logement**

En 2010, l'équipe de tri a examiné 1621 demandes pour aides techniques ou adaptations du logement.

1024 dossiers ont été distribués aux évaluateurs, le solde étant constitué de transcription d'aides techniques accordées par l'assurance maladie et mise à disposition pour une durée dépassant six mois ou d'aides techniques commandées directement sans nécessité d'une visite à la personne.

- **L'orientation des demandes de populations spécifiques (enfant jusqu'à l'âge de huit ans, enfants et adolescents jusqu'à l'âge de seize ans et adultes handicapés)**

Compte tenu de la vitesse d'évolution propre à l'enfance, les prestations des enfants sont revues chaque année. Les révisions de prestations s'ajoutent dès lors aux nouvelles demandes introduites. Au cours de l'année 2010, 383 dossiers ont fait l'objet d'une orientation. Le nombre des dossiers d'enfants et adolescents jusqu'à l'âge de seize ans augmente d'année en année.

En revanche, le nombre de dossiers d'adultes handicapés diminue d'année en année. En effet, peu de personnes présentant un handicap à la naissance attendent l'âge de seize ans pour introduire une demande. En 2010, il s'élevait à 58 dossiers.

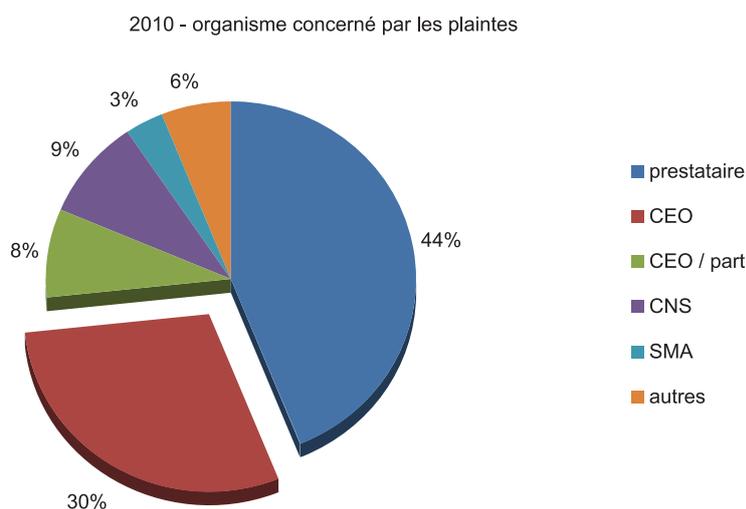
Un dernier point intéressant est à relever concernant ce service pour l'année 2010. Le service *orientation des dossiers* a servi de prototype pour l'introduction d'un outil organisationnel supplémentaire : *LE REFERENTIEL DES COMPETENCES*. Cet outil recense et décrit les profils de compétences nécessaires au fonctionnement d'un service. Il est d'un grand intérêt en matière de recrutement de collaborateurs mais aussi en termes de gestion de la formation continue. Il est prévu à terme de réaliser un tel référentiel pour tous les services.

1) Il s'agit de demandes de personnes atteintes de cécité, surdité ou troubles de la communication. Les demandes de ces personnes sont traitées suivant les dispositions prévues au règlement grand-ducal déterminant les modalités de la détermination de la dépendance, modifié le 16 décembre 2006, articles 2, 3 et 4.

4.2. Le service d'évaluation et de détermination

Il s'agit du service le plus important en termes d'effectifs. Il constitue en quelque sorte le cœur du réacteur. Sa mission est d'évaluer la situation de dépendance, de déterminer les prestations requises. Il est également chargé de l'amélioration des instruments d'évaluation de l'état de dépendance et de détermination des prestations requises. C'est au niveau de ce service que doivent s'opérer **toutes** les opérations de suivi et de gestion des dossiers individuels.

Il y a lieu de souligner les efforts qui ont été consentis par le service évaluation et détermination au cours de l'année 2010 en vue de réduire le délai de traitement des demandes. Ces efforts ont été récompensés par une réduction phénoménale des délais de traitement des demandes.



Le service évaluation et détermination a pu implémenter une nouvelle procédure d'évaluation et de détermination ayant pour objectifs principaux : simplification administrative et augmentation de la performance du traitement d'une demande. Les réflexions conceptuelles et les travaux préparatoires qui ont impliqué tous les services ont débuté en 2009.

L'intégralité du traitement du dossier est réalisée par un seul référent, qui peut cependant à tout moment s'appuyer sur la compétence des différents professionnels formant la Cellule d'évaluation et d'orientation. Il est ainsi possible de combiner l'approche pragmatique et rapide de traitement par une seule personne à la richesse de la multidisciplinarité de l'équipe. La construction d'une base électronique de données reprenant l'ensemble de l'expérience professionnelle constituée par la CEO au fil des années, la *KNOWLEDGE BASE METIER*, permet au référent de recourir à tout moment aux informations qui lui sont nécessaires pour traiter le dossier. Par ailleurs, un nouveau questionnaire d'évaluation est en cours d'élaboration. Il permettra, tant par son contenu que par sa forme, d'alléger considérablement le travail du référent. Ce questionnaire devrait être disponible courant 2011.

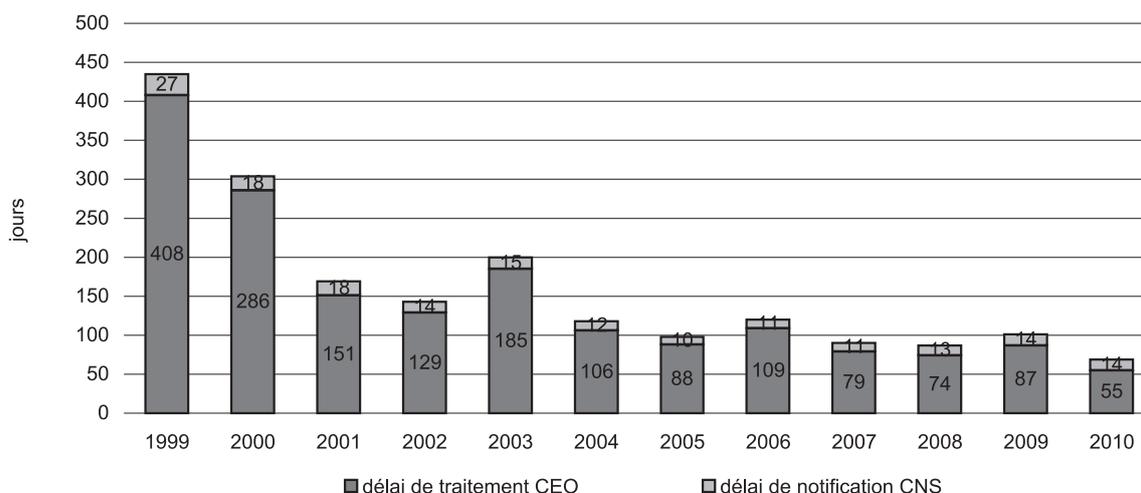
Le *REFERENTIEL DES PRESTATIONS* introduit en juillet 2010 a pour objectif d'introduire une plus grande transparence dans la description des prestations de l'assurance dépendance. Il rassemble en une source unique toutes les prestations de l'assurance dépendance. Par une description simplifiée des prestations, il devient un outil de travail incontournable. Enfin, l'introduction d'une fiche- téléfax, à côté de la Help-line classique, donne aux prestataires la possibilité d'introduire une demande d'aides techniques sur un mode à la fois simple et efficace.

4.3. Le service de qualité interne

Ce service a pour mission de développer une démarche d'amélioration de la qualité des interventions de la Cellule d'évaluation et d'orientation. Il doit également s'assurer que les processus nécessaires au management de la qualité sont établis, appliqués et régulièrement actualisés. Ce service développe notamment un outil de gestion des plaintes qui doit devenir une plaque tournante pour l'amélioration continue des pratiques de la CEO.

Parmi toutes les plaintes enregistrées en 2010, uniquement 30 % ont concerné le fonctionnement de la CEO.

Délai moyen de traitement pour les révisions des prestations - domicile et établissement



Le projet de modélisation des procédures a amené la CEO à participer activement aux travaux de la plate-forme de méthodologie commune des organismes de la sécurité sociale. Cette participation a été assurée par le service de la qualité interne.

Le service de la qualité interne a également planifié et mis en place les premiers indicateurs de veille pour l'introduction des modifications dans les processus d'évaluation et de détermination.

Durant toute l'année 2010, le service a assuré, en collaboration avec le responsable du partenariat et de la communication externe, le suivi de la charte d'accueil, mise en place au début de l'année. Il a ainsi construit un système de contrôle par rapport à plusieurs engagements de cette charte.

Le plan d'action *COMMON ASSESSEMENT FRAMEWORK (CAF)*, commencé en 2006, a été clôturé au cours de l'année 2010 par les soins du service de la qualité interne. Enfin, une des dernières tâches du service fut de participer, avec la direction, aux travaux préparatoires à l'intégration des données spécifiques à la Cellule d'évaluation et d'orientation, dans le *DATAWAREHOUSE* de la Caisse nationale de Santé.

4.4. Le service de promotion de la qualité et du contrôle des prestations

Le service de promotion de la qualité et du contrôle des prestations a pour mission de promouvoir l'amélioration des pratiques au sein du secteur des soins de longue durée en développant une culture de qualité commune à tous les prestataires ainsi que des objectifs de qualité partagés par tous.

Il a également pour mission de développer un système pérenne de contrôle de la quantité des prestations et de l'adapter régulièrement à l'évolution des besoins.

Pierre d'angle de la commission de qualité des prestations de l'assurance dépendance, le service se doit également de garantir la cohérence des pratiques professionnelles, des instruments de mesure de la dépendance et des normes définies pour les prestations.

Dans ce contexte, il a effectué des contrôles ponctuels et a été amené à traiter des plaintes formulées à l'encontre de certains prestataires.

Une des tâches les plus prenantes du service PQCP fut sa participation au projet d'implémentation d'une représentation économique harmonisée des prestations de services de soins et de services domestiques au sein des établissements à séjour continu. Dans l'objectif d'une plus grande transparence des coûts et des prestations, les prestations dispensées dans ces établissements ont fait l'objet d'un relevé systématique. Le service PQCP a participé aux différents groupes de travail chargé du suivi du projet. Le service s'est également beaucoup impliqué dans l'élaboration de l'outil destiné à la réalisation du relevé des prestations.

Enfin, le service a participé activement aux travaux de la commission de qualité des prestations. En 2010, la commission de qualité des prestations s'est beaucoup intéressée à la problématique de la documentation des données propres à l'utilisateur. La Commission diffusera au cours de l'année 2011 des recommandations à l'usage des

professionnels de façon à améliorer le contenu des informations relatives aux usagers et à leur prise en charge afin de rendre ce contenu plus homogène entre les différents prestataires.

4.5. Le service partenariat et communication externe

Sa mission est de *rendre visible* le fonctionnement de la CEO, ses pratiques, sa vision, ses missions et ses valeurs ainsi que le travail réalisé pour toutes les parties prenantes (collaborateurs, autorité politique, prestataires et bénéficiaires).

Il se charge également de partager toutes les expériences de la CEO en matière de besoins et de problèmes de la population dépendante. Il appuie toutes les initiatives pour y répondre.

Pour satisfaire à sa mission, il développe des instruments et construit une politique de communication cohérente.

- **Elaboration d'une Charte d'accueil et de service**

La Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance (CEO) s'est dotée d'une Charte d'accueil et de service par laquelle elle s'engage à améliorer ses services envers le public. Il s'agit de la première Charte d'accueil et de service pour les administrations publiques.

La Charte d'accueil et de service de la CEO présente les différents engagements qu'elle a pris pour améliorer ses services envers les bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance: accès aux services, accueil et communication, délais annoncés et réponses claires, traitement des suggestions et mesure de la satisfaction.

Les vingt-cinq engagements de la CEO sont présentés dans une brochure spécifique qui a été envoyée à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Cette brochure a été présentée le 24 février 2010 au cours d'une conférence de presse.

- **Séances d'information portant sur l'évaluation et la détermination des aides et soins pour les enfants et adolescents de 0 à 16 ans**

La CEO a organisé au courant de l'année 2010 trois séances d'information portant sur l'évaluation et la détermination des aides et soins pour les enfants et adolescents de 0 à 16 ans. Une attention particulière a été accordée aux spécificités de l'évaluation du besoin d'aide chez les enfants âgés de 0 à 8 ans. Chaque séance d'information a été assurée par un médecin, un infirmier, un ergothérapeute et un psychologue de l'équipe traitant les dossiers des enfants et adolescents à la CEO. La CEO y avait invité tous les prestataires ainsi que les différents partenaires (services, institutions, ministères, etc.) qui s'occupent d'enfants ou d'adolescents en situation de handicap.

Les séances d'information ont connu un vif intérêt. La CEO a eu le plaisir d'accueillir quatre-vingts participants.

- **Enrichissement de la rubrique dépendance du site du ministère de la sécurité sociale (www.mss.public.lu)**

La rubrique " dépendance " du site internet du Ministère de la Sécurité sociale a été complétée par un nouveau chapitre intitulé *espace professionnel*. Ce nouveau chapitre est destiné à l'information de l'ensemble des **professionnels** impliqués dans l'assurance dépendance. Il est régulièrement alimenté par la Cellule d'évaluation et d'orientation et permet de partager avec les professionnels des informations sur l'assurance dépendance et ses différentes prestations.

