

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL	3
L'organisation de la sécurité sociale	3
Les personnes protégées	9
L'ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ	15
La situation de l'assurance maladie-maternité	18
La situation financière de l'assurance maladie-maternité	26
L'évolution législative et réglementaire	29
L'ASSURANCE PENSION	33
L'évolution financière de l'assurance pension	33
L'évolution législative et réglementaire	44
L'ASSURANCE DÉPENDANCE	49
L'organisation de l'assurance dépendance	49
L'évolution de l'assurance dépendance	49
Les activités de la Cellule d'évaluation et d'orientation	52
Les activités de la commission de qualité des prestations	59
L'ASSURANCE ACCIDENTS	65
L'évolution de l'assurance accidents	65
L'évolution législative et réglementaire	70
LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION	73
L'évolution du 2e pilier de l'assurance pension	73
L'évolution de la charge de travail du service Pensions complémentaires	75
L'évolution de la législation en matière de régimes complémentaires de pension	76
LES JURIDICTIONS DE LA SECURITE SOCIALE	77
Les attributions et l'organisation des juridictions de la sécurité sociale	77
Les activités des juridictions de la sécurité sociale	77
LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS	79
Les attributions du Service des dommages de guerre corporels	79
Les activités du Service des dommages de guerre corporels	79
L'évolution réglementaire	79
L'ADMINISTRATION DU CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	81
Les activités du Contrôle médical de la sécurité sociale	81
LA SECURITE SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL	87
Les instruments multilatéraux	87
Les instruments bilatéraux	90

INTRODUCTION

1. La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé est entrée en vigueur avec effet au 1er janvier 2011.

Au courant de l'année 2011, un comité de pilotage, présidé par Monsieur Mars DI BARTOLOMEO et institué en vue d'accompagner la mise en vigueur de la loi-réforme, s'est réuni mensuellement en vue d'élaborer notamment les différentes mesures réglementaires prévues par la loi.

Les différents partenaires, à savoir les prestataires ainsi que les partenaires sociaux, ont été associés aux travaux du comité moyennant des séances d'information, respectivement de consultation.

Ont ainsi pu être mis en vigueur au cours de l'exercice 2011 une quinzaine de règlements grand-ducaux visant notamment les innovations en matière de médecin référent, de documentation des données de santé et de fixation des prix des médicaments ainsi que le fonctionnement des différentes entités intervenant dans le cadre de l'assurance maladie, dont notamment la Commission de nomenclature, le Conseil scientifique et la Commission de surveillance.

Les travaux du comité de pilotage vont se poursuivre pendant l'exercice 2012.

Sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, un groupe de travail, regroupant la direction de la Caisse nationale de santé ainsi que les partenaires sociaux, s'est réuni à plusieurs reprises l'année passée dans le cadre du processus de réflexion au sujet de la gouvernance de la CNS. Ce groupe de travail est appelé à formuler des propositions de réforme dans le cadre de la gouvernance. Toutes les institutions de la sécurité sociale vont être visées par ces mesures de recadrage. Le groupe de travail poursuivra ses travaux en 2012.

L'Observatoire de l'Absentéisme au Travail est opérationnel depuis le mois de mai 2011. Il met à la disposition des employeurs et des représentants des salariés une série d'indicateurs permettant à ces derniers de dresser le diagnostic de l'absentéisme dans leur entreprise et de favoriser la comparaison avec les sociétés qui appartiennent à leur secteur d'activité.

Rappelons enfin que la participation personnelle de 2,5 euros lors d'un passage polyclinique décidée par le comité directeur de la Caisse nationale de santé en mars 2011, vient d'être abolie avec effet au 1er janvier 2012.

2. Le Conseil de Gouvernement a donné son feu vert à l'avant-projet de loi portant réforme de l'assurance pension présenté lors de la séance du 16 décembre 2011. Il prévoit un éventail de mesures tendant à réformer notre système de pension sans devoir recourir à des coupures tranchantes au niveau des prestations. Le projet de loi a été déposé à la Chambre des Députés à la date du 25 janvier 2012.

3. Au cours des années 2010 et 2011, un groupe de travail interministériel a préparé, sur base 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. Le projet de loi afférent sera présenté sous peu au Conseil de Gouvernement.

4. A la suite de la mise en vigueur de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident ainsi que de la loi du 17 décembre 2010 portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident, ont été pris plusieurs règlements grand-ducaux d'exécution. L'introduction du taux de cotisation unique est destinée à faciliter l'introduction d'un système bonus/malus souhaité par le législateur. Pour l'année 2011, ce taux avait été fixé à 1,15 pour cent. Par arrêté ministériel du 12 décembre 2011, ce taux a été reconduit pour l'exercice 2012 sur base de la délibération du comité directeur de l'Association d'assurance accident.

5. Comme par le passé, les responsables de l'assurance dépendance, l'organisme gestionnaire, à savoir la CNS, tout comme la Cellule d'évaluation et d'orientation, ont persévéré dans leurs efforts en matière de la garantie de la qualité des prestations.

En matière financière, il y a lieu de souligner que les dépenses de l'assurance dépendance ne cessent de croître. Différentes raisons en sont à l'origine, dont notamment l'évolution des différentes valeurs monétaires négociées avec l'organisme représentatif des prestataires d'aides et de soins ainsi que le nombre croissant de personnes dépendantes.

Actuellement, un groupe de travail, regroupant des représentants de la Caisse nationale de santé, de la Cellule d'évaluation et d'orientation et de l'Inspection générale de la sécurité sociale, est en train d'établir un bilan au sujet du fonctionnement de l'assurance dépendance. Dans ce cadre, il examinera également l'évolution négative en matière financière. Le cas échéant, il sera appelé à formuler un certain nombre de propositions tendant à recadrer le fonctionnement de l'assurance dépendance en vue d'une consolidation de notre système de la prise en charge des aides et soins et d'une pérennisation de l'équilibre financier en matière d'assurance dépendance. Sur base de ce rapport, le Gouvernement élaborera un projet de loi de réforme dont la mise en vigueur est prévue pour l'année 2013.

A rappeler que les budgets de l'Etat pour les années 2012 et 2013 prévoient la refixation en deux étapes de la participation de l'Etat à l'assurance dépendance à 40 pour cent des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve. Cette participation avait été limitée à 140 millions d'euros par an en 2006.

6. Au cours de l'exercice 2011, 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 de diverses institutions internationales, d'autre part.

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 - Fixation des prix des médicaments à usage humain - 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.

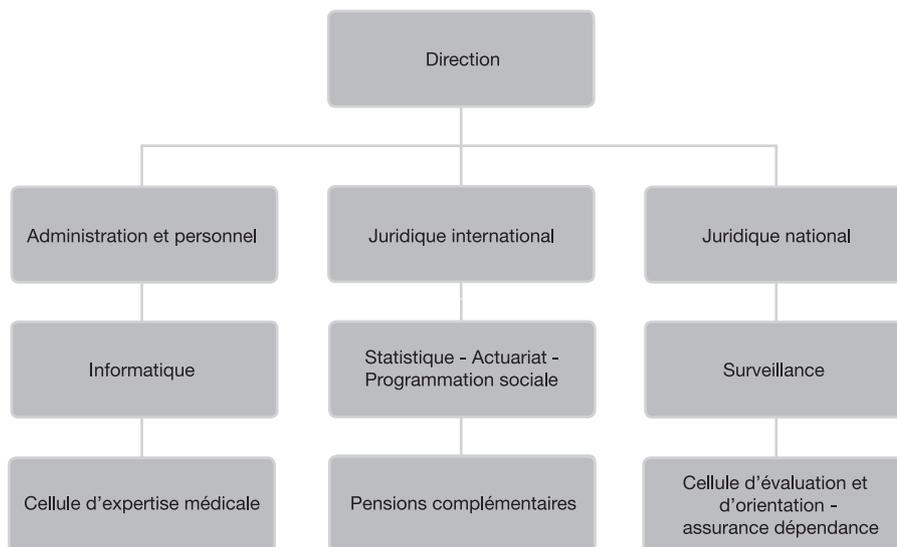
Toute décision d'un organe d'une institution qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts est déferée par son président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension.

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.

Organigramme de l'IGSS



Nombre des emplois de l'IGSS:

Inspection générale de la sécurité sociale	Directeur	1
	Fonctionnaires de la carrière supérieure administrative	18
	Fonctionnaires des carrières supérieures scientifiques	8
	Fonctionnaires des carrières moyennes paramédicales	10
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur*	36
	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	17
	TOTAL :	101

*) 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.

A part l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation comptent parmi les administrations relevant du département de la Sécurité sociale le Contrôle médical de la sécurité sociale ainsi que les juridictions de la sécurité sociale, à savoir le Conseil arbitral de la sécurité sociale et le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Leurs attributions sont définies dans le cadre des dispositions du Code de la sécurité sociale.

Contrôle médical de la sécurité sociale

Le Contrôle médical de la sécurité sociale a dans ses attributions :

- 1) la constatation de l'incapacité de travail au sens de l'article 9 du Code de la sécurité sociale;
- 2) la constatation de l'invalidité selon les critères de l'article 187 du même Code;
- 3) la constatation du préjudice physiologique et d'agrément et, le cas échéant, la fixation de son taux définitif sur base du barème visé à l'article 119;
- 4) les avis et examens médicaux en vue de déterminer les douleurs physiques endurées et le préjudice esthétique sur base des échelles visées à l'article 120;
- 5) les avis et examens médicaux en relation avec la perte de salaire en matière d'assurance accident, les procédures de reclassement ou les mesures de reconversion professionnelle;
- 6) les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures;
- 7) 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;
- 8) l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés;

- 9) la constatation au moyen des rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités arrêtées en vertu de l'article 64, alinéa 2, point 5) avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie, de toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire;
- 10) l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation;
- 11) 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;
- 12) 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 conformément aux dispositions légales, réglementaires ou statutaires;
- 13) les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité;
- 14) la participation à l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées;
- 15) la participation à l'information et à la formation continue du corps médical en matière de législation sociale;
- 16) les avis à fournir à la demande de la Caisse nationale de santé, notamment en matière de médicaments visés aux articles 22, 22bis et 22ter et des prestations de soins;
- 17) la constatation du droit aux soins palliatifs;
- 18) l'assistance à la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires établis par les prestataires de soins;
- 19) la saisine de la Commission de nomenclature en vue de l'introduction de nouveaux actes, de la précision du libellé d'actes litigieux ou de la révision d'actes existants.

En 2011, le Contrôle médical disposait de:

- 23 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.

Juridictions de la sécurité sociale

En ce qui concerne les juridictions de la sécurité sociale, le Code de la sécurité sociale dispose que les Conseil arbitral et Conseil supérieur de la sécurité sociale sont compétents pour connaître des recours prévus par le CSS. Le Conseil supérieur de la sécurité sociale constitue l'instance d'appel.

Nombre des emplois du Conseil arbitral de la sécurité sociale CASS :

Conseil arbitral des assurances sociales	Président	1
	Vices-présidents et juges	3
	Fonctionnaires de la carrière supérieure du médecin-conseil*réduction à 2 unités au cours du dernier trimestre 2011	3
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur	6
	Employés de l'Etat	6
	TOTAL : *18 à partir du dernier trimestre 2011	19

Nombre des emplois du Conseil supérieur de la sécurité sociale CSSS :

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.

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.

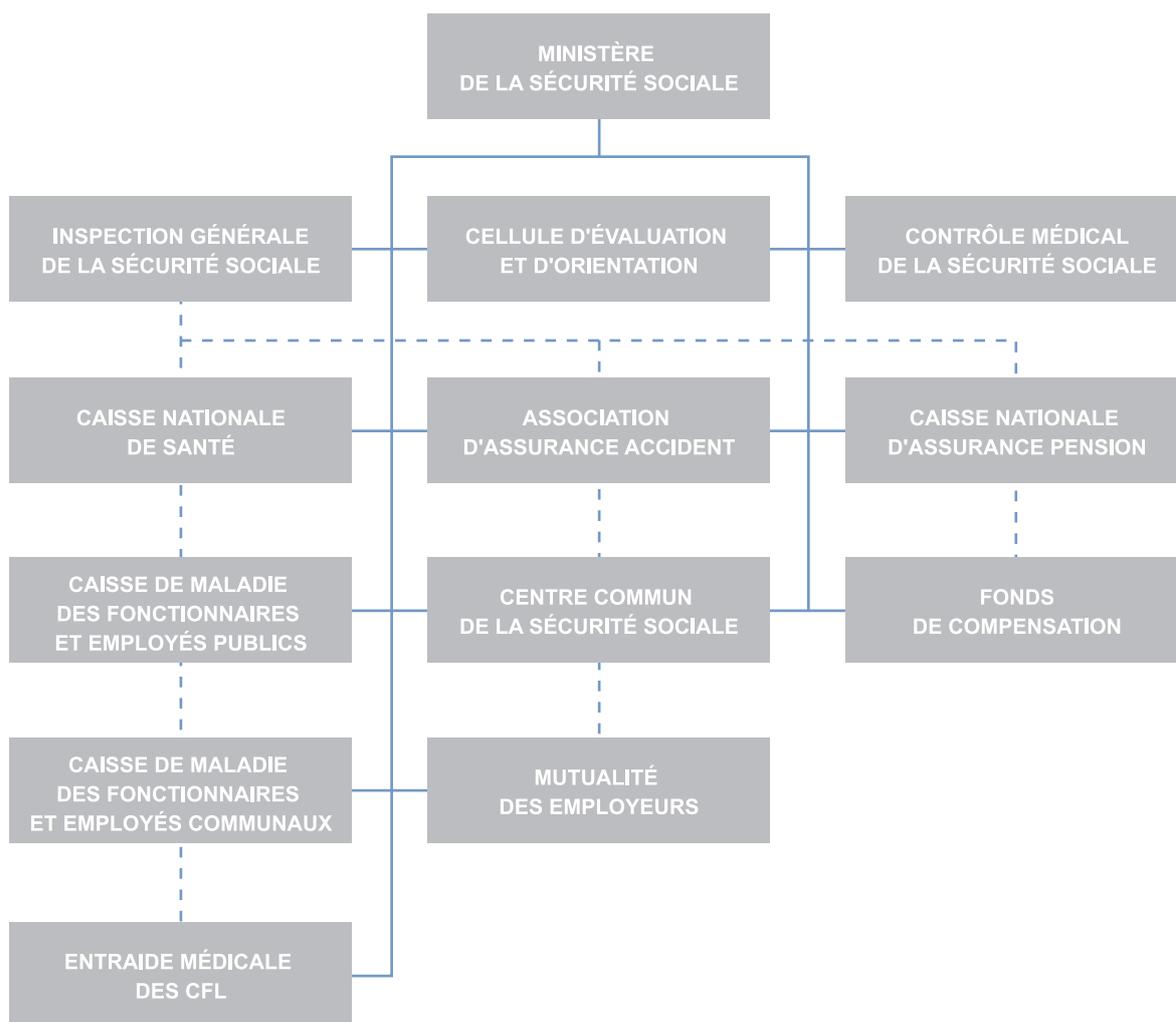
La **Caisse nationale de santé (CNS)** est dotée de la compétence générale pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les caisses de maladie du secteur public sont compétentes pour le remboursement des soins de santé avancés par leurs assurés.

La **Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)** 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.

L'**Association d'assurance contre les accidents** dispose d'un statut du personnel propre. Le **Centre commun de la sécurité sociale** constitue 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 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		

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 le secteur privé ou bien le secteur public 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 à la fois de l'assurance maladie et l'assurance pension pour 2010 (moyenne annuelle)

		dont régime pensions statutaires
Salariés (Statut unique)	315 826	
Fonctionnaires	26 884	26 884
Indépendants	19 369	
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	7 257	
Bénéficiaires d'un congé parental	2 317	209
Bénéficiaires d'une indemnité de préretraite	1 320	28
Total	372 974	27 121

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 2006

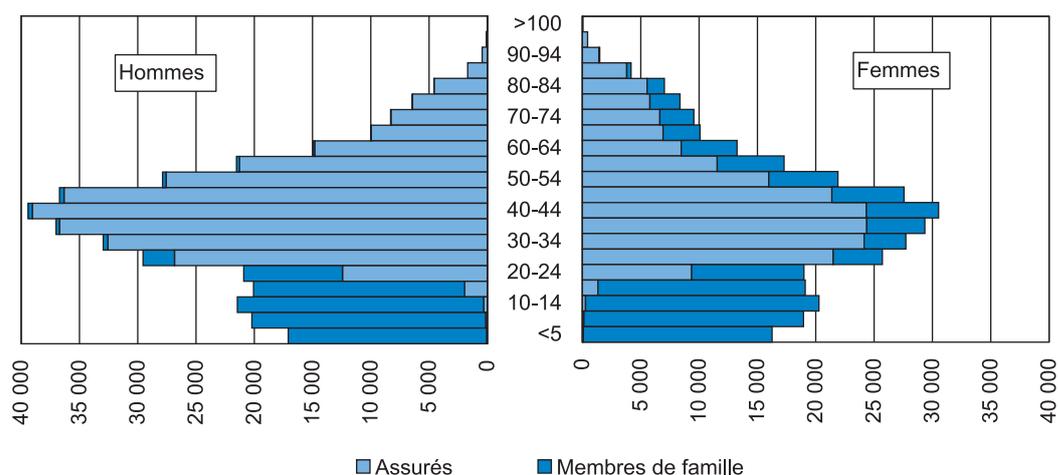
	2006	2007	2008	2009	2010
Hommes	224 300	227 300	231 400	235 293	239 501
Femmes	225 700	228 400	231 800	235 367	239 218
Total	450 000	455 700	463 200	470 660	478 720
Taux de croissance	1,2%	1,3%	1,6%	1,6%	1,7%

Evolution de la population protégée depuis 2006

	2006	2007	2008	2009	2010
Actifs et volontaires	518 400	536 400	557 300	569 929	583 489
Hommes	284 700	295 400	307 300	312 654	319 261
Femmes	233 700	241 000	250 000	257 275	264 229
Pensionnés	105 800	107 500	109 000	112 029	116 049
Hommes	46 100	47 300	48 300	50 054	52 020
Femmes	59 700	60 200	60 700	61 975	64 030
Total	624 200	643 900	666 300	681 958	699 539
Taux de croissance	2,7%	3,2%	3,5%	2,3%	2,6%

Le graphique suivant présente la pyramide des âges des assurés et de leurs membres de famille en 2010.

Population protégée en 2010



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 de même que 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.

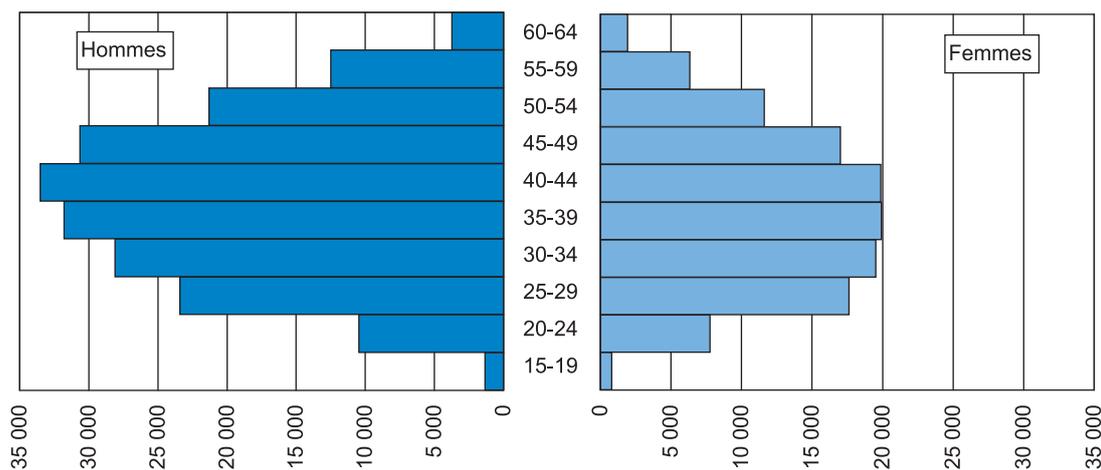
Jusqu'à l'introduction du statut unique au 1er janvier 2009, la gestion ouvriers (Art. 29.1c CSS), dont faisait partie la majorité des ouvriers, intervenait dès le premier jour de maladie. L'employeur pouvait cependant opter pour une affiliation de ses salariés ouvriers auprès de la gestion employés 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 77e 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 2010.

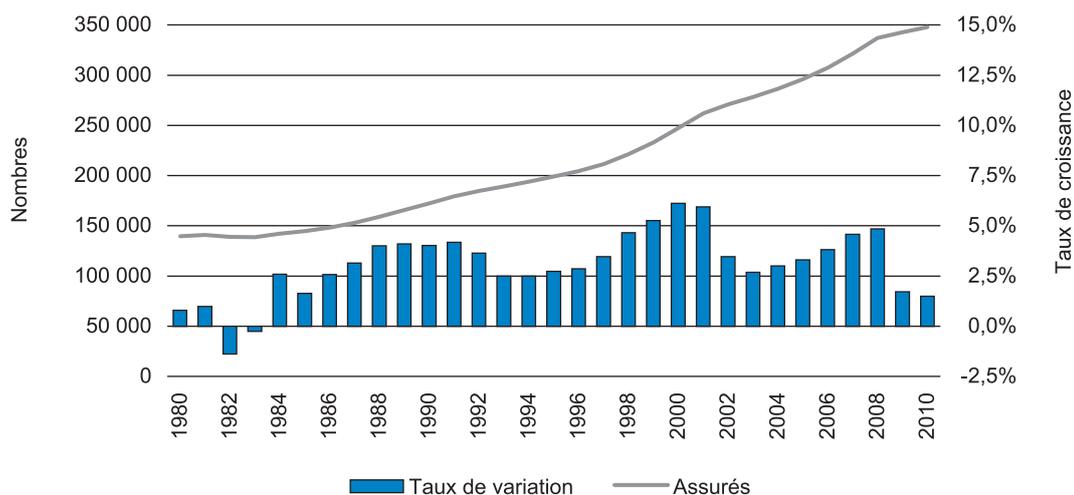
Gestion prestations en espèces: répartition des assurés par groupe d'âge en 2010



Les assurés du régime général de pension

En 2010, le nombre moyen d'assurés atteint 347 886 personnes (contre 342 781 personnes en 2009), avec un taux de croissance, qui de 1,5% de 2009 à 2010, baisse légèrement par rapport à la période précédente (1,7%).

Evolution du nombre moyen d'assurés



Le nombre d'assurés féminins s'élève à 137 268 femmes (134 222 femmes en 2009), avec un taux de croissance de 2,3% 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 (AVI), 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 fusionné pour constituer la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP).

Assurés obligatoires par statut et par sexe

Statut	2009			2010			Taux de variation 2010/2009		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Salariés	195 392	126 358	321 749	198 017	129 425	327 442	1,3%	2,4%	1,8%
Non-salariés	11 722	6 439	18 161	11 810	6 595	18 405	0,7%	2,4%	1,3%
Total	207 114	132 797	339 911	209 827	136 020	345 847	1,3%	2,4%	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 255 pour un salarié travaillant 8 heures par jour et 5 jours par semaine selon le calendrier 2010 (voir tableau 2009), contre 254 jours en 2008. Ainsi la variation 2009-2010 donne seulement une indication approximative de l'évolution du revenu cotisable moyen.

Evolution du revenu moyen mensuel cotisable

Caisse	Sexe	1995	2000 *)	2005	2008	2009	2010 **)	Variation 2010/09	Variation moyenne 1995-2010
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	3 747	3 822	2,0%	3,1%
	Femmes	1 984	2 360	2 902	3 254	3 386	3 476	2,6%	3,8%
	Hommes + Femmes	2 277	2 628	3 143	3 472	3 616	3 696	2,2%	3,3%

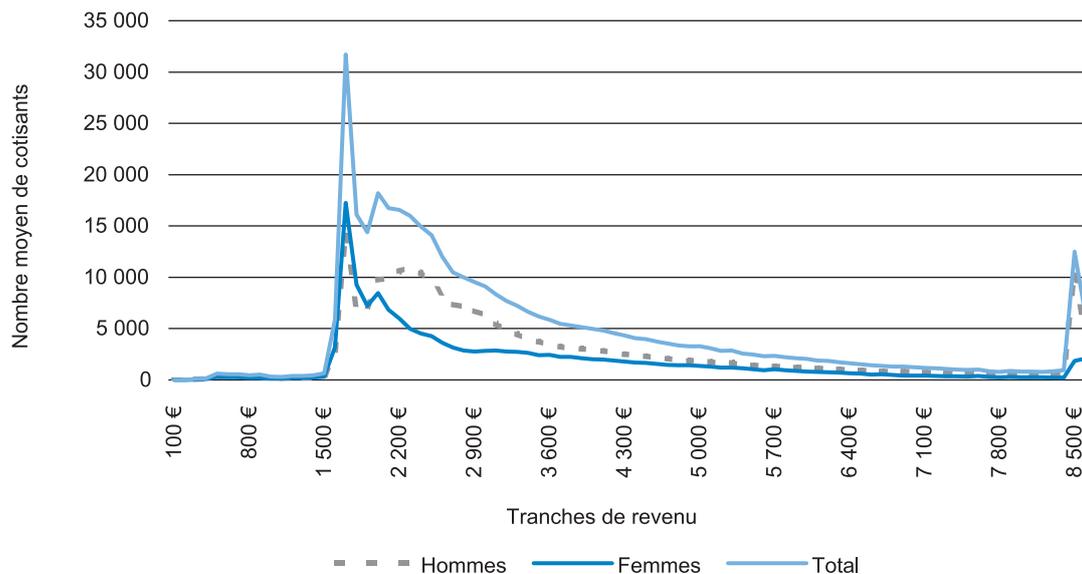
*) A partir de 2000, nouvelle série sans affiliation baby-year.

** Données provisoires

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 2010 en moyenne à 1 703,79 EUR par mois, joue avant tout un rôle dans le revenu moyen cotisable des assurés non salariés.

En 2010, la croissance du revenu moyen cotisable a sensiblement ralenti en passant de 4,16% à 2,19%. Les causes de ce ralentissement sont plus à rechercher du côté de la croissance élevée de 2009 que de la croissance moindre de 2010. Comme explication à la forte croissance du revenu cotisable moyen de 2009, on peut avancer l'impact particulièrement fort de la crise sur le marché du travail intérimaire. La durée moindre, par rapport à la moyenne, des contrats intérimaires étant un facteur limitatif de l'importance de la masse cotisable de l'intérim par rapport à la masse cotisable totale, il est légitime de penser que le recul de l'activité intérimaire a plus pesé sur la croissance de l'emploi total que sur la croissance de la masse cotisable. Par ailleurs, cet effet s'est trouvé accentué par la méthodologie utilisée pour établir la statistique discutée. A la différence de la méthodologie employée pour établir les chiffres de l'emploi, où seules les personnes présentes au dernier jour ouvrable du mois sont dénombrées, toutes les personnes ayant cotisé au cours de l'année sont ici retenues. Ainsi, les personnes ayant des contrats de courte durée occupent une part majorée par rapport à l'ensemble des cotisants et l'effet de la crise évoqué plus haut se trouve renforcé.

Répartition des assurés par tranches de revenu mensuel cotisable en 2010



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 MATERNITÉ

Les objectifs de l'assurance maladie-maternité

La prise en charge des soins de santé

Le but de l'assurance maladie-maternité est de garantir à toute la population, indépendamment du statut social ou du revenu, un accès équitable aux soins de santé de qualité et le libre choix du médecin traitant (sauf en cas d'urgence). A cette fin, l'organisation de l'assurance maladie-maternité vise un taux de couverture optimal de la population ainsi qu'une prise en charge complète des soins de santé dans les limites de "l'utile et du nécessaire". Cette prise en charge comprend :

- les soins de médecine et de médecine dentaire, les soins dispensés par les professionnels de santé, le traitement hospitalier ambulatoire ou stationnaire, les analyses de laboratoire et l'imagerie médicale, la physiothérapie ;
- les médicaments ;
- les moyens curatifs et produits accessoires tels que lunettes, prothèses dentaires et orthopédiques, appareils etc. ;
- la rééducation, les cures thérapeutiques et de convalescence ;
- les frais de voyage et de transport ;
- les soins palliatifs.

L'assurance maladie a également développé, de concert avec la Direction de la Santé, des programmes de médecine préventive pour des populations ciblées. Dans ce contexte on peut citer le suivi médical pour femmes enceintes et des enfants en bas âge, des programmes de vaccinations pour des groupes à risque, un programme de sevrage tabagique, la mise en place d'une école du dos pour les personnes souffrant de pathologies du dos. A partir du 1er janvier 2012, une nouvelle convention qui vient d'être signée, prévoit la mise à disposition de contraceptifs aux jeunes de moins de 25 ans.

Les prestations en espèces

L'assurance maladie-maternité offre également aux assurés sociaux actifs, salariés et non-salariés, un remplacement de salaire en cas de maladie ou de maternité. Les prestations en espèces visent un remplacement intégral du salaire et sont servies jusqu'à concurrence du plafond cotisable mensuel qui correspond à 5 fois le salaire social minimum.

L'introduction d'un statut unique pour tous les salariés du secteur privé à partir du 1er janvier 2009 a modifié le système des indemnités pécuniaires en harmonisant les conditions d'attribution et le niveau de remboursement des prestations en espèces pour tous les salariés du secteur privé.

L'organisation, la gestion et le financement de l'assurance maladie-maternité

La Caisse Nationale de Santé (CNS), qui gère l'assurance maladie-maternité, est placée sous la responsabilité d'un comité directeur qui se compose de représentants des salariés, des professions indépendantes et des employeurs :

- La CNS est compétente pour l'élaboration du budget annuel global, d'une programmation pluriannuelle et de la fixation du taux de cotisation. Elle établit les règles concernant son propre fonctionnement et statue sur le décompte annuel. Elle arrête les statuts déterminant les modalités de prise en charge. Toutes ces décisions sont soumises à l'approbation ministérielle.
- La CNS négocie les conventions avec les prestataires.
- Elle procède à la liquidation des frais pour soins de santé et à la liquidation des prestations en espèces de maladie pour les périodes de maladie dépassant le cadre légal d'intervention patronale. En cas de maternité, la CNS prend en charge la totalité du congé.

L'organisation, la gestion et aussi le financement de l'assurance maladie-maternité ont été modifiés en profondeur par deux réformes successives applicables à partir de 2009 et de 2011.

1. La loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour tous les salariés du secteur privé à partir du 1er janvier 2009 a non seulement uniformisé le système des prestations en espèces, mais elle a entraîné en outre une fusion des trois caisses de maladie des salariés du secteur privé et des deux caisses de maladie des non-salariés et donné naissance à la Caisse nationale de santé (CNS).
2. La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé a entre autres amené une deuxième réorganisation de l'assurance maladie-maternité en fusionnant dans une gestion unique les trois anciennes gestions dénommées " soins de santé ", " prestations en espèces " et " prestations de maternité " à partir de 2011. Dorénavant, un taux de cotisation unique couvre toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris les prestations de maternité.

Maintenir la viabilité financière de l'assurance maladie-maternité

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.

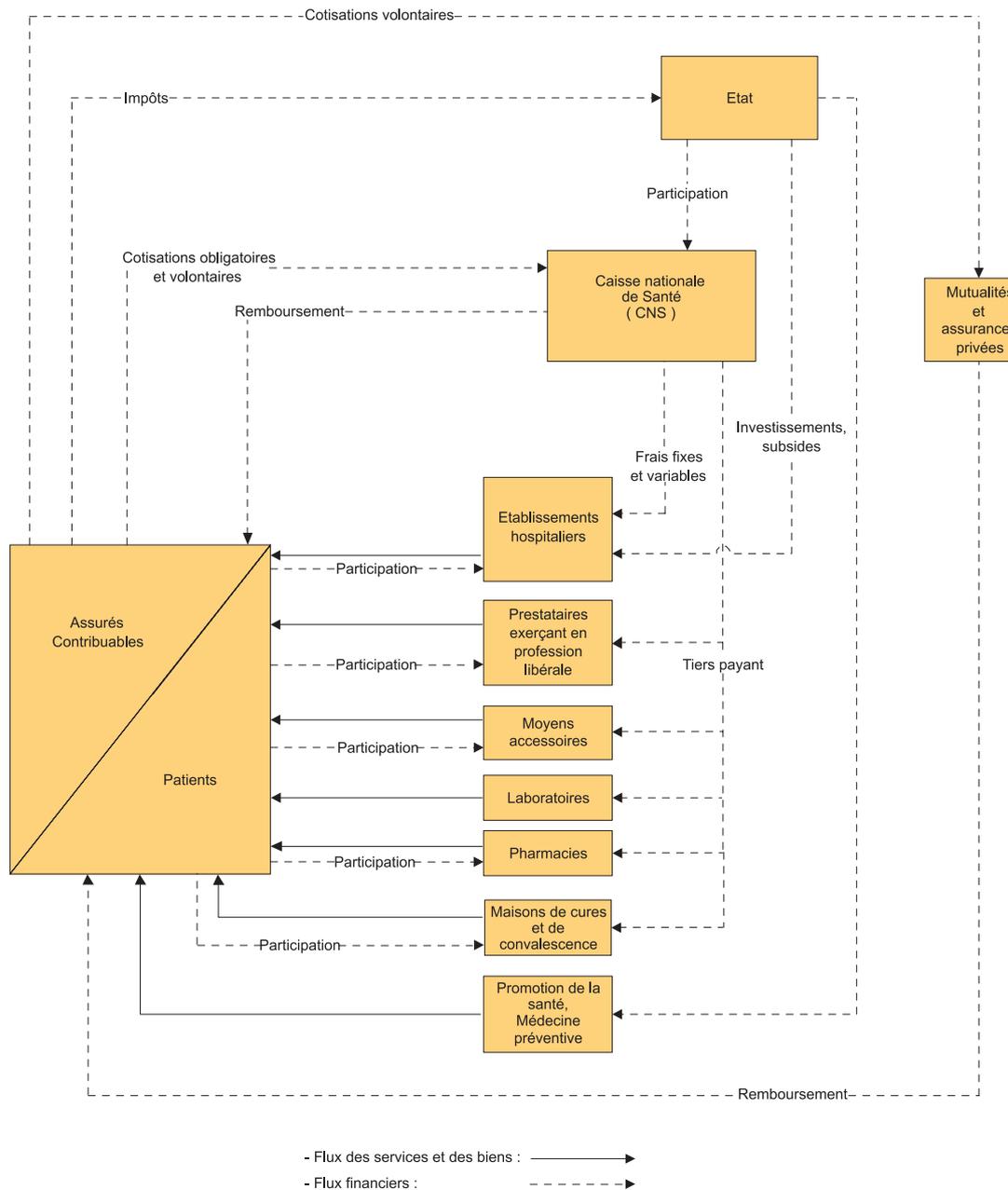
A cette fin, le Code de la sécurité sociale (CSS, Art 80) prévoit un comité quadripartite, réunissant au moins une fois par an les représentants des départements ministériels concernés, des organisations des salariés et des employeurs ainsi que des prestataires de soins. Le comité est appelé à examiner annuellement l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité sur base du budget prévisionnel, l'adaptation du système de santé aux besoins de la population, à l'évolution du progrès médical et des ressources dont dispose le pays. Le comité quadripartite peut proposer ensuite toutes les mesures qu'il juge opportunes pour améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé.

Les effets de la crise financière et économique de 2009/2010 avaient fait apparaître les carences d'un système de santé dont la dernière réforme structurelle remonte à 1992. En effet depuis cette date, l'organisation de notre système de soins de santé n'a guère évolué. Les caractéristiques principales de ce système sont 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 quasiment illimitée, et un secteur hospitalier budgétisé, fonctionnant suivant des principes comparables à un service public.

Dans son programme, le Gouvernement s'était engagé en juillet 2009, à préserver un système de santé basé sur la solidarité nationale, l'équité et l'accessibilité des soins, tout en développant la qualité de la prise en charge par la promotion des soins primaires, une meilleure complémentarité des services hospitaliers ainsi que la mise en place de filières de soins coordonnées. Il visait également dans son programme l'amélioration de la documentation médicale et la structuration du dossier patient et préconisait une maîtrise de l'évolution du coût global de l'assurance maladie maternité par une concentration des ressources et un meilleur pilotage du système. L'atteinte de ces objectifs exige un esprit de modernisation, une approche critique, une nécessité de transparence et une recherche de la qualité et de l'efficience.

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

Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2011



Source: IGSS Luxembourg 2011.

LA SITUATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

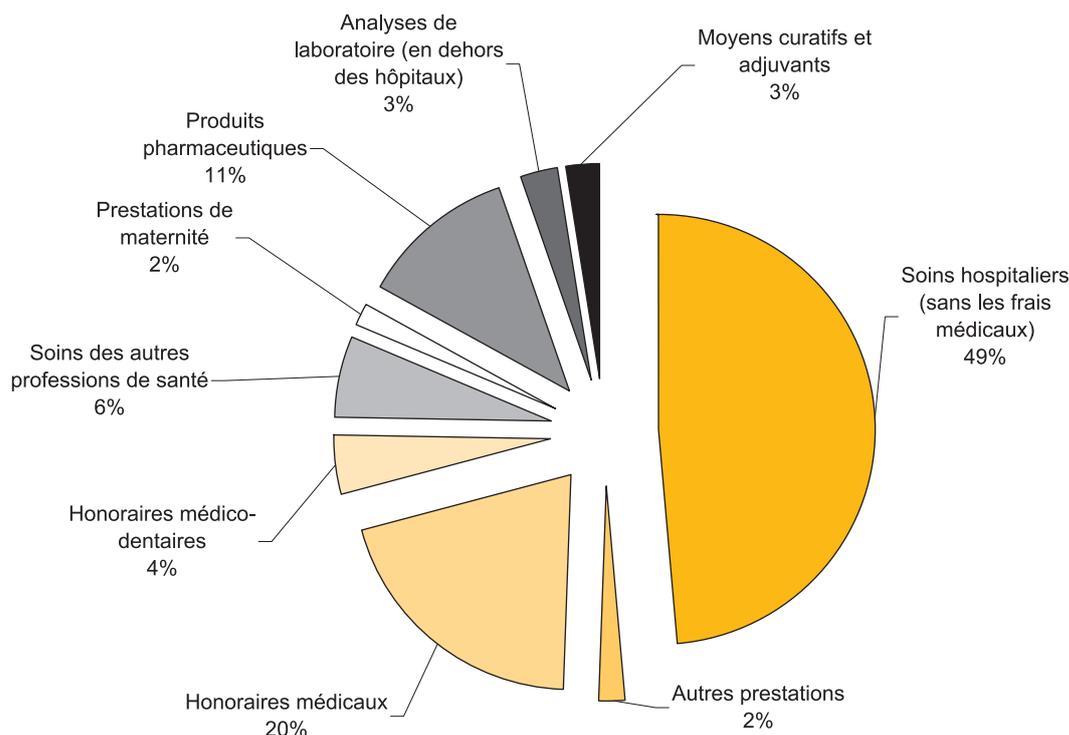
LES SOINS DE SANTÉ

Les prestations de soins de santé et de maternité: évolution financière globale

L'évolution financière globale

Pendant l'année 2010, l'assurance maladie-maternité a liquidé des frais pour soins de santé pour un montant total de 1 649,9 millions EUR, dont 1 418,1 millions EUR, soit 86% 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 2010



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.

Les soins hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (49%) pour soins de santé au Luxembourg en 2010. Suivent les honoraires médicaux (20%) et les frais pharmaceutiques (11%). Ces trois groupes de prestations présentent 80% du total des dépenses de soins de santé au Luxembourg et 69% des dépenses de soins de santé en général (sans les soins en cas de maternité).

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. Il est à noter que les soins hospitaliers, les honoraires médicaux et les produits pharmaceutiques présentent une rupture de série pour 2011 (signalé dans le tableau par r). A partir de 2011, la croissance des frais hospitaliers et des frais médicaux est influencée par l'intégration des soins de maternité dans le régime général. De même, la progression importante des produits pharmaceutiques à partir de 2011 est influencée par un transfert de charges imputées autrefois au secteur hospitalier.

Evolution des frais pour soins de santé¹⁾

	Taux moyen de variation 2004/10 ²⁾	Variation 2010/11 ¹⁾	Variation 2011/12 ¹⁾
Soins hospitaliers	5,0%	4,5%r	5,4%
Honoraires médicaux	5,1%	4,3%r	8,5%
Honoraires médico-dentaires	4,5%	2,1%	6,1%
Produits pharmaceutiques	3,4%	7,9%r	3,5%
Moyens curatifs et adjuvants	5,8%	5,9%	9,0%
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	1,2%	34,4%	19,2%
Soins des autres professions de santé	12,3%	1,4%	11,3%
Autres prestations	6,0%	-0,6%	3,1%
Prestations de maternité	7,6%	p.m.	p.m.
Total des prestations au Luxembourg	5,1%	3,3%	6,7%
Prestations à l'étranger³⁾	12,8%	2,6%	10,7%
Total soins de santé	6,3%	3,1%	7,4%

1) Source: estimations CNS (octobre 2011).

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.

En 2010, les frais pour soins de santé au Luxembourg ont augmenté de 3,6%. Cette croissance modérée est due à une politique de " stand-still ", mise en place en raison d'une situation économique très tendue. Pour les années 2011 et 2012, on s'attend à une croissance de 3,1% respectivement de 7,4%.

La progression des dépenses de soins de santé au Luxembourg en 2010 était due avant tout à une croissance plus ou moins soutenue des principaux postes de frais que sont les frais hospitaliers (1,9%), les frais médicaux (2,5%) et médico-dentaires (3,3%) ainsi que les frais pharmaceutiques (0,7%). S'y ajoutent les augmentations sensibles des frais concernant les soins des autres professions de santé (18,4%). Les analyses de laboratoires ont progressé de 2,7%.

Le tableau suivant montre l'évolution des différents postes de frais pour soins de santé. Il doit être précisé que ce tableau, tout comme le tableau précédent, présente des ruptures de série pour 2011 pour les postes suivants : soins hospitaliers, honoraires médicaux, produits pharmaceutiques et analyses de laboratoires.

Evolution des différents postes de frais pour soins de santé^{1) 2)} (Indicateur de variation 2000=100)

Indicateur de variation (2002=100)	Décomptes					Estimations actualisées ³⁾	
	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012
Soins hospitaliers	100,0	124,5	140,8	156,1	167,3	174,8r	184,2
Honoraires médicaux	100,0	132,0	138,7	154,8	177,5	185,2r	200,9
Honoraires médico-dentaires	100,0	124,4	132,6	143,7	162,0	165,4	175,4
Produits pharmaceutiques	100,0	114,7	121,3	133,6	140,2	151,3r	156,6
Moyens curatifs et adjuvants	100,0	116,7	134,7	155,7	163,5	173,2	188,8
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	100,0	136,6	130,2	158,2	146,7	197,2r	235,1
Soins des autres professions de santé	100,0	124,8	157,2	192,1	250,1	253,6	282,4
Autres prestations ⁴⁾	100,0	89,9	96,3	112,7	127,5	126,7	130,6
Prestations de maternité	100,0	115,0	148,7	157,2	178,8		
Total des prestations au Luxembourg	100,0	123,6	136,3	152,5	166,9	172,3	183,9

1) Données ajustées en tenant compte des dotations et prélèvements aux provisions pour prestations.

2) Sans les prestations à l'étranger.

3) Source: estimations CNS (octobre 2011).

4) Regroupe les postes suivants: médecine préventive, frais de transports, indemnités funéraires, cures de convalescence, foyers de psychiatrie (à partir de 2008) et prestations diverses.

Pour 2011 et 2012, on s'attend à une hausse spectaculaire des frais pour analyses de laboratoire : en partie ce phénomène s'explique par une rupture de série en raison de la débudgétisation, à partir d'avril 2011, des analyses de laboratoire à l'hôpital pour des patients ambulatoires. Ces frais débudgétés du secteur hospitalier viennent donc gonfler la série des frais de laboratoires. Cependant, la hausse des frais pour analyses de laboratoires est due également à une croissance substantielle des frais des laboratoires privés.

Les prestations de soins de santé à l'étranger

Les prestations de soins de santé à l'étranger constituent 19,1% des prestations de soins de santé liquidées en 2010, contre 17,5% en 2009. Ils ont connu une hausse de 7,1% en 2010, contre 10,6% en 2009.

Les soins de santé servis à l'étranger (en millions EUR)

	Montant 2010	Taux moyen de variation 2004/10
Prestations de soins de santé, dont:	286,6	11,8%
- Conventions internationales (tiers payant)	278,9 ¹⁾	12,0%
- Autres prestations à l'étranger: (remboursement de prestations)	7,7	5,3%
Prestations de maternité	28,2 ¹⁾	32,4%
Indemnités funéraires	0,1	0,9%
TOTAL DES PRESTATIONS	314,9	12,9%

1) Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.

La consommation de médicaments en 2010

En 2010, les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 162,1 millions EUR et ont progressé de 0,7% par rapport à l'année précédente.

Pour 2011 et 2012, les taux de progression sont estimés à respectivement 8% et 3,5%. La progression importante pour 2011 est influencée par un transfert de charges imputées autrefois au secteur hospitalier.

Les groupes de médicaments les plus prescrits dans le secteur extrahospitalier¹⁾

Les quatre groupes de médicaments suivants, classés en fonction de la classification internationale ATC²⁾, représentent 67,3% du montant net total des médicaments pris en charge en 2010:

A Système gastro-intestinal / métabolisme (14,8%)

C Système cardio-vasculaire (23,0%) Les médicaments agissant sur le système rénine angiotensine et les hypolipidémiants (traitement contre le cholestérol) représentent 73,8% dans ce groupe thérapeutique

L Agents anti-néoplasiques et immunomodulateurs (traitements anticancéreux) (14,3%)

N Système nerveux central (15,2%)

Autres moyens curatifs

Globalement, les frais pour les autres moyens curatifs évoluent de -1,0%.

Les soins de maternité

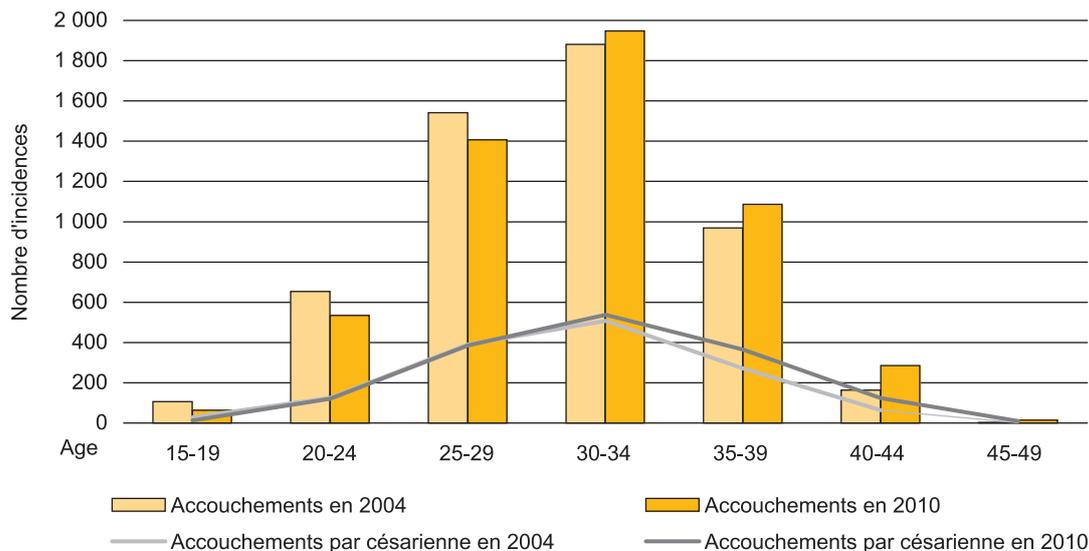
Les soins de maternité lors d'un accouchement à l'hôpital sont pris en charge forfaitairement par l'Etat jusqu'en 2010. Ce forfait qui a été fixé annuellement par règlement grand-ducal prévoyait lors de l'accouchement les soins d'une sage-femme, l'assistance médicale, le séjour dans l'hôpital ainsi que les fournitures pharmaceutiques ou produits diététiques pour nourrissons.

Le graphique suivant indique le nombre d'accouchements normaux et le nombre d'accouchements par césarienne de femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2004 et 2010.

1) Source : CNS.

2) Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC).

Nombre d'accouchements par voie naturelle et par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2004 et 2010



Le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie maternité était de 5 340. Il a baissé de 2,6% en 2010. L'augmentation moyenne annuelle globale du nombre d'accouchements a été de 0,1% entre 2004 et 2010.

Pour les années sous revue on constate un net transfert des accouchements vers les groupes d'âge 30+. Le nombre d'accouchements pour femmes âgées de moins de 20 ans, qui était assez stable jusqu'en 2007, a amorcé une baisse à partir de 2008.

Le taux de césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est en constante augmentation. Il a progressé de 26% en 2004 à 29% en 2010.

Le taux d'accouchements par césarienne augmente avec l'âge de la parturiente. En effet, alors que le pourcentage d'accouchements par césarienne par rapport au nombre total d'accouchements se situe autour de 26% pour les jeunes femmes, autour de 30% pour les trentenaires, il s'élève à 44% pour les femmes âgées de 40 ans et plus.

LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

La loi du 17 décembre 2010, portant réforme du système des soins de santé, a modifié, à partir de 2011, le financement de l'assurance maladie et elle a institué un taux de cotisation unique pour couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité. Pour les assurés ayant droit à des prestations en espèces, ce taux est majoré de 0,5%. L'Etat n'intervient donc plus directement au niveau du financement des prestations de maternité, qui sont désormais intégrées dans le régime général. En contrepartie, il a renforcé son intervention au niveau des cotisations. Par ailleurs, l'article 14 de la loi précitée prévoit également, à titre transitoire jusqu'en 2013, le paiement d'une dotation annuelle de l'Etat de 20 millions EUR pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général.

Les prestations en espèces servies en cas de maladie, concernent les arrêts de travail qui dépassent la période de conservation légale de la rémunération. Elles visent également les remplacements de salaire relatifs à un congé d'accompagnement ou encore les congés de maladie survenus dans le cadre des périodes d'essais.

Les prestations en espèces de maternité concernent le congé légal pré- et postnatal, la dispense de travail pour femmes enceintes ainsi que des prestations assimilées: congé d'accueil pour enfants adoptifs ou congé pour raisons familiales pour des enfants malades.

Evolution des prestations en espèces en cas de maladie, prises en charge par la CNS

Evolution à partir de 2009 des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)

Types de prestations	Décomptes		Estimations actualisées ¹⁾	
	2009	2010	2011	2012
Indemnités pécuniaires proprement dites	89,4	82,9	100,9	107,8
(dont anciens cas <2009)	8,4	0,2	p.m.	p.m.
Indemnités liées à des périodes d'essai	5,8	6,9	n.d.	n.d.
Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,0	0,1	n.d.	n.d.
TOTAL	95,2	89,9	100,9	107,8
Taux de cotisation	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%

1) Source: estimations CNS (octobre 2011).

Absentéisme : Taux, distribution selon le secteur d'activité, raisons médicales des absences

Le tableau ci-après présente, les taux d'absentéisme 2010 selon le statut, le sexe et la résidence. Le tableau est établi selon l'approche "comptable-occupation".

Taux d'absentéisme en 2010 selon la résidence, le sexe et le statut

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

Absentéisme selon le secteur d'activité

Afin d'éviter tout biais, la comparaison des taux d'absentéisme par secteur d'activité nécessite de tenir compte du fait qu'il existe des différences de taux d'absentéisme intrinsèques à l'âge, au sexe, à la résidence ainsi qu'au statut socioprofessionnel. A cette fin, les taux d'absentéisme ont été normalisés. L'idée est de neutraliser les écarts entre les taux des différents secteurs, dus à la structure de la population qui les compose.

Le tableau ci-après reprend l'ensemble des taux d'absentéisme par secteur avant et après normalisation ainsi que le poids du secteur dans l'économie mesuré par le nombre de jours de cotisation correspondant, rapporté au nombre de jours de cotisation total.

Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité en 2010

Secteur d'activité ¹⁾	Taux normalisé	Taux non normalisé	Poids
Q Santé humaine et action sociale	4,2%	4,2%	8,5%
U Activités extra territoriales	3,7%	3,2%	0,2%
H Transports et entreposage	3,6%	4,0%	7,3%
G Commerce; réparation d'automobiles	3,5%	3,4%	13,3%
N Activités de services administratifs et de soutien	3,5%	3,8%	7,0%
C Industrie manufacturière	3,5%	3,9%	10,0%
F Construction	3,4%	3,9%	12,0%
B Industries extractives	3,3%	4,1%	0,1%
E Production et distribution d'eau	3,3%	4,1%	0,4%
K Activités financières et d'assurance	3,2%	2,4%	12,7%
I Hébergement et restauration	3,2%	3,8%	4,6%
M Activités spécialisées, scientifiques et techniques	3,0%	2,2%	8,1%
J Information et communication	2,9%	1,9%	3,7%
D Production et distribution d'électricité, de gaz	2,9%	2,3%	0,3%
O Administration publique ²⁾	2,9%	3,4%	2,7%
L Activités immobilières	2,9%	2,5%	0,7%
A Agriculture, sylviculture et pêche	2,8%	3,3%	0,4%
S Autres activités de services	2,7%	2,9%	1,8%
R Arts, spectacles et activités récréatives	2,6%	2,2%	0,5%
P Enseignement	2,4%	1,8%	0,9%
T Activités des ménages en tant qu'employeurs	2,3%	2,9%	4,4%
Non-déterminés	2,2%	1,9%	0,3%

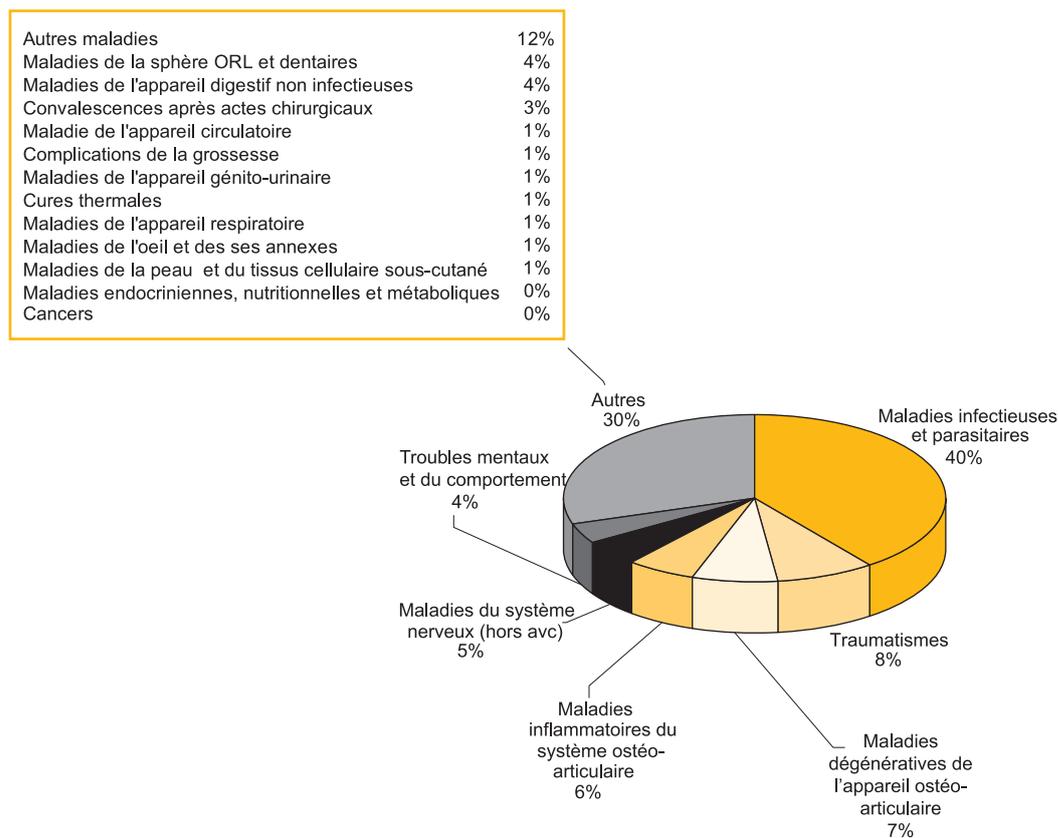
1) Répartition selon NACE Rév.2.