Cet espace a été inauguré par l'intégration du référentiel des prestations de l'assurance dépendance *description des prestations à déterminer dans le cadre de l'assurance dépendance*.

On y trouve également la fiche de commande d'aides techniques, destinée aux prestataires et différentes lettres circulaires.

4.6. Le service de la gestion administrative

Le service est chargé du budget, de la communication interne, de la formation, de l'informatique, de la logistique, de la gestion du personnel, du secrétariat, de la réception et de la protection des données.

Outre les tâches d'encadrement administratif courantes, le service de la gestion administrative a développé, au cours de l'année 2010, plusieurs réalisations d'un grand intérêt pour l'ensemble de la CEO.

- **Une analyse du trafic téléphonique**

Cette analyse a mis en évidence plusieurs problèmes dans la gestion des appels téléphoniques reçus par la CEO, au niveau du numéro central de la CEO (86060) ainsi qu'au niveau de la ligne pour l'octroi urgent d'aides techniques (86040). Sans entrer dans des détails, on peut cependant citer l'engorgement de ces lignes à certaines heures. Cet engorgement entraîne des délais d'attente passablement longs, amenant un nombre d'appelants à abandonner leurs appels. Des mesures techniques et organisationnelles vont être prises au cours des prochains mois pour corriger ces problèmes.

- **La réalisation d'un bilan social de la CEO**

Ce bilan consiste en une description des différents paramètres propres à la gestion des ressources humaines : effectifs du personnel, caractéristiques (âge, sexe, durée d'emploi dans le service, mobilité sociale...), qualifications, absences, congés, formations etc.

L'analyse de ces différents paramètres amènera la mise en place de plans de gestion des ressources humaines au cours des prochaines années.

- **La poursuite de la réalisation d'un plan de formation**

Peu de professionnels disposent de toutes les compétences nécessaires à la réalisation de toutes les tâches qui leur sont confiées. De plus, ces tâches évoluent et se modifient. Le plan de formation développé en parallèle des activités de la CEO permet d'ajuster de manière continue les compétences aux nécessités des différents postes de travail. La réalisation d'un *REFERENTIEL DE COMPETENCES*, qui a été évoqué précédemment, pour tous les services prévus à l'organigramme, permettra également une amélioration du plan de formation.

- **La mise en place d'une structure informatique adaptée pour le questionnaire d'évaluation développé dans le cadre du service évaluation et détermination**

- **Une analyse des risques en matière de la protection des données**

- **Le réaménagement des trois salles de consultation**

4.7. La direction

La direction dirige et coordonne l'ensemble des services et organes de la CEO. Elle contribue au développement de l'assurance dépendance et assure l'essor de la CEO. La direction s'est entourée d'un conseiller en matière d'aides techniques et adaptations du logement.

Outre les tâches de management incombant à la direction, celle-ci développe plusieurs projets particuliers.

- **Une amélioration du traitement des oppositions**

Un bénéficiaire insatisfait peut s'opposer à la décision émise par le Président de la Caisse nationale de Santé. Le dossier de cette personne est alors revu par la direction de la CEO. Celle-ci s'attache à la mise en place d'un système de gestion de ces oppositions qui soient de plus en plus équitable pour le demandeur.

- **L'intégration des données de la CEO dans un Datawarehouse**

L'analyse de données administratives à des fins de gestion ou d'études est souvent très ardue. Les différents fichiers administratifs sont construits afin de servir chacun à sa façon à des fins diverses. L'analyse des données administratives serait cependant d'un grand intérêt public. Pour cette raison, depuis plusieurs années, les données de la Sécurité sociale font l'objet d'un traitement qui leur permet d'être intégrées dans un *contenant* central. Les différents objets de ce contenant deviennent accessibles aux différents intervenants autorisés. De cette manière, chacun peut analyser les données qui lui sont nécessaires.

Les données propres à la CEO (gestion des dossiers des demandeurs, prestations octroyées, caractéristiques du bénéficiaire, caractéristiques des prestataires, données relatives à la qualité, etc.) vont être intégrées au cours de l'année 2011 dans ce contenant. Cette intégration devrait permettre à court terme des analyses intéressantes à beaucoup d'égards.

5. L'évolution de l'assurance dépendance

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

Le nombre de bénéficiaires, l'offre de soins et les dépenses augmentent régulièrement. La croissance a été très rapide au cours des premières années qui ont suivi le vote de la loi. Bien que plus lente à l'heure actuelle, cette croissance reste cependant significative, quel que soit la rubrique considérée.

5.1. Les bénéficiaires de l'assurance dépendance

Nombre de bénéficiaires au 31 décembre / Evolution depuis 2000

Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2000	5 810		5 736	98,7%
2001	6 632	14,1%	6 532	98,5%
2002	7 422	11,9%	7 294	98,3%
2003	8 250	11,2%	8 082	98,0%
2004	8 966	8,7%	8 783	98,0%
2005	9 528	6,3%	9 309	97,7%
2006	9 857	3,5%	9 621	97,6%
2007	10 247	4,0%	9 993	97,5%
2008	10 618	3,6%	10 337	97,4%
2009	11 143	4,9%	10 855	97,4%

Evolution des bénéficiaires d'après le lieu de séjour de 2007 à 2009.

Année	Domicile	En % du total	Etablissement	En % du total	Total
2007	6 454	63	3 293	37	10 247
2008	7 230	68,1	3 388	31,9	10 618
2009	7 553	67,8	3 590	32,2	11 143

5.2. L'offre de soins

Depuis le 1er janvier 2007, l'assurance dépendance reconnaît quatre types de prestataires : les établissements à séjour continu, les établissements à séjour intermittent, les centres semi-stationnaires, les réseaux d'aide et de soins à domicile. Chacun de ces quatre types a une valeur monétaire différente pour le paiement de ses prestations par la caisse nationale de Santé.

Les tableaux ci-dessous montrent la croissance du personnel entre 2006 et 2008 pour les différentes structures.

Evolution du personnel des différents types de prestataires par qualification

Type de prestataire	2006	2007	2008
Réseaux d'aides et de soins	1 367,1	1 559,9	1 715,2
Personnel d'assistance et de soins	1 251,7	1 433,3	1 558,1
Personnel socio-éducatif	8,0	11,7	28,5
Personnel administratif	95,4	104,0	116,2
Personnel technique et logistique	12,0	11,0	12,4
Centres semi-stationnaires	199,6	253,1	276,8
Personnel d'assistance et de soins	130,1	148,1	157,7
Personnel socio-éducatif	20,5	46,6	53,5
Personnel administratif	13,2	14,6	15,9
Personnel technique et logistique	35,8	43,8	49,7
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	3 841,2	3 987,8	4 166,5
Personnel d'assistance et de soins	2 458,9	2 555,4	2 702,1
Personnel socio-éducatif	61,1	65,0	80,4
Personnel administratif	219,8	245,7	251,0
Personnel technique et logistique	1 101,4	1 121,7	1 133,0
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	758,7	764,0	770,6
Personnel d'assistance et de soins	270,1	312,9	309,9
Personnel socio-éducatif	351,0	307,1	328,3
Personnel administratif	38,0	37,7	39,4
Personnel technique et logistique	99,6	106,3	93,0
TOTAL	6 166,6	6 564,8	6 929,1
<i>Variation en %</i>		6,4%	5,5%
Nombre d'ETP prestant des soins	4 110,8	4 449,7	4 880,1
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	66,7%	67,8%	70,4%

5.3. Les recettes et dépenses de l'assurance dépendance

La situation financière de l'assurance dépendance est marquée par une augmentation plus rapide des dépenses que des recettes. Cette augmentation se marque tout particulièrement depuis 2004.

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

Exercice	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre indice du coût de la vie	640,24	653,52	668,46	682,39	699,44
Taux de cotisation	1,0%	1,0%	1,4%	1,4%	1,4%
Recettes courantes	293,0	312,5	382,3	405,5	411,5
Recettes courantes (CNS)	380,2	379,7	472,9	580,8	411,5
Prélèvement aux provisions (n)	-87,2	-67,2	-90,6	-175,3	-
Dépenses courantes	303,7	329,4	334,3	357,1	404,8
Dépenses courantes (CNS)	390,9	396,6	424,9	241,9	695,3
Prélèvement aux provisions (n+1)	67,2	90,6	175,3	290,5	280,1
Prélèvement aux provisions (n)	-87,2	-67,2	-90,6	-175,3	-290,5
Dotations aux provisions (n)	-67,2	-90,6	-175,3	0,0	-280,1
Solde des opérations courantes	-10,8	-16,9	48,0	48,4	6,7
Dotation au fonds de roulement	2,8	2,6	0,5	2,3	4,8
Prélèvement au fonds de roulement	-	-	-	-	-
Excédent / découvert de l'exercice	-13,5	-19,5	47,5	46,1	1,9
Réserve	93,0	76,1	124,0	172,5	179,2
Minimum légal	30,4	32,9	33,4	35,7	40,5
Excédent / découvert cumulé	62,6	43,1	90,6	136,8	138,7
Rapport réserve / dépenses courantes	30,6%	23,1%	37,1%	48,3%	44,2%

Evolution des recettes de l'assurance dépendance depuis 2005, d'après la source

Exercice	2005	2006	2007	2008	2009	Variation en % 2007/08	2008/09
Contributions des ménages	148,1	158,2	234,8	256,0	266,9	9,0%	4,2%
Contribution de l'Etat	137,9	149,4	140,0	140,0	140,0	0,0%	0,0%
Redevance AD du secteur de l'énergie	3,9	2,2	1,6	1,8	2,0	10,7%	16,9%
Recettes diverses	2,9	2,7	5,9	7,7	2,5	31,4%	-67,7%
TOTAL DES RECETTES COURANTES	292,9	312,5	382,3	405,5	411,4	6,1%	1,5%

Evolution des dépenses de l'assurance dépendance depuis 2005, selon le poste

Exercice	2005	2006	2007	2008	2009	Variation en % 2007/08	2008/09
Frais d'administration	4,0	4,1	4,4	5,6	11,1	25,7%	97,8%
Prestations en espèces	8,9	8,3	7,8	7,2	6,3	-6,9%	-12,7%
Prestations en nature	286,2	313,4	318,5	340,8	382,8	7,0%	12,3%
Prestations à domicile	150,3	157,7	155,6	151,3	147,1	-2,8%	-2,8%
Prestations en milieu stationnaire	127,2	147,5	153,2	179,7	224,1	17,3%	24,7%
Prestations à l'étranger	8,7	8,2	9,6	9,2	11,3	-4,1%	22,6%
Actions expérimentales	-	-	-	0,6	0,3	61,4%	-48,8%
Transfert de cotisations	2,3	2,8	2,9	3,6	4,1	25,6%	13,0%
Dépenses diverses	2,3	0,8	0,3	0,2	0,5	-25,4%	117,7%
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	303,7	329,4	333,9	357,5	404,8	7,1%	13,2%

Le lecteur qui souhaite des informations plus détaillées sur la situation financière de l'assurance dépendance pourra les trouver dans le rapport général de la sécurité sociale ou sur le site de la sécurité sociale.

6. L'évolution législative et réglementaire

L'année 2010 a été marquée par une importante réforme de l'assurance maladie, qui sera d'application au 1^{er} janvier de l'année 2011. Certains articles de la loi sur l'assurance dépendance ont été modifiés dans le cadre de cette réforme. L'intervention de l'assurance dépendance pour les tâches domestiques l'avait été quant à lui dans le cadre du vote de la loi budgétaire pour 2010.

6.1. Les soins palliatifs

La loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie est entrée en application le 1^{er} juillet 2009.

Bien qu'étant financés à charge du budget de l'assurance dépendance, les soins palliatifs ne relèvent pas de l'organisation de l'assurance dépendance. Les procédures de l'assurance dépendance se révélaient beaucoup trop pesantes dans le contexte des soins palliatifs. Les liens entre l'assurance dépendance et les soins palliatifs sont très étroits. La loi sur l'assurance dépendance prévoit cependant un certain nombre de prestations qui ne sont pas prévues dans le cadre de la loi sur les soins palliatifs. Les modifications de la loi sur l'assurance maladie ont cependant prévu de compléter la loi sur les soins palliatifs par les prestations de l'assurance dépendance qui n'en faisaient pas partie. Ces dispositions sont d'application depuis le 1^{er} janvier 2011.

6.2. La modification de l'article 172 du Code de la sécurité sociale

La réforme de l'assurance maladie a permis d'introduire une modification à l'article 172 du Code de la sécurité sociale. Cet article énumère les groupes de personnes susceptibles de bénéficier d'une mise en compte d'années pour le calcul de la pension de retraite. Avant l'introduction de l'assurance dépendance, les personnes bénéficiaires d'une allocation de soins pouvaient bénéficier d'une prise en compte des années pour lesquelles elles bénéficiaient de cette allocation pour le calcul de la pension de retraite. En abrogeant l'allocation de soins, l'assurance dépendance avait également abrogé cette disposition. Or, un certain nombre de personnes ont continué à bénéficier de l'allocation sans pouvoir bénéficier de la mise en compte des années. La modification de l'article 172 dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie a restauré ce bénéfice.