2) Les données du secteur Administration publique ne concernent ni les fonctionnaires ni les employés de l'Etat, qui bénéficient de la continuation de la rémunération en cas de maladie ou de maternité.

Le tableau ci-avant révèle que le secteur Q (Santé humaine et action sociale) présente le taux d'absentéisme normalisé le plus fort avec 4,2%. A noter que le nombre total de jours de cotisation associé à ce secteur représente 8,5% de l'ensemble des jours de cotisation. En outre, avec un taux normalisé de 2,3%, le secteur T (Activités des ménages en tant qu'employeurs) présente le plus petit taux d'absentéisme, si on omet les non-déterminés.

Raisons médicales des absences (assurés résidents) ^{1) 2)}

Absences de courte durée (< 21 jours) en 2010



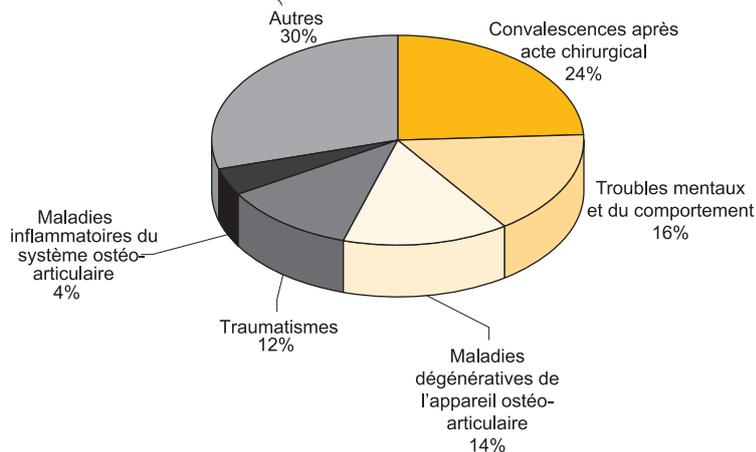
La figure ci-avant révèle que 40% des absences de courte durée sont dues avant tout à des maladies infectieuses et parasitaires comme la grippe, les gastro-entérites, les sinusites ou les otites.

1) Exploitation des diagnostics issus des déclarations remplies par les médecins. Les frontaliers ne sont pas exploitables car les diagnostics codifiés ne représentent que 20% contre 80% pour les résidents.

2) Ne concernent ni les accidents du travail, ni les maladies professionnelles.

Absences de longue durée en 2010

Autres maladies	11%
Maladie de l'appareil circulatoire	3%
Maladies du système nerveux (AVC exclus)	3%
Complications de la grossesse	3%
Cancers	2%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2%
Maladies infectieuses et parasitaires	1%
Maladies de l'appareil digestif non infectieuses	1%
Maladies de la sphère ORL et dentaires	1%
Maladies de l'appareil respiratoire	1%
Maladies de l'oeil et de ses annexes	0%
Cures thermales	0%
Maladies de la peau	0%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0%



Alors qu'il existe un type de diagnostic principal pour les absences de courte durée, la figure ci-avant révèle qu'il en existe quatre pour les absences de longue durée : ce sont les convalescences après acte chirurgical, les troubles mentaux et du comportement, les maladies dégénératives de l'appareil ostéo-articulaire ainsi que les traumatismes. Les absences associées à ces quatre types de diagnostics représentent 66% de l'ensemble des absences de longue durée.

LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Le système de financement

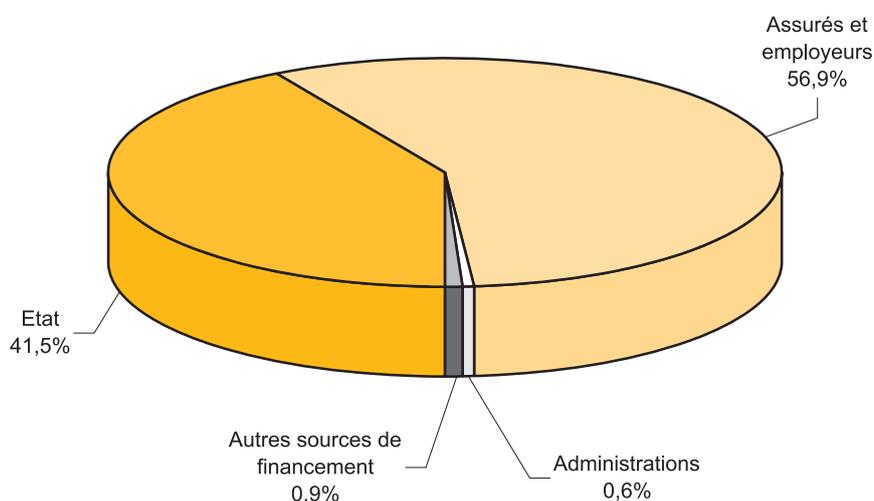
Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la Caisse Nationale de Santé (CNS) applique le système de la répartition des charges, avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent, ni supérieure à vingt pour cent du montant annuel des dépenses (Art. 28 CSS, 1er alinéa).

Par dérogation à cette disposition, la loi budgétaire a abaissé pour 2010 le seuil inférieur de la réserve à 5,5% du montant annuel des dépenses. La loi du 17 décembre 2010 a prorogé cette mesure pour 2011. A partir de 2012, le niveau du seuil inférieur de la réserve sera relevé en trois étapes à 6,5%, 7,5% et 8,5% pour regagner le seuil de 10% à partir de 2015.

A partir de 2011, les gestions " prestations en nature ", " prestations en espèces " et " maternité " sont abolies et la CNS présentera dorénavant un décompte global pour tous les risques couverts, que ce soit au niveau des soins de santé ou des prestations en espèces.

Le graphique suivant illustre, pour l'année 2010, la participation des différents intervenants dans le financement de l'assurance maladie-maternité.

Taux de participation financière des différents intervenants en 2010



La source de financement la plus importante provient des cotisations des ménages (assurés actifs et pensionnés et employeurs). Jusqu'en 2010, l'Etat intervenait au niveau des cotisations et directement aussi au niveau des prestations de maternité.

Le tableau ci-après montre l'évolution des différentes sources de financement à partir de 2008.

Les sources de financement de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ¹⁾	
	2008	2009	2010	2011	2012
Etat	753,0	799,5	841,0	865,5	925,2
Assurés et employeurs	1 186,4	1 107,5	1 152,4	1 260,7	1 350,1
Administrations	7,5	12,4	12,8	13,9	16,2
Autres sources de financement	30,7	20,9	18,0	19,0	20,3
TOTAL RECETTES COURANTES ²⁾	1 977,5	1 940,3	2 024,2	2 159,1	2 311,8
En % du total					
Etat	38,1%	41,2%	41,5%	40,1%	40,0%
Assurés et employeurs	60,0%	57,1%	56,9%	58,4%	58,4%
Administrations	0,4%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%
Autres sources de financement	1,6%	1,1%	0,9%	0,9%	0,9%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1) Source : estimations CNS (octobre 2011).

2) Sans les prélèvements aux provisions.

Comme cela a été mentionné plus haut, l'interprétation des chiffres se complique par deux réformes successives impactant sur les résultats 2009 et 2010. Ainsi, la baisse des recettes (-1,9%) en 2009 est due en grande partie à la réforme du régime des prestations en espèces de maladie et à un transfert de recettes et de charges vers la Mutualité des employeurs. Mais cette régression est due également à la crise économique qui a pleinement sorti ses effets en 2009. La croissance des recettes pour 2010 (+4,3%) se situe, grâce à un effet de reprise plus rapide que prévu, légèrement au-dessus des prévisions. Cependant un faible déséquilibre financier subsiste.

Le tableau ci-après fait apparaître des ruptures de série au niveau de l'intervention de l'Etat. En effet, à partir de 2011, l'Etat n'intervient plus directement au niveau du financement des prestations de maternité, mais il compense ce désengagement par un renforcement de son intervention au niveau des cotisations. Par ailleurs, l'article 14 de la loi du 17 décembre 2010 prévoit, à titre transitoire jusqu'en 2013, le paiement d'une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général.

Evolution de la participation de l'Etat (en millions EUR)

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ¹⁾	
	2008	2009	2010	2011	2012
Intervention dans les cotisations	611,9	644,7	670,8	845,4	905,1
Soins de santé	591,0	619,4	644,8		
Prestations en espèces	20,9	25,2	26,0		
Intervention dans les prestations				20,1r	20,1r
Prestations de maternité	137,6	151,3	173,1	-	-
Divers	3,5	3,6	-2,9	0,0	0,0
Total part Etat	753,0	799,5	841,0	865,5	925,2
Recettes courantes totales ²⁾	1 977,5	1 940,3	2 024,2	2 159,1	2 311,8
Participation de l'Etat exprimée en % des recettes courantes	38,1%	41,2%	41,5%	40,1%	40,0%

1) Source : estimations CNS (octobre 2011).

2) Sans les prélèvements aux provisions.

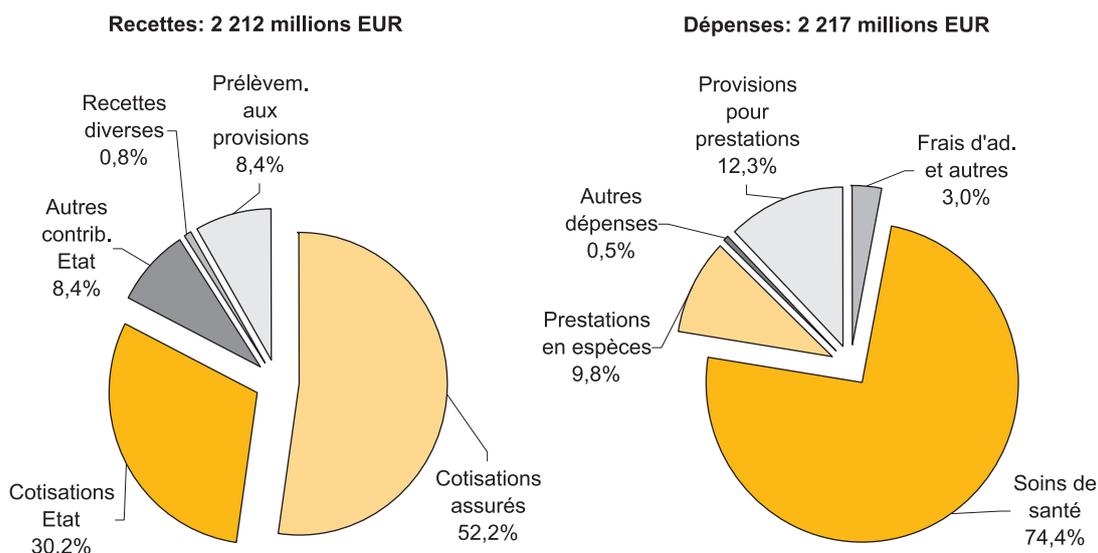
r Rupture de série en raison d'un changement de législation.

Situation financière: Résultats et prévisions à court terme

Analyse financière globale

Le graphique suivant donne un aperçu sur les catégories les plus importantes des recettes et des dépenses courantes de l'assurance maladie-maternité en 2010.

Recettes et dépenses courantes de l'assurance maladie-maternité en 2010 (en % du total)



On constate pour les opérations courantes en 2010, un léger déséquilibre financier de l'ordre de 5 millions EUR.

Le tableau suivant retrace l'évolution, à partir de 2008, 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⁾

Exercice	Décomptes		Estimations actualisées ²⁾		
	2008	2009 ³⁾	2010	2011	2012
Recettes					
Cotisations	1 189,0	1 110,3	1 155,1	1 263,7	1 353,1
Cotisations forfaitaires Etat	609,1	641,7	668,0	842,4	902,1
Autres contributions de l'Etat	141,2	155,0	170,3	20,1 ⁴⁾	20,1 ⁴⁾
Autres recettes	38,2	33,3	30,9	32,9	36,5
TOTAL DES RECETTES COURANTES	1 977,5	1 940,3	2 024,2	2 159,1	2 311,8
Variation annuelle en %	7,7%	-1,9%	4,3%	11,3%	14,2%
Dépenses					
Frais d'administration	63,9	66,1	68,8	68,3	75,6
Prestations en espèces ⁵⁾	311,4	216,2	217,0	230,6	248,7
Soins de santé	1 564,9	1 674,7	1 734,9	1 789,2	1 922,6
Autres dépenses	4,6	3,8	8,4	10,7	5,4
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 944,7	1 960,8	2 029,0	2 098,79	2 252,22
Variation annuelle en %	6,4%	0,8%	3,5%	7,0%	11,0%
Solde des opérations courantes	32,8	-20,4	-4,8	60,3	59,6

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

2) Source : estimations CNS (octobre 2011).

3) La baisse des recettes et la quasi stagnation des dépenses en 2009 est une suite de la réforme du régime des indemnités pécuniaires et du transfert de recettes et de charges vers la mutualité des employeurs.

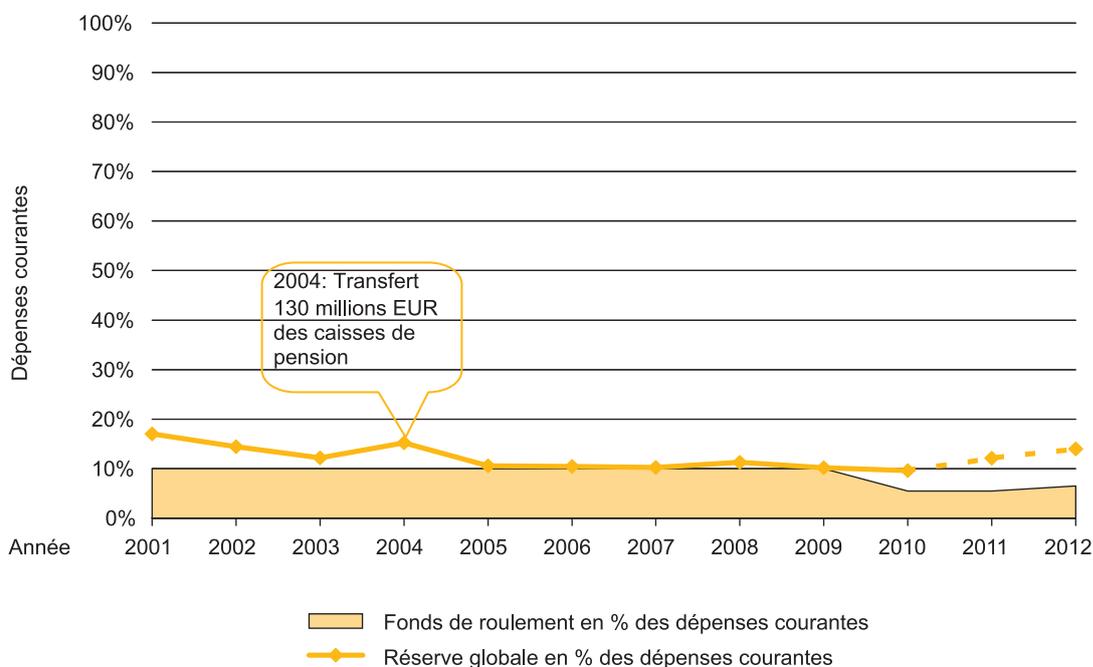
4) L'Etat n'intervient plus directement au niveau du financement des prestations de maternité, mais il a renforcé son intervention au niveau des cotisations.

5) Y compris les transferts de cotisations.

Le solde positif en 2011, s'explique par une reprise de la croissance économique, mais aussi par des mesures d'économie prises à partir de 2010, ainsi que par une hausse du taux de cotisation en 2011. D'autre part, le minimum légal de la réserve a été temporairement abaissé de sorte que la dotation à la réserve est moins élevée qu'en temps normaux.

Le graphique ci-après, montre l'évolution, à partir de 2001, de la réserve minimum légale (fonds de roulement) ainsi que de la réserve globale, exprimée en pourcent des dépenses courantes.

La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes



Le résultat équilibré en 2010 est obtenu grâce à une mesure temporaire d'abaissement du niveau de la réserve légale à 5,5% des dépenses annuelles.

La réserve globale estimée pour fin 2011 et 2012, s'élèvera respectivement à 255 millions EUR et 314 millions EUR. Le niveau de la réserve pour 2012 atteindra 14% des dépenses globales.

A court terme, et sous réserve d'un maintien des hypothèses conjoncturelles actuelles, l'assise financière de la CNS et l'évolution de la réserve semblent rassurants. Il faut cependant garder en mémoire que la situation peut se détériorer très rapidement, comme on l'a vu précédemment.

L'ÉVOLUTION LÉGISLATIVE ET RÉGLEMENTAIRE

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé est entrée en vigueur au 1er janvier 2011. Elle tend notamment à mettre les gestionnaires de l'assurance maladie-maternité en mesure d'assurer une gestion optimale des ressources afin de garantir à tous les assurés un accès équitable aux soins, de maintenir un niveau de protection élevé et de préserver la viabilité financière de notre système de soins de santé. Les visées de la loi réforme sont multiples et visent aussi bien le court terme tel que l'équilibre financier 2011, un recadrage des automatismes de croissance des dépenses ainsi que la légitimation des dépenses, que le long terme en prévoyant un financement durable par une meilleure pilotabilité du système, une optimisation de la qualité et de l'efficacité du système de soins de santé et une préparation aux défis du futur consistant notamment en des changements démographiques ainsi qu'en une augmentation de la compétitivité dans un contexte interrégional.

En matière de réformes structurelles amorcées par la loi du 17 décembre 2010 citons notamment les points suivants :

- La priorité aux soins primaires : A part le développement des maisons médicales et la clarification des missions et du fonctionnement des policliniques, l'introduction du médecin référent vise la valorisation des rôles des médecins généralistes et pédiatres en tant que médecin de confiance et de premier contact des patients, le développement des mesures préventives ainsi que l'amélioration du suivi du patient par un meilleur échange d'informations.
- Le dossier de soins partagé, géré par l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, tend à assurer au médecin traitant, et plus particulièrement au médecin référent, l'accès aux données essentielles permettant une meilleure vue globale de l'état de santé du patient.
- L'amélioration de la documentation des soins vise une adaptation des référentiels qui passe par une standardisation du dossier médical et une amélioration des mécanismes de documentation.
- En ce qui concerne le secteur hospitalier, la loi réforme maintient le financement budgétisé mais elle a introduit de nouveaux mécanismes tels que l'établissement de budgets sur deux ans et l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale. L'introduction d'une comptabilité analytique hospitalière vient d'être entamée. Elle visera une standardisation des systèmes comptables hospitaliers menant au développement d'un " full cost model " avec une identification du coût global référencé par rapport au patient individuel. Côté organisation, les hôpitaux sont appelés à redéfinir leur rôle, aussi bien entre eux que dans le système de soins de santé dans sa globalité. Les hôpitaux devront promouvoir des synergies, rechercher la spécialisation et le partage des tâches, s'associer à des projets communs aussi bien dans le domaine médical, médico-technique que dans la logistique. La loi réforme vient d'introduire également le concept de médecin coordinateur dont les mécanismes devront être mis en pratique dans les meilleurs délais. Notons enfin qu'une importance particulière revient également au renouvellement de la carte sanitaire ainsi qu'à la révision du plan hospitalier prévue pour fin 2012.

Tous ces chantiers ne peuvent être dissociés de la révision de certaines nomenclatures. Il est à noter que la loi réforme a également apporté un certain nombre de modifications en ce qui concerne la composition et le fonctionnement de la Commission de nomenclature prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale. En effet, cette dernière est désormais assistée dans l'accomplissement de ses missions par la Cellule d'expertise médicale nouvellement créée, à laquelle elle demande des avis des affaires dont elle est saisie. Le règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie prévoit notamment la saisine de la Commission sur base d'une demande standardisée d'inscription. Après avoir jugé de la recevabilité des demandes, le Président de la Commission de nomenclature transmet les demandes recevables à la Cellule d'expertise médicale aux fins d'analyse des dossiers lui soumis et de formulation de propositions au sujet des demandes d'inscription, de modification ou de suppression d'un ou de plusieurs actes.

La réforme se caractérise également par un paquet important de mesures financières introduites, soit par la loi du 17 décembre 2010, soit opérées en parallèle au niveau de la Caisse nationale de santé. L'approche consistait d'un côté dans une restriction des dépenses de la CNS, combinée à une augmentation limitée des cotisations, et, de l'autre côté, à la mise en œuvre de réformes structurelles censées apporter à moyen terme une décélération de la croissance des dépenses du système de soins de santé, ce aussi en considération de l'évolution économique du pays. La combinaison des mesures à court terme et à moyen terme, qui représente un ensemble indissociable, devra rester en vigueur pour garantir une stabilité financière de l'assurance maladie-maternité jusqu'en 2014.

L'année 2011 fût donc marquée dans une large mesure par l'élaboration et la mise en œuvre des multiples règlements grand-ducaux d'exécution de la loi-réforme. Il est à souligner que les différents règlements grand-ducaux ont été préparés en collaboration très étroite avec les différentes parties prenantes concernées.

En 2011, les règlements grand-ducaux suivants ont été pris en vue de l'exécution de différents aspects de la réforme du système de soins de santé :

- Règlement grand-ducal du 8 décembre 2011 relatif à l'assurance maladie volontaire ;
- Règlement grand-ducal du 15 novembre 2011 déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent ;
- Règlement grand-ducal du 1er décembre 2011 déterminant les critères, les conditions et la procédure relative à la fixation des prix des médicaments à usage humain.

En outre, certains règlements grand-ducaux ont été pris en exécution des résultats des négociations relatives à une participation des différents prestataires à la réduction des dépenses de l'assurance maladie :

- Règlement grand-ducal du 28 avril 2011 déterminant en application de l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé les adaptations à apporter aux coefficients de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie ;
- Règlement grand-ducal du 26 mai 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie ;
- Règlement grand-ducal du 11 août 2011 précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets spécifiques des hôpitaux ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire ;
- Règlement grand-ducal du 1er décembre 2011 modifiant 1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1993 concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie et 2. le règlement grand-ducal modifié du 12 décembre 2002 précisant les conditions et déterminant la procédure relative à l'inscription d'un médicament sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie et modifiant a) le règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 1988 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments; b) le règlement grand-ducal du 29 avril 1983 fixant la composition et le fonctionnement de la commission d'experts chargée de donner son avis sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués et abrogeant le règlement grand-ducal du 28 février 1994 fixant un schéma de présentation uniforme des comptes annuels des hôpitaux ;
- Règlement grand-ducal du 8 décembre 2011 fixant les coefficients d'ajustement prévus à l'article 220 du Code de la sécurité sociale ;
- Règlement grand-ducal du 16 décembre 2011 déterminant en application de l'article 34 de la loi du 16 décembre 2011 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2012 les adaptations à apporter aux coefficients de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie.

Ont été pris par ailleurs les règlements grand-ducaux suivants qui règlent la composition et le fonctionnement des différentes commissions et organes créés ou dont les compétences ont été adaptées par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé :

- Règlement grand-ducal du 24 juillet 2011 modifiant le règlement grand-ducal du 21 juin 1993 relatif à la procédure de médiation prévue à l'article 69 du Code de la sécurité sociale ;
- Règlement grand-ducal du 24 juillet 2011 modifiant le règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la Commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale ;
- Règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie ;
- Règlement grand-ducal du 26 octobre 2011 instituant un Conseil scientifique du domaine de la santé.

Le projet de loi modifiant l'article 24 du Code de la sécurité sociale a été engagé dans la procédure législative en date du 29 juillet 2011 alors que le règlement grand-ducal déterminant les modalités de calcul de la base de remboursement des médicaments substituables a eu en date du 2 décembre 2011 l'approbation du Conseil de Gouvernement.

Notons enfin que les travaux également entamés qui restent à achever concernent notamment :

- les travaux de mise en œuvre de la directive de soins de santé transfrontaliers, qui doit être effectuée jusqu'au 25 octobre 2013 ;
- les travaux de mise en œuvre de la loi sur les droits des patients, qui se trouve actuellement en phase de consultation externe avec les différentes parties prenantes ;
- les travaux entamés par un groupe de travail réunissant, sous la présidence du Ministre de la Sécurité sociale, les partenaires sociaux et la direction de la CNS, en ce qui concerne l'adaptation de la gouvernance des institutions de la sécurité sociale.

La gouvernance des institutions de la sécurité sociale a été redéfinie dans le cadre de l'introduction du statut unique pour les salariés du secteur privé au 1er janvier 2009. Dans une large mesure et tout en tenant compte du nombre de spécificités des différentes institutions, le fonctionnement a été harmonisé et le Code de la sécurité sociale fait ainsi explicitement référence à une méthodologie commune applicable à toutes les institutions de la sécurité sociale.

Force est de constater que cette nouvelle organisation a engendré un certain nombre de problématiques qui ont été dénoncées l'année dernière par les partenaires sociaux, l'organisation représentative des employeurs des secteurs industriels et des services (UEL) et les groupements représentant les affiliés.

A l'occasion de la réunion du comité quadripartite de mai 2011, il a donc été décidé d'instaurer, sous la présidence de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, un groupe de travail appelé à examiner le fonctionnement actuel de la gouvernance de la CNS et de formuler, le cas échéant, des propositions de recadrage qui vont concerner l'ensemble des institutions de la sécurité sociale en ciblant une véritable pilotabilité du fonctionnement des institutions, une gestion efficace et transparente et une gouvernance stable. Selon l'avis de Monsieur Mars DI BARTOLOMEO, le terme " gouvernance " doit se traduire par le souci de conférer à chaque partenaire, Ministre, présidence et direction de la CNS, patronat et salariat, l'assurance qu'ils pilotent la CNS ensemble dans le cadre d'une démarche commune et transparente.

Lors de ses différentes entrevues de l'année passée, le groupe de travail a examiné et formulé un certain nombre de propositions en ce qui concerne notamment les missions du comité directeur de la CNS, la pondération des voix au sein de ce comité directeur ainsi que les relations du comité directeur avec les autres parties prenantes telles que l'Inspection générale de la sécurité sociale, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance et les Ministères de la Santé et de la Famille.

L'ASSURANCE PENSION

Le régime général d'assurance pension concerne au Grand-Duché de Luxembourg près de 90% de la population exerçant une activité professionnelle. Depuis la mise en place du statut unique au 1er janvier 2009, les assurés du régime général appartiennent tous à la seule Caisse nationale d'assurance pension (CNAP), indépendamment de leur statut socio-professionnel.

A côté du régime général d'assurance pension, il existe des régimes spéciaux qui concernent :

- les fonctionnaires et employés publics (Administration du personnel de l'Etat),
- les fonctionnaires et employés communaux (Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux - CPFEC),
- les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois (Service des pensions des CFL),
- les employés publics des établissements publics.

L'évolution financière de l'assurance pension

Appréciation globale des opérations courantes

En 2010, les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 1 006,8 millions EUR. Ce résultat a été obtenu avec une croissance des recettes de 8,2%, dépassant celle des dépenses, qui se situait à 5,4%. En éliminant l'évolution de l'échelle mobile des salaires, les dépenses progressent de 3,7%, tandis que les recettes augmentent de 6,4%.