6.3. Mise en place du fonctionnement de la commission de surveillance pour les litiges intervenant dans le cadre de l'assurance dépendance

Avec l'entrée en vigueur de la Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, la composition de la commission de surveillance a été adaptée, les faits susceptibles de faire l'objet d'une instruction ont été détaillés et les sanctions pouvant être prononcées par les juridictions de sécurité sociale ont été renforcées.

6.4. Modification par la loi budgétaire pour l'exercice 2010, de l'article 357, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale : prise en charge des tâches domestiques dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu.

La loi du 18 décembre 2009 concernant le budget des recettes et dépenses de l'Etat pour l'exercice 2010 prévoit à l'article 55, le principe de la majoration de la prise en charge stationnaire d'un forfait pour tâches domestiques de 1,19 heures par semaine pour les charges imputables directement et un forfait de 1,38 heures pour les charges imputables indirectement aux personnes dépendantes.

Cette prise en charge est conditionnelle : les établissements sont tenus de réaliser des enquêtes en vue de l'établissement périodique du relevé des activités et de procéder à partir de 2010 à une comptabilité analytique conformément aux exigences précisées dans la loi sur l'assurance dépendance (article 388bis, alinéa 3, point 6).

Du point de vue pratique, pour les besoins de la facturation, un nouveau tarif a été créé (TD103). Il correspond à la somme des deux forfaits (charges directes et indirectes), soit 154,2 minutes. Cette disposition vaut également pour l'année 2011.

6.5. Le règlement grand-ducal du 20 avril 2010 modifiant 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

Le règlement grand-ducal du 20 avril 2010 modifiant 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 redéfinit le financement des adaptations du logement visées par ce texte.

En effet, les expertises requises en matière d'adaptations du logement prises en charge par l'assurance dépendance, comprennent un volet adaptation du logement proprement dit et un volet ayant trait à la mise en œuvre de l'adaptation au domicile du bénéficiaire.

Le premier volet consiste dans les travaux des corps de métier et des fournitures des matières premières. Ce volet a depuis toujours été pris en charge par l'assurance dépendance dans le cadre du budget de la Caisse nationale de santé.

Le deuxième volet consiste dans les expertises nécessaires concernant les travaux d'adaptation du logement. Il s'agit de services d'architectes, d'ingénieurs et de personnel paramédical qui examinent entre autres la fonctionnalité des adaptations par rapport à l'état de dépendance du bénéficiaire et qui prennent en charge la coordination des différents corps de métier. Avant la refonte du règlement grand-ducal afférent, les coûts en rapport avec ce volet ont été pris en charge par le budget de l'Etat dans le cadre des missions de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Etant donné que ce deuxième volet, en l'occurrence les frais d'expertise en relation avec la coordination du chantier, est étroitement lié à l'adaptation elle-même et doit donc être considéré comme prestation de l'assurance dépendance à charge de la CNS, une redistribution des charges financières en matière d'adaptations du logement entre le budget de l'Etat, en ce qui concerne les frais d'expertise en relation directe avec l'évaluation proprement dite, et l'assurance dépendance pour ce qui est du volet de la coordination du chantier, s'est imposée de sorte que le règlement grand-ducal en question a été modifiée en ce sens.

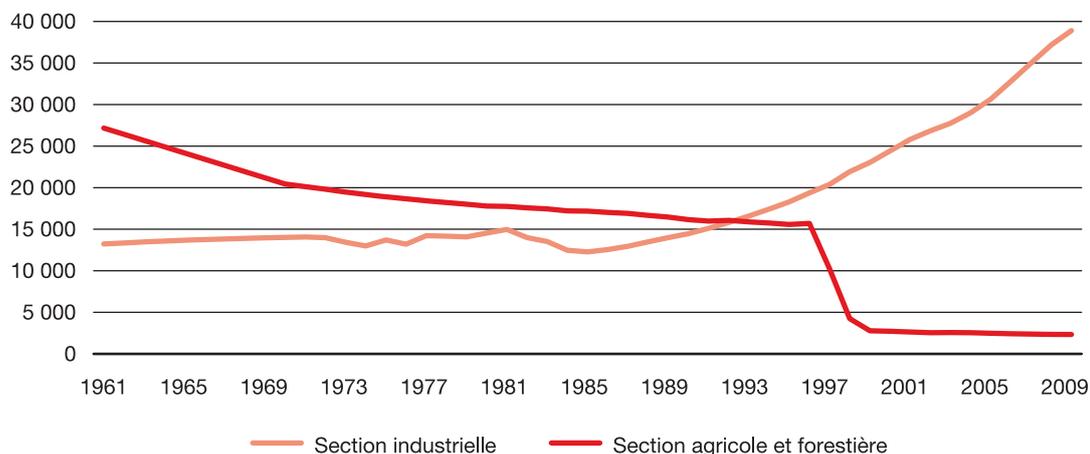
L'ASSURANCE ACCIDENTS

L'évolution de l'assurance accidents

Les principales données statistiques

L'affiliation des entreprises

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

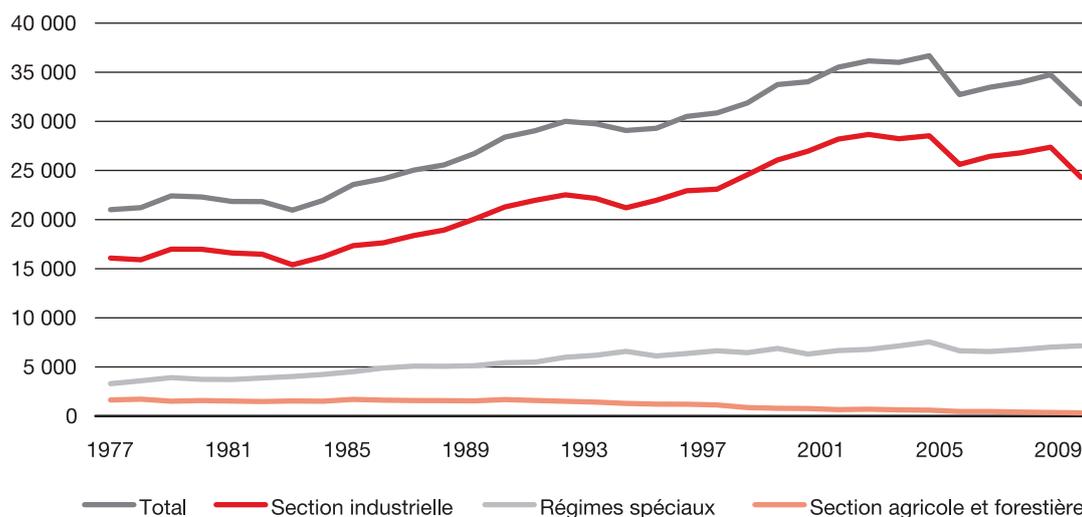


Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à la section industrielle de l'association d'assurance avait été décroissant dès le début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a augmenté ensuite de plus de 5% par année. En 2009, la crise financière et économique a atténué cette croissance et le nombre des entreprises a dépassé 38 000 unités, une augmentation qui a été de 4,6% face à 6,2% en 2008.

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 subit une réduction de deux tiers suite à la redéfinition du critère de l'affiliation obligatoire et à l'introduction d'une assurance volontaire. Depuis, le niveau des affiliations suit une régression lente pour se situer en dessous de 2 400 en 2009.

Les statistiques sur les accidents

Evolution du nombre d'accidents déclarés



A partir du 1er mai 2005, l'assurance accidents 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 d'accidents déclarés en 2009 s'élève à 31 777 dont 24 304 (76,5%) pour la section industrielle, 7 152 (22,5%) pour les régimes spéciaux et 321 (1,0%) pour la section agricole et forestière. Le nombre d'accidents mortels est de 10 unités. La campagne de prévention d'accidents commence à porter ses fruits, le nombre d'accidents par 100 salariés-unités reste stable à 8,1 en 2009 par rapport à 8,8 en 2008.

Parmi les cas déclarés à la section industrielle, 73,7% concernent des accidents de travail proprement dits, 25,4% des accidents de trajet et 0,9% des maladies professionnelles.

Les rentes

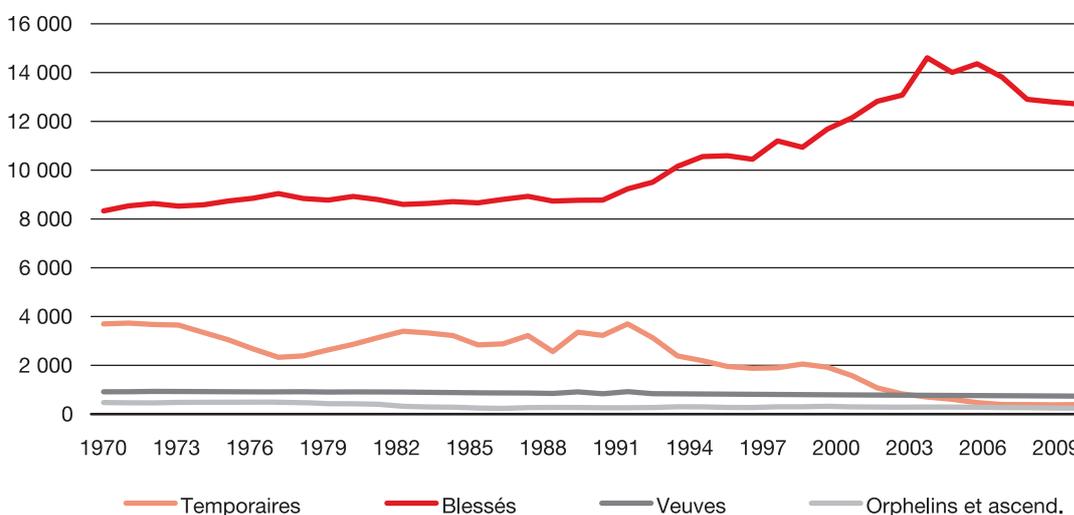
Le nombre total des rentes s'élève en 2009 à 14 089 unités contre 14 173 en 2008. La répartition de ces rentes suivant le régime et la catégorie se présente comme suit:

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

Catégorie	Section industrielle	dont régimes spéciaux	Section agricole	Total
Rentes temporaires	376	-	14	390
Rentes de blessés	11 054	580	1 664	12 718
Rentes de conjoints survivants	689	14	49	738
Rentes d'orphelins	235	5	5	240
Rentes d'ascendants	3	-	-	3
TOTAL	12 357	599	1 732	14 089

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, 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 82% 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.

Les effets 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%, ainsi que de la décision de l'assemblée générale de l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, du 20 janvier 2006 d'appliquer la suppression du délai également aux accidents survenus avant le 21 mai 2005, se sont répercutés dans le nombre de rachats pour l'année 2006.

Après une année de transition en 2006 où le nombre de rachats (2 696) a affiché une forte progression de 74%, il revient à un niveau comparable à ceux des années 2004 et 2005 et affiche même une légère tendance à la baisse avec 1 141 rachats pour 2009 pour la section industrielle.

Dans la section agricole et forestière, le nombre passe de 7 rachats en 2008 à 5 en 2009.

Répartition des rentes et rachats de rentes par pays de résidence

Pays de résidence	Nombre de rentes			Montants (en millions EUR)		
	AAI	AAA	Total	AAI	AAA	Total
<i>Luxembourg</i>	8 364	1 758	10 122	73,38	5,99	79,38
<i>Autres pays de l'UE</i>	5 459	15	5 474	52,82	0,08	52,89
Allemagne	820	6	826	7,77	0,02	7,79
Autriche	6	-	6	0,04	-	0,04
Belgique	1 232	2	1 234	13,73	0,00	13,73
Danemark	2	-	2	0,01	-	0,01
Espagne	66	-	66	0,69	-	0,69
Finlande	-	-	-	-	-	-
France	2 665	2	2 667	25,03	0,01	25,04
Grèce	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-
Italie	258	-	258	2,39	-	2,39
Pays-Bas	6	1	7	0,08	0,00	0,08
Portugal	402	4	406	3,07	0,04	3,11
Royaume-Uni	1	-	-	0,00	-	-
Suède	1	-	1	0,01	-	0,01
<i>Autres pays</i>	46	3	49	0,43	0,02	0,45
TOTAL	13 869	1 776	15 645	126,63	6,09	132,72

Les données financières

L'appréciation globale des opérations courantes

Depuis 2001 les recettes courantes de la section industrielle dépassent régulièrement les dépenses courantes. Pour faire face aux dépenses supplémentaires consécutives à la loi du 21 décembre 2004 et à la décision évoquée de l'assemblée générale du 20 janvier 2006 concernant le rachat des rentes, un prélèvement à la réserve légale de 17,8 millions EUR a été nécessaire en 2006. En 2008 comme en 2007, les recettes courantes dépassent encore les dépenses. En 2009 un prélèvement à la réserve légale de 10 millions d'EUR a été effectué pour équilibrer le compte d'exploitation.

Les dépenses courantes

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
2006	218 365,57	200 583,43	-17 782,13	7 557,74	4 625,25	-2 932,49	225 923,31	205 208,68	-20 714,62
2007	193 423,86	204 823,48	11 399,62	7 281,49	4 423,84	-2 857,66	200 705,35	209 247,32	8 541,97
2008	202 600,30	208 905,41	6 305,11	7 621,47	4 798,42	-2 823,05	210 221,77	213 703,82	3 482,05
2009	198 506,09	188 477,10	-10 028,99	7 474,18	4 731,46	-2 742,72	205 980,27	193 208,57	-12 771,70

Les dépenses courantes représentent 0,53% du PIB en 2009, et leur proportion, partant de 1,3% en 1975, est en régression constante. Par ailleurs, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 1986 et 2009 n'atteint que 3,8% (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 de 2009 se chiffrent à 7,5 millions EUR par rapport à des recettes courantes de 4,7 millions EUR. Le manque de recettes de 2,7 millions EUR est couvert par un prélèvement de 0,5 millions EUR du fonds de réserve légale et par des cotisations à percevoir de 2,2 millions EUR.

Dépenses en prestation AAI-AAA

Catégorie	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AAI - prest. nat.	28 459 517	32 322 011	35 268 543	34 924 329	32 795 144	35 073 200	37 444 908
AAI - prest. esp.	138 684 315	143 636 648	141 632 836	167 329 075	142 248 335	148 558 408	148 689 747
AAA - prest. nat.	836 586	1 047 035	1 198 848	815 192	816 708	1 108 167	1 019 660
AAA - prest. esp.	5 874 739	5 831 223	6 212 000	6 193 681	5 778 067	6 108 755	6 177 522
Total prestation nature	29 296 103	33 369 046	36 467 391	35 739 521	33 611 852	36 181 367	38 464 568
Total prestation espèce	144 559 054	149 467 871	147 844 836	173 522 756	148 026 402	154 667 163	154 867 269
Total prestations	173 855 157	182 836 917	184 312 227	209 262 277	181 638 254	190 848 530	193 331 837
n.i. moyen	611,92	624,63	640,24	653,52	668,46	682,39	699,44
Total prestations au n.i.100	28 411 419	29 271 235	28 787 990	32 020 792	27 172 644	27 967 662	27 640 947
Var. prestations nature	-1,33%	13,90%	9,29%	-2,00%	-5,95%	7,64%	6,31%
Var. prestations espèce	5,68%	3,40%	-1,09%	17,37%	-14,69%	4,49%	0,13%
Var. total au n.i.100	2,30%	3,03%	-1,65%	11,23%	-15,14%	2,93%	-1,17%

En 2009, les dépenses pour prestations des deux sections cumulées atteignent 193 331,8 milliers EUR et représentent 93,9% du total des dépenses, soit une diminution de 1,2% au nombre indice 100 par rapport à 2008.

L'augmentation considérable des indemnités pécuniaires est due au fait que la caisse nationale de santé a exceptionnellement reculé sa date de clôture au 31.03.2009 afin de liquider les anciens dossiers restés en suspens.

Evolution des indemnités pour incapacités de travail

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	-	-	-	-	12 759 976,32
Indemnités pécuniaires (IP)	19 028 566,36	18 084 045,80	23 197 480,13	23 417 695,75	27 979 516,01	9 215 018,01
Assurance Dépendance	-	-	-	-	376 168,67	-
Variation	-	-4,96%	28,28%	0,95%	21,09%	-22,50%
TOTAL	19 028 566,36	18 084 045,80	23 197 480,13	23 417 695,75	28 355 684,68	21 974 994,33

Après la création de la Mutuelle des employeurs, 80 % du montant des indemnités pour incapacités de travail pendant les 13 premières semaines consécutives à des accidents du travail (Lohnfortzahlung) sont à charge de l'AAI, y compris les cotisations patronales. Après la période de 13 semaines, les indemnités pour incapacités de travail (indemnités pécuniaires) restent à 100 % à charge de l'AAI.

Evolution des prestations

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A Prestations en espèces	138 133 203,25	136 148 566,48	160 275 090,19	136 276 944,21	141 460 115,34	142 530 734,72
1. Indemnités pécuniaires	19 028 566,36	18 084 045,80	23 197 480,13	23 417 695,75	28 355 684,68	21 974 994,33
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	-	-	-	-	12 759 976,32
Indemnités pécuniaires (IP)	19 028 566,36	18 084 045,80	23 197 480,13	23 417 695,75	27 979 516,01	9 215 018,01
Assurance dépendance	-	-	-	-	376 168,67	-
2. Rentes	86 589 529,39	85 014 326,89	79 581 746,20	80 668 433,21	84 921 241,32	89 447 137,37
Rentes viagères	50 284 681,74	53 858 970,86	55 274 250,42	56 420 094,35	58 187 859,67	61 000 340,27
Rentes de survie	13 557 771,21	14 033 889,22	14 264 141,38	14 537 845,83	14 723 305,76	15 171 703,50
Rentes transitoires	2 995 492,89	2 696 859,26	2 676 663,48	3 952 441,30	4 445 231,67	5 248 501,86
Paiements uniques	19 751 583,55	14 424 607,55	7 366 690,92	5 758 051,73	7 564 844,22	8 026 591,74
3. Rachats de rentes	32 514 190,51	33 041 824,78	57 494 706,52	32 168 073,75	28 158 632,74	31 104 161,55
Rachats d'office	22 208 238,42	22 716 222,64	44 883 508,25	17 903 587,68	15 993 342,13	18 369 382,96
Rachats sur demande	10 125 704,61	10 112 795,75	12 424 548,83	14 106 079,43	11 852 889,11	12 541 809,04
Autres	180 247,48	212 806,39	186 649,44	158 406,64	312 401,50	192 969,55
4. Autres	916,99	8 369,01	1 157,34	22 741,50	24 556,60	4 441,47
Autres secours en espèces	916,99	106,56	1 157,34	9 802,50	11 022,49	2 365,54
Intérêts moratoires sur prestations	-	8 262,45	-	12 939,00	13 534,11	2 075,93
B Prestations en nature	23 724 649,79	31 926 233,19	31 251 066,19	28 430 095,89	30 811 678,86	33 001 435,82
AAI -Dégâts matériel	5 229 551,45	4 204 008,52	4 499 904,01	3 868 165,66	4 093 347,72	4 338 604,12
AAI -Soins	390 689,26	525 997,44	537 956,20	512 163,87	336 863,40	236 285,62
UCM - Prestations lux.	18 081 684,66	18 227 096,97	19 638 483,73	18 181 717,06	21 682 417,49	21 636 559,13
UCM - Prestations étrang.	22 724,42	8 969 130,26	6 574 722,25	5 868 049,30	4 364 251,06	6 445 035,08
UCM - Assurance dépendance	-	-	-	-	334 799,19	344 951,87
TOTAL DES PRESTATIONS	161 857 853,04	168 074 799,67	191 526 156,38	164 707 040,10	172 271 794,20	175 532 170,54

Les modifications législatives du 21 décembre 2004 avaient presque fait doubler le montant des rachats d'office en 2006. A partir de 2007, le montant des rachats en 2008 et 2009 se stabilise à un niveau comparable à ceux des années 2004 et 2005.

La structure des dépenses courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	Total	En % du total
Frais d'administration	9 863,71	276,48	10 140,19	4,9%
Prestations en espèces	148 689,74	6 177,52	154 867,27	75,2%
- Indemnités pécuniaires	22 051,15	92,39	22 143,53	10,8%
- Rentes	94 031,89	5 966,38	99 998,27	48,5%
- Rachats et autres	32 606,70	118,76	32 725,46	15,9%
Prestations en nature	37 444,91	1 019,66	38 464,57	18,7%
Dépenses diverses	2 507,72	0,52	2 508,24	1,2%
TOTAL	198 506,08	7 474,18	205 980,26	100,0%

Les frais d'administration, au nombre indice 100, ont connu une importante diminution de 28,2% en 2009. Cette diminution est principalement dû au règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale (art 35) qui définit la prise en charge de la Caisse nationale d'assurance pension des pensions des retraités de l'Office des assurance sociales.

Les frais d'administration représentent 4,9% des dépenses courantes.

Les recettes courantes

L'assurance accidents est financée à raison de 86,1% par des cotisations, de 8,5% par des contributions publiques et de 5,4% par des revenus sur la fortune et des recettes diverses.

Les cotisations ont diminué par rapport à 2008 de 7,7% au nombre indice 100 pour la section industrielle.

A noter par ailleurs que parmi les contributions publiques figure également la prise en charge intégrale des prestations allouées dans le cadre des régimes spéciaux.

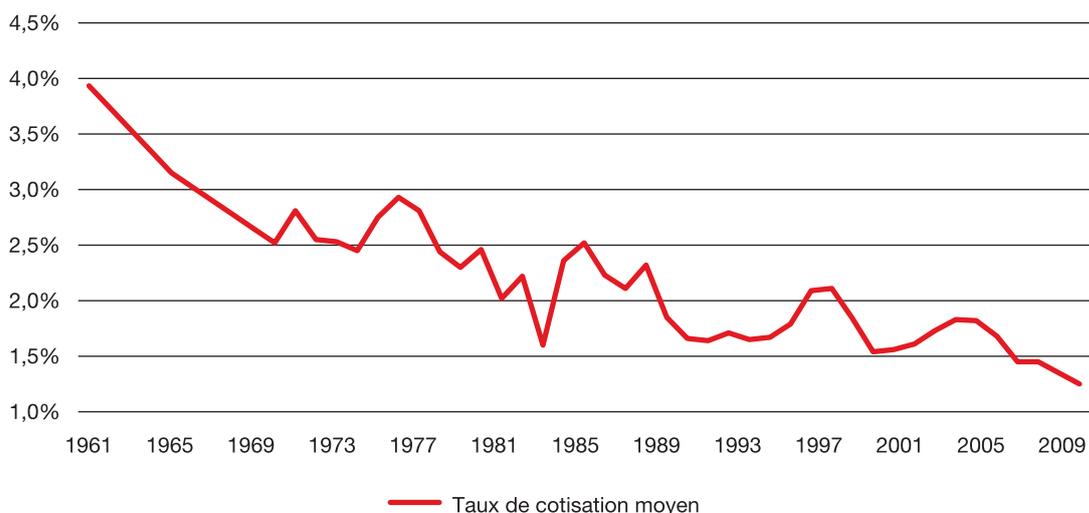
La structure des recettes courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	Total	En % du total
Cotisations	166 427,23		166 427,23	86,1%
Participation de l'Etat	11 697,20	4 690,80	16 388,00	8,5%
Produits financiers et recettes diverses	10 352,67	40,66	10 393,33	5,4%
TOTAL	188 477,10	4 731,46	193 208,56	100,0%

Etant donné que les taux de cotisation de la section industrielle sont fixés annuellement pour chaque position du tarif de risque, 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 ensuite pour se situer à 1,54% en 1999. Après une nouvelle progression pour atteindre en 2003 une valeur de 1,83%, le taux de cotisation moyen est retombé en 2009 à son niveau le plus bas pour atteindre 1,25%.

Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAI



L'évolution législative et réglementaire

Le projet de loi No 5899 portant réforme de l'assurance accident, déposé en 2008 à la Chambre des Députés, a finalement abouti à la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident et modifiant: 1) le Code de la sécurité sociale; 2) la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois; 3) la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat; 4) le Code du travail; 5) la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural; 6) la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.

En résumé, la principale innovation de cette réforme consiste dans le rapprochement de l'indemnisation avec la réparation en droit commun qui répare séparément la perte de revenu et les autres préjudices. La rente accident qui avait auparavant un caractère mixte ne répare plus que la perte de revenu effective. En effet, il n'existe depuis longtemps plus de corrélation entre cette perte et l'incapacité de travail appréciée selon des critères exclusivement médicaux, telle que c'était la règle au début du siècle dernier pour les travailleurs manuels dans l'industrie ou l'agriculture.

De plus, la victime d'un accident ou d'une maladie professionnelle laissant des séquelles définitives a désormais droit à la réparation forfaitaire des préjudices extrapatrimoniaux et, partant, à des indemnités distinctes pour préjudice physiologique et d'agrément, pour douleurs endurées et pour préjudice esthétique. De même, les survivants d'un assuré décédé peuvent prétendre à l'indemnisation du dommage moral résultant de la perte d'un être cher en dehors de celle du préjudice financier compensé par la rente de survie. Le but de la réforme est de moderniser l'indemnisation et de la rendre plus juste parce que mieux adaptée aux situations individuelles.

Pour exécuter les différentes dispositions de la loi du 12 mai 2010 précitée, applicable à partir du 1er janvier 2011, plusieurs règlements grand-ducaux ont dû être élaborés. Il s'agit des règlements suivants :

- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les modalités de fixation et de perception des cotisations de la Chambre d'agriculture
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 119 du Code de la sécurité sociale
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 120 du Code de la sécurité sociale
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire.
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les conditions et modalités de l'assurance accident volontaire des exploitants agricoles, viticoles, horticolas et sylvicoles non soumis à l'assurance obligatoire.

Le projet de loi No 6177 portant introduction d'un taux unique de cotisation dans l'assurance accident et modifiant : 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural a été déposé à la Chambre des Députés le 16 août 2010.