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
2010	3 020 640,3	5,4%	3,7%	4 027 465,9	8,2%	6,4%	1 006 825,6

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

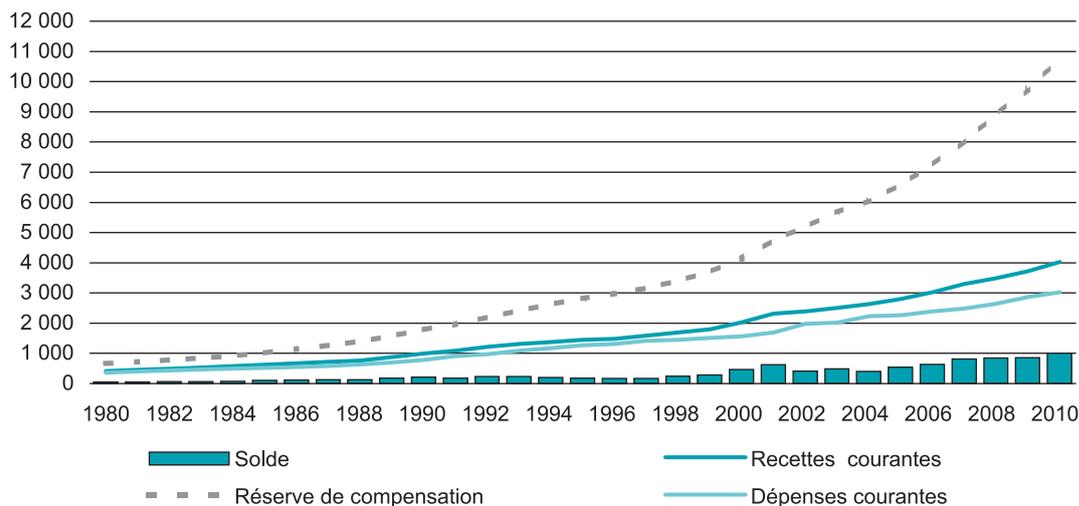
** Compris en dépenses le montant compensatoire de 130 000 000,00 EUR transféré à l'UCM.

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 9,7% du PIB en 2010, tandis que les dépenses courantes représentent 7,3%. Les valeurs respectives actualisées pour 2009 étaient 9,8 et 7,5%. (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 3 485,2 millions EUR 86,5% des recettes courantes, les revenus de la fortune augmentent substantiellement pour atteindre 533,5 millions EUR et représenter 13,2% (10,0% en 2009), le reste est constitué par les transferts et les recettes diverses.

Structure des recettes courantes (en milliers EUR)

Cotisations des assurés et des employeurs	2 324 438,7	57,7%
Cotisations des pouvoirs publics	1 160 716,2	28,8%
Autres contributions de l'Etat	13,7	0,0%
Revenus de la fortune	533 527,6	13,2%
Transferts et recettes diverses	8 769,7	0,2%
Total des recettes courantes	4 027 465,9	100,0%

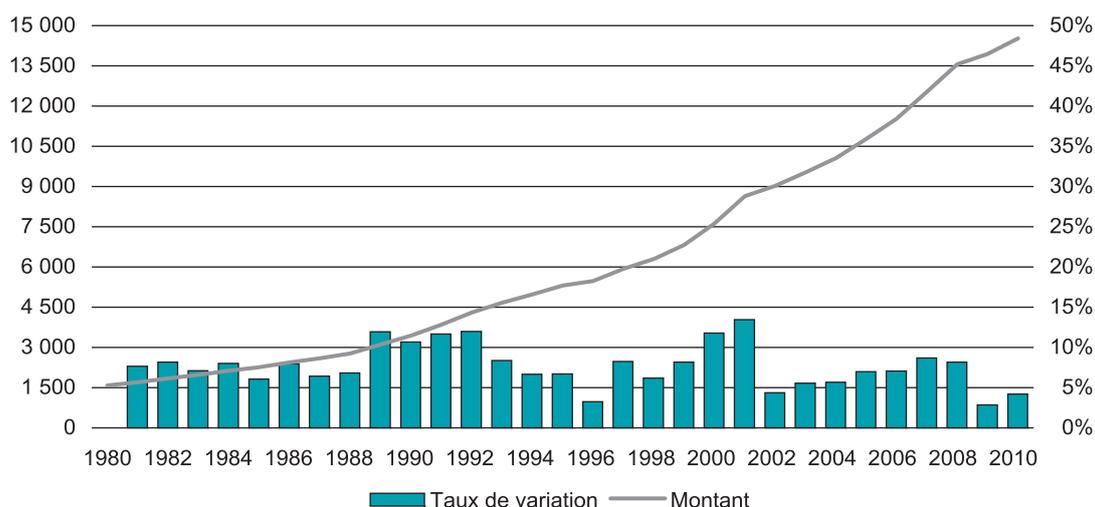
Les cotisations des assurés et des employeurs

Les cotisations des assurés et des employeurs se montent à 2 324,4 millions EUR face à 2 230,7 millions EUR en 2009. La progression affiche 4,2% par rapport à 2,8% en 2009, soit un taux de croissance réel de 2,5% contre 0,3%.

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 (en millions EUR)



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 2010, le montant total des cotisations a augmenté de 4,2% face à 2,9% en 2009. L'évolution du nombre moyen des assurés cotisants, qui subit les aléas économiques avec un certain retard, affiche une progression de 1,5% face à 1,7% en 2009. Si l'on élimine l'adaptation des salaires à l'évolution du coût de la vie, qui n'était que de 1,66% en 2010 (2,5% en 2009) la cotisation moyenne, régressive de 1,3% en 2009, progresse en 2010 de 1,0%.

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).

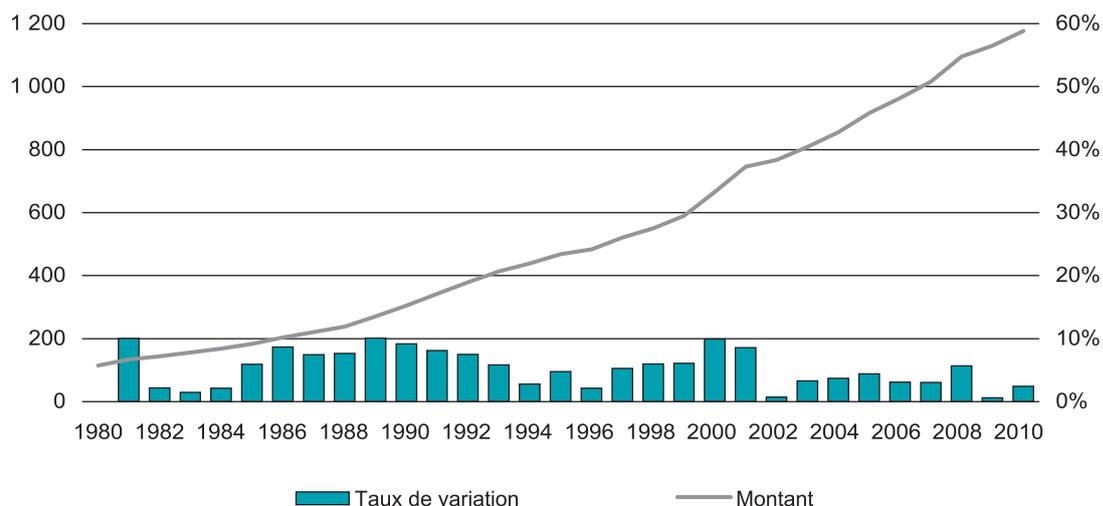
Depuis 2006, les frais d'administration sont à charge des organismes et les participations de l'Etat dans les prestations, compléments différentiels et majorations proportionnelles baby-year ont été abrogées à partir de l'exercice 2007.

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 2010 s'élève à 1 176,8 millions EUR et accuse une augmentation de 46,8 millions EUR, soit 4,1 % par rapport à 2009.

Contribution nette des pouvoirs publics (en milliers EUR)

	2009	2010
Cotisations des pouvoirs publics	1 115 177,3	1 160 716,2
FOA et autres cotisations	15 670,6	16 629,4
Frais d'administration	7,1	13,7
Complément différentiel	0,0	0,0
Majorations proportionnelles baby-year	0,0	0,0
Contribution brute	1 130 855,0	1 177 359,3
à déduire	800,8	550,2
Contribution nette	1 130 054,2	1 176 809,1

Evolution de la charge budgétaire nette des pouvoirs publics (en millions EUR)



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

Les cotisations prises en charge par l'assurance dépendance

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

Ces cotisations ont encore fortement augmenté en 2010 pour s'élever à 4 506,9 milliers EUR face à 4 105,7 milliers EUR en 2009. Cette augmentation de 9,8% s'inscrit dans le contexte général de l'assurance dépendance avec son nombre croissant de bénéficiaires et son évolution progressive en matière de dépenses. Par ailleurs, l'assurance dépendance avait lancé en 2010 une campagne d'information, rappelant entre autres précisément les dispositions de l'article 171.13 CSS.

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 2010 à 575,4 milliers EUR face à 597,9 milliers EUR en 2009 (-3,8%).

Les cotisations de l'assurance volontaire

Les cotisations de l'assurance volontaire se sont chiffrées en 2010 à 10 000,4 milliers EUR face à 9 320,3 milliers EUR en 2009 (+7,3%).

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 2010, les revenus bruts de la fortune ont atteint 533,5 millions EUR face à 369,1 en 2009 et progressent ainsi de 44,5%. Rappelons que les 8 765,3 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 2,4 millions EUR et des frais de gestion du patrimoine et des pertes diverses au montant de 2,6 millions EUR, les revenus nets s'élèvent à 533,3 millions EUR. Le taux de rendement moyen calculé par rapport à la réserve globale de compensation progresse de 4,03% à 5,34%.

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%
2010	533 527,6	2 366,9	2 595,8	533 298,7	10 760 975,4	5,34%

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 5,76%, par comparaison aux 4,40% réalisés en 2009.

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 2010 un montant de 2 775,6 millions EUR et représentent ainsi 91,9% 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	31 544,3	1,0%
Pensions	2 775 625,0	91,9%
Autres prestations	73 844,5	2,4%
Transferts et dépenses diverses	139 626,4	4,6%
Total des dépenses courantes	3 020 640,3	100,0%

Les frais d'administration

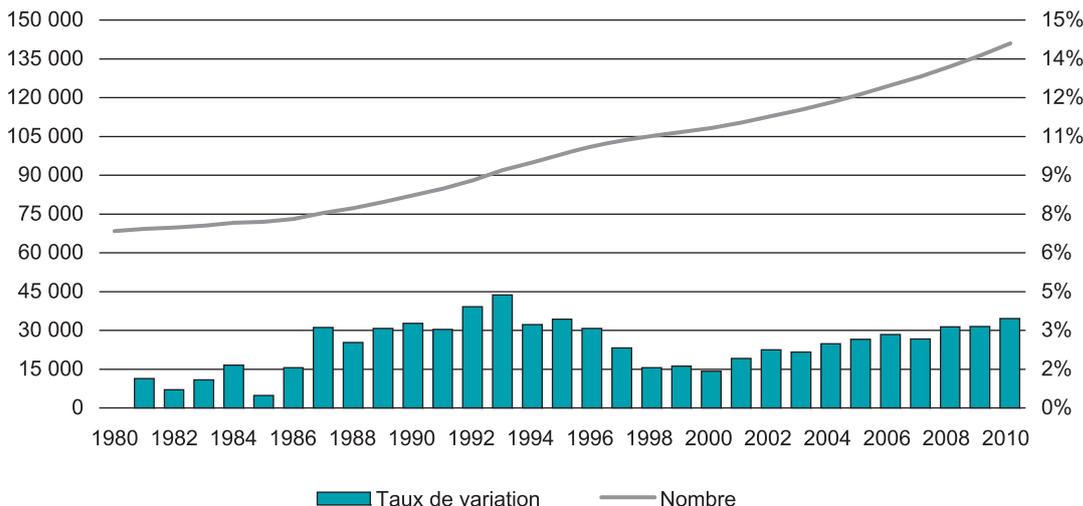
Les frais d'administration s'élèvent à 31,5 millions EUR, soit à 1,0% des dépenses courantes.

Les prestations

Le nombre de pensions

Le nombre de pensions en cours de paiement au mois de décembre 2010 atteint 141 001 unités et il est en augmentation de 3,5% par rapport à l'année précédente. Ce taux de croissance résulte d'une augmentation du nombre des pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée de 4,8%, des pensions de survie du conjoint de 1,8%, des pensions d'orphelin de 3,6% et d'une diminution des pensions d'invalidité de 0,5%.

Evolution du nombre de pensions (mois de décembre)



Les raisons de la reprise du taux de croissance du nombre de pensions, amorcée en 1987 après une période de croissance très modérée au début des années quatre-vingt, sont multiples.

D'abord il faut retenir la faible croissance du nombre de pensions au début des années 80, qui est le résultat du creux dans la pyramide des âges correspondant aux générations nées entre 1915 et 1925, en raison du faible taux de natalité durant la Première Guerre mondiale et du nombre élevé de victimes durant la Seconde Guerre mondiale. Aussi, le nombre de pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée a-t-il carrément stagné entre 1980 et 1985, oscillant entre 31 100 et 31 600 unités, pour augmenter ensuite jusqu'à 49 272 unités en 1996, ce qui représente une augmentation dépassant 50% en 15 ans. Cette évolution a été amplifiée par la loi du 27 juillet 1987 qui a abrogé la condition du maintien des droits pour l'octroi d'une pension de vieillesse et qui a prévu, pour une période transitoire de 5 ans, l'octroi d'une pension avec un stage d'assurance de 5 ans au lieu du stage normal de 10 ans. Cette mesure a entraîné une augmentation substantielle des attributions de pensions de vieillesse aux assurés latents féminins (assurés qui avaient déjà quitté l'assurance).

Nombre de pensions par catégorie - mois de décembre (avances comprises à partir de 1990)

Catégorie/Année	1980	1990	2000	2005	2009	2010	Taux de variation 2009/10	Variation moyenne 2000/10
Invalidité	- hommes	8 754	12 010	13 590	11 567	10 587	-0,6%	-2,5%
	- femmes	3 001	4 470	6 797	6 461	6 521	2,2%	-0,2%
Vieillesse	- hommes	20 800	25 766	40 534	49 414	58 167	4,2%	4,1%
	- femmes	10 740	11 784	14 970	19 023	23 877	6,2%	5,4%
Pension personnelle	- hommes	29 554	37 776	54 124	60 981	68 754	3,5%	2,8%
	- femmes	13 741	16 254	21 767	25 484	30 398	5,4%	3,9%
Survie -conjoints	- hommes	*	*	797	1 166	1 582	7,5%	7,9%
	-femmes	22 081	26 037	29 286	31 000	32 662	1,5%	1,2%
Survie -orphelins	- masculin	*	*	1 175	1 361	1 460	3,7%	2,6%
	- féminin	3 074	2 196	1 181	1 344	1 424	3,6%	2,2%
Toutes catégories	68 450	82 263	108 330	121 336	136 280	141 001	3,5%	2,7%

*) Données comprises dans la rubrique femmes.

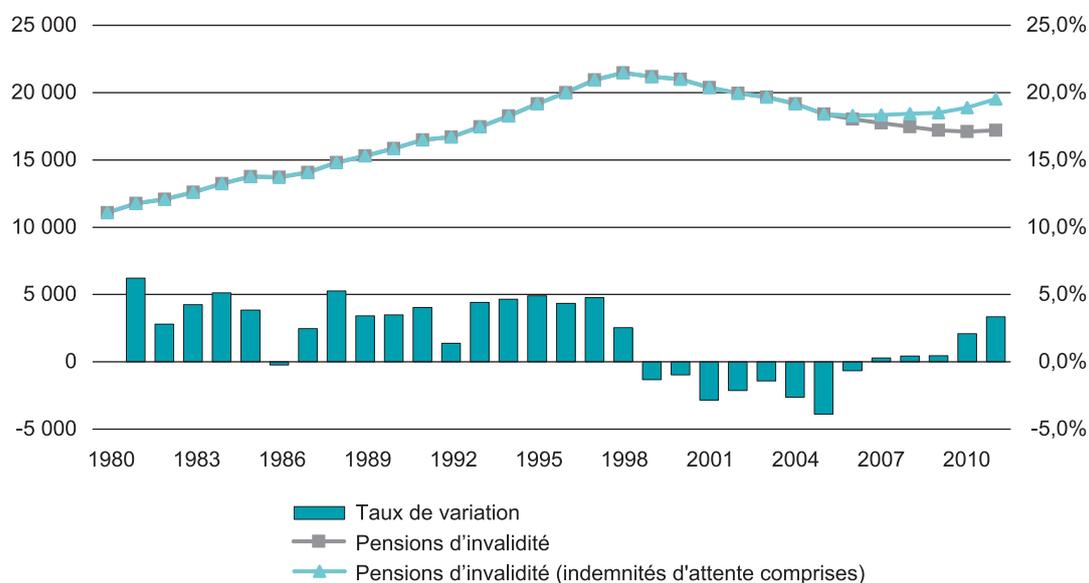
Un deuxième facteur était la hausse continue du nombre des pensions d'invalidité. Cette croissance était déjà anormalement élevée depuis 1975, en raison des conditions extrêmement favorables prévues par la loi du 26 mars 1974 portant fixation de suppléments de pension à allouer aux personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant en cas d'invalidité ou de décès précoces (complément différentiel). Cette évolution a été renforcée par le remplacement du critère de l'invalidité générale par celui de l'invalidité professionnelle à partir du 1er juillet 1987.

Ainsi, à partir de 1988, le stock des pensions a augmenté fortement d'année en année jusqu'au 28 novembre 1996 où l'arrêt de la Cour de cassation dans l'affaire Thill c/AVI a décidé que l'appréciation de l'invalidité d'un assuré ne se limite pas seulement à l'inaptitude pour son dernier poste de travail mais aussi par rapport au marché de l'emploi en général.

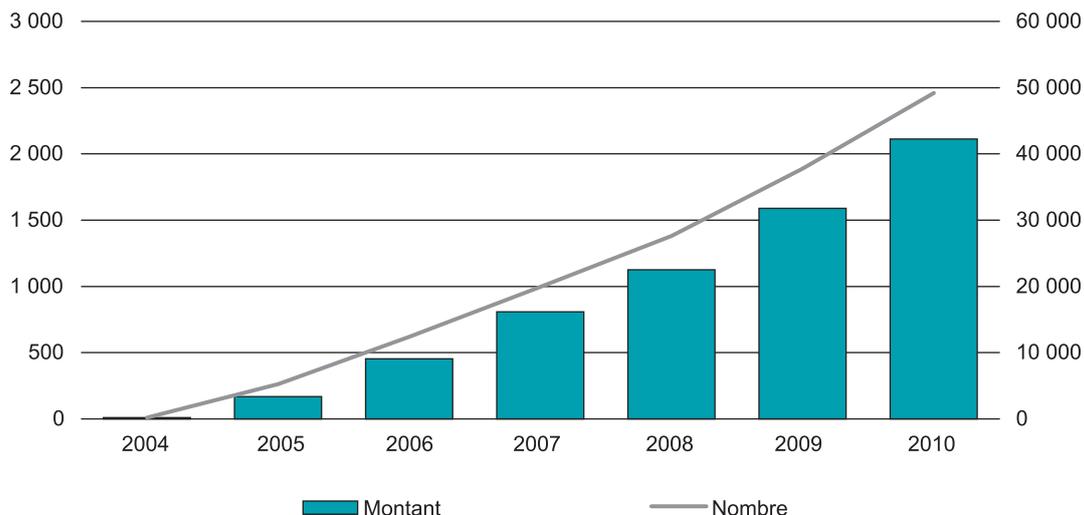
Cette précision de la Cour a provoqué une régression immédiate dans l'attribution des pensions d'invalidité.

La loi du 25 juillet 2002 a essayé d'améliorer la protection sociale de ceux qui souffrent d'une incapacité de travail tout en assurant le maintien de l'emploi, là où il est possible, par des mesures de réinsertion interne dans l'entreprise du travailleur ou externe, sur le marché du travail, par l'intermédiaire de l'Administration de l'emploi.

Evolution du nombre des pensions d'invalidité



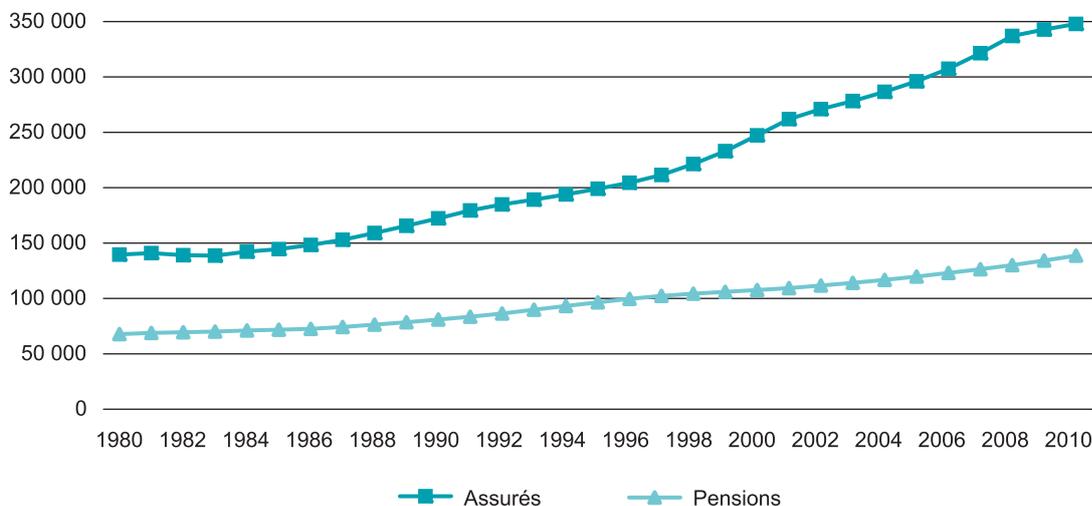
Evolution du nombre et du coût de l'indemnité d'attente (en milliers EUR)



Une indemnité d'attente est allouée au travailleur qui n'a pas pu être reclassé sur le marché du travail par l'Administration de l'emploi pendant la période légale de l'octroi de l'indemnité de chômage complet. Cette indemnité d'attente correspond à une pension d'invalidité et elle est à charge de la caisse de pension.

Le graphique 2 montre bien l'impact de l'arrêt de la Cour de cassation sur le nombre de pensions d'invalidité qui entame une évolution régressive prononcée, mais il est visible aussi que l'évolution des pensions d'invalidité et des indemnités d'attente pris ensemble commence à progresser sensiblement. Ceci illustre les difficultés rencontrées en matière de reclassement et engage les responsables de reprendre la législation y relative sur le métier.

Evolution du nombre moyen des assurés et des pensions



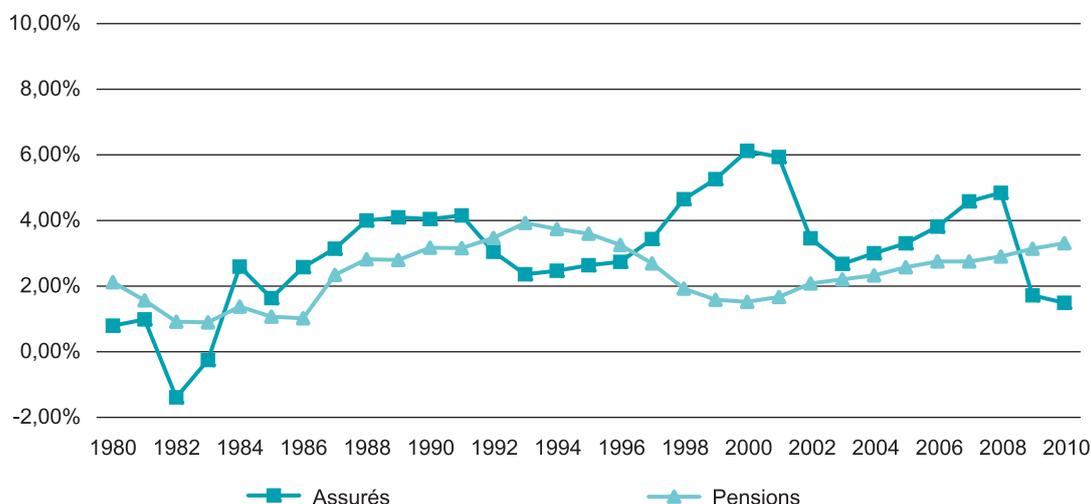
Jusqu'en 1991, le nombre total de pensions a évolué plus lentement que celui des assurés. Ceci était dû à une croissance assez modérée du nombre de pensions de survie du conjoint et à la régression du nombre de pensions d'orphelin. L'introduction de la pension de veuf à partir de 1988 ne s'est manifestée avec une certaine ampleur que dans le régime agricole. En 1995 et 1996, le taux de croissance du nombre de pensions personnelles avait dépassé celui du nombre des assurés cotisants. Depuis 1997, le régime a connu de nouveau la situation inverse avec un développement de l'emploi important qui s'est traduit par des taux de croissance du nombre des assurés cotisants, qui ont dépassé largement ceux du nombre total des pensions.

En 2002, les deux évolutions se sont rapprochées de nouveau, celle du nombre moyen d'assurés ayant marqué le pas dans un contexte de fléchissement conjoncturel, celle du nombre de pensions étant freinée par la régression des pensions d'invalidité, risque mieux encadré par les dispositions de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle.

De 2003 à 2008, les deux tendances évoluent en parallèle. Les pensions ont connu une progression annuelle légère et régulière, le nombre d'assurés a augmenté plus fortement jusqu'en 2008, ce qui a prononcé l'écart entre les deux évolutions.

Leur point d'intersection sur le graphique 5 montre bien le départ où le coefficient de charge commence à inverser la tendance, régressif depuis 1996, il entame un mouvement progressif à partir de 2009.

Variations annuelles du nombre moyen des assurés et des pensions



Le coût des pensions

Evolution des éléments de pension (en milliers EUR)

	2009	2010	Variation nominale	Variation réelle
Avances	-3 092,1	-984,7	-	-
Majorations forfaitaires	359 428,0	375 858,3	4,6%	2,9%
Majorations forfaitaires spéciales	44 185,7	45 439,7	2,8%	1,2%
Majorations forfaitaires transitoires	43 284,8	42 066,9	-2,8%	-4,4%
Majorations proportionnelles	1 908 561,5	2 011 576,2	5,4%	3,7%
Majorations proportionnelles spéciales	114 506,9	117 194,0	2,3%	0,7%
Majorations proportionnelles baby-year	13 440,1	16 155,5	20,2%	18,2%
Compléments pensions minima	86 129,9	87 259,3	1,3%	-0,3%
Compléments divers	6 560,9	6 205,0	-5,4%	-7,0%
Suppléments enfants	173,6	155,3	-10,5%	-12,0%
Compléments différentiels	20 285,2	19 039,7	-6,1%	-7,7%
Majorations assurance supplémentaire	3 168,6	3 090,6	-2,5%	-4,1%
Allocations de fin d'année	49 536,1	52 219,9	5,4%	3,7%
Allocations trimestrielles	383,8	349,4	-9,0%	-10,4%
Pensions brutes	2 646 553,1	2 775 625,0	4,9%	3,2%
Indemnité d'attente*)	31 797,9	42 254,7	32,9%	30,7%
Prétraite*)	27 877,2	29 410,3	5,5%	3,8%

*) Indemnité d'attente et prétraite comprises dans les éléments de pension.

Entre 2009 et 2010, les pensions brutes ont augmenté de 4,9%, soit de 3,2% 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 4,6%, ou les majorations proportionnelles et les allocations de fin d'année, qui progressent de 5,4%, 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 une opération de nettoyage extraordinaire en 2010, avant de décharger 12,3 millions EUR représentant les créances dans 472 cas de faillites remontant au-delà de 15 années et dont la récupération a été jugée plus qu'improbable, ce qui a augmenté le montant des décharges et extournes de l'exercice 2010 à 18,0 millions EUR face à 9,1 millions EUR, déduits en 2009.

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 1 006,8 millions EUR, dont 31,9 millions EUR figurent en tant que dotation au fonds de roulement de la CNAP. La dotation totale correspond à 33,3% des dépenses courantes.

Le Fonds de compensation enregistre ainsi une dotation à la réserve de compensation de 974,9 millions EUR, qui se décompose de l'excédent propre résultant du rendement sur le patrimoine placé au montant de 520,9 millions EUR et de l'excédent des recettes sur les dépenses transféré par la Caisse nationale d'assurance pension au montant de 454,0 millions EUR.

Les valeurs immobilisées

Le montant des valeurs immobilisées s'élève à 670,3 millions EUR face à 717,0 millions EUR en 2009.