Outre quelques toilettes de texte de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident, ce projet, aboutissant à la loi du 17 décembre 2010 portant introduction d'un taux unique de cotisation dans l'assurance accident, qui a sorti ses effets au 1er janvier 2011, comporte deux mesures principales, à savoir :

Les travailleurs handicapés, occupés dans les ateliers protégés au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées, étaient couverts jusqu'à présent par l'assurance accident en vertu de l'article 85, 10) du Code de la sécurité sociale. Cette couverture est étendue désormais dans le cadre des régimes dits spéciaux de l'assurance accident, notamment afin qu'à l'instar des personnes poursuivant une formation dans une filière classique, technique ou professionnelle ou dans une structure de l'éducation différenciée, les personnes handicapées qui suivent une formation professionnelle dans un centre de propédeutique professionnelle privé soient assurées.

Le Gouvernement avait décidé de réorganiser la solidarité entre les différents secteurs économiques au Luxembourg, ce qui a pu être atteint notamment à travers l'introduction d'un taux unique au niveau de l'assurance accident. En effet, alors que la classe 2, regroupant les assurances, les banques, les bureaux d'études et les établissements à activités analogues payaient auparavant un taux de cotisation de 0,45%, la classe 7 comprenant les entreprises de toiture, la classe 8 composée des entreprises d'aménagement et de parachèvement (façades, isolations, etc.) et la classe 9 regroupant les entreprises d'équipements techniques du bâtiment (travaux d'installations électriques, de gaz et eau, etc.) payaient des taux de cotisation de respectivement 6%, 3,20% et 2,39%. L'introduction d'un taux unique de l'ordre de 1,15% a amené les entreprises de la classe 2 ancienne à payer davantage tout en permettant aux petites entreprises de baisser significativement leurs charges salariales. Le taux de cotisation unique permet ainsi de parfaire la solidarité entre cotisants dans la branche de l'assurance accident.

L'introduction d'un taux unique de cotisation devrait par ailleurs faciliter l'introduction d'un système de bonus/malus souhaité par le législateur.

En outre, le taux de cotisation unique simplifie et augmente la transparence du mode de financement puisqu'il permet de renoncer à l'attribution d'un coefficient de risque pour le calcul d'un taux de cotisation pour chacune des 21 classes de risque. Il garantit une stabilité maximale grâce à la prise en compte de l'ensemble de la masse salariale cotisable et la gestion administrative s'en trouve considérablement simplifiée.

LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION

L'évolution du 2e pilier de l'assurance pension

Evolution du nombre des entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension

Entre 2009 et 2010, le nombre d'entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension s'est élevé de 1545 à 1706, soit une augmentation de 10,42%. Le secteur des régimes complémentaires de pension professionnels reste donc en expansion continue.

Evolution du nombre d'entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension

Exercice (1)	Entreprises disposant d'un RCP (2)	Entreprises disposant d'un RCP actif (3)	Origine du chiffre (4)	Date-valeur de l'observation	Taux de croissance annuel entre dates d'observation ¹⁾	Taux de croissance annuel entre dates d'observation ²⁾
1995	404		Etude ACD	fin d'année		
1996						
1997						
1998						
1999						
2000						
2001	683		Dossiers IGSS	fin d'année	9,15%	
2002						
2003	930		Statistique GEST.	fin d'année	16,69%	
2004						
2005						
2006						
2007	1278		Registre IGSS	fin d'année	8,27%	
2008	1590		Registre IGSS	fin d'année	24,41%	
2009	1731	1545	PenCom	fin d'année	8,87%	
2010	1938	1706	PenCom	fin d'année		10,42%

1) Le taux de croissance est calculé jusqu'en 2008 sur toutes les entreprises ayant enregistré un régime complémentaire de pension, indépendamment du fait qu'il soit encore actif ou non

2) Le taux de croissance est calculé à partir de 2009 uniquement sur les entreprises avec au moins un régime actif

Partant des 404 régimes complémentaires de pension répertoriés en 1995 par l'ACD, le nombre des régimes complémentaires de pension a donc plus que quadruplé en 15 ans et la croissance propre à l'exercice 2010 de 10,42% en chiffres apurés reste appréciable. Il faut néanmoins tenir compte du fait qu'à un certain moment le réservoir d'entreprises susceptibles de mettre en place un régime complémentaire de pension va être épuisé et que la croissance va donc forcément diminuer dans les années à venir.

Les régimes complémentaires de pension se composent généralement de plusieurs prestations parmi les suivantes :

- une prestation de retraite,
- une prestation de survie,
- une prestation de décès,
- une prestation d'invalidité,
- une prestation financée par les moyens propres de l'affilié, à savoir par les contributions personnelles.

Comme ces différentes prestations qui constituent un régime mis en place pour une catégorie définie de salariés au moyen de différents types de supports juridiques, d'où la répartition des différentes prestations en plans qui composent pour une catégorie définie le régime de l'employeur, la répartition des prestations suivant les supports juridiques se fait suivant la notion de plan.

Suivant les données fournies par le logiciel PenCom, les différents plans actifs des régimes complémentaires de pension se répartissent comme suit selon les supports juridiques :

Répartition des plans des régimes complémentaires de pension suivant les différents supports juridiques

Exercice (au 31.12.)	Assurances de groupe	Régimes internes ¹⁾	Fonds de pension du CAA ²⁾	Fonds de pension de la CSSF ³⁾	Total des plans
2009	5 750	133	19	47	5 949
2010	6 408	144	19	39	6 610

- 1) Cette statistique tient uniquement compte des régimes actifs, alors qu'un certain nombre de régimes affiliés au PSVaG sont justement des régimes fermés qui ne concernent que des prestations en cours. Ceci explique que les nombres renseignés ici sont plus bas que ceux du tableau 4
- 2) A noter que le nombre de fonds de pension du CAA dans lesquels les employeurs investissent les allocations patronales des régimes complémentaires de pension est inférieur à celui indiqué dans ce tableau, alors qu'il y a souvent plusieurs employeurs qui investissent dans le même fond de pension.
- 3) Idem pour les fonds de pension de la CSSF.

Ils se répartissent comme suit, selon les grandes catégories de prestations :

Répartition des plans actifs des régimes complémentaires de pension suivant le type de prestation

Exercice (au 31.12.)	Vieillesse	Décès	Invalidité	Cotisations personnelles	Total des plans
2009	1 786	1 434	1 343	1 386	5 949
2010	2 000	1 576	1 479	1 555	6 610

Les dernières statistiques détaillées sur les régimes complémentaires de pension remontent à 2003. A l'heure actuelle, l'Inspection générale de la sécurité sociale ne dispose pas encore des données actualisées complètes de tous les gestionnaires sur le nombre des affiliés aux régimes complémentaires de pension, ni sur le montant des provisions existant en couverture des prestations promises. Elles seront disponibles pour l'édition du rapport général de 2010.

Affiliation au PSVaG (*Pension-Sicherungs-Verein - Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit*) des entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension sous forme de régime interne

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension, un nombre assez élevé d'entreprises a transformé son régime interne en régime externe, ce qui leur permettait de résilier l'affiliation obligatoire au PSVaG, assurance insolvabilité à contracter conformément à l'article 21 de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension et suivant la convention bilatérale entre l'Allemagne et le Luxembourg en vue d'assurer les droits des affiliés à un régime interne contre le risque de faillite de l'employeur.

Les chiffres relatifs à l'affiliation au PSVaG ont évolué comme suit :

Affiliation d'entreprises luxembourgeoises au PSVaG

Année ¹⁾	Nombre d'entreprises affiliées	Montant des provisions assurées contre l'insolvabilité (en mio EUR)	Taux de cotisation appliqué en %	Montant total des primes payées au PSVaG (en mio EUR)	Nombre de sinistres
2002	302	560	4,5	2,3	0
2003	240	510	4,4	2,2	0
2004	200	507	3,6	1,8	0
2005	175	487	4,9	2,4	0
2006	168	496	3,1	1,5	0
2007	160	504	3,0	1,5	0
2008	150	503	1,8	0,9	0
2009	149	509	14,2 ²⁾	4,2	0
2010	152	497	1,9	1,7	0

- 1) Les chiffres relatifs aux nombres d'entreprises affiliées au PSVaG se basent sur les entreprises qui ont eu le droit d'assister à l'Assemblée générale du PSVaG de l'année en question.
- 2) Le PSVaG a fixé le taux de cotisation à 8,2% pour 2009 en répartissant les 6% restants sur les années 2010 à 2013.

On constate que, non seulement au cours des premières années, mais de façon continue, les entreprises tentent à transformer les anciens régimes internes en régimes externes non assujettis à affiliation auprès du PSVaG. La raison en est autant le fait que beaucoup d'entreprises ont transformé leurs régimes internes à prestations définies en régimes externes à contributions définies, solution dont l'impact financier est plus facilement appréciable que le fait que les entreprises peinent à payer une cotisation supplémentaire en raison du statut interne de leur régime.

La légère augmentation en 2010 du nombre d'entreprises affiliées au PSVaG provient essentiellement d'une scission d'entreprises et de l'implantation au Luxembourg d'entreprises provenant d'Allemagne, mais elle ne renverse pas nécessairement le courant décrit ci-devant.

A noter qu'en 2007, la méthode de calcul des cotisations au PSVaG a été modifiée. En effet, le PSVaG prend désormais en compte dans la prime annuelle toutes les charges futures résultant des sinistres de l'année en question et il a introduit en même temps une prime unique totale de 8,66% payable en tranches égales sur 15 années (de 2007 à 2021) pour couvrir les frais résultant des sinistres des années antérieures à 2006.

Le taux de cotisation pour 2010 est nettement en-dessous de la moyenne du taux de cotisation après une année 2009 qui a accusé le taux le plus élevé que le PSVaG ait jamais connu.

Depuis 2002, année de signature de la convention bilatérale entre l'Allemagne et le Luxembourg sur l'affiliation à l'assurance insolvabilité par le biais du PSVaG, aucune entreprise luxembourgeoise n'a été déclarée en faillite.

L'évolution des méthodes de travail du service Pensions complémentaires chargé de la surveillance du 2e pilier de l'assurance pension

Evolution des effectifs du service Pensions complémentaires

L'augmentation du nombre de régimes complémentaires de pension a engendré une augmentation des effectifs du service Pensions complémentaires de l'Inspection générale de la sécurité sociale et notamment du nombre des vérificateurs en charge des dossiers d'entreprise :

Evolution des effectifs du service Pensions complémentaires et de la charge de travail

Exercice	Nombre d'entreprises	Total des agents	Nombre de vérificateurs	Effectif des vérificateurs à temps plein	Charge de travail effective par poste à temps plein	Besoins en personnel estimés selon EIS ¹⁾
2000	684	6	3	2,25	304	6,75
2001	760	6	3	2,25	602	7,50
2002	845	8	3	2,75	303	8,50
2003	938	9	4	3,25	282	9,50
2004	1 043	9	5	4,25	238	10,50
2005	1 159	9	5	4,25	263	11,50
2006	1 287	10	5	4,25	290	12,75
2007	1 430	11	6	5,25	259	14,25
2008	1 589	12	7	5,75	262	16,00
2009	1 545 ²⁾	14	9	6,75	229	15,50
2010	1 706	14	9	6,75	253	17,00

1) Chiffres estimés par EIS (Esofac International Services SA) sur la base qu'un vérificateur peut être en charge de 100 dossiers d'entreprise pour la mise en conformité, les contrôles annuels, la vérification du calcul des droits acquis des salariés, la vérification actuarielle quinquennale du respect du financement minimum etc.

2) A partir de 2009, le nombre renseigné comprend uniquement les entreprises avec un ou plusieurs régimes complémentaires de pension actifs.

Actuellement, la charge de travail d'un vérificateur est donc 2,5 fois plus élevée que celle estimée par EIS lors de la création du service.

A noter qu'un certain nombre de travaux réguliers comme la vérification actuarielle quinquennale des régimes n'est actuellement pas réalisé, faute de moyens.

Traitement informatique des données via le logiciel PenCom

En vue d'une gestion plus efficiente, l'Inspection générale de la sécurité sociale a fait réaliser un logiciel spécifique pour la gestion des régimes complémentaires de pension et le contrôle de leur financement.

En 2010, les vérificateurs ont finalisé la saisie des données relatives aux entreprises et aux régimes enregistrés auprès de l'Inspection générale de la sécurité sociale et à l'heure actuelle les notifications sur les identifiants à utiliser par les gestionnaires et les entreprises ont été en grande partie transmises aux personnes concernées. La saisie des formules relatives aux différentes promesses des régimes complémentaires de pension dans le logiciel vient de débuter.

Dès le début de l'année 2010, les fichiers concernant l'élaboration des factures relatives à la taxe rémunératoire pour les années 2006 à 2009 ont été transmis à l'Inspection générale de la sécurité sociale qui a dû faire des tests de cohérence entre les données fournies par les différents gestionnaires et les données saisies dans PenCom, vérifier et compléter les notifications y relatives envoyées aux gestionnaires. Les factures pour les années 2006 à 2009 pourront être envoyées début 2011.

Il en est de même pour l'envoi des données relatives au paiement de la contribution dépendance au Centre commun de la sécurité sociale.

Modélisation des procédures

Suite à l'envergure qu'ont prise en 2010 la mise en place du logiciel PenConnect et les différentes adaptations des diverses fonctions du logiciel aux besoins du service, l'intégration du workflow des processus de travail dans PenCom n'a pas encore pu commencer. Or, l'intégration de certains flux de travail dans le logiciel PenCom devra être réalisée prioritairement afin de permettre aux vérificateurs d'avoir sous la main en permanence les données nécessaires au traitement correct des régimes et de disposer d'un outil pour suivre les différents dossiers dans les délais prévus.

Ceci est d'autant plus important que la charge de travail des vérificateurs dépasse de loin celle projetée.

L'évolution législative et réglementaire

L'expérience de plus de dix années avec les dispositions de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension a fait ressortir le besoin de clarifier ou de modifier certains passages de la loi en question, tant au niveau fiscal qu'au niveau du champ d'application matériel et personnel.

Révision de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension

Si certaines revendications du patronat concernant une plus grande latitude en matière d'affiliation des salariés aux régimes ont été mises en œuvre par l'article 3 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique qui a modifié l'article 8 de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension, il n'en est pas moins que des points cruciaux restent à trancher.

Comme une modification de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension a été annoncée dans la dernière déclaration gouvernementale, un groupe de travail composé de représentants de l'Administration des contributions directes et de l'Inspection générale de la sécurité sociale a entrepris depuis l'été 2010 de trouver des solutions viables aux différentes problématiques.

Il s'agit notamment :

- du champ d'application personnel en relation avec l'affiliation à la sécurité sociale et à l'assujettissement à imposition au Luxembourg ou de l'affiliation des administrateurs engagés ou non dans la gestion journalière,
- de l'adaptation de la limite de déductibilité fiscale à la pratique actuelle,
- du traitement des contributions personnelles,
- de l'égalité de traitement entre régimes internes et régimes externes,
- de l'imposition des transferts de droits acquis provenant de l'étranger,
- de l'établissement quinquennal du certificat de conformité juridique et actuariel.

En dehors de ces problématiques intimement liées à la fiscalité, d'autres points sont à revoir, comme par exemple :

- les conditions du rachat,
- la soumission des fonds de pension à l'assurance insolvabilité,
- le champ d'application des régimes dûment agréés,
- la précision de l'article 14 sur les transferts d'entreprise,
- la précision de l'article 56 sur l'application de la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension à des promesses issues de périodes antérieures à la loi.

En outre, une extension du champ d'application de la loi notamment aux indépendants a été annoncée dans la déclaration gouvernementale et prête sujet à discussion.

Elaboration de l'avant-projet de règlement grand-ducal établissant le relevé des renseignements demandés aux entreprises en matière de régimes complémentaires de pension tel que prévu à l'article 30, paragraphe (3) de la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension

En réponse aux discussions ardues au sein du Comité Coordination Simplification (anciennement Comité national de simplification administrative) en faveur des entreprises sur la nécessité du logiciel PenCom et de la taxe rémunératoire créée en vue de son financement, l'IGSS a élaboré un avant-projet du règlement grand-ducal prévu au paragraphe (3) de l'article 30 de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension sur les données à communiquer annuellement par les entreprises à l'IGSS. Ce règlement qui a été finalisé en octobre 2010 se base sur les deux jeux de données élaborés en collaboration avec les gestionnaires des régimes complémentaires de pension au cours des dernières années, à savoir les données par affilié et par plan (DAP) et les données par entreprise et par régime (DER).

Il a été revu à la demande de la Comité Coordination Simplification en vue de détecter des aspects du traitement permettant de faciliter la gestion des régimes par les gestionnaires et donc l'impact financier de ceux-ci sur les employeurs.

Une version révisée sera présentée au Conseil de Gouvernement début 2011.

LES JURIDICTIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les attributions et l'organisation des juridictions de la sécurité sociale

Dans un Etat de droit, il est de principe que le citoyen qui s'estime lésé ait le droit de s'adresser au pouvoir judiciaire. Trois instances sont généralement prévues: juridiction du premier degré, appel et cassation. Ces mêmes idées se retrouvent en matière de sécurité sociale: les demandeurs de prestations doivent avoir le droit d'agir en justice en cas de refus d'une prestation ou de contestation sur sa qualité ou sa quantité.

En effet, 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.

Les recours contre les jugements du Conseil arbitral sont tranchés par le Conseil supérieur des assurances sociales. Ces deux juridictions sont également compétentes pour certains litiges 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.

Nombre des emplois du Conseil arbitral des assurances sociales CAAS :

Conseil arbitral des assurances sociales	Président	1
	Vices-présidents et juges	3
	Fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil	3
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur	6
	Employés de l'Etat	6
	TOTAL :	19

Nombre des emplois du Conseil supérieur des assurances sociales CSAS :

Conseil supérieur des assurances sociales	Président *	1
	Président f.f.	1
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur	2
	Fonctionnaires de la carrière inférieure de l'expéditionnaire	1
	Employés de l'Etat (carrière administrative)	1
	TOTAL :	6

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

Les activités des juridictions de la sécurité sociale

L'activité des juridictions de la sécurité sociale

En ce qui concerne le Conseil arbitral de la sécurité sociale, 1 740 jugements ont été prononcés au cours de l'exercice 2010. Au total 1 156 affaires ont été évacuées.

Le nombre des audiences tenues, avec un total de 715 unités en 2010, a augmenté par rapport au niveau de l'année 2009, ce qui s'explique surtout par le fait que le Conseil arbitral n'a pas pu siéger au début de l'année précédente en raison de problèmes en relation avec la nomination de ses assesseurs suite à la mise en vigueur de la loi sur le statut unique.

En 2010, 325 affaires ont nécessité une expertise médicale et 231 un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Des 1 156 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 39,4 pour cent ont dit les recours fondés et 60,6 pour cent les ont rejetés ou déclarés irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2010, 175 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent; seulement un sixième des affaires jugées en 1ère instance passent à la 2e instance. Cela est d'autant plus satisfaisant qu'en principe près de 75 pour cent des jugements dont appel sont confirmés par le Conseil supérieur.

Le nombre des recours déposés a augmenté sensiblement en 2010 par rapport à 2009; 1.620 recours en 2010 contre 1 464 en 2009. C'est pourquoi qu'il n'a pas été possible de continuer en 2010 la réduction du solde des affaires qui

n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées. Notons enfin que l'impact de la mise en vigueur de la nouvelle loi portant réforme de l'assurance accident ne pourra être évalué qu'à la fin de l'année 2011.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale s'est vu soumettre 175 appels et 2 oppositions. 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.

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

2 sentences arbitrales ont été rendues dans les affaires soumises au Conseil supérieur, l'une ayant trait au fondement des articles 69 et 70 du Code des assurances sociales (revalorisation de la lettre-clé des actes et services des infirmiers pour les années 2009 et 2010), et l'autre au fondement de l'article 62 du CSS (litige entre 2 groupements professionnels au sujet de la représentativité revendiquée pour son compte par chacun des 2 groupements en cause)

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2010 est de 172 unités.

Nombre de recours introduits devant le Conseil arbitral des assurances sociales par branche

Branches	Années															
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Assurance accident	357	374	405	453	411	467	278	446	415	439	586	577	476	477	496	492
Assurance pension	145	186	320	393	372	493	344	324	535	555	364	388	331	352	310	335
Assurance maladie	113	113	150	151	130	144	139	159	248	242	259	323	344	326	313	414
Assurance dépendance	-	-	-	-	-	13	20	20	22	5	15	36	39	21	7	14
Prestations du Fonds National de la Solidarité	76	84	75	70	85	75	73	68	68	86	106	103	117	109	101	122
Autres prestations (dont chômage)	55	41	28	106	180	95	70	91	217	191	248	240	289	280	231	234
Affiliation et Cotisations	7	32	8	10	18	58	8	10	15	78	25	69	15	2	5	9
TOTAL	753	830	986	1 183	1 196	1 345	932	1 118	1 520	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567	1 463	1 620

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	2007	2008	2009	2010
Audiences	537	534	562	710	765	741	851	768	767	617	715
Affaires fixées	2 043	1 995	1 945	2 181	2 541	2 822	2 871	3 095	2 743	2 565	2 925
Jugements prononcés (évacués)	933	957	987	967	1 187	1 172	1 238	1 356	1 127	934	1 156
Jugements prononcés (av. dire droit)	256	320	280	322	417	435	344	496	617	475	556
Désistements	155	207	136	167	146	194	207	205	186	163	29
Affaires évacuées	1 088	1 164	1 123	1 134	1 333	1 366	1 445	1 561	1 313	1 097	1 185
Recours introduits	1 345	932	1 118	1 520	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567	1 464	1 620
Recours déclarés fondés	436	392	452	344	400	330	515	551	489	397	455
Recours déclarés non fondés	432	513	478	543	714	708	629	642	520	457	609
Recours déclarés irrecevables	65	52	57	80	73	74	94	163	118	80	92

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
2007	226	232
2008	217	212
2009	188	172
2010	175	223

LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS

Les attributions du Service des dommages de guerre corporels

L'arrêté grand-ducal du 27 juillet 2009 portant constitution des ministères a placé le Service des dommages de guerre corporels sous la compétence du Ministère de la Sécurité sociale.

Ledit Service a été créé par la loi modifiée du 25 février 1950 concernant l'indemnisation des dommages de guerre corporels. Il est compétent pour la gestion des dossiers des bénéficiaires de cette loi. Il assure le paiement des rentes allouées aux victimes de guerre, la prise en charge de leurs frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers. Les prestations accessoires, cures, massages, soins à domicile sont prises en charge pour autant que les victimes ne bénéficient pas des prestations de l'assurance dépendance.

A partir du 1er janvier 2010, la procédure administrative est la suivante:

Le Service des dommages de guerre corporels est l'interlocuteur des bénéficiaires de la loi modifiée du 25 février 1950.

L'association d'assurance accident assume le versement des rentes en rapport avec la législation sur les dommages de guerre par l'intermédiaire de ses propres comptes bancaires. L'extrait de paiement comporte une information que le paiement se fait pour le compte du Service ainsi qu'un numéro de téléphone du Service. Les montants des prestations payées par l'association d'assurance accident lui sont remboursés sous forme d'avances mensuelles.

La Caisse nationale de santé assume le paiement des factures des prestataires de soins et le remboursement des factures acquittées par l'intermédiaire de ses propres comptes bancaires. L'extrait de paiement comporte également une information que le paiement se fait pour le compte du Service ainsi qu'un numéro de téléphone du Service. Les montants des prestations payées, des remboursements effectués et des prestations hospitalières liquidées par la Caisse nationale de santé pour le compte du Service lui sont remboursés sur base d'une déclaration annuelle.

Les activités du Service des dommages de guerre corporels

Au 31 décembre 2010, le Service a versé 459 rentes, dont 326 rentes personnelles et 133 rentes de survie. Au cours de l'année, une nouvelle rente personnelle a été accordée. Par contre 64 rentes se sont éteintes.

La commission des rentes a siégé en 2010 à deux reprises. Elle a fourni un avis dans sept cas en relation avec une demande de rente, des demandes d'aggravation ou des demandes de traitement médical.

L'évolution réglementaire

L'arrêté grand-ducal du 3 décembre 2010 portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base au calcul des indemnités pour dommages corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944, a fixé les coefficients pour l'exercice 2011.

Par ce texte, les rentes versées par le Service des dommages de guerre corporels au cours de l'année 2011 vont être augmentées de 1,52 % par rapport au niveau de celles de 2010.

L'ADMINISTRATION DU CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les attributions et l'organisation de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale

Le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) est une administration de l'Etat sous l'autorité du Ministre de la Sécurité sociale, qui a pour attributions :

- la constatation de l'incapacité de travail et, le cas échéant, la fixation de son degré provisoire ou définitif par rapport à la capacité de travail normale;
- les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;
- l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance;
- l'avis au sujet des normes à établir par les statuts en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;
- l'établissement par voie informatique avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance contre les accidents, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, d'un rapport de l'activité de chaque médecin ou médecin-dentiste en ce qui concerne notamment le nombre, la nature et le coût des actes réalisés ainsi que des prescriptions et des certificats d'incapacité de travail en vue de constater éventuellement la non observation des références médicales opposables ou toute autre décision injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;
- l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation;
- l'autorisation de la prise en charge de prothèses, orthèses et épithèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent;
- la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social;
- les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité;
- l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;
- l'information et la formation continue du corps médical en matière de législation sociale;
- les avis en matière de médicaments à inscrire ou figurant sur la liste positive des médicaments.

En 2010, l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale disposait de:

- 22 médecins à temps plein ;
- 3 médecins-dentistes vacataires ;
- 1 pharmacien-inspecteur à temps plein ;
- 1 pharmacien-inspecteur à mi-temps ;
- 5 pharmaciens-réviseurs vacataires ;
- 1 assistante sociale à temps plein ;
- 10 postes administratifs à temps plein ;
- 2 postes administratifs à mi-temps.

Les activités de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale

• L'assurance maladie

Elle constitue le volet le plus important de l'activité du Contrôle médical. En 2010, 13 médecins y étaient attachés et assuraient une permanence pour le compte de la Caisse nationale de santé, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et de l'Entraide médicale des Chemins de fer luxembourgeois.

Activités en rapport avec les prestations en espèces

Le contrôle de l'incapacité de travail est effectué exclusivement pour la Caisse nationale de santé.

Depuis 1994, le Contrôle médical est également compétent pour la constatation de l'incapacité de travail des ouvriers de l'Etat.