Au 31 décembre 2010 figurent en outre 8 786,3 millions EUR au bilan, qui sont placés par le FDC en titres de placement et 591,3 millions EUR en placements bancaires à moins d'un an, dont 493,7 millions EUR par la CNAP, ce qui constitue en gros la réserve financière disponible de la caisse.

Les comptes financiers

Les comptes financiers au montant total de 9 382,7 milliards EUR accusent une progression de 13,1% par rapport à 2009. En conséquence de la concrétisation de la nouvelle stratégie de placement du fonds de compensation, le poids des actions continue d'augmenter dans le respect de la stratégie d'investissement retenue.

Ainsi, 2 410,2 millions EUR ont été placés dans le compartiment des placements monétaires de la SICAV au 31.12.2010 face à 5 074,9 millions EUR au 31.12.2009. Les résultats ont été modérés suite à des taux d'intérêt historiquement bas. Les placements en obligations ont été augmentés de 1 693,0 à 3 615,6 millions EUR avec un bon rendement des obligations EUR, tempéré quelque peu par celui des obligations Monde.

Le résultat du compartiment actions de la SICAV qui a plus que doublé la valeur placée de 2 410,2 à 5 074,9 effectue une surperformance en ligne avec son indice de référence stratégique, malgré un marché d'actions très volatile tout au long de l'année.

Structure des réserves (en milliers EUR)

	2009	2010
Placement en actions		
SICAV	1 011 296,8	2 739 518,8
Hors SICAF	13 136,6	21 023,4
Total	1 024 433,4	2 760 542,3
En % du total	11,40%	27,71%
Placement en obligations		
SICAV	1 692 961,0	3 615 581,9
Hors SICAF	10 151,7	0,0
Total	1 703 112,7	3 615 581,9
En % du total	18,95%	36,30%
Placements monétaires		
SICAV	5 074 912,2	2 410 212,2
Hors SICAF	89 300,0	97 600,0
Total	5 164 212,2	2 507 812,2
En % du total	57,47%	25,18%
Immeubles	209 779,5	208 402,5
En % du total	2,33%	2,09%
Prêts	507 170,7	461 855,0
En % du total	5,64%	4,64%
Trésorerie et intérêts courus	9 178,3	2 256,6
En % du total	0,10%	0,02%
Solde débiteur/créditeur	368 025,6	404 371,5
En % du total	4,10%	4,06%
TOTAL SICAV	7 779 170,0	8 765 313,0
Hors SICAF	1 206 742,4	1 195 509,0
Total	8 985 912,4	9 960 822,0
Revenu annuel (FDC)	353 594,0	520 929,7
Taux de rendement annuel (FDC)	4,22%	5,65
Trésorerie CNAP*)	473 508,6	591 300,0
Revenu annuel	4 511,9	2 720,1
Total des valeurs placées	9 091 395,4	10 147 750,5
Réserve du régime général	9 754 149,8	10 760 975,4

*) Avant 2009 les caisses de pension ont géré leur propre fortune.

La réserve de compensation

La réserve de compensation dépasse dorénavant les 10 milliards EUR et se chiffre ainsi à 10 761,0 millions EUR au 31 décembre 2010. Elle est en progression de 1 006,8 millions EUR par rapport au 31 décembre 2009. 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 2 849,5 millions EUR de dépenses pour prestations à charge du régime, la réserve de compensation représente actuellement 3,8 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
2010	39,9	20,8	3,78

Paramètres démographiques

Le coefficient de charge, qui avait diminué régulièrement d'une année à l'autre depuis 1997, témoin d'une progression des assurés dépassant significativement celle des pensions, avait entamé un mouvement inverse en 2009, avec un emploi sous les effets de la crise et une progression ininterrompue, voire accentuée du nombre des pensions. Cette tendance s'est plus que confirmée en 2010.

Paramètres financiers

La prime de répartition pure n'augmente que légèrement, d'une part en raison de dépenses pour prestations, qui ont augmenté parallèlement au nombre des bénéficiaires, mais qui n'ont pas été ajustées en 2010, de l'autre, en présence de recettes où les revenus de la fortune ont sensiblement augmenté en proportion, comme en valeur absolue, pour épauler ainsi l'évolution positive des cotisations.

Le niveau relatif et réel de la réserve de compensation, qui reflète la bonne santé actuelle du régime général, ne saurait cacher les défis tracés, conséquences des évolutions futures, surtout de celle inéluctable du nombre des bénéficiaires de pension, dont la trajectoire peut déjà être projetée sans erreur dès maintenant, et de celle du nombre des cotisants, qui dépend fondamentalement de l'environnement économique, que la sécurité sociale devra subir. La réforme envisagée de l'assurance pension devra consolider d'abord la santé financière du régime. A cet effet les mesures d'ajustage à retenir devront viser l'orientation des paramètres influençables, tout en préservant l'équité sociale de l'assurance.

L'évolution législative et réglementaire

La réforme de l'assurance pension

Au cours de l'année 2011, l'avant-projet de loi portant réforme de l'assurance pension 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 le Code du travail ;

a été finalisé.

Dans le cadre de la préparation de la réforme des pensions, le Parlement avait procédé à un débat d'orientation en date du 2 juin 2010. L'avant-projet de loi a été présenté à la commission de la Santé et de la Sécurité sociale de la Chambre des Députés en date du 17 mars 2011 et aux partenaires sociaux lors de réunions de consultation séparées en date des 27 et 29 juin 2011.

Le projet de loi tel que déposé en date du 25 janvier 2012 bénéficie du fait que la situation financière et démographique actuelle permet de consolider les droits acquis tout en proposant une approche équilibrée. Il a l'ambition de contribuer à :

- faire participer les pensionnés de manière équitable au revenu national ;
- maintenir un équilibre entre le revenu disponible des actifs et des retraités ;
- offrir des garanties non seulement aux retraités actuels mais aussi aux actifs d'aujourd'hui et de demain quant à leurs futures pensions ;
- constituer un " mix " de mesures concernant tant les dépenses que les recettes.

Le projet de loi confirme les piliers actuels de notre régime de pension tels que :

- le système de répartition pure avec réserve financière basé sur la solidarité intergénérationnelle ;
- le financement tripartite et paritaire (assurés, employeurs, Etat) ;
- l'âge légal de la retraite inchangé à 65 ans ;
- la pension anticipée à 57 ans avec 40 années de cotisations effectives ;
- la pension anticipée à 60 ans avec 40 années de cotisations effectives et de périodes complémentaires ;
- le maintien des régimes de préretraite ;
- la consolidation des rentes modestes par l'augmentation des majorations forfaitaires (Grundrente) ;
- le maintien des périodes d'éducation, de formation et de soins ;
- le maintien du système d'adaptation des pensions (ajustement et indexation) avec une meilleure prise en compte de l'évolution financière du régime pour ce qui concerne l'ajustement ;
- le maintien et l'amélioration des possibilités de conciliation d'une retraite complète ou partielle avec une occupation professionnelle (partielle).

Le projet de loi encourage l'individualisation des droits des assurés selon le principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes. En cas d'interruption de la carrière professionnelle, l'assuré peut opter pour l'assurance continuée ou facultative sur base d'une assiette de cotisation équivalant à un tiers du salaire social minimum.

Ajustement des pensions et rentes accident

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.

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 " Rentendësch " 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 interministériel 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 interministériel 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.

En date du 31 mai 2011, le Ministère de la Sécurité sociale a fait parvenir au Ministère de la Justice l'avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale sur les deux options proposées par le Conseil d'Etat, ainsi que sur la proposition de la Commission juridique de la Chambre des Députés. Dans cet avis, ladite Inspection générale souligne que le modèle à deux variantes proposé par le Conseil d'Etat pose des problèmes considérables de financement, aussi bien pour les budgets individuels des couples que pour le budget de l'Etat. En plus, le modèle soulève un grand nombre de questions de faisabilité technique.

Une solution beaucoup plus pragmatique serait celle 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. Le département de la Sécurité sociale partage la proposition de la Commission juridique de créer une seule prestation compensatoire, tenant compte de tous les éléments socio-économiques du couple, dont la décision de l'attribuer ou non et la fixation du montant relèvent de l'appréciation souveraine du juge.

Administration du patrimoine du régime général de pension

Dans sa réunion du 20 janvier 2011, le conseil d'administration du Fonds de compensation (FDC) a élaboré une directive concernant les principes et règles de gestion du patrimoine. Cette directive établit l'univers d'investissement, les styles d'investissement (gestion active et passive), ainsi que la stratégie d'investissement. Elle est conforme aux limites d'investissement arrêtées dans le règlement grand-ducal du 22 juillet 2009 déterminant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un organisme de placement collectif. La directive du 20 janvier 2011 a été approuvée par arrêté ministériel du 2 février 2011.

En date du 22 septembre 2011, la société KPMG a présenté au conseil d'administration du FDC les résultats de son étude sur l'utilisation de produits dérivés, les risques de contrepartie et les contrats avec les prestataires principaux du FDC. Cette étude ne contient pas de conclusion sur laquelle il faudrait réagir d'urgence. Elle a montré qu'il n'existe pas de risque imminent pour les fonds investis.

Après avoir exclu de son univers d'investissement en septembre 2010 les sociétés accusées de ne pas respecter les conventions d'Oslo (bombes à sous-munitions) et d'Ottawa (mines antipersonnel), le FDC a signé en date du 15 octobre 2011 une convention avec la société suédoise GES INVESTMENT SERVICES (GES). Conformément à cette convention, GES procédera semestriellement à un " screening " destiné à identifier les sociétés ne respectant pas les conventions internationales ratifiées par l'Etat luxembourgeois portant sur le respect de l'environnement, la responsabilité institutionnelle et la responsabilité solidaire et sociale. GES adressera au FDC un rapport motivé faisant état des sociétés à exclure de l'univers d'investissement, voire des sociétés figurant sur une liste d'observation.

Le conseil d'administration dudit FDC a ainsi validé lors de sa réunion du 24 novembre 2011 une première liste d'exclusion lui transmise le 15 novembre 2011 par GES. La susdite liste a été transmise à tous les gérants avec ordre de considérer dès lors tout actif financier d'une des 57 sociétés figurant sur cette liste d'exclusion comme actif inéligible et de vendre, le cas échéant, tout actif financier émanant d'une de ces sociétés actuellement détenu avant le 31 décembre 2011. Cette liste d'exclusion sera mise à jour et proposée au conseil d'administration du FDC pour la prochaine fois au mois de mai 2012.

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 2011. Un projet de loi afférent sera présenté au début de l'année 2012.

A été pris au courant de l'exercice 2011 le règlement grand-ducal suivant :

- Le règlement grand-ducal du 8 décembre 2011 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 8 décembre 2011 a fixé le coefficient d'ajustement pour l'exercice 2010.

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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 les 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 problème.

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

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

- les instruments de la mesure de la 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 ;
- 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 pour tous les types de 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** qui est non seulement compétente pour l'assurance maladie mais aussi pour l'assurance dépendance. Dans ce cadre, 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. Convoquée 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 2011 ne se caractérise pas par des changements fondamentaux que ce soit au plan légal ou 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 lancés les années précédentes et dans certains cas par leur aboutissement.

2. L'évolution de l'assurance dépendance

Depuis sa mise en place au 1er janvier 1999, l'assurance dépendance ne cesse de se développer.

Ce développement se marque tout autant au niveau du nombre de bénéficiaires que des prestataires et des moyens financiers.

2.1. L'évolution des bénéficiaires de l'assurance dépendance

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance depuis 2000

Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2000	5 810		5 735	98,70%
2001	6 632	14,10%	6 533	98,50%
2002	7 422	11,90%	7 292	98,20%
2003	8 250	11,20%	8 078	97,90%
2004	8 966	8,70%	8 776	97,90%
2005	9 528	6,30%	9 303	97,60%
2006	9 857	3,50%	9 612	97,50%
2007	10 249	4,00%	9 985	97,40%
2008	10 621	3,60%	10 328	97,20%
2009	11 156	5,00%	10 855	97,30%
2010	11 706	4,90%	11 376	97,20%

2.2. L'évolution des prestataires opérant dans le cadre de l'assurance dépendance

Evolution du personnel des différents types de prestataires par qualification entre 2007 et 2009

Type de prestataire	2007	2008	2009
Réseaux d'aides et de soins	1 559,9	1 715,2	1 829,7
Personnel d'assistance et de soins	1 433,3	1 558,1	1 652,6
Personnel socio-éducatif	11,7	28,5	33,5
Personnel administratif	104	116,2	129,5
Personnel technique et logistique	11	12,4	14,1
Centres semi-stationnaires	253,1	276,8	321,1
Personnel d'assistance et de soins	148,1	157,7	178,3
Personnel socio-éducatif	46,6	53,5	70,9
Personnel administratif	14,6	15,9	19,4
Personnel technique et logistique	43,8	49,7	52,4
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	3 987,8	4 166,5	4 163,2
Personnel d'assistance et de soins	2 555,4	2 702,1	2 728,0
Personnel socio-éducatif	65	80,4	90,7
Personnel administratif	245,7	251	215,8
Personnel technique et logistique	1 121,7	1 133,0	1 128,7
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	764	770,6	813,8
Personnel d'assistance et de soins	312,9	309,9	312,7
Personnel socio-éducatif	307,1	328,3	353,1
Personnel administratif	37,7	39,4	45,1
Personnel technique et logistique	106,3	93	102,9
TOTAL	6 564,8	6 929,1	7 127,8
Variation en %		5,50%	2,90%
Nombre d'ETP prestant des soins	4 449,7	4 727,8	4 871,6
Nombre d'ETP prestant des soins (en %)	67,80%	68,20%	68,30%

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

La structure organisationnelle que la Cellule d'évaluation et d'orientation s'est donnée en 2009 se révèle progressivement d'une grande efficacité.

Cette efficacité et les efforts qui l'ont amenée ont été officiellement reconnus par le Mouvement Luxembourgeois de la Qualité (MLQ).

Ainsi, la CEO a été honorée de la mention **SUR LA VOIE DE L'EXCELLENCE**, le 25 novembre 2011. Cette récompense démontre certes que les efforts doivent être poursuivis mais elle montre surtout qu'un bon niveau de qualité est déjà atteint dans les différents domaines qui ont été évalués.



Les points forts identifiés lors de cette évaluation étaient principalement :

- l'engagement exemplaire de la direction pour que son personnel s'approprie la politique et la stratégie qualité qu'elle veut déployer dans son service ;
- la bonne communication en interne qui est visible au travers des supports de communication (outil intranet performant) et l'organisation de réunions trimestrielles avec tout le staff ;
- la culture du service au client à tous les niveaux comme levier d'amélioration continue
- la gestion des réclamations et des plaintes, correctement formalisée
- et enfin, la mise en place d'une équipe qualité avec du personnel qualifié et communicant.

Au cours de l'année 2011, certains changements ont encore été apportés à l'organisation, notamment la fusion du service de la qualité interne et du service de la promotion de la qualité des prestations. Il s'agissait l'un et l'autre, de services avec de faibles effectifs, dont la fusion doit permettre une démultiplication des moyens.

En outre, afin de permettre une diffusion efficace de la politique de qualité promue par le service, la responsable partenariat et communication externe s'y est ajoutée au cours de l'année.

Le service évaluation et détermination a quant à lui subi une réorganisation interne. La création d'équipes régionales placées sous l'autorité d'un responsable régional a introduit un niveau de management intermédiaire dans ce service très important du point de vue des effectifs.

Les paragraphes qui suivent s'attachent à présenter les principales activités des différents services.

3.1. 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 2011, plusieurs réalisations d'un grand intérêt pour l'ensemble de la CEO.

Il y a lieu de citer entre autres :

- L'investissement important au projet de gestion de la sécurité qui avait été précédé par une analyse très détaillée des risques encourus par la CEO. Ce projet a été mené en collaboration avec le Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur. L'objectif est de développer progressivement une politique générale de la sécurité ;
- La collaboration avec le comptoir électrotechnique luxembourgeois (CEL) à une analyse du trafic téléphonique de la Cellule d'évaluation et d'orientation de façon à en cerner les faiblesses. Plusieurs remèdes y ont déjà été apportés.
- L'apport fondamental apporté par l'informatique tant pour le perfectionnement des instruments d'évaluation que pour la communication interne (intranet, évaluation de la satisfaction...)
- L'important support apporté par le service pour la coordination des travaux du référentiel destiné au bilan des compétences des agents de la CEO. Ce référentiel a pour objectif d'aider au recrutement de nouveaux agents mais aussi d'orienter la politique de formation continue.
- L'important support apporté par le service pour l'élaboration du plan de formation des années 2012 et 2013.

3.2. Le service orientation des dossiers

La mission du service est d'orienter les demandes de prestations vers le professionnel disposant de la qualification la mieux adaptée au besoin du demandeur de prestations.

Son objectif est la coordination de l'activité des **équipes de tri des dossiers** et de l'**équipe de distribution** du travail aux différents référents. 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 le délai entre l'introduction de la demande et son traitement et de garder un délai moyen relativement constant durant l'année écoulée. En 2011, le nombre moyen mensuel de dossiers en traitement était à son niveau le plus bas depuis 2006. Actuellement, le délai entre l'introduction de la demande et l'attribution du dossier au référent qui en est responsable, se situe entre quatre et neuf semaines en fonction du degré d'urgence et du lieu d'évaluation (domicile versus établissement).

Dans le courant de l'année 2011, la moyenne mensuelle des demandes introduites s'élevait à 526 unités (alors que depuis 2006, la moyenne mensuelle était autour de 480).

Au 1er janvier 2012, le nombre de dossiers en traitement était de **1 657**.

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

L'innovation de 2011 en matière d'orientation fut l'examen **en une étape unique** des premières demandes pour aides et soins et des demandes pour aides techniques et adaptations du logement. Cette méthode permet de réduire le nombre d'intervenants nécessaires. Auparavant, les trois types de demandes étaient examinées séparément, même lorsqu'elles étaient introduites par le même demandeur. Le groupe chargé de l'orientation des dossiers (composé depuis 2011 d'un médecin et d'un ergothérapeute ou d'un kinésithérapeute) a ainsi orienté **4 735 dossiers**.

2 874 dossiers ont été orientés pour une évaluation par **un seul professionnel** :

- **1 399** dossiers ont été prévus pour une évaluation par un médecin (nombre en baisse par rapport à 2010) ;
- **1 475** dossiers ont été prévus pour une évaluation par un référent d'une autre profession, à savoir un infirmier, un infirmier psychiatrique, un ergothérapeute, un kinésithérapeute ou un psychologue.

On peut estimer que dans la majorité des cas, le dossier a été bien orienté. On constate, en effet, qu'au cours de l'année 2011, seuls 158 dossiers ont dû être redistribués à un second référent (soit 5%).

Les mauvaises orientations sont en général imputables à l'imprécision de certains rapports du médecin traitant.

Les demandes restantes (1861) étaient par ordre décroissant :

- des demandes en provenance de personnes hospitalisées ;
- de personnes en rééducation ;
- de personnes autonomes ;
- de personnes demandant l'octroi de prestations en espèces forfaitaires pour certaines maladies ou déficiences (article 349 du Code de la sécurité sociale¹⁾).

Sur **1 183** demandes pour aides techniques et adaptations du logement, **584** ont été retenues pour une évaluation sur place par un référent.

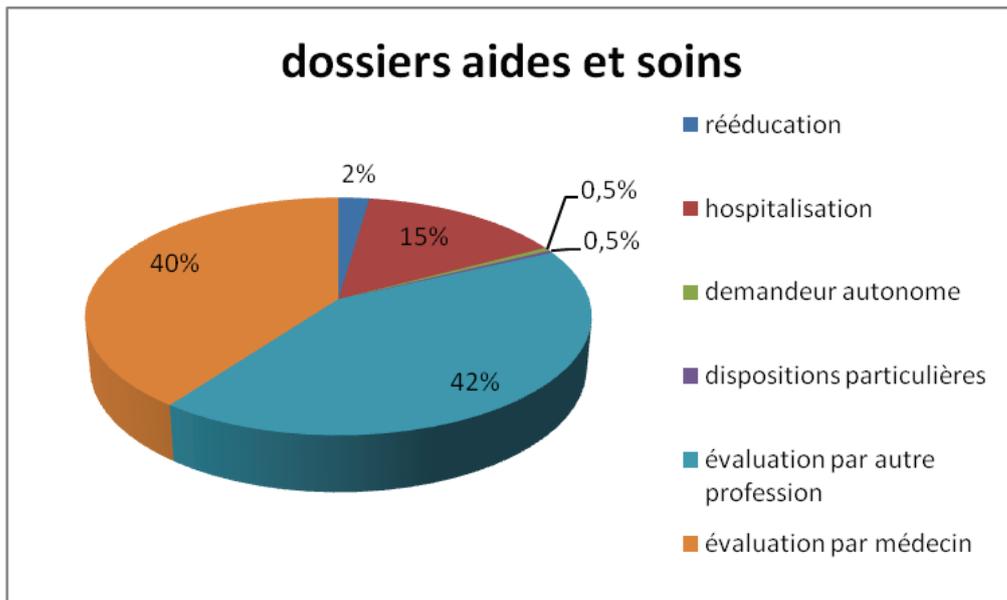
Le solde des demandes (599) est constitué :

- de transcriptions d'aides techniques accordées par l'assurance maladie et mise à disposition pour une durée dépassant six mois ;
- d'aides techniques commandées directement sans nécessité d'une visite à la personne.

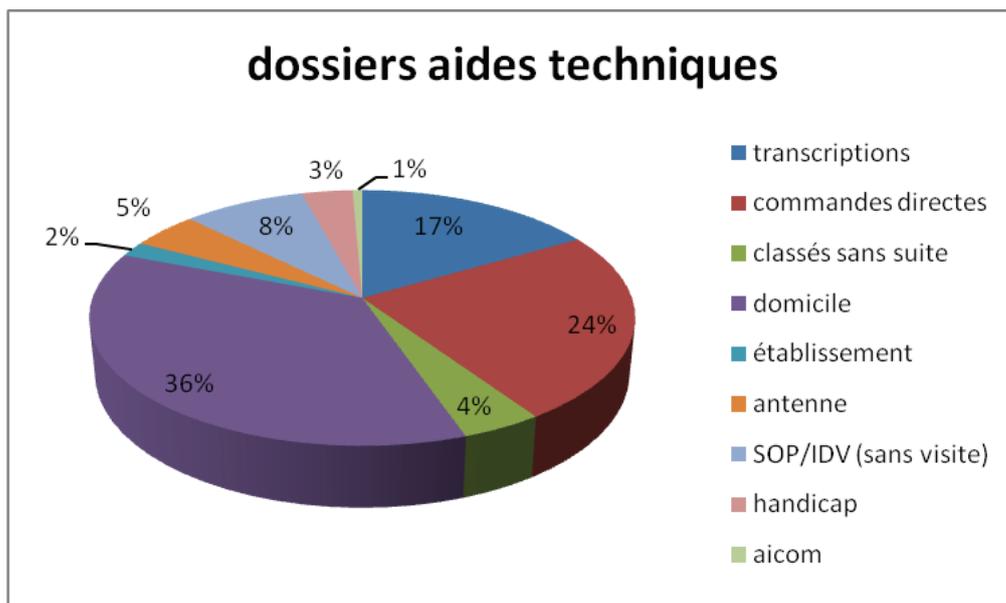
En 2011, le nombre de demandes pour aides techniques introduites par formulaire a fortement diminué en raison de la possibilité de passer par la voie téléphonique (HELPLINE).

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.

Distribution des demandes pour aides et soins par type d'orientation



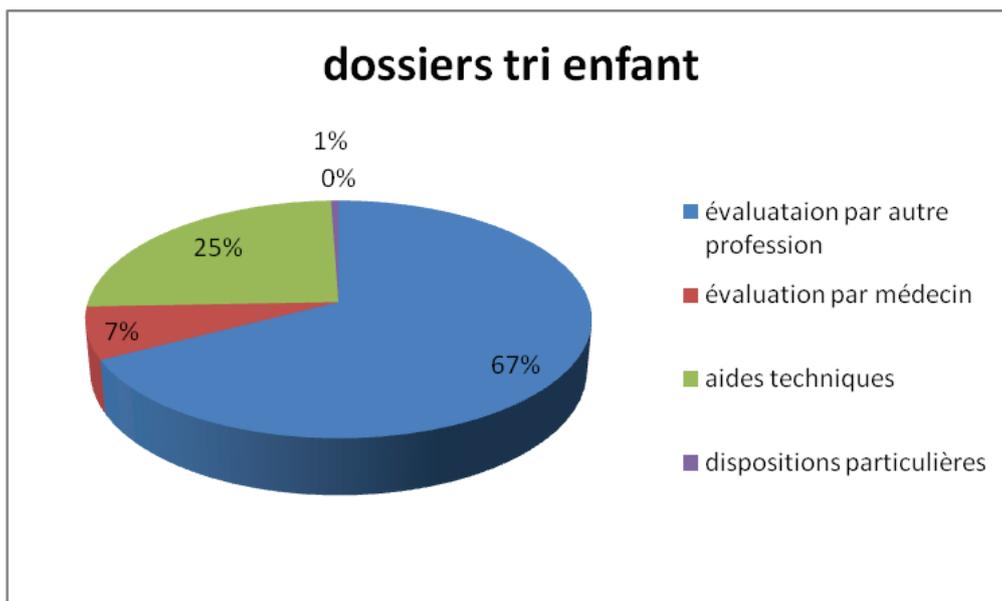
Distribution des demandes pour aides techniques par type d'orientation



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

Les demandes émanant d'enfants et adolescents jusqu'à l'âge de seize ans sont examinées par un groupe tri spécifique.

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 2011, 376 dossiers ont fait l'objet d'une orientation. 197 (52%) demandes concernaient des enfants âgés de moins de huit ans.



3.3. Le service évaluation et détermination

Le service évaluation et détermination (SED) assure au moins cinq des onze missions qui incombent à la Cellule d'évaluation et d'orientation selon le Code de la sécurité sociale.

Le SED s'occupe en effet de l'émission d'avis relatifs à l'existence de l'état de dépendance, de la détermination d'un plan de prise en charge et de l'établissement dans un avis du plan de partage des aides et soins.

Les différents référents informent et conseillent également au cours de leur évaluation les personnes protégées et les personnes de l'entourage de la personne dépendante, et certains référents fournissent des expertises à la demande d'autres services publics.

En mai 2011, dans le cadre de la mise en place de nouvelles procédures, un nouvel outil d'évaluation a été mis à disposition de tous les évaluateurs, tant des référents internes que des médecins externes de la CEO. Ce questionnaire, identique pour tous les référents, quelle que soit leur spécificité professionnelle, a remplacé les questionnaires spécifiques utilisés jusqu'alors. L'**avis**, partie centrale du questionnaire - à côté de l'évaluation médicale qui n'a pour ainsi dire pas changé quant au fond - documente de façon synthétique l'avis du référent sur la situation de dépendance du demandeur, les raisons engendrant cette situation de dépendance et les prestations requises. Chaque rubrique fournit une description précise du besoin d'aide du demandeur par domaine d'intervention, à savoir l'aide humaine, le soutien, le conseil, les aides techniques et les adaptations du logement.

Par ailleurs, cette année a vu se poursuivre l'objectif, initié les deux années précédentes, concernant **le traitement de l'intégralité du dossier par un seul référent**. Ainsi, la majorité des dossiers ont été traités en 2011 par un intervenant unique : sur **4 387** dossiers distribués, seulement **158** ont été redistribués à un 2^e référent, soit 4 % du total. Cette baisse est spectaculaire par rapport aux années précédentes. En 2010 en effet, 20% des évaluations médicales distribuées ont été redistribuées pour évaluation de base, et en 2009 ce chiffre se situait encore à 43 %. Cette mesure a évidemment eu un impact direct sur la durée de traitement des dossiers.

De plus, après l'introduction de la **fiche téléfax** en 2010, des améliorations substantielles ont de nouveau été apportées en 2011 au niveau de la **Help-line**. Pour améliorer l'accessibilité de la ligne, elle est désormais assurée par deux personnes. Un effort conséquent a dès lors été consenti pour la formation de collaborateurs, infirmiers/ères pour l'essentiel, appelés à seconder les ergo- et kinésithérapeutes qui s'occupaient de cette tâche jusqu'à présent.