Activités en rapport avec les prestations en nature

Soins médicaux et médico-dentaires

Etaient soumises pour autorisation les prestations suivantes:

- les consultations et visites dépassant le nombre de 1 par 24 heures, ou de 2 par semaine, ou de 12 par période de 6 mois ;
- les changements répétés de médecin ;
- la chirurgie plastique ;
- les mammographies pratiquées en dehors du programme officiel de dépistage précoce du cancer du sein.

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

- des problèmes de facturation et de nomenclature ;
- l'application de la liste des affections, des traitements ainsi que des moyens de diagnostic exclus de la prise en charge conformément à l'article 12 des statuts de la CNS ;
- 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 ;
- tous les traitements orthodontiques.

Frais pharmaceutiques

Le travail des pharmaciens-réviseurs consiste à contrôler pour le compte de la Caisse nationale de santé la concordance entre les prescriptions médicamenteuses et les médicaments mis en compte par le pharmacien.

Les pharmaciens-inspecteurs assument les fonctions suivantes:

- 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 la CNS.

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

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

Hospitalisations

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

Transferts à l'étranger

Tous les transferts à l'étranger sont traités au niveau de la Caisse nationale de santé qui les transmet au Contrôle médical pour avis.

Les données statistiques y afférentes sont disponibles auprès de la Caisse nationale de santé.

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.

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 de la CNS.

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.

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.

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.

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.

Activités en rapport avec le comité-directeur de la Caisse nationale de santé

Le médecin-directeur du Contrôle médical exerce une fonction d'expert auprès du comité-directeur de la Caisse nationale de santé et assiste aux réunions dudit comité avec voix consultative.

• L'assurance pension

Les médecins-conseils du Contrôle médical effectuent les expertises médicales dans le cadre des demandes en obtention d'une pension d'invalidité pour le compte de la Caisse nationale d'assurance pension.

	premiers examens	réexamens	total	Décisions prises après premier examen		
				invalidité permanente	invalidité temporaire	pas d'invalidité
2005	3 358	985	4 343	1 182	742	1 434
2006	2 774	947	3 721	1 279	505	990
2007	2 827	963	3 790	1 293	612	922
2008	2 741	1 043	3 784	1 253	650	838
2009	2 971	1 133	4 104	1 426	698	847
2010	3 083	1 292	4 375	1 526	574	983

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 98 dossiers ont été transmis pour avis aux médecins-conseils.

• 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 2003 à 2010 il a été procédé à :

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
premiers examens et réexamens	1 722	3 050	2 230	1 800	2 161	2 014	2 137	2 015
examens pour maladie professionnelle	23	55	56	52	60	90	78	104

- **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.

- **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.

- **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 633 dossiers.

- **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 2010, 3 006 dossiers ont ainsi été traités.

- **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

- **Les commissions**

Au cours de l'année 2010, les médecins-conseils ont participé aux commissions suivantes:

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.

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.

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.

Sous-commission des pensions CNAP

Conseil supérieur de la santé et de la sécurité au travail

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

- **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.

	2007			2008			2009			2010		
	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	246	81	327	228	52	280	163	82	245	138	76	214
Traitements psychiatriques	390	46	436	480	39	519	493	88	581	535	144	679
Totaux	636	127	763	708	91	799	656	170	826	673	220	893

• 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.

Chaque fois que le Conseil arbitral de la sécurité sociale 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

Tranches d'âge	Femmes				Hommes				Totaux
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas invalide	Total	
1945 - 1949	112	2	12	126	127	5	32	164	290
1950 - 1954	220	4	78	302	385	17	117	519	821
1955 - 1959	122	33	130	285	250	77	163	490	775
1960 - 1964	68	47	59	174	99	83	119	301	475
1965 - 1969	37	46	47	130	37	74	87	198	328
1970 - 1974	18	37	35	90	23	47	44	114	204
1975 - 1979	8	23	17	48	11	27	29	67	115
1980 - 1984	6	14	4	24	3	28	7	38	62
1985 - 1989	0	3	0	3	0	6	3	9	12
1990 - 1994	0	1	0	1	0	0	0	0	1
Totaux	591	210	382	1 183	935	364	601	1 900	3 083

Exercice 2010

Principales causes:		Femmes	Hommes	Total
1	Appareil respiratoire	14	35	49
2	Appareil cardio-vasculaire	26	124	150
3	Appareil locomoteur	296	432	728
4	Appareil digestif	3	10	13
5	Appareil sanguin	2	2	4
6	Appareil génito-urinaire	4	3	7
7	Affection neurologique	36	43	79
8	Affection psychiatrique	104	78	182
9	Organes des sens	3	10	13
10	Affection endocrinienne	22	33	55
11	Suites d'accident de travail	33	126	159
12	Suites de maladie professionnelle	1	3	4
13	Suites d'accident de circulation	2	4	6
14	Suites d'accident domestique	0	1	1
15	Suites d'accident sportif	0	0	0
16	Ethylisme	4	26	30
17	Autres toxicomanies	1	7	8
18	Affection congénitale	1	8	9
19	Divers	631	955	1.586
		1 183	1 900	3 083

Exercice 2010

Examens et reexamens	2 636			
Dossiers traités sur le vu des pièces	1 739			
Total des cas traités:	4 375	dont	3 083	cas nouveaux
			1 292	réexamens

Evolution 1992 - 2010

Année	Nouveaux dossiers	Réexamens	Total	Décisions prises après premier examen:					
				Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas d'invalidité	Invalidité permanente	Incapacité de travail	Pas d'invalidité
1992	3 307	1 635	4 942	2 486	487	334	75,17%	14,73%	10,10%
1993	3 304	1 871	5 175	2 494	568	242	75,48%	17,19%	7,32%
1994	3 216	1 897	5 113	2 348	554	314	73,01%	17,23%	9,76%
1995	3 248	1 775	5 023	2 412	552	284	74,26%	17,00%	8,74%
1996	3 562	1 831	5 393	2 587	607	368	72,63%	17,04%	10,33%
1997	3 154	2 112	5 266	1 953	622	579	61,92%	19,72%	18,36%
1998	2 480	2 111	4 591	1 332	531	617	53,71%	21,41%	24,88%
1999	2 442	2 046	4 488	1 356	427	659	55,53%	17,49%	26,99%
2000	2 204	1 703	3 907	1 153	305	746	52,31%	13,84%	33,85%
2001	2 080	1 094	3 174	1 109	320	651	53,32%	15,38%	31,30%
2002	2 304	1 074	3 378	1 138	435	731	49,39%	18,88%	31,73%
2003	3 326	936	4 262	1 139	608	1 579	34,25%	18,28%	47,47%
2004	3 634	967	4 601	1 099	724	1 811	30,24%	19,92%	49,83%
2005	3 358	985	4 343	1 182	742	1 434	35,20%	22,10%	42,70%
2006	2 774	947	3 721	1 279	505	990	46,11%	18,20%	35,69%
2007	2 827	963	3 790	1 293	612	922	45,74%	21,65%	32,61%
2008	2 741	1 043	3 784	1 253	650	838	45,71%	23,71%	30,57%
2009	2 971	1 133	4 104	1 426	698	847	48,00%	23,49%	28,51%
2010	3 083	1 292	4 375	1 526	574	983	49,50%	18,62%	31,88%

Cartes d'invalidité

Exercice 2010

Dossiers transmis au CMSS	3 527		
Dossiers traités :	3 006	dont	3 006 sur base d'un certificat médical et 0 après convocation de l'intéressé
Dossiers sans suite : (expiration du délai de 40 jours)	438		
Dossiers en suspens :	83		

Cartes d'invalidité attribuées en 2010

Carte A	1 334	(dont 10 avec carte de priorité)
Carte B	1 341	
Carte C	326	
Refus	5	
	3 006	

Tranches	Carte A	Carte B	Carte C	Refus	Total	%	Carte de priorité
1910 - 1914	0	4	4	0	8	0,3%	0
1915 - 1919	1	33	12	0	46	1,5%	0
1920 - 1924	1	176	55	0	232	7,7%	0
1925 - 1929	34	312	51	0	397	13,2%	0
1930 - 1934	64	277	47	0	388	12,9%	0
1935 - 1939	121	149	18	0	288	9,6%	0
1940 - 1944	141	95	9	0	245	8,2%	0
1945 - 1949	212	48	12	1	273	9,1%	2
1950 - 1954	281	54	17	3	355	11,8%	1
1955 - 1959	166	48	22	0	236	7,9%	2
1960 - 1964	126	42	18	1	187	6,2%	3
1965 - 1969	67	24	3	0	94	3,1%	1
1970 - 1974	34	19	4	0	57	1,9%	1
1975 - 1979	19	12	3	0	34	1,1%	0
1980 - 1984	23	14	8	0	45	1,5%	0
1985 - 1989	28	13	10	0	51	1,7%	0
1990 - 1994	13	13	10	0	36	1,2%	0
1995 - 1999	1	8	15	0	24	0,8%	0
2000 - 2004	2	0	5	0	7	0,2%	0
2005 - 2009	0	0	3	0	3	0,1%	0
	1 334	1 341	326	5	3 006	100,0%	10

LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Au cours de l'exercice 2010, 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 de plus en plus important pour la conclusion de nouveaux accords bilatéraux d'une part, et par la collaboration constructive aux travaux des diverses institutions internationales, d'autre part.

Les instruments multilatéraux

Union Européenne

A) Coordination européenne des systèmes de sécurité sociale

Règlement (CE) 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

Dans cette matière de la coordination le Conseil a effectué des travaux en relation avec le règlement (CE) 1244/2010 qui a modifié certaines annexes des règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 pour tenir compte de changement intervenus dans les législations nationales depuis l'adoption du nouveau règlement (CE) 883/2004.

Extension du règlement (CE) 883/2004 aux ressortissants d'Etats tiers

Sous la présidence espagnole le dossier concernant l'extension de la coordination aux ressortissants des pays non membres de l'Union européenne a été repris sous l'empire des nouvelles règles de prise de décisions (désormais à la majorité qualifiée pour la sécurité sociale) et en codécision avec le Parlement européen. Le règlement a été adopté à temps pour permettre son entrée en vigueur le 1er janvier 2011. A noter que le Danemark dispose de plein droit d'un opting-out, alors que le Royaume-Uni a, quant à lui, pris la décision politique d'un opting-out, lui permettant ainsi de ne pas appliquer les règles de coordination prévues dans le règlement (CE) 883/2004 pour les ressortissants des pays non membres de l'Union européenne.

Commission administrative

Les représentants du Ministère de la Sécurité sociale ont assisté aux réunions de la commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale (CA-CSSS), de la commission des comptes et de la commission technique. L'objectif prioritaire des travaux de ces commissions a été la mise en œuvre des moyens nécessaires pour permettre une bonne application du nouveau règlement (CE) 883/2004 à partir du 1er mai 2010.

A cette fin la commission administrative a adopté des décisions notamment pour fixer ses propres statuts et le règlement intérieur du comité consultatif pour la coordination des systèmes de sécurité sociale. Une autre décision qui a été prise clarifie le principe de la totalisation des périodes.

Une partie importante des activités de la commission administrative se sont concentrées sur le projet EESSI, (Echange Electronique des Informations en matière de Sécurité sociale) notamment sur l'élaboration et la finalisation des documents électroniques standardisés, et la gestion du répertoire général des autorités et institutions compétentes des Etats membres.

B) Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail

Tout comme en 2008 et 2009, cette proposition de directive a continué en 2010 à diviser les Etats membres ainsi que les institutions. Le vote au Parlement en octobre 2010 en faveur de l'extension de la durée du congé de maternité de 14 à 20 semaines à salaire entier n'a fait que raviver le scepticisme des Etats membres face à ce texte dont les éventuelles conséquences financières et l'empiètement sur les compétences nationales ont posé problème dès le début. Lors du débat d'orientation organisé par la Présidence belge lors du Conseil EPSCO de décembre, cette tendance a été clairement confirmée. Dorénavant, les Etats membres préférèrent travailler sur la proposition initiale de la Commission dont l'extension de la durée du congé de maternité de 14 à 18 semaines est plus modérée que les revendications très exigeantes du codécideur. Dans l'attente d'une nouvelle étude d'impact, la Présidence hongroise envisage la soumission d'un simple rapport de progrès au Conseil de juin 2011.

C) Portabilité des droits à pension complémentaire

Aucun des pays ayant assuré la Présidence du Conseil pendant l'année 2009 n'a repris les travaux sur cette proposition après le blocage sans retour constaté lors du Conseil de juin 2008.

D) Politique sociale européenne

Le comité de protection sociale

Le Ministère de la Sécurité sociale a eu une participation active dans le comité de protection sociale (CPS), ainsi que dans le sous-groupe des indicateurs. La méthode de travail du comité de protection sociale est la méthode ouverte de coordination (MOC) qui respecte le principe de subsidiarité en donnant la compétence aux Etats membres d'organiser leur système de sécurité sociale comme ils l'entendent, tout en organisant au niveau européen une collaboration non contraignante. Les principales méthodes utilisées sont : échange d'information, prises de position et rapports, échange par les pairs (PEER-REVIEW) et surtout les plans d'action nationaux (utilisés jusqu'alors dans le domaine de la lutte contre la pauvreté).

En 2010, les travaux du comité de protection sociale ont particulièrement porté sur l'articulation des différentes composantes de la politique sociale européenne, notamment en matière d'inclusion sociale. La préparation de la nouvelle stratégie Europe 2020 et l'approfondissement du travail sur les principaux domaines de la MOC sociale ont pareillement été abordés. Un sujet qui a particulièrement occupé le comité de protection sociale était celui de la soutenabilité et l'adéquation de système de pension en Europe. Dans ce contexte un rapport conjoint du comité de l'emploi et du comité de protection sociale en matière de pension a été établi.

Par ailleurs le comité de protection sociale continue à s'intéresser tout particulièrement à l'impact social de la crise financière et économique.

En 2011 ces travaux seront poursuivis et parmi ses priorités en matière de sécurité sociale restent la matière des pensions, les soins de santé et la dépendance.

Les travaux ont eu lieu en étroite collaboration avec les responsables du Ministère de la famille et de la solidarité.

Les services de santé transfrontaliers

C'est finalement à la Présidence espagnole, qui avait pourtant annoncé très peu d'ambitions en relation avec ce dossier, que devait revenir le mérite d'avoir su dégager un terrain d'entente commun entre les Etats membres sur ce texte sensible. Lors du Conseil du 8 juin en effet, un accord politique a pu être dégagé à la majorité qualifiée suite à la discussion en cours de séance de nouvelles propositions de compromis. Le Luxembourg a soutenu la nouvelle mouture en rappelant pourtant que l'Etat en tant que troisième acteur à côté de la relation patient-professionnel de la santé ne doit pas être oublié et que ses capacités de pilotage doivent être pleinement respectées.

Pendant le deuxième semestre, il appartenait à la Présidence belge d'assurer que ce texte trouve grâce aux yeux du Parlement européen, une tâche à laquelle elle s'adonna avec beaucoup d'engagement et d'assiduité. Un accord a été trouvé en décembre avec le codécideur à l'issue de nombreuses réunions techniques et de trois trilogues politiques très difficiles sur base du rapport Grossetête (PPE, FR), adopté en octobre. Les négociations ont failli chavirer à cause des clivages très prononcés entre Conseil et Parlement en ce qui concerne les conditions d'exercice de l'autorisation préalable. Le climat de négociation a par ailleurs été rendu plus difficile encore par l'approche peu constructive de la Commission. Le vote en plénière en deuxième lecture du Parlement intervenu le 19 janvier 2011 a confirmé l'accord trouvé en décembre.

La directive donne droit au remboursement de traitements non hospitaliers dispensés dans un autre pays de l'Union européenne à concurrence du montant qui aurait été payé par l'Etat membre d'affiliation si les soins y avaient été dispensés. Pour les traitements impliquant une nuitée hospitalière ou des soins spécialisés, le remboursement dépendra de l'octroi d'une autorisation préalable, strictement encadrée. Les Etats membres devront transposer la directive dans un délai de 30 mois à partir de son entrée en vigueur.

L'articulation de la directive avec le règlement (CE) 883/2004 et son règlement d'application a fait et continuera à faire l'objet de travaux au niveau de la Commission administrative.

Conseil de l'Europe

Cohésion sociale

Le comité européen pour la cohésion sociale (CDCS), est un comité directeur multidisciplinaire regroupant plusieurs partenaires. En 2010, 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 comité s'est attaché à mettre en œuvre sa nouvelle stratégie révisée de cohésion 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 son activité de coordination au sens strict, suit également la situation en matière de sécurité sociale dans les Etats membres et rend 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.

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, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie, Turquie, Roumanie 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. Les conclusions pour 2009 de la Commission d'experts de l'OIT sur l'application du Code et de son Protocole ont été examinées avec soin par les responsables du Ministère de la Sécurité sociale. Ils ont pris note avec satisfaction que la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT a constaté que la législation et la pratique du Luxembourg continuent à donner plein effet aux dispositions du Code, tout en formulant un certain nombre de questions sur l'application de la loi nationale auxquelles le Gouvernement est invité à répondre dans son rapport annuel de cette année.

Association internationale de la sécurité sociale

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

Depuis la période triennale 2005, un représentant luxembourgeois siège comme membre du bureau de l'AISS. Son mandat a été prolongé lors du Forum mondial de la sécurité sociale qui s'est tenu dans la ville du Cap en Afrique du Sud au mois de décembre 2010 pour une nouvelle période de trois ans.

A relever tout particulièrement que du 29 septembre au 1er octobre 2010, le Ministère de la sécurité sociale et l'aloss ont organisé en collaboration avec l'AISS une grande conférence internationale de recherche en sécurité sociale en vue d'analyser les tendances émergentes dans un monde instable.

Partant du constat que le vieillissement démographique, la mondialisation, la migration de masse et la transformation du marché du travail sont en train de façonner l'avenir des systèmes de sécurité sociale partout dans le monde, des solutions à long terme ont été analysées et discutées lors de cette conférence qui a réuni des experts académiques, des administrateurs, ainsi que des décideurs politiques dans le domaine social.

Cette conférence internationale à Luxembourg s'est intégrée dans la série des conférences internationales d'analyse et de recherche en sécurité sociale organisées par l'AISS. Elle a rassemblé plus de 250 participants venant de toutes les régions du monde.

Selon M. Hans-Horst Konkolewsky, Secrétaire général de l'AISS, " la crise financière et économique récente a eu de profondes répercussions et a ajouté de nouvelles contraintes à celles que subissent les systèmes de sécurité sociale. La crise a aussi confirmé le risque d'instabilité sociale et l'évolution des valeurs qui sous-tendent la solidarité et la cohésion sociale.

"La conférence offrira l'occasion d'une réflexion prospective sur les tendances clés dont doivent tenir compte les décideurs et les administrateurs et analysera la manière dont la sécurité sociale peut s'adapter à ce monde de plus en plus instable", a-t-il indiqué lors de son discours d'ouverture.

Les points saillants de cette conférence d'analyse et de recherche ont été notamment: - Discours introductif: "Conceptualiser la sécurité sociale et la redistribution des revenus", par le professeur Ravi Kanbur, université de Cornell, États Unis. - "Relever les défis démographiques: une nouvelle gestion des âges dans une société de longévité", par le professeur Anne-Marie Guillemard, université Paris Descartes, France.

- "Mettre en œuvre l'activation du marché du travail dans un monde de plus en plus instable: l'enjeu de la coordination", par le professeur Einar Øverbye, Collège universitaire d'Oslo, Norvège.

Les instruments bilatéraux

Comme c'était le cas les années passées, le Ministère de la Sécurité sociale s'est efforcé d'étoffer le réseau de ses conventions bilatérales. A cet effet, les activités suivantes sont à relever.

Luxembourg-France

En 2009, il y a eu des négociations entre les représentants des Ministères de la Sécurité sociale français et luxembourgeois en vue d'intensifier la coopération administrative dans différents domaines, et notamment lors des procédures de contrôle des incapacités de travail. Un accord entre les deux pays pour le développement de la coopération et l'entraide administrative en matière de sécurité sociale a pu être paraphé en fin d'année 2009. Cette convention n'a pas encore pu être signée, mais tous les efforts seront déployés pour que la signature par les ministres compétents puisse intervenir en 2011.

Luxembourg-Maroc

La convention bilatérale regroupant l'ensemble des branches de la sécurité sociale a été signée le 2 octobre 2006 et a été ratifiée au Luxembourg par la loi du 1er août 2007 (Mémorial A, 146 p. 2654). Elle entrera en vigueur dès que les formalités de ratification parlementaire auront été terminées au Maroc.

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.

La première ronde de négociations a eu lieu à Sarajevo et a permis de parapher le texte de la convention. Dès qu'elle aura été signée par les autorités compétentes des deux pays, la procédure de ratification parlementaire sera engagée.

L'arrangement administratif est également prêt et devra être signé. Cependant il reste à préparer les formulaires.

Le Ministère de la sécurité sociale espère qu'il pourra réaliser la signature de ces deux instruments au cours de l'année 2011.

Luxembourg-Monténégro

La convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Monténégro en matière de sécurité sociale, signée à Luxembourg le 19 février 2008, est entrée en vigueur au 1er mai 2009 suite à la clôture des travaux de ratification parlementaire dans les deux pays.

Les formulaires nécessaires à l'application de la convention ont été préparés lors d'une ronde de négociations qui s'est tenue du 21 au 25 juin 2010 à Podgorica.

Luxembourg-Tunisie

Lors d'une troisième ronde de négociations qui s'est tenue à Tunis du 2 au 6 mars 2010, le texte d'une nouvelle convention, qui remplacera la convention du 23 avril 1980 actuellement en vigueur par un certain nombre de dispositions plus modernes et plus adéquates, a été paraphé. Lors de la visite du Premier Ministre luxembourgeois en Tunisie, la convention a été signée en date du 30 novembre 2010.

En 2011 la procédure de ratification parlementaire sera engagée. Par ailleurs une quatrième ronde de négociations est prévue au mois de mai 2011 à Luxembourg en vue de parapher l'arrangement administratif.

Luxembourg-Inde

Le 30 septembre 2009 le Ministre des affaires d'Outre Mer indien et le Ministre de la sécurité sociale luxembourgeois ont signé la convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République de l'Inde, ainsi que l'arrangement administratif réglant les modalités d'application de la convention.

La procédure de ratification parlementaire au Luxembourg a été clôturée par le vote de la loi du 18 mai 2010 (Mém. A n°64 du 28 avril 2010, page 1252).

Une deuxième ronde de négociations qui s'est tenue au mois de novembre 2010 à New Delhi a permis d'arrêter les formulaires nécessaires pour l'application de la convention.

Cette convention pourra entrer en vigueur dès que les formalités de ratification parlementaire en Inde seront terminées.

Luxembourg-Japon

Lors de la troisième ronde de négociations à Luxembourg du 31 mai au 4 juin 2010, un document pour un projet d'accord a été finalisé. Il ne subsiste plus qu'un certain nombre de désaccords qui pourront être levés lors de la prochaine ronde de négociations.

Les travaux seront continués en 2011.

Luxembourg-Brésil

Au niveau politique, il a été décidé de remplacer la convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Brésil du 16 septembre 1965, qui ne traite que de certaines matières de la sécurité sociale, par un instrument plus moderne et plus complet.

Une deuxième ronde de négociations qui a eu lieu à Luxembourg au mois de septembre 2010 a permis de parapher le texte de la convention.

Le dossier sera relancé en 2011 notamment en vue de parvenir à la signature de la convention. Par ailleurs une troisième ronde de négociations est prévue au Brésil en vue de négocier l'arrangement administratif.

Luxembourg-Moldavie

Lors d'une deuxième ronde de négociations qui est tenue à Luxembourg au mois de mai 2010, le texte de la convention, qui s'inspire largement de la convention que le Luxembourg avait avec la Roumanie avant l'entrée de cette dernière dans l'Union européenne, a été paraphé.

Lors de la visite du Premier Ministre moldave à Luxembourg le 14 juin 2010, la convention a été signée. La procédure parlementaire est engagée dans les deux pays.

En 2011, une ronde de négociations est prévue à Chisinau en vue d'arrêter l'arrangement administratif, et le cas échéant, aussi les formulaires.

Luxembourg-Argentine

Le 13 mai 2010 il a été profité de l'occasion d'une conférence internationale à Alcalá de Henares que la Présidence espagnole avait organisé dans le but d'intensifier les relations entre l'Union européenne et les pays d'Amérique latine, pour procéder à la signature de la convention bilatérale entre le Luxembourg et l'Argentine.

La procédure de ratification est désormais engagée dans les deux pays.

En 2011, une nouvelle ronde de négociations devra être organisée en vue d'avancer dans la préparation de l'arrangement administratif et des formulaires.

Luxembourg-Algérie

Il est envisagé de négocier prochainement une convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre l'Algérie et le Luxembourg dont la nécessité a été reconnue réciproquement lors de la dernière visite d'une mission économique luxembourgeoise dans ce pays.

Luxembourg-Serbie

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

Cependant l'arrangement administratif conclu à l'époque avec la Communauté d'Etat Serbie-Monténégro n'a jamais pu être signé. Des initiatives seront relancées pour régulariser la forme.

Luxembourg-Thaïlande

Des contacts ont eu lieu au niveau des Ministères des Affaires étrangères qui ont exprimé le souhait que les relations en matière de sécurité sociale entre les deux pays soient réglées. Le Ministère de la Sécurité sociale a donné son accord pour des négociations qui devraient s'ouvrir dans un avenir rapproché.

Luxembourg-Uruguay

Suite à un accord politique intervenu en vue de conclure une convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre l'Uruguay et le Grand-Duché de Luxembourg, une première ronde a été fixée au mois de mars 2011 en vue d'entamer les négociations.

Luxembourg-Italie

Au mois de septembre 2010, une délégation luxembourgeoise s'est rendue à Rome en vue de retenir avec les autorités compétentes italiennes, une procédure d'entraide administrative pour constater l'état de dépendance des personnes tombant sous le champ d'application de l'assurance maladie luxembourgeoise et résidant en Italie. Cette procédure permet désormais à la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) d'apprécier les besoins des personnes concernées et de fixer correctement les prestations en espèces auxquelles elles ont droit.

Cette procédure s'inscrit dans la série d'accords comparables que le Luxembourg a avec l'Espagne et le Portugal.