Enfin, le service évaluation et détermination s'est doté en 2011 de trois équipes régionales, sous l'égide d'un responsable régional. L'objectif de ces subdivisions du service est d'être un centre de ressources et de compétences dans leur région, et elles comprennent dès lors au moins un professionnel de santé de chaque métier représenté au sein de la CEO. Leurs missions sont l'évaluation et la détermination de tous les types de demandes et de toute la population cible de la région, ainsi que le recensement des spécificités prédominantes dans leur région. Chaque région est également l'interlocuteur des responsables de la CEO et des partenaires externes. C'est dans ce contexte qu'une nouvelle forme de collaboration avec le Centre national de rééducation fonctionnelle et les différents services de

rééducation gériatrique a été élaborée. Elle vise à une meilleure prise en charge de ces patients en réhabilitation, et sera mise en œuvre en 2012.

3.4. Le service qualité

Le service qualité se compose actuellement de cinq personnes : un ingénieur-maître en ingénierie de santé, un infirmier gradué, une infirmière auditrice, un assistant social qui assume la responsabilité des procédures et coordination et la psychologue-responsable de la communication externe.

Un sixième agent rejoindra le service au début de l'année 2012.

Comme on l'a dit précédemment, le service qualité traite dorénavant à la fois des questions de qualité interne (le mode de fonctionnement de la CEO) que de questions de qualité externe (qualité et quantité des soins apportés par les prestataires aux bénéficiaires de l'assurance dépendance).

En raison de sa position d'intersection entre le fonctionnement interne et la promotion de la qualité chez les prestataires, le service a été rejoint par le responsable du partenariat et de la communication externes.

Cette position charnière complique quelque peu la présentation de l'activité du service car les différentes réalisations sont fortement imbriquées l'une dans l'autre.

a. Le service qualité gère les plaintes

Un système de gestion des plaintes est effectif depuis 2008 au sein de la CEO. Un logiciel spécifique a été développé afin de retracer toutes les plaintes enregistrées ainsi que leur suivi. Ces plaintes peuvent concerner tout autant des problèmes de fonctionnement de la CEO ou de l'administration de l'assurance dépendance que des défauts de qualité chez les prestataires.

En 2011, le service qualité a traité 40 plaintes. La durée de traitement est de 19 jours en moyenne pour toutes les plaintes qui visent nos partenaires et de 3 jours pour les plaintes qui sont en lien avec le fonctionnement de la CEO. La majorité des plaintes est formulée par l'aidant informel et la voie de transmission la plus fréquente est l'appel téléphonique.

Parmi toutes les plaintes enregistrées, 15% ont concerné le fonctionnement de la CEO.

Distribution des plaintes selon l'organisme concerné

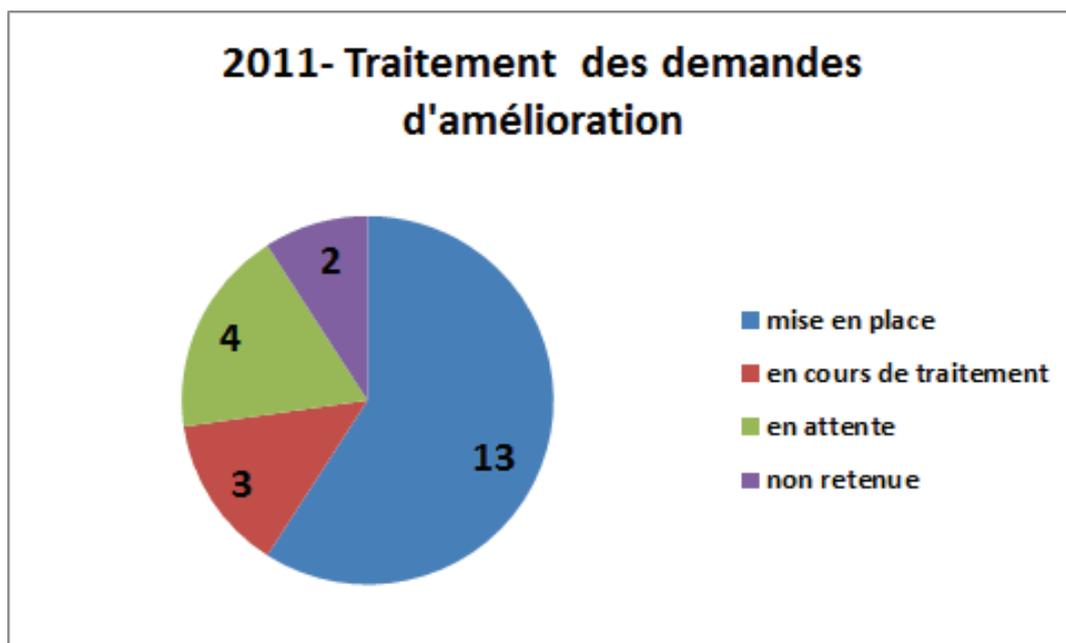
Les plaintes les plus fréquentes sont relatives à un défaut de qualité dans la prise en charge par un ou plusieurs prestataires. Dans ce cas, la CEO invite tout d'abord les plaignants à se mettre en relation avec le management de première ou seconde ligne du prestataire et intervient si les situations ou relations entre les différentes parties ne permettent pas de garantir l'exécution du plan de prise en charge. Le service qualité a ainsi effectué des contrôles ponctuels suite à des plaintes formulées à l'encontre de certains prestataires et est intervenu auprès de certains fournisseurs d'aides techniques.

b. Le service qualité gère les demandes d'amélioration

Le service qualité initie de façon régulière des démarches pour développer une culture qualité. En juin 2009, le service a lancé un premier appel à tous les agents afin de transmettre leurs réflexions en termes d'amélioration des pratiques existantes. Chaque agent peut documenter les adaptations souhaitées par rapport aux procédures actuelles ou demander une nouvelle pratique via une demande d'amélioration. Chaque demande est enregistrée et suivie par le service qualité et elle est transmise pour évaluation de la mise en pratique au service compétent.

Au cours de l'année 2011, le service qualité a enregistré 22 demandes d'amélioration. Le graphique ci-dessous reprend l'état de suivi de toutes les demandes.

Distribution des demandes d'amélioration selon le stade de traitement



c. Le service qualité est chargé de la mise en place d'un système de gestion des données : le DATAWAREHOUSE (DWH)

Le DWH a vu le jour en 2011 et a notamment permis de fournir un premier ensemble de données pour une analyse de la politique et des résultats de la procédure de réévaluation des dossiers aides et soins. En outre, l'analyse des données a permis de déceler un certain nombre d'incohérences dans le traitement des dossiers. Ces incohérences ont ainsi pu être redressées.

d. Le service qualité est chargé des relations entre l'organisme gestionnaire (CNS) et la CEO

Le service qualité est le partenaire privilégié de la CNS pour le traitement de dossiers particuliers. L'application de procédures communes se doit d'être validée par les deux services (CEO et CNS-Dépendance). Il convient au service qualité de s'assurer de la cohérence des procédures avec la législation en vigueur. Ce suivi est garanti par des échanges constants entre la CEO et le département dépendance ainsi que la direction juridique de la CNS.

e. Le service qualité a participé à la mise en place de la "Nouvelle Evaluation et Détermination " (NED)

Le service qualité a participé activement au projet NED en assurant notamment toute la partie " administration de projet ". Il a assuré, en outre, le suivi des mesures mises en place et la bonne application des standards, critères et ensemble des consignes.

De plus, les changements amenés par le projet NED ont demandé un alignement de procédures et outils utilisés. Le service qualité a accompagné le service évaluation et détermination dans l'adaptation ou formalisation des procédures propres aux référents.

Enfin, le service qualité a recueilli, en collaboration avec le service de la gestion administrative, les appréciations des référents quant à l'introduction du nouveau questionnaire, des nouvelles procédures et des technologies développées dans le cadre du projet NED.

f. Le service qualité est chargé de la modélisation des procédures

La modélisation des procédures et de l'organigramme avait été interrompue en 2010 en raison de contraintes techniques et de l'évolution des différents processus de la CEO. Néanmoins, au cours de l'année 2011, le service qualité a poursuivi sa collaboration aux travaux de mise en place de la plate-forme de méthodologie commune des organismes de la sécurité sociale.

g. Le service qualité participe aux travaux de la Commission qualité

Le service qualité 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. Le service qualité était en charge la gestion du groupe de travail qui a fourni ses premières conclusions pour des recommandations à l'usage des professionnels. Cependant, les travaux n'ont pas été finalisés en 2011 en raison de questions juridiques restées en suspens et d'un manque de ressources tant au niveau de la CEO que chez les différents partenaires.

h. Le service qualité a été chargé du recensement des prestations dans les établissements à séjour continu (étude KTR)

Le service qualité a été fortement impliqué dans le 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. Ce projet a pris fin à l'été 2011 et est passé dans une phase opérationnelle.

Le service qualité intervient notamment dans le support aux personnes chargées de recenser les prestations dispensées dans les établissements à séjour continu. Il assure une **Help-line** visant à répondre à toute question relative au remplissage des questionnaires de relevés des prestations. Cette permanence est assurée lors de chaque période de recensement.

i. Le service qualité est chargé du partenariat et de la communication externes

A ce titre, le service a mené plusieurs actions de communication sur les réalisations de la CEO, des actions de mesure de la satisfaction des clients et plusieurs campagnes d'information.

- *La conférence de presse présentant l'enquête de satisfaction des résidents en institutions bénéficiant de l'assurance dépendance*

Le mercredi 16 novembre 2011 a eu lieu une conférence de presse conjointe du ministre de la Sécurité sociale, Mars Di Bartolomeo et de la ministre de la Famille et de l'Intégration, Marie-Josée Jacobs. Cette conférence fut l'occasion de présenter les résultats d'une étude, pilotée par la CEO et réalisée par le CRP Santé, entre août 2009 et avril 2010 sur la satisfaction des bénéficiaires de l'assurance dépendance résidant en établissements d'aides et de soins à séjour continu. Cette étude de satisfaction faisait suite à celle déjà menée en 2007 auprès des bénéficiaires de l'assurance dépendance à domicile.

- *Lancement de l'enquête de satisfaction sur les services fournis auprès des clients de la CEO*

Depuis 2010, la CEO s'efforce de respecter des engagements qu'elle a formalisés dans une Charte d'accueil et de service dans le but d'améliorer ses services au public.

La Charte d'accueil et de service de la CEO comporte différents engagements dont la vérification ne peut se réaliser qu'à travers un questionnaire de satisfaction. Il s'agit d'identifier les sources d'insatisfaction des bénéficiaires et de prendre des mesures d'amélioration.

Le questionnaire a été réalisé par le Service Qualité et la responsable " Partenariats et communication externe " .

Les questionnaires sont adressés aux bénéficiaires vivant à domicile et ayant reçu un plan de prise en charge éligible suite à une première demande de prestations. Le démarrage des envois a eu lieu au mois de septembre 2011. Il a été décidé de poursuivre le projet dans un premier temps sur une durée de six mois, après laquelle un premier bilan sera dressé. Le taux de réponse au questionnaire se situant entre 40 et 50% s'avère particulièrement satisfaisant.

Une première présentation des résultats de l'enquête de satisfaction se fera en 2012.

- *Cours de formation sur l'assurance dépendance et séances d'information pour le grand public*

La CEO a assuré officiellement en 2011, les cours portant sur l'assurance dépendance auprès des étudiants aides-soignants et infirmiers du Lycée technique pour professions de santé (LUXEMBOURG-VILLE, BASCHARAGE ET ETTTELBRUCK).

Les personnes inscrites à la formation d'aide-socio-familiale ont également pu profiter des cours dispensés par les professionnels de la CEO (ESCH-SUR-ALZETTE et ETTTELBRUCK).

Les supports de cours (en français et en allemand) ont été élaborés sous la responsabilité du service " Partenariats et communication externe " en fonction des populations cibles. Il a également veillé à la coordination des différents cours.

D'autres formations ont été assurées pour les étudiants inscrits à la formation d'assistant social (sous la responsabilité du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche), les étudiants en médecine (Université de Luxembourg) et des personnes inscrites à l'Objectif plein emploi.

Comme chaque année, des séances d'information ont été proposées pour le grand public suite à la demande des organisateurs (commission consultative de la commune de HESPERANGE, LCGB, Centrale paysanne de MERSCH).

Au mois de novembre 2011, l'assurance dépendance du Luxembourg a été présentée lors de la semaine médicale de la Lorraine qui a eu lieu à NANCY (Faculté de Médecine).

- *Séances d'informations sur les chaînes de radio luxembourgeoises*

Une première émission portant sur l'assurance dépendance a été proposée par la chaîne de radio 100,7, au mois de février 2011. Elle a été suivie par une série de onze émissions diffusées par la chaîne de radio RTL.

- *Site internet www.mss.public.lu, rubrique dépendance*

La catégorie **espace professionnel** de la rubrique **dépendance** du site internet du Ministère de la Sécurité sociale est alimentée régulièrement par la CEO et permet de partager avec les prestataires, des informations sur l'assurance dépendance, les outils de mesure de la dépendance et la définition des différentes prestations.

Au cours de l'année 2011, la version actualisée du guide **description des prestations à déterminer dans le cadre de l'assurance dépendance** les modifications dans l'organisation de la CEO (régionalisation des agents du service SED) et différentes dispositions pratiques ont été publiées dans cet espace.

4. Les activités 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.

En 2011, la commission s'est réunie à 5 reprises.

Les travaux ont porté tout particulièrement sur un plan hygiène et l'amélioration de la documentation de soins mise en œuvre par les prestataires d'aides et de soins.

a. Par rapport au plan hygiène : la commission a choisi de traiter prioritairement le domaine de l'hygiène du personnel en mettant l'accent sur la tenue de ce dernier. Les recommandations issues du groupe de travail doivent encore être revues et validées par la COPAS.

b. Par rapport à la documentation de soins :

- la commission a donné un mandat à un groupe de travail interne pour élaborer des recommandations en matière de prévention, de documentation et d'évaluation des escarres. Ce document devrait être finalisé en 2012 ;
- un thème essentiel en matière de documentation de soins est la protection des données des personnes soignées. Or, compte tenu de la multiplicité des acteurs (secteur de soins de longue durée, secteur aigu, médecins traitants, personnes dépendantes) il faudra trouver des solutions globales avec l'objectif de permettre un échange sécurisé entre tous les intervenants. A ce sujet la commission a recouru à l'expertise de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Celle-ci organisera une entrevue avec la Commission nationale pour la protection des données.

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.

5. Première réunion de la commission de surveillance dans sa compétence pour l'assurance dépendance

Cette première réunion a été convoquée pour trancher un litige opposant la Caisse nationale de Santé à un prestataire, en matière de facturation. Le litige portait sur une interprétation controversée des coefficients en matière d'activités de soutien.

6. Au niveau de l'ensemble de l'assurance dépendance, l'année 2011 a été marquée par la conclusion de trois études

a. Le projet d'action expérimentale *NUETSWAACH*

Le projet d'action expérimentale *NUETSWAACH* été mené par la STEFTUNG HELLEF DOHEEM, en collaboration avec la CEO, entre le 1er mars 2009 et le 28 février 2011.

Le projet avait pour but de définir les indications de la garde de nuit et d'en estimer le coût en vue d'une éventuelle intégration parmi les prestations de l'assurance dépendance.

La garde de nuit apparaissait comme une prestation susceptible d'être intégrée dans les prestations de l'assurance dépendance afin de faciliter le maintien à domicile d'une personne dépendante, en permettant un remplacement ou un soulagement de l'aidant informel par une surveillance de la personne dépendante qui ne peut rester seule, durant la nuit.

Lors de la préparation du projet, le nombre de bénéficiaires potentiels de la prestation expérimentale *NUETSWAACH* avait été estimé à trois cent cinquante. Le nombre de bénéficiaires possibles du projet avait été limité à ce plafond par le règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 fixant les modalités du déroulement du projet.

Sur les deux années du projet, le nombre de bénéficiaires potentiels s'élevait à 510.

En définitive, seules cinquante personnes ont bénéficié du projet,

- **soit 14,3% de la population estimée avant le démarrage,**
- **soit 9,8 % de la population qui répondait aux critères sur les deux années.**

Au vu de ces chiffres, on pouvait se demander s'il existait un réel besoin de gardes de nuit ou si les critères d'attribution étaient inadaptés.

La seconde hypothèse apparaît plus vraisemblable au regard des demandes qui ont été refusées par l'assurance dépendance. Parmi les refus figurent notamment un nombre important de personnes démentes, des personnes en fin de vie ainsi que des personnes atteintes d'affections lourdes qui auraient requis une présence durant la nuit mais qui ne répondaient pas aux critères très sévères fixés au démarrage du projet.

Sur les deux années, 120 personnes ont utilisé la prestation garde de nuit en la payant eux-mêmes :

5 376 gardes de nuits ont été payées par les bénéficiaires eux-mêmes, sans intervention de l'assurance dépendance.

Dans l'attente d'une éventuelle intégration de la garde de nuit dans le relevé des aides et soins de l'assurance dépendance, la prise en charge des gardes de nuit sera assurée par le ministère de la Famille et de l'Intégration avec les mêmes conditions que dans le cadre du projet d'action expérimentale.

b. L'étude sur la satisfaction des bénéficiaires de l'assurance dépendance en établissement d'aide et de soins à séjour continu.

L'étude avait pour objectif d'évaluer la satisfaction des bénéficiaires de l'assurance dépendance, résidant dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu, à l'instar de ce qui avait été fait en 2006 pour les bénéficiaires à domicile. Elle n'avait pour but d'évaluer la qualité des soins ou des structures mais elle veut donner aux personnes hébergées en établissement l'occasion de s'exprimer, elles-mêmes, sur leur bien-être. Les personnes interrogées

étaient au nombre de 361. L'enquête a été complétée d'une enquête par courrier auprès des institutions. Sur cinquante institutions concernées, quarante et une ont accepté de participer.

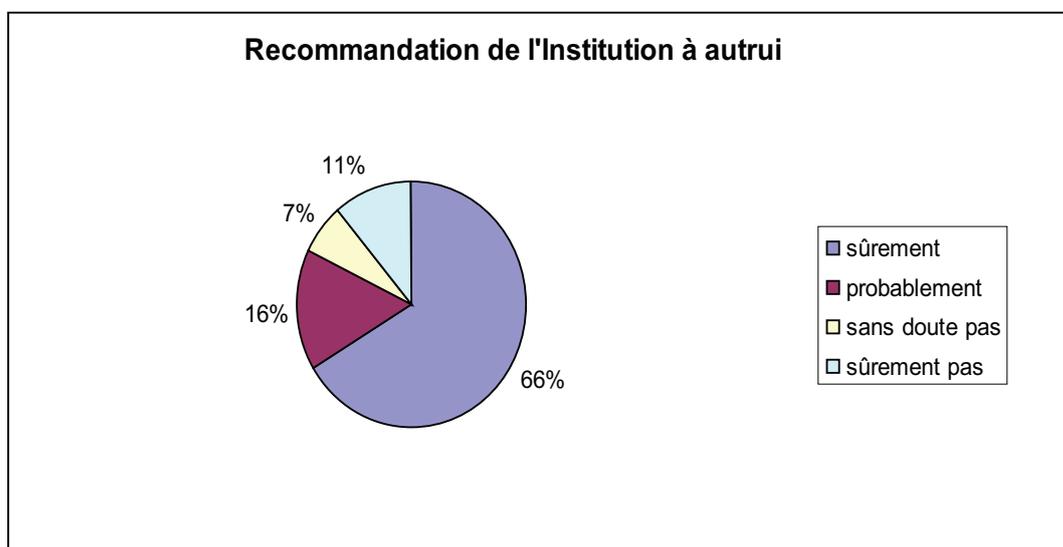
Le contenu du rapport est essentiellement descriptif. Il se cantonne à la présentation uni-variée des réponses aux questions. Aussi, dans cet article, le risque de donner une image biaisée de l'ensemble est important car nous ne retiendrons que des réponses marquantes. Des analyses supplémentaires seront nécessaires pour affiner les résultats et esquisser des explications.

Quoiqu'il en soit, l'étude montre dans l'ensemble un degré de satisfaction élevé voire très élevé chez les personnes interrogées :

- D'une manière générale, 95% des personnes interrogées se déclarent satisfaites et même très satisfaites.
- Pour l'ambiance dans l'établissement, 85% des personnes interrogées se déclarent satisfaites.
- 78% estiment que leur qualité de vie est bonne voire très bonne.

Logement, environnement, repas, sécurité, loisirs, ont fait l'objet d'appréciations particulièrement positives. Pourtant, malgré cette satisfaction très élevée du confort offert, on relève que seulement 63% des personnes interrogées recommanderaient leur établissement à d'autres personnes.

Recommanderiez-vous cette résidence à une autre personne ?

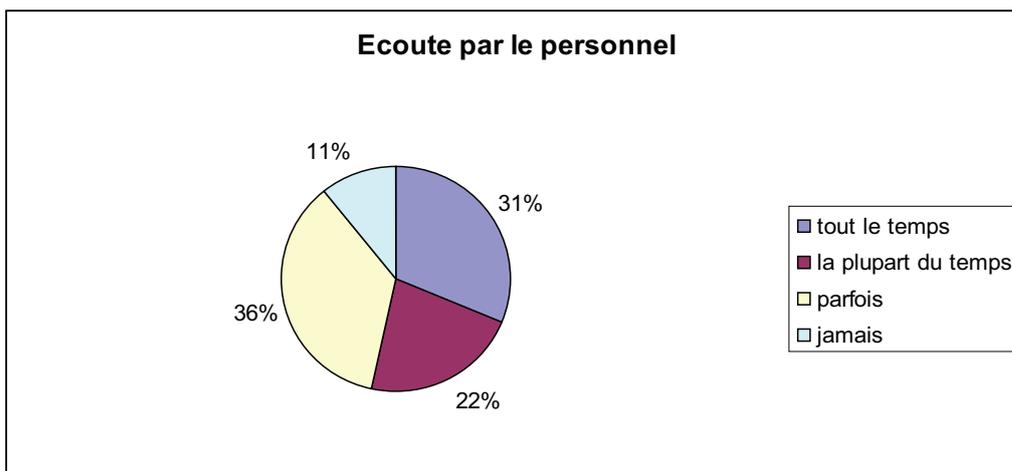


De même, seulement 68 % des personnes se sentent chez elles dans l'établissement. A peine 48% estiment que le prix réclamé pour l'hébergement est approprié aux prestations offertes alors qu'une proportion identique estime que le prix réclamé est élevé.

Ces appréciations plus nuancées s'expliquent probablement par l'analyse des réponses à des questions touchant de plus près la personne telles que l'appréciation de la communication, le sentiment d'être respecté, d'être autonome ou le bien-être psychologique.

Ainsi, lorsqu'on se penche sur les appréciations quant à l'écoute par le personnel, on relève que 53 % des personnes ont le sentiment d'être écoutées la plupart du temps ou même tout le temps. 36 % des personnes disent que cela arrive parfois. En revanche, 11% des personnes ne se sentent jamais écoutées.

Le personnel prend-il le temps de vous écouter ?



Relevons aussi que plus d'un tiers des répondants se sentent seuls dans l'établissement. L'examen de certains indicateurs d'autonomie, tels que le choix du soignant, le refus d'un soignant, la participation aux décisions sur les soins, sur la gestion des ressources financières, permet de déceler un important manque d'information des personnes interrogées mais aussi une participation aux décisions plutôt limitée.

Pour l'examen des réponses aux questionnaires adressés aux institutions, on relèvera tout d'abord l'importance du taux de réponse (82 %) qui témoigne de l'investissement des responsables et d'un intérêt réel pour le sujet. Leurs réponses ont permis d'épingler quelques aspects réclamant des améliorations. Tel est le cas de la nécessité d'une plus grande transparence quant aux conditions d'admission et aux prix pratiqués par les établissements ou l'importance de créer des lieux susceptibles de permettre l'expression des résidents ou de leur famille.

Les auteurs du rapport concluent en rappelant la grande satisfaction des personnes interrogées dans l'ensemble. Ils ajoutent que ce tableau positif est dû aux importants investissements qui ont été faits par le gouvernement et les prestataires dans le secteur des soins de longue durée, au cours des vingt dernières années. Les points à améliorer ne réclament plus des investissements financiers importants mais une ferme volonté de coordonner les efforts de tous les intervenants pour utiliser au mieux les ressources disponibles.

Pour le rapport complet le lecteur peut se reporter au site www.secu.lu.

c. La conclusion de 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.

Faisant suite aux controverses nées de la suppression de l'intervention de l'assurance dépendance dans les tâches domestiques réalisées chez les bénéficiaires en établissements d'aides et de soins à séjour continu, le gouvernement a lancé, en début d'année 2008, un projet d'analyse scientifique portant sur la quantité et les coûts des prestations dans les établissements à séjour continu au Luxembourg.

L'étude a été prévue pour apporter une plus grande transparence dans la répartition des coûts à charge des différents financeurs d'un établissement à séjour continu : assurance dépendance, assurance maladie, fonds national de solidarité, personne hébergée, etc.

Cette étude a été clôturée en 2011.

Après 2011, la méthodologie développée sera utilisée pour la comptabilité dans les établissements d'aides et de soins. Cette méthodologie est basée sur une collecte des tâches réalisées par chaque professionnel.

Afin de permettre cette collecte auprès de chaque professionnel, un questionnaire comportant les prestations en lien direct et les prestations en lien indirect avec le résident, susceptibles d'être réalisés par les professionnels, a été élaboré. Ce questionnaire comporte les catégories de prestations suivantes :

- soins de base (actes essentiels de la vie) ;
- soins infirmiers et traitements ;
- activités de soutien telles que définies dans l'assurance dépendance ;
- prestations socioculturelles telles que définies dans l'accueil gérontologique ;
- prestations administratives ;
- prestations supplémentaires spécifiques à un établissement ;
- tâches domestiques.

De plus, le questionnaire permet de distinguer les bénéficiaires de l'assurance dépendance et les personnes hébergées qui n'en bénéficient pas. L'information est auto-recensée par les différents professionnels. Ceux-ci ont reçu une formation afin de garantir l'homogénéité des pratiques de recensement.

Le recensement des prestations est exécuté de façon uniforme et indépendamment des infrastructures ou concepts de soins. Les données ainsi recensées vont permettre par la suite une ventilation des coûts sur base de prestations réellement fournies par chaque établissement. Couplé au plan comptable qui fournit les informations nécessaires pour le bilan et le compte de résultat, le recensement des prestations fournit les informations pour l'affectation des prestations afin de déterminer les clefs de répartition des coûts et des recettes. On aboutit alors à une comptabilité par unité d'imputation.

Ainsi, grâce au recensement, il sera possible de comparer directement les dépenses engendrées par les prestations avec leur financement, c'est-à-dire de mettre en évidence les financements croisés entre groupes de prestations et résidents.

Le recensement des prestations par chaque établissement vise, en outre, à garantir une prise en compte des caractéristiques spécifiques de l'établissement (tels les profils des résidents, les infrastructures, la composition des effectifs du personnel) par une présentation différenciée des différents types de coûts. Enfin, la comptabilité par unité d'imputation est conçue comme un outil de transparence et une base pour la prise de décisions au service de toutes les parties participant aux négociations sur les prix.

L'ASSURANCE ACCIDENTS

La gestion de l'assurance accident est assurée par l'Association d'assurance accident, un établissement public chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Créée par le législateur en 1901, elle est placée sous la tutelle du Ministère de la Sécurité sociale et est gérée par un comité directeur.

Sont assurés obligatoirement contre les accidents du travail et les maladies professionnelles l'ensemble des salariés y compris les fonctionnaires et employés de l'Etat, des communes et des établissements publics, les personnes y assimilées ainsi que les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle artisanale, commerciale ou libérale.

L'assurance accident gère pour le compte de l'Etat les régimes spéciaux couvrant entre autres les écoliers, élèves et étudiants, y compris dans le cadre de leurs activités périscolaires.

Les dépenses de l'assurance obligatoire sont financées par des cotisations à charge des employeurs et des assurés non-salariés.

Jusqu'en 2010, les cotisants étaient répartis sur 21 classes en fonction de la nature de l'activité assurée. Pour chaque classe, l'AAA fixait annuellement un taux de cotisation différent variant entre 0,45 et 6%.

Deux lois intervenues en 2010 ont apporté des modifications majeures à l'assurance accident :

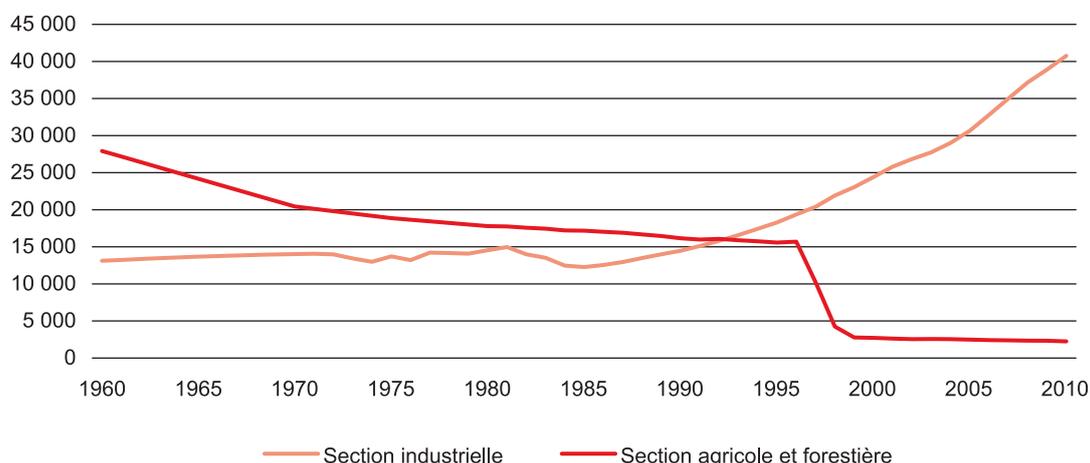
- la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident a modifié l'organisation de l'assurance accident en fusionnant à partir du 1er juin 2010 les sections industrielle et agricole et en supprimant l'assemblée générale et a réformé en profondeur l'indemnisation de l'assurance accident, ce volet de la réforme étant entré en vigueur le 1er janvier 2011 ;
- la loi du 17 décembre 2010 portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident a pour conséquence qu'à partir de l'exercice 2011, le régime général de l'assurance accident est financé solidairement par les cotisants quels que soient le risque d'accident inhérent à l'activité qu'ils exercent ; le comité directeur de l'Association d'assurance accident fixe désormais chaque année un taux de cotisation unique pour l'exercice à venir qui est publié au Mémorial après approbation par le Ministre de la sécurité sociale.

L'évolution de l'assurance accidents

Les principales données statistiques

L'affiliation des entreprises

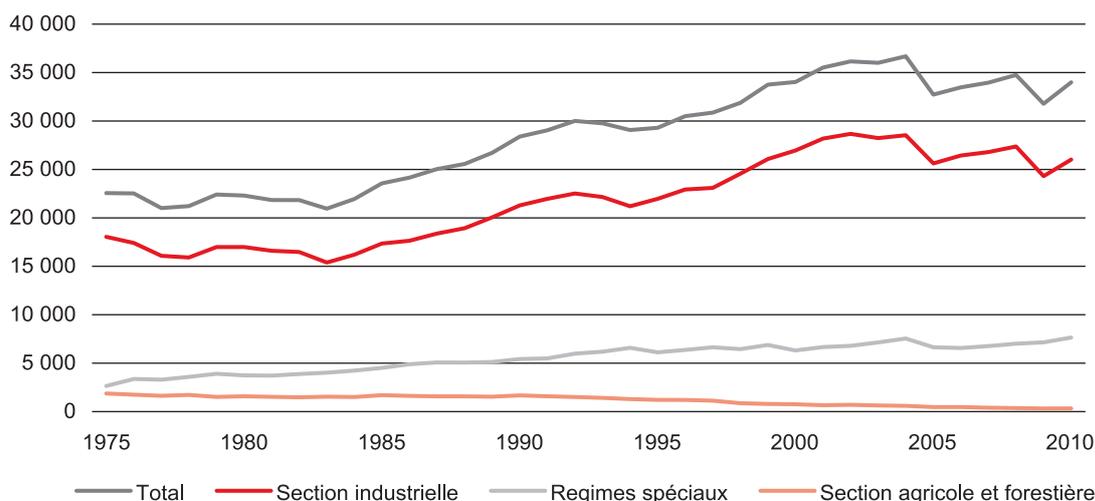
Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident (situation au 31 décembre)



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 80. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a augmenté ensuite de plus de 5% par année. En 2010, la crise financière et économique a atténué cette croissance et le nombre des entreprises a dépassé 40 000 unités, une augmentation qui a été de 4,8% face à 4,6% en 2009 et de 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 2 300 en 2010.

Evolution du nombre d'accidents déclarés



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

Le nombre d'accidents déclarés en 2010 s'élève à 33 990 dont 26 017 (76,5%) pour la section industrielle, 7 642 (22,5%) pour les régimes spéciaux et 331 (1,0%) pour la section agricole et forestière. Le nombre d'accidents mortels est de 19 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 2010 comme en 2009 par rapport à 8,8 en 2008.

Parmi les cas déclarés à la section industrielle, 70,9% concernent des accidents de travail proprement dits, 27,8% des accidents de trajet et 1,3% des maladies professionnelles.

Les rentes

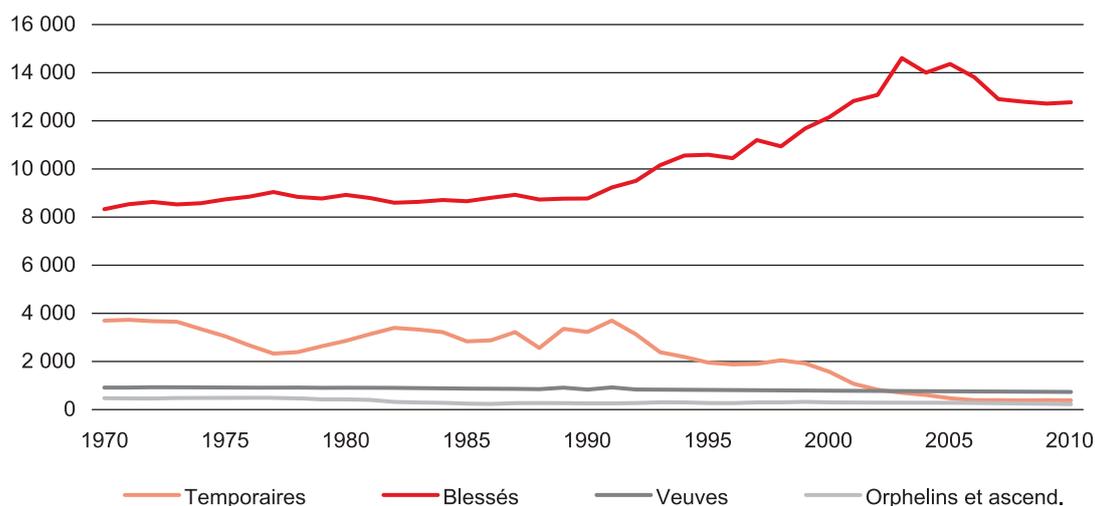
Le nombre total des rentes s'élève en 2010 à 14 114 unités contre 14 089 en 2009. La répartition de ces rentes suivant le régime et la catégorie se présente comme suit :

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

Catégorie	Section industrielle	dont régimes spéciaux	Section agricole	Total
Rentes temporaires	371	-	15	386
Rentes de blessés	11 146	599	1 625	12 771
Rentes de conjoints survivants	685	13	47	732
Rentes d'orphelins	219	5	4	223
Rentes d'ascendants	2	-	-	2
TOTAL	12 423	617	1 691	14 114

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 accident 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 1 195 rachats pour 2010 pour la section industrielle.

Dans la section agricole et forestière, le nombre passe de 5 rachats en 2009 à 8 en 2010.

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>	8 393	1 725	10 118	75,29	6,16	81,46
<i>Autres pays de l'UE</i>	5 543	13	5 556	53,77	0,07	53,84
Allemagne	856	4	860	8,37	0,01	8,38
Autriche	6	-	6	0,04	-	0,04
Belgique	1 216	2	1 218	12,94	0,00	12,95
Danemark	3	-	3	0,03	-	0,03
Espagne	62	-	62	0,52	-	0,52
Finlande	-	-	-	-	-	-
France	2 734	2	2 736	26,52	0,01	26,53
Grèce	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-
Italie	252	-	252	2,23	-	2,23
Pays-Bas	7	1	8	0,05	0,00	0,06
Portugal	406	4	410	3,06	0,04	3,10
Royaume-Uni	-	-	-	-	-	-
Suède	1	-	1	0,01	-	0,01
<i>Autres pays</i>	50	3	53	0,78	0,02	0,80
TOTAL	13 986	1 741	15 727	129,85	6,25	136,10

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 2010, comme en 2009, un prélèvement à la réserve légale a été effectué pour équilibrer le compte d'exploitation. Ce prélèvement se chiffre à 9 millions Eur pour l'exercice 2010.

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
2010	207 824,80	198 839,62	-8 985,17	7 801,67	4 947,50	-2 854,17	215 626,46	203 787,12	-11 839,34

Les dépenses courantes représentent 0,50% du PIB en 2010, 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 2010 n'atteint que 4,0% (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 2010 se chiffrent à 7,8 millions EUR par rapport à des recettes courantes de 5 millions EUR. Le manque de recettes de 2,8 millions EUR est couvert par un prélèvement au fonds de réserve légale.

Dépenses en prestation AAI-AAA

Catégorie	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
AAI - prest. nat.	32 322 011	35 268 543	34 924 329	32 795 144	35 073 200	37 444 908	35 626 358
AAI - prest. esp.	143 636 648	141 632 836	167 329 075	142 248 335	148 558 408	148 689 747	158 248 018
AAA - prest. nat.	1 047 035	1 198 848	815 192	816 708	1 108 167	1 019 660	1 063 651
AAA - prest. esp.	5 831 223	6 212 000	6 193 681	5 778 067	6 108 755	6 177 522	6 464 412
Total prestation nature	33 369 046	36 467 391	35 739 521	33 611 852	36 181 367	38 464 568	36 690 009
Total prestation espèce	149 467 871	147 844 836	173 522 756	148 026 402	154 667 163	154 867 269	164 712 430
Total prestations	182 836 917	184 312 227	209 262 277	181 638 254	190 848 530	193 331 837	201 402 439
n.i. moyen	624,63	640,24	653,52	668,46	682,39	699,44	711,07
Total prestations au n.i.100	29 271 235	28 787 990	32 020 792	27 172 644	27 967 662	27 640 947	28 323 855
Var. prestations nature	13,90%	9,29%	-2,00%	-5,95%	7,64%	6,31%	-4,61%
Var. prestations espèce	3,40%	-1,09%	17,37%	-14,69%	4,49%	0,13%	6,36%
Var. total au n.i.100	3,03%	-1,65%	11,23%	-15,14%	2,93%	-1,17%	2,47%

En 2010, les dépenses pour prestations des deux sections cumulées atteignent 201 402,4 milliers EUR, soit une augmentation de 2,5% au nombre indice 100 par rapport à 2009. Elles représentent 93,4% du total des dépenses courantes,

L'augmentation considérable des indemnités pécuniaires en 2008 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	2010
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	-	-	-	-	12 759 976,32	17 180 816,53
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	10 597 659,73
Assurance Dépendance	-	-	-	-	376 168,67	-	524 824
Variation	-	-4,96%	28,28%	0,95%	21,09%	-22,50%	28,80%
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	28 303 299,85

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

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
A Prestations en espèces	136 148 566,48	160 275 090,19	136 276 944,21	141 460 115,34	142 530 734,72	150 742 923,82
1. Indemnités pécuniaires	18 084 045,80	23 197 480,13	23 417 695,75	28 355 684,68	21 974 994,33	28 303 299,85
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	-	-	-	12 759 976,32	17 180 816,53
Indemnités pécuniaires (IP)	18 084 045,80	23 197 480,13	23 417 695,75	27 979 516,01	9 215 018,01	10 597 659,73
Assurance dépendance	-	-	-	376 168,67	-	524 823,59
2. Rentes	85 014 326,89	79 581 746,20	80 668 433,21	84 921 241,32	89 447 137,37	91 197 338,93
Rentes viagères	53 858 970,86	55 274 250,42	56 420 094,35	58 187 859,67	61 000 340,27	62 377 907,93
Rentes de survie	14 033 889,22	14 264 141,38	14 537 845,83	14 723 305,76	15 171 703,50	15 168 073,01
Rentes transitoires	2 696 859,26	2 676 663,48	3 952 441,30	4 445 231,67	5 248 501,86	5 469 378,06
Paiements uniques	14 424 607,55	7 366 690,92	5 758 051,73	7 564 844,22	8 026 591,74	8 181 979,93
3. Rachats de rentes	33 041 824,78	57 494 706,52	32 168 073,75	28 158 632,74	31 104 161,55	31 228 257,36
Rachats d'office	22 716 222,64	44 883 508,25	17 903 587,68	15 993 342,13	18 369 382,96	19 300 158,11
Rachats sur demande	10 112 795,75	12 424 548,83	14 106 079,43	11 852 889,11	12 541 809,04	11 790 095,14
Autres	212 806,39	186 649,44	158 406,64	312 401,50	192 969,55	138 004,11
4. Autres	8 369,01	1 157,34	22 741,50	24 556,60	4 441,47	14 027,68
Autres secours en espèces	106,56	1 157,34	9 802,50	11 022,49	2 365,54	1 057,52
Intérêts moratoires sur prestations	8 262,45	-	12 939,00	13 534,11	2 075,93	12 970,16
B Prestations en nature	31 926 233,19	31 251 066,19	28 430 095,89	30 811 678,86	33 001 435,82	31 193 654,12
AAI - Dégâts matériel	4 204 008,52	4 499 904,01	3 868 165,66	4 093 347,72	4 338 604,12	3 427 450,10
AAI - Soins	525 997,44	537 956,20	512 163,87	336 863,40	236 285,62	334 326,00
UCM - Prestations lux.	18 227 096,97	19 638 483,73	18 181 717,06	21 682 417,49	21 636 559,13	21 170 074,12
UCM - Prestations étrang.	8 969 130,26	6 574 722,25	5 868 049,30	4 364 251,06	6 445 035,08	5 233 866,47
UCM - Assurance dépendance	-	-	-	334 799,19	344 951,87	1 027 937,43
TOTAL DES PRESTATIONS	168 074 799,67	191 526 156,38	164 707 040,10	172 271 794,20	175 532 170,54	181 936 577,94

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 se stabilise à un niveau comparable à ceux des années 2004 et 2005.

Structure des dépenses courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	Total	En % du total
Frais d'administration	10 346,13	272,20	10 618,33	4,9%
Prestations en espèces	158 248,02	6 464,41	164 712,43	76,4%
- Indemnités pécuniaires	28 388,31	211,77	28 600,08	13,3%
- Rentes	95 809,00	6 185,90	101 994,90	47,3%
- Rachats et autres	34 050,71	66,74	34 117,44	15,8%
Prestations en nature	35 626,36	1 063,65	36 690,01	17,0%
Dépenses diverses	3 604,29	1,41	3 605,70	1,7%
TOTAL	207 824,80	7 801,67	215 626,46	100,0%

Les frais d'administration, au nombre indice 100, ont connu une importante diminution de 28,2% en 2009. Cette diminution est principalement due 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 accident est financée à raison de 85,3% par des cotisations, de 8,8% par des contributions publiques et de 5,9% par des revenus sur la fortune et des recettes diverses.

Les cotisations ont augmenté par rapport à 2009 de 2,8% 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.

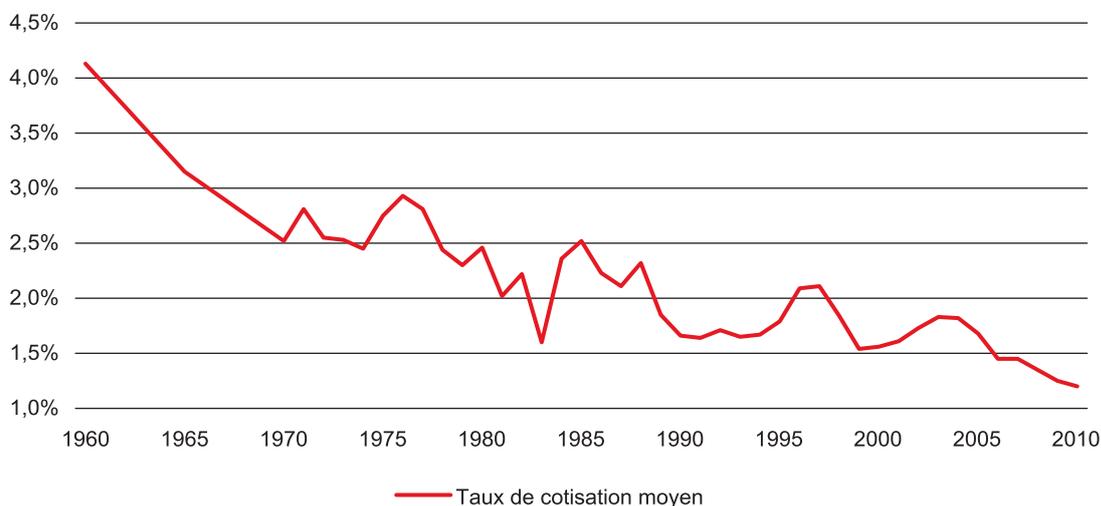
Structure des recettes courantes (en milliers EUR)

	AAI	AAA	Total	En % du total
Cotisations	173 852,23		173 852,23	85,3%
Participation de l'Etat	13 063,41	4 916,02	17 979,43	8,8%
Produits financiers et recettes diverses	11 923,98	31,93	11 955,91	5,9%
TOTAL	198 839,62	4 947,95	203 787,57	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 2010 à son niveau le plus bas pour atteindre 1,20%.

Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAI



L'évolution législative et réglementaire

Le 1er janvier 2011 est entrée en vigueur la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident.

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 était 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 sont également entrés en vigueur à cette date, à savoir :

- 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 règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les modalités de fixation et de perception des cotisations de la Chambre d'agriculture s'applique à partir de l'exercice 2010.

Le 1er janvier 2011, la loi du 17 décembre 2010 portant introduction d'un taux unique de cotisation dans l'assurance accident a également sorti ses effets.

Conformément aux dispositions de cette loi, le taux de cotisation pour l'exercice à venir est fixé annuellement sur base du budget de cet exercice de manière 1) à couvrir les dépenses courantes à charge de l'Association d'assurance accident ; 2) à constituer la réserve légale prévue à l'article 148 du Code de la Sécurité sociale.

Il a été fixé à 1,15 pour cent pour l'exercice 2011. Ce taux vient d'être reconduit pour l'exercice 2012 par arrêté ministériel du 12 décembre 2011.

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% pour l'exercice 2011 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.

La loi prévoit une autre mesure principale, à savoir un changement dans la couverture par l'assurance accident des travailleurs handicapés, occupés dans les ateliers protégés au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées,

En effet, ces derniers 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.

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 2010 et 2011, le nombre d'entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension a progressé de 1706 à 1893, soit une augmentation de 11,10%. 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	Entreprises disposant d'un RCP	Entreprises disposant d'un RCP actif	Origine du chiffre	Date-valeur de l'observation	Taux de croissance annuel entre dates d'observation
1995	404		Etude ACD	fin d'année	
1996					
1997					
1998					
1999					
2000					
2001	683		Dossiers IGSS	fin d'année	9,15%
2002					
2003	930		Statistiques renseignées par les gestionnaires	fin d'année	16,69% ¹⁾
2004					
2005					
2006					
2007	1 278		Registre IGSS	fin d'année	8,27% ¹⁾
2008	1 590		Registre IGSS	fin d'année	24,41% ¹⁾
2009	1 731	1 545	Logiciel PenCom	fin d'année	8,87% ¹⁾
2010	1 938	1 706	Logiciel PenCom	fin d'année	10,42%
2011	2 110	1 893	Logiciel PenCom	fin d'année	11,10% ²⁾

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 quintuplé en 16 ans et la croissance propre à l'exercice 2011 de 11,10% 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.

Un régime complémentaire de pension, mis en place pour une catégorie déterminée de salariés, se compose généralement de plusieurs plans prévoyant des prestations parmi les suivantes :

- une prestation de retraite avec ou sans réversion,
- une prestation de décès,
- une prestation d'invalidité,
- une prestation financée par des contributions personnelles de l'affilié.

Comme ces différentes prestations peuvent être financées au moyen de différents types de supports juridiques, la répartition selon les supports juridiques est exprimée en nombres de plans.

Suivant les données fournies par le logiciel PenCom, les différents plans actifs se répartissent comme suit (au 31/12/2011):

Répartition des plans actifs suivant les différents supports juridiques

Assurances de groupe	Régimes internes ¹⁾	Fonds de pension du CAA ²⁾	Fonds de pension de la CSSF ³⁾	Total des plans
7 197	128	32	39	7 396

- 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 inférieurs à ceux du tableau 4.
- 2) A noter que le nombre de fonds de pension agréé par le Commissariat aux assurances (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 fonds de pension.
- 3) Idem pour les fonds de pension de la CSSF.

Répartition des plans actifs suivant le type de prestation

Vieillesse	Décès	Invalidité	Cotisations personnelles	Total des plans
2 215	1 759	1 670	1 752	7 396

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 précitée 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	Nombre d'entreprises affiliées ¹⁾	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
2011	145	502	1,9	1,71	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.

Les taux de cotisation pour 2010 et 2011 sont nettement en-dessous de la moyenne des 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 affiliée n'a été déclarée en faillite.

Evolution de la charge de travail du service Pensions complémentaires

Evolution des effectifs du service Pensions complémentaires

L'augmentation du nombre de régimes complémentaires de pension a exigé 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
2011	1 893	14	8	7,00	270	19,00

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 vérification de la conformité juridique et actuarielle des régimes complémentaires de pension.

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 2,7 fois plus élevée que celle estimée en 1998 par EIS (Esofac International Services SA) lors de la création du service. L'étude du consultant EIS, publiée le 24 mars 1998, prévoit un vérificateur pour 100 entreprises, d'où le rapport de 2,7. Partant des 404 entreprises recensées par l'administration des contributions directes en 1995, EIS calcula le nombre de vérificateurs requis une fois pour un contrôle de 600 entreprises ayant mis en place un régime complémentaire de pension (hypothèse basse) et une deuxième fois pour un nombre de 1000 entreprises à contrôler (régime de croisière dans l'hypothèse haute). Bien que l'hypothèse haute fût dépassée en 2004, l'IGSS n'a jamais remis en question l'option de 1998 au sujet du contrôle des régimes complémentaires de pension: un service de 14 personnes dont 9 vérificateurs qui peuvent s'appuyer sur un logiciel de contrôle. L'alternative à l'époque eut été un service de 40 personnes dont 35 vérificateurs sans le soutien d'un logiciel approprié.

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 2011 pourront être envoyées début 2012.

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

L'évolution de la législation en matière de régimes complémentaires de pension

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

Conformément à la déclaration gouvernementale de 2009, la législation sur les régimes complémentaires de pension sera modifiée sans que les principes fondamentaux, à savoir le caractère volontaire du régime, les garanties des droits des affiliés et des bénéficiaires ou les règles transposant les directives communautaires, ne soient toutefois remis en cause.

Cette révision servira également à l'élaboration d'un cadre juridique approprié en faveur des travailleurs non salariés qui devra obligatoirement s'appuyer sur un support financier collectif et répondre au dispositif normatif et fiscal régissant les régimes professionnels de pension.

Les travaux de préparation pour cette révision commenceront au cours de l'année 2012.

Elaboration du règlement grand-ducal établissant le relevé des renseignements demandés aux entreprises en matière de régimes complémentaires de pension

L'avant-projet du règlement grand-ducal concernant les données à communiquer annuellement par les entreprises à l'Inspection générale de la sécurité sociale a été élaboré 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. Il se base sur 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).

Un premier avant-projet a été soumis au Conseil de Gouvernement en novembre 2010.

Par son avis du 25 novembre 2010, le Comité de Coordination simplification a proposé de retirer l'avant-projet de règlement grand-ducal précité de l'ordre du jour du Conseil de Gouvernement afin de permettre au ministre de la Sécurité sociale de revoir cet avant-projet de règlement grand-ducal en tenant compte des propositions faites à l'époque par le groupe de travail ad hoc.

Suite à cet avis, l'IGSS a eu début 2011 des entrevues avec les représentants du Département de la simplification administrative et de l'Union des entreprises luxembourgeoises. Il a été convenu que le texte de l'avant-projet de règlement grand-ducal et de ses annexes sera modifié afin de mettre en évidence les données annuelles par affilié et par plan qui doivent être communiquées obligatoirement pour tout affilié et de préciser les cas dans lesquels les autres données doivent être renseignées.

La deuxième version de l'avant-projet de règlement grand-ducal établissant le relevé des renseignements demandés aux entreprises en matière de régimes complémentaires de pension tient compte de ce qui précède ainsi que de certaines modifications jugées nécessaires suite aux problèmes constatés par les gestionnaires de régimes complémentaires de pension lors de leur préparation à la transmission de données à l'IGSS.

Le règlement grand-ducal s'intitulant " Règlement grand-ducal du 11 janvier 2012 établissant le relevé des renseignements à fournir par les entreprises en matière de régimes complémentaires de pension " a été publié au Mémorial A - N° 8 du 19 janvier 2012.

Adaptation des bases techniques applicables en matière de financement minimum des régimes complémentaires de pension

Conformément au règlement grand-ducal du 15 janvier 2001 fixant les bases techniques servant à la détermination du financement minimum et du déficit des obligations résultant des périodes passées prévues par les articles 19, 51 et 53 de la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension, le groupe d'experts créé en la matière suit actuellement des réflexions au sujet du remplacement des bases techniques applicables en matière de financement minimum par des tables prospectives reflétant au mieux l'évolution de l'espérance de vie de la population visée par les régimes complémentaires de pension.

LES JURIDICTIONS DE LA SECURITE 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 de la sécurité sociale 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 de la sécurité sociale. 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 de la sécurité sociale, sont à charge de l'Etat.

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, 1.884 jugements ont été prononcés. Ce nombre entraîne un total d'affaires évacuées de 1.213 unités. Le nombre des audiences, avec 718 séances tenues en 2011, est pratiquement le même que celui de l'année précédente. En 2011, 385 affaires ont nécessité une expertise médicale et 286 ont impliqué un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral ce qui est remarquable, si l'on considère qu'au cours du dernier trimestre, le service médical du Conseil arbitral de la sécurité sociale a été réduit de 3 à 2 médecins-conseil. Des 1.213 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif 41,3% ont dit les recours fondés et 58,7% les ont rejetés ou déclarés irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2011, 161 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent (seulement un huitième des affaires jugées en 1ère instance passent à la 2e instance). Il s'y ajoute qu'en principe près de 75% des jugements dont appel sont confirmés par le Conseil supérieur.

Si l'on compare le nombre des recours introduits en 2011 (1.617 recours) à celui de 2010 (1.620 recours), on constate une stabilisation sensible de ce nombre, de sorte qu'il a été possible de réduire en 2011 le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées. Cependant, il y a lieu de souligner que l'impact de la mise en vigueur de la nouvelle loi portant réforme de l'assurance accident ne pourra être évalué qu'au cours de l'année 2012.

Comme il a été relevé ci-avant, Conseil supérieur de la sécurité sociale s'est vu soumettre 161 appels. 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.

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

Une sentence arbitrale a été rendue dans l'affaire soumise au Conseil supérieur sur le fondement de l'article 70 du Code de la sécurité sociale (adaptation des tarifs des actes et services des maîtres mécaniciens orthopédistes-bandagistes et des maîtres orthopédistes-cordonniers pour la fourniture de prothèses, orthèses et épithèses prises en charge par l'assurance maladie).

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2011 est de 147 unités.

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

Branches	Années															
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Assurance accident	374	405	453	411	467	278	446	415	439	586	577	476	477	496	492	535
Assurance pension	186	320	393	372	493	344	324	535	555	364	388	331	352	310	335	347
Assurance maladie	113	150	151	130	144	139	159	248	242	259	323	344	326	313	414	299
Assurance dépendance	-	-	-	-	13	20	20	22	5	15	36	39	21	7	14	14
Prestations du Fonds National de la Solidarité	84	75	70	85	75	73	68	68	86	106	103	117	109	101	122	114
Autres prestations (dont chômage)	41	28	106	180	95	70	91	217	191	248	240	289	280	231	234	268
Affiliation et Cotisations	32	8	10	18	58	8	10	15	78	25	69	15	2	5	9	40
TOTAL	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	1 617

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	2011
Audiences	537	534	562	710	765	741	851	768	767	617	715	718
Affaires fixées	2 043	1 995	1 945	2 181	2 541	2 822	2 871	3 095	2 743	2 565	2 925	2 941
Jugements prononcés (évacués)	933	957	987	967	1 187	1 172	1 238	1 356	1 127	934	1 156	1 213
Jugements prononcés (av. dire droit)	256	320	280	322	417	435	344	496	617	475	556	671
Désistements	155	207	136	167	146	194	207	205	186	163	29	38
Affaires évacuées	1 088	1 164	1 123	1 134	1 333	1 366	1 445	1 561	1 313	1 097	1 185	1 251
Recours introduits	1 345	932	1 118	1 520	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567	1 464	1 620	1 617
Recours déclarés fondés	436	392	452	344	400	330	515	551	489	397	455	501
Recours déclarés non fondés	432	513	478	543	714	708	629	642	520	457	609	644
Recours déclarés irrecevables	65	52	57	80	73	74	94	163	118	80	92	68

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
2011	161	217

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 2011, le Service a versé 398 rentes, dont 278 rentes personnelles et 120 rentes de survie. 64 rentes se sont éteintes.

La commission des rentes a siégé une fois en 2011. Elle a fourni un avis dans six cas en relation avec deux demandes d'aggravation de rente et quatre demandes de traitement médical.

L'évolution réglementaire

L'arrêté grand-ducal du 8 décembre 2011 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 2012.

Par ce texte, les rentes versées par le Service des dommages de guerre corporels au cours de l'année 2012 vont être augmentées de 2,99 % par rapport au niveau de celles de 2011.

L'ADMINISTRATION DU CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les activités du Contrôle médical de la sécurité sociale

• L'assurance maladie

Elle constitue le volet le plus important de l'activité du Contrôle médical. En 2011, treize 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
- de 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 des statuts
- 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 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.

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 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.

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.

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
2011	2 825	1 248	4 073	1 235	760	830

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 61 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 tant sur le volet accident de travail, que sur les maladies professionnelles.

Au cours des années 2004 à 2011 il a été procédé à :

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
premiers examens et réexamens	3 050	2 230	1 800	2 161	2 014	2 137	2 015	2 031
examens pour maladie professionnelle	55	56	52	60	90	78	104	139

- **Les activités en rapport avec l'Administration de l'emploi**

Dans ses relations avec l'Administration de l'emploi, le Contrôle médical procède à l'examen

- des 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
- des personnes qui refusent les propositions de placement pour raison de santé
- des 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 572 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 2011, 3.335 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 2011, 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..

	2008			2009			2010			2011		
	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	228	52	280	163	82	245	138	76	214	152	73	225
Traitements psychiatriques	480	39	519	493	88	581	535	144	679	532	110	642
Totaux	708	91	799	656	170	826	673	220	893	684	183	867

- **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	48	3	7	58	97	1	20	118	176
1950 - 1954	182	25	49	256	272	26	69	367	623
1955 - 1959	122	44	92	258	256	76	124	456	714
1960 - 1964	49	91	84	224	86	115	100	301	525
1965 - 1969	21	67	49	137	36	82	85	203	340
1970 - 1974	15	45	38	98	23	71	45	139	237
1975 - 1979	13	25	19	57	5	37	20	62	119
1980 - 1984	1	11	6	18	7	25	18	50	68
1985 - 1989	0	2	3	5	2	12	2	16	21
1990 - 1994	0	1	0	1	0	1	0	1	2
Totaux	451	314	347	1 112	784	446	483	1 713	2 825

Exercice 2011

Principales causes:	Femmes	Hommes	Total
1 Appareil respiratoire	7	26	33
2 Appareil cardio-vasculaire	17	66	83
3 Appareil locomoteur	193	293	486
4 Appareil digestif	4	8	12
5 Appareil sanguin	1	2	3
6 Appareil génito-urinaire	5	2	7
7 Affection neurologique	37	35	72
8 Affection psychiatrique	93	60	153
9 Organes des sens	4	9	13
10 Affection endocrinienne	11	19	30
11 Suites d'accident de travail	30	115	145
12 Suites de maladie professionnelle	2	1	3
13 Suites d'accident de circulation	0	3	3
14 Suites d'accident domestique	0	0	0
15 Suites d'accident sportif	0	0	0
16 Ethylisme	7	10	17
17 Autres toxicomanies	1	2	3
18 Affection congénitale	2	2	4
19 Divers	698	1 060	1 758
	1 112	1 713	2 825

Exercice 2011

Examens et reexamens	2 412			
Dossiers traités sur le vu des pièces	1 661			
Total des cas traités:	4 073	dont	2 825	cas nouveaux
			1 248	réexamens

Evolution 1992 - 2011

Année	Nouveaux dossiers	Réexamens	Total	Décisions prises après premier examen:					
				Incapacité permanente	Incapacité de travail	Pas d'invalidité	Incapacité 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%
2011	2 825	1 248	4 073	1 235	760	830	43,72%	26,90%	29,38%

Cartes d'invalidité

Exercice 2011

Dossiers transmis au CMSS	3 335			
Dossiers traités :	2 730	dont	3 631	sur base d'un certificat médical et 99 après convocation de l'intéressé
Dossiers sans suite : (expiration du délai de 40 jours)	426			
Dossiers en suspens :	179			

Cartes d'invalidité attribuées en 2011

Carte A	1 140	(dont 12 avec carte de priorité)
Carte B	1 299	
Carte C	290	
Refus	1	
	2 730	

Tranches	Carte A	Carte B	Carte C	Refus	Total	%	Carte de priorité
1910 - 1914	0	1	6	0	7	0,3%	0
1915 - 1919	0	13	19	0	32	1,2%	0
1920 - 1924	0	108	28	0	136	5,0%	0
1925 - 1929	8	278	47	0	333	12,2%	0
1930 - 1934	34	362	34	0	430	15,8%	0
1935 - 1939	89	175	22	0	286	10,5%	0
1940 - 1944	115	100	8	0	223	8,2%	2
1945 - 1949	185	52	9	0	246	9,0%	3
1950 - 1954	267	43	6	1	317	11,6%	1
1955 - 1959	172	40	7	0	219	8,0%	1
1960 - 1964	103	30	10	0	143	5,2%	1
1965 - 1969	70	30	8	0	108	4,0%	1
1970 - 1974	28	13	8	0	49	1,8%	1
1975 - 1979	25	14	7	0	46	1,7%	1
1980 - 1984	17	9	8	0	34	1,2%	0
1985 - 1989	11	15	13	0	39	1,4%	0
1990 - 1994	15	9	15	0	39	1,4%	0
1995 - 1999	1	2	21	0	24	0,9%	1
2000 - 2004	0	4	7	0	11	0,4%	0
2005 - 2009	0	1	6	0	7	0,3%	0
2010 - 2014	0	0	1	0	1	0,0%	0
	1 140	1 299	290	1	2 730	100,0%	12

LA SECURITE SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Au cours de l'exercice 2011, 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

1. UNION EUROPÉENNE

a) *Coordination européenne des systèmes de sécurité sociale*

i) **Modification du règlement (CE) 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale**

Tout au cours de l'année 2011, les négociations ont eu lieu au niveau du Conseil sur la proposition de la Commission européenne d'apporter des modifications au règlement (CE) 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. La proposition de la Commission était d'un intérêt manifeste pour le Luxembourg, notamment en ce qui concerne les deux points suivants :

- l'introduction de la notion de " base d'affectation " pour le personnel naviguant des entreprises aériennes pour déterminer la législation applicable en matière de sécurité sociale ;
- maintenir le critère du pays de résidence pour déterminer quel est l'Etat compétent pour payer les indemnités de chômage, mais d'ajouter une règle particulière prévoyant que si le pays de résidence n'a aucun système d'indemnisation pour les indépendants, le pays de l'ancienne activité non-salariée reste compétent pour indemniser cette catégorie de travailleurs frontaliers.

Les discussions ont été longues et difficiles au niveau du Conseil, mais finalement la présidence polonaise a réussi à faire accepter par tous un texte de compromis recueillant l'unanimité. La procédure de codécision avec le Parlement européen va se poursuivre en 2012.

ii) **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, ainsi que du comité consultatif qui regroupe aussi les partenaires sociaux. 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 concernant la coordination des systèmes de sécurité sociale en Europe.

A cette fin, la commission administrative a adopté une décision prévoyant l'octroi de prothèses, de grand appareillage ou d'autres prestations de grande importance dans le cadre du règlement (CE) 883/2004 précité.

Par ailleurs, une autre décision sur les modalités remboursement des indemnités chômage payées par le pays de résidence aux anciens travailleurs frontaliers a été prise.

Une partie importante des activités de la commission administrative se sont concentrées en vue de faire avancer 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. D'ailleurs, afin de garantir une bonne application de EESSI et compte tenu de la complexité technique du projet, la commission administrative a décidé en date du 19 octobre 2011 de prolonger la période transitoire pour la mise en œuvre jusqu'au 30 avril 2014.

b) **Les soins de santé transfrontaliers**

Depuis la publication en date du 9 mars 2011 de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, les discussions se sont immédiatement concentrées sur les modalités d'application de ce texte particulièrement complexe.

La date de transposition assez rapprochée du 25 octobre 2013 a en effet obligé tous les acteurs à prendre les devants. Ainsi, les autorités luxembourgeoises, soucieuses de respecter l'échéance d'octobre 2013 et de fournir un texte ayant une véritable valeur ajoutée pour les citoyens, se sont attaquées aux travaux dès le vote de la directive par le biais d'un groupe de travail interministériel. De même, la Commission européenne a mis sur pied un Comité permettant aux Etats membres d'échanger leurs questions et expériences ayant trait à la mise en application de la directive et de profiter de la guidance des services de la Commission.

L'année 2011 était donc très largement marquée par les efforts de cristallisation des questions susceptibles de s'opposer à une transposition efficiente de la directive et par la recherche de solutions pragmatiques permettant de parvenir à un texte facilement lisible et servant l'intérêt du patient.

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

En l'absence d'éléments de négociation nouveaux de la part du Parlement européen, cette proposition est restée bloquée pendant les présidences hongroise et polonaise. Ce blocage a indéniablement confirmé le manque d'adhérence des Etats membres par rapport à ce texte depuis sa publication en 2008. Dès lors, seuls des rapports de progrès ont pu être soumis aux Conseils des ministres.

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 les sous-groupes des indicateurs et celui qui s'occupe de la problématique que pose le vieillissement de la population en matière de protection sociale. 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 de gérer 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 2011, les travaux du comité de protection sociale ont porté sur l'articulation des différentes composantes de la politique sociale européenne, notamment en matière d'inclusion sociale et des pensions. Un sujet qui a particulièrement occupé le comité de protection sociale était celui de la soutenabilité et de l'adéquation des systèmes de protection sociale en Europe. Dans ce contexte, un rapport analysant les effets de la crise sur le fonctionnement des systèmes de sécurité sociale a été établi.

Les travaux ont eu lieu en étroite collaboration avec les responsables du Ministère de la Famille et de l'Intégration.

2. ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

Parmi les quatre objectifs de l'OIT figure la protection sociale(elle même divisée en protection du travail et les normes de sécurité sociale). Depuis 2001, c'était la première fois que l'OIT remettait de nouveau le sujet de la sécurité sociale à l'ordre du jour d'une de ses conférences annuelles. Lors de la conférence qui s'est déroulée du 1er au 17 juin 2011 et à laquelle ont participé des représentants du Ministère de la Sécurité sociale, il y avait une discussion générale sur le futur et les défis de la sécurité sociale et la question était soulevée de voir, par la suite, quelles conclusions pourraient être tirées en vue d'élaborer de nouveaux instruments normatifs.

Dans ce contexte, il était fait notamment référence à la convention 102 de l'OIT qui établit des normes minima en matière de sécurité sociale et que le Luxembourg a ratifiée. Etait également en discussion, l'opportunité d'une recommandation en matière de socle de protection sociale (" social protection floor "), idée qui a été fortement appuyée par le Directeur général de l'OIT, Monsieur Juan Somavia.

Il faut noter en particulier que la *Commission spéciale pour la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale)* a été présidée par Monsieur Jean Feyder, Ambassadeur, Représentant permanent du Luxembourg auprès de l'UNO à Genève. La résolution, adoptée par cette commission a été votée ensuite par l'assemblée plénière de la conférence. Un consensus tripartite s'est ainsi réalisé sur la nécessité d'une recommandation en la matière. Le BIT est invité, au titre du suivi de la discussion récurrente sur la protection sociale, à inscrire à l'ordre du jour de la 101e session de la Conférence internationale du Travail (2012), une question normative intitulée " Elaboration d'une recommandation autonome sur le socle de protection sociale ".

En vue de préparer la conférence de 2012, le BIT a élaboré un questionnaire auquel le Ministère a répondu au mois de septembre 2011.

3. CONSEIL DE L'EUROPE

a) Cohésion sociale

Le comité européen pour la cohésion sociale (CDCS) est un comité directeur multidisciplinaire regroupant plusieurs partenaires. En 2011, 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.

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

b) Code européen de sécurité sociale et son protocole

Le comité d'experts dans le domaine de la sécurité sociale (CS-SS), outre son activité au sens strict, dans le domaine normatif, suit également la situation en matière de sécurité sociale dans les Etats membres et rend compte au CDCS des problèmes et éléments nouveaux observés. Mais l'activité essentielle du CS-SS se situe dans le domaine du contrôle de l'application du Code européen de sécurité sociale.

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 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 2010 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.

4. LE CENTRE ADMINISTRATIF POUR LA SECURITE SOCIALE DES BATELIERS RHENANS

Pendant l'année 2011, le délégué gouvernemental luxembourgeois a assumé la responsabilité de président du Centre administratif de la Sécurité sociale pour les bateliers rhénans (CASS), organe issu de l'Accord du 30 novembre 1979 concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans.

En tant que président du CASS, il a joué un rôle essentiel dans l'élaboration d'un accord dérogatoire signé entre les Etats membres du CASS qui sont aussi membres de l'Union européenne, sur la base de l'article 16 du règlement (CE) 883/2004. Cet accord est entré en vigueur le 11 février 2011 et est appliqué dans les Etats signataires à compter du 1er mai 2010.

Cet accord a pour objectif de déroger aux règles de détermination de la législation applicable figurant aux articles 11 à 13 du règlement (CE) 883/2004 sur la coordination du système de sécurité sociale en Europe et d'y substituer les règles de détermination de la législation applicable contenues dans l'Accord rhénan (notamment son article 11).

La protection sociale des bateliers rhénans a posé très tôt des problèmes, étant donné le caractère itinérant par excellence de cette profession. Le premier accord fut signé en 1950 et constitue le premier instrument multilatéral européen de sécurité sociale instituant un système de coordination directe entre les pays intéressés. L'accord a depuis lors été révisé à plusieurs reprises, sa dernière version datant du 30 novembre 1979.

Le règlement (CEE) 1408/71 prévoyait expressément que les bateliers rhénans étaient régis par l'Accord rhénan. Cette dérogation n'est plus prévue dans le règlement (CE) 883/2004.

Il n'est pas contesté que les dispositions relatives à la détermination de la législation applicable contenues dans le règlement (CE) 883/2004 sont mal adaptées aux professions très mobiles comme les professions du transport. La Commission européenne s'est d'ailleurs engagée à transmettre une communication sur le sujet afin d'adapter les règles du règlement (CE) 883/2004 à la situation de cette catégorie professionnelle particulière.

Ce constat vaut tout particulièrement pour les bateliers rhénans qui bénéficient sur le Rhin d'une liberté de circulation totale, à l'inverse des autres voies d'eau européennes sur lesquelles le cabotage reste encore d'accès limité. Les partenaires sociaux ont à cet égard convaincu les délégués gouvernementaux que l'application des règles du règlement (CE) 883/2004 aux bateliers rhénans entraînerait des complications pratiques ingérables pour les entreprises et incontrôlables pour les autorités publiques. L'application des règles de l'Accord rhénan garantit une plus grande sécurité juridique.

C'est pourquoi, dans l'attente d'un règlement plus général de la situation des travailleurs mobiles sur la base d'une communication de la Commission européenne, les Etats membres de l'Union européenne et du CASS ont décidé de conclure un accord dérogatoire afin de ne pas modifier la situation des bateliers rhénans, profession déjà fragilisée par la crise de 2009.

Suite à la conclusion de cet accord, la situation des bateliers rhénans peut être résumée selon les termes suivants :

- Pour ce qui concerne les bateliers rhénans résidant sur le territoire de l'Union européenne

a) Application du règlement (CE) 883/2004 dans les Etats parties qui sont aussi membres de l'UE

Avec l'application du nouveau règlement (CE) 883/2004, l'Accord rhénan n'est plus applicable entre les Etats signataires qui sont également membres de l'Union européenne (B, D, F, L, NL), car contrairement à l'ancienne réglementation (CEE) 1408/71, la nouvelle réglementation ne prévoit plus la primauté de l'Accord rhénan.

Compte tenu de la longue tradition et du caractère particulier de la navigation rhénane, les États signataires de l'Accord rhénan qui sont également membres de l'Union européenne se sont toutefois accordés sur la conclusion d'un accord conformément à l'article 16 du règlement (CE) 883/2004. Conformément à cet accord, le personnel navigant travaillant sur le Rhin reste rattaché au régime de sécurité sociale de l'Etat membre sur le territoire duquel est établie l'entreprise ou la société qui assure effectivement l'exploitation du bateau.

b) Maintien de l'application de l'Accord rhénan pour la Suisse

Tant que le règlement (CE) 883/2004 ne sera pas applicable à la Suisse, les dispositions de l'Accord rhénan resteront en vigueur pour les cas qui concernent la Suisse.

- Pour ce qui concerne les bateliers rhénans résidant hors du territoire de l'Union européenne (ex : résident philippin ou indonésien), l'Accord rhénan continue de s'appliquer dans l'ensemble des Etats contractants.

Le CASS est un organe tripartite où délégués gouvernementaux et partenaires sociaux ont la possibilité d'échanger sur les règles de protection sociale appliquées à un secteur souvent délaissé au sein d'instances à vocation plus générale. Il continuera de se réunir régulièrement à Strasbourg afin d'affiner encore les règles de détermination de la législation applicable aux bateliers rhénans, et d'en évaluer la bonne application dans un contexte européen. Le CASS constitue une instance de réflexion utile permettant de dégager des solutions adaptées à un secteur d'activité souvent méconnu malgré son importance pour la croissance économique européenne.

La Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale en Europe sera tenue régulièrement informée des travaux qui y sont conduits. Parallèlement, le CASS tiendra compte de toutes les réflexions menées au sein de l'Union européenne à l'égard des autres catégories de travailleurs mobiles, dans le souci de retenir des règles aussi unifiées que possible pour l'ensemble des catégories professionnelles.

5. ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE 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.

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.

1. 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 a été signée sous forme d'échange de lettres le 11 avril et 17 juin 2011 et la procédure de ratification parlementaire sera engagée sous peu.

2. 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.

3. Luxembourg-Bosnie Herzégovine

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

Cette convention a été signée le 8 avril 2011 à Luxembourg par les ministres compétents en la matière. La procédure de ratification est bien engagée et le vote d'acceptation par le Parlement luxembourgeois est attendu pour le début de l'année 2012.

L'arrangement administratif qui règle les procédures d'application de la convention par les institutions compétentes a été signé à la même date que la convention.

Pour 2012, une dernière ronde de négociations est prévue à Sarajevo en vue d'arrêter les formulaires nécessaires à l'application de la convention.

4. Luxembourg-Tunisie

La procédure de ratification parlementaire est engagée pour la nouvelle convention bilatérale qui a été signée le 30 novembre 2010 à Tunis et qui remplacera la convention du 23 avril 1980 actuellement en vigueur par un certain nombre de dispositions plus modernes et plus adéquates.

Une quatrième ronde de négociations a eu lieu au mois de mai 2011 à Luxembourg en vue de prévoir l'arrangement administratif. Lors de cette ronde, l'arrangement administratif a pu être signé le 6 mai 2011 à Luxembourg.

Il reste à arrêter avec les autorités tunisiennes les formulaires nécessaires à l'application de la nouvelle convention.

5. Luxembourg-Inde

Les procédures de ratification parlementaires au Luxembourg et en Inde ayant été clôturées, la convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre les deux pays est entrée en vigueur le 1er juin 2011.

6. Luxembourg-Japon

Lors de la quatrième ronde de négociations à Tokyo du 8 au 11 février 2011, le texte de la convention bilatérale entre le Japon et le Luxembourg a été paraphé. La signature n'a pas encore pu avoir lieu, étant donné que les autorités japonaises sont revenues sur un certain nombre d'articles sur lesquels un compromis a pu être trouvé.

Les travaux en vue d'aboutir au texte définitif, et ainsi pouvoir le signer, seront continués en 2012.

7. 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.

Pour des raisons diverses, les autorités des deux pays n'ont pas encore pu parvenir à la signature de la convention. Le dossier sera réactivé en 2012. Par ailleurs une troisième ronde de négociations est prévue au Brésil en vue de négocier l'arrangement administratif.

8. Luxembourg-Moldavie

Du 10 au 15 octobre 2011, une troisième ronde de négociations a eu lieu à Chisinau et l'arrangement administratif a pu être paraphé.

Par ailleurs le Parlement luxembourgeois a ratifié par la loi du 28 avril 2011 cette convention bilatérale. Comme la procédure de ratification parlementaire a aussi pu être clôturée en Moldavie, la convention est entrée en vigueur le 1er janvier 2012.

Pendant une ronde de négociations prévue en mois de janvier 2012 à Luxembourg, les formulaires seront arrêtés.

9. Luxembourg-Argentine

La convention bilatérale entre le Luxembourg et l'Argentine, signée le 13 mai 2010 à l'occasion d'une conférence internationale à Alcalá de Henares, a été ratifiée par le Parlement luxembourgeois par une loi du 7 avril 2011.

La procédure de ratification est en cours en Argentine.

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

10. 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.

11. Luxembourg-Serbie

La convention bilatérale du 27 octobre 2003 avec la Communauté d'Etat Serbie-Monténégro, qui a remplacé l'ancien instrument conclu avec l'ex-Yougoslavie, est en vigueur depuis le 1er septembre 2005.

A noter que l'arrangement administratif, conclu à l'époque également avec la Communauté d'Etat Serbie-Monténégro, n'a jamais pu être signé. Par ailleurs, la forme des formulaires à utiliser est inadéquate.

En 2012, une ronde de négociations sera organisée à Luxembourg en vue de régulariser formellement nos relations avec la Serbie.

12. 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.

13. 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 de négociations a eu lieu du 21 au 25 mai 2011 à Luxembourg. Les travaux pour finaliser et parapher le texte de la convention seront poursuivis en 2012.

14. Luxembourg-Albanie

Suite à des contacts au niveau technique, la volonté politique s'est manifestée d'entamer des négociations en vue de la conclusion d'une convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre les deux pays. Le 31 août 2011, une demande officielle d'ouvrir des négociations a été présentée par les autorités albanaises par voie diplomatique; sur quoi un accord de principe d'entamer la procédure de négociation a été donné par les autorités luxembourgeoises.

Cette convention a été signée le 8 avril 2011 à Luxembourg par les ministres compétents en la matière. La procédure de ratification est bien engagée et le vote d'acceptation par le Parlement luxembourgeois est attendu pour le début de l'année 2012.

L'arrangement administratif qui règle les procédures d'application de la convention par les institutions compétentes a été signé à la même date que la convention.

Pour 2012, une dernière ronde de négociations est prévue à Sarajevo en vue d'arrêter les formulaires nécessaires à l'application de la convention.

4. Luxembourg-Tunisie

La procédure de ratification parlementaire est engagée pour la nouvelle convention bilatérale qui a été signée le 30 novembre 2010 à Tunis et qui remplacera la convention du 23 avril 1980 actuellement en vigueur par un certain nombre de dispositions plus modernes et plus adéquates.

Une quatrième ronde de négociations a eu lieu au mois de mai 2011 à Luxembourg en vue de prévoir l'arrangement administratif. Lors de cette ronde, l'arrangement administratif a pu être signé le 6 mai 2011 à Luxembourg.

Il reste à arrêter avec les autorités tunisiennes les formulaires nécessaires à l'application de la nouvelle convention.

5. Luxembourg-Inde

Les procédures de ratification parlementaires au Luxembourg et en Inde ayant été clôturées, la convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre les deux pays est entrée en vigueur le 1er juin 2011.

6. Luxembourg-Japon

Lors de la quatrième ronde de négociations à Tokyo du 8 au 11 février 2011, le texte de la convention bilatérale entre le Japon et le Luxembourg a été paraphé. La signature n'a pas encore pu avoir lieu, étant donné que les autorités japonaises sont revenues sur un certain nombre d'articles sur lesquels un compromis a pu être trouvé.

Les travaux en vue d'aboutir au texte définitif, et ainsi pouvoir le signer, seront continués en 2012.

7. 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.

Pour des raisons diverses, les autorités des deux pays n'ont pas encore pu parvenir à la signature de la convention. Le dossier sera réactivé en 2012. Par ailleurs une troisième ronde de négociations est prévue au Brésil en vue de négocier l'arrangement administratif.

8. Luxembourg-Moldavie

Du 10 au 15 octobre 2011, une troisième ronde de négociations a eu lieu à Chisinau et l'arrangement administratif a pu être paraphé.

Par ailleurs le Parlement luxembourgeois a ratifié par la loi du 28 avril 2011 cette convention bilatérale. Comme la procédure de ratification parlementaire a aussi pu être clôturée en Moldavie, la convention est entrée en vigueur le 1er janvier 2012.

Pendant une ronde de négociations prévue en mois de janvier 2012 à Luxembourg, les formulaires seront arrêtés.

9. Luxembourg-Argentine

La convention bilatérale entre le Luxembourg et l'Argentine, signée le 13 mai 2010 à l'occasion d'une conférence internationale à Alcalá de Henares, a été ratifiée par le Parlement luxembourgeois par une loi du 7 avril 2011.

La procédure de ratification est en cours en Argentine.

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

10. 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.

11. Luxembourg-Serbie

La convention bilatérale du 27 octobre 2003 avec la Communauté d'Etat Serbie-Monténégro, qui a remplacé l'ancien instrument conclu avec l'ex-Yougoslavie, est en vigueur depuis le 1er septembre 2005.

A noter que l'arrangement administratif, conclu à l'époque également avec la Communauté d'Etat Serbie-Monténégro, n'a jamais pu être signé. Par ailleurs, la forme des formulaires à utiliser est inadéquate.

En 2012, une ronde de négociations sera organisée à Luxembourg en vue de régulariser formellement nos relations avec la Serbie.

12. 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.

13. 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 de négociations a eu lieu du 21 au 25 mai 2011 à Luxembourg. Les travaux pour finaliser et parapher le texte de la convention seront poursuivis en 2012.

14. Luxembourg-Albanie

Suite à des contacts au niveau technique, la volonté politique s'est manifestée d'entamer des négociations en vue de la conclusion d'une convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre les deux pays. Le 31 août 2011, une demande officielle d'ouvrir des négociations a été présentée par les autorités albanaises par voie diplomatique; sur quoi un accord de principe d'entamer la procédure de négociation a été donné par les autorités luxembourgeoises.