TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **5**

LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL **7**

L'organisation de la sécurité sociale 7
Les personnes protégées 13

L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ **19**

Les objectifs de l'assurance maladie-maternité 19
Organisation, gestion et financement de l'assurance maladie-maternité 19
Maintenir la viabilité financière de l'assurance maladie-maternité 20
La situation de l'assurance maladie-maternité 22
La situation financière de l'assurance maladie-maternité 29
L'évolution législative et réglementaire 32

LA CELLULE D'EXPERTISE MÉDICALE **33**

L'ASSURANCE PENSION **37**

L'évolution financière de l'assurance pension 37
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

L'ASSURANCE ACCIDENT **63**

L'évolution de l'assurance accident 63
L'évolution législative et réglementaire 70

LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION **73**

L'évolution du 2e pilier de l'assurance pension 73
Evolution 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 **79**

Les attributions et l'organisation des juridictions de la sécurité sociale 79
Les activités des juridictions de la sécurité sociale 79

LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS **81**

Les attributions du Service des dommages de guerre corporels 81
Les activités du Service des dommages de guerre corporels 81
L'évolution réglementaire 81

L'ADMINISTRATION DU CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE **83**

SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE : RAPPORT DE L'EXERCICE 2012 ET PROGRAMME PRÉVU POUR 2013 **91**

Le système intégré de gestion de documents (SIDOC) 91
Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance (CEO) 91
Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale 93
Centre commun de la sécurité sociale 93
Association d'assurance accident (AAA) 94
Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) 95
CNS (d'Gesondheetskees) 97

LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL **99**

Instruments multilatéraux 99

INTRODUCTION

Le comité de pilotage, présidé par Monsieur Mars DI BARTOLOMEO et institué en vue d'accompagner la mise en vigueur de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, s'est réuni mensuellement au cours de l'exercice 2012 en vue de poursuivre la mise en œuvre de l'éventail des mesures législatives et réglementaires prévues par la loi.

Le dispositif du médecin référent a été mis en place. Il constituera un acteur essentiel en vue d'améliorer la coopération et la coordination entre tous les acteurs de la santé. Vont suivre des mesures ayant trait à la standardisation des outils, au suivi médical ainsi qu'à la documentation centralisée des prestations de santé dispensées tant dans le milieu ambulatoire que dans le secteur stationnaire.

La mise en application du tiers payant social par la loi du 13 avril 2012 modifiant l'article 24 du Code de la sécurité sociale constitue une autre mesure très importante prise en 2012.

Notons enfin que les travaux de transposition de la directive relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers se sont poursuivis en 2012 et que le projet de loi afférent a été déposé entre temps, le délai de transposition prenant fin le 25 octobre 2013.

La loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension est entrée en vigueur avec effet au 1er janvier 2013. Elle prévoit un éventail de mesures tendant à pérenniser notre système de pension.

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 avant-projet de réforme de la législation en cette matière. Il vise à recadrer les procédures relatives au reclassement professionnel en prévoyant une coordination plus efficace des différents intervenants et à rendre plus transparents et rapides les procédures et processus décisionnels à parcourir par l'assuré. Le projet de loi est engagé sous peu dans la procédure législative.

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. Par arrêté ministériel du 19 décembre 2012, le taux de cotisation unique, arrêté pour l'exercice 2013 par le comité-directeur de l'Association d'assurance accident a été fixé à 1,10%. Par ailleurs, le règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 détermine l'organisation et le fonctionnement de la commission supérieure des maladies professionnelles.

Comme par le passé, les responsables de l'assurance dépendance, tant l'organisme gestionnaire, à savoir la Caisse nationale de santé, que la Cellule d'évaluation et d'orientation, ont persévéré dans leurs efforts en matière de la garantie de la qualité des prestations.

Sur base d'un bilan organisationnel et financier de l'assurance dépendance, le Gouvernement élaborera un projet de loi de réforme tendant au recadrement du 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 de cette branche très importante de notre système de protection sociale.

Au cours de l'exercice 2012, 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 pour la conclusion d'accords bilatéraux nouveaux, d'une part, et par la collaboration constructive aux travaux de diverses institutions internationales, d’autre part.

Les principales données statistiques ayant trait aux différentes branches de la sécurité sociale présentées ci-après sont issues du Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2011, édité par le Ministère de la Sécurité sociale/Inspection générale de la sécurité sociale et publié en novembre 2012.

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’expertise médicale - 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 de la sécurité sociale - Centre commun de la sécurité sociale - Association d'assurance accident - 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.

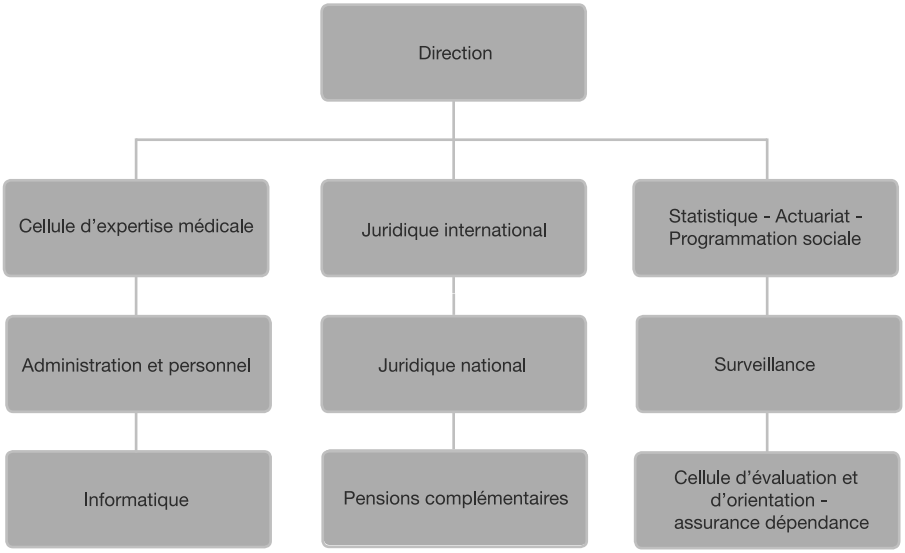
Toute décision d'un organe d'une institution qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts est déférée par son président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension.

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 tout comme la Cellule d’expertise médicale.

Organigramme de l'IGSS



Nombre des emplois de l'IGSS:

Inspection générale de la sécurité sociale	**Directeur**	**1**
	Fonctionnaires de la carrière supérieure administrative	19
	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
	Employés de l'Etat	18
	TOTAL :	**102**

*) 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 2012, le Contrôle médical disposait de:

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

De plus, une réforme de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale vient d'être entamée. Un groupe de travail comprenant des représentants du Contrôle médical, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de santé et des Ministères de la Santé et de la Sécurité sociale est ainsi chargé d'une révision des articles 418 à 421 du Code de la sécurité sociale. Le but de cette réforme sera entre autres une redéfinition des missions du Contrôle médical de la sécurité sociale, afin de valoriser son rôle dans la maîtrise des coûts, tout en garantissant une orientation et un encadrement des assurés correspondant au mieux à leurs besoins.

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*	2
	Fonctionnaires de la carrière moyenne du rédacteur	7
	Employés de l'Etat	7
	TOTAL :	**20**

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

Conseil supérieur des assurances sociales	Président *	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 :	**5**

* 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.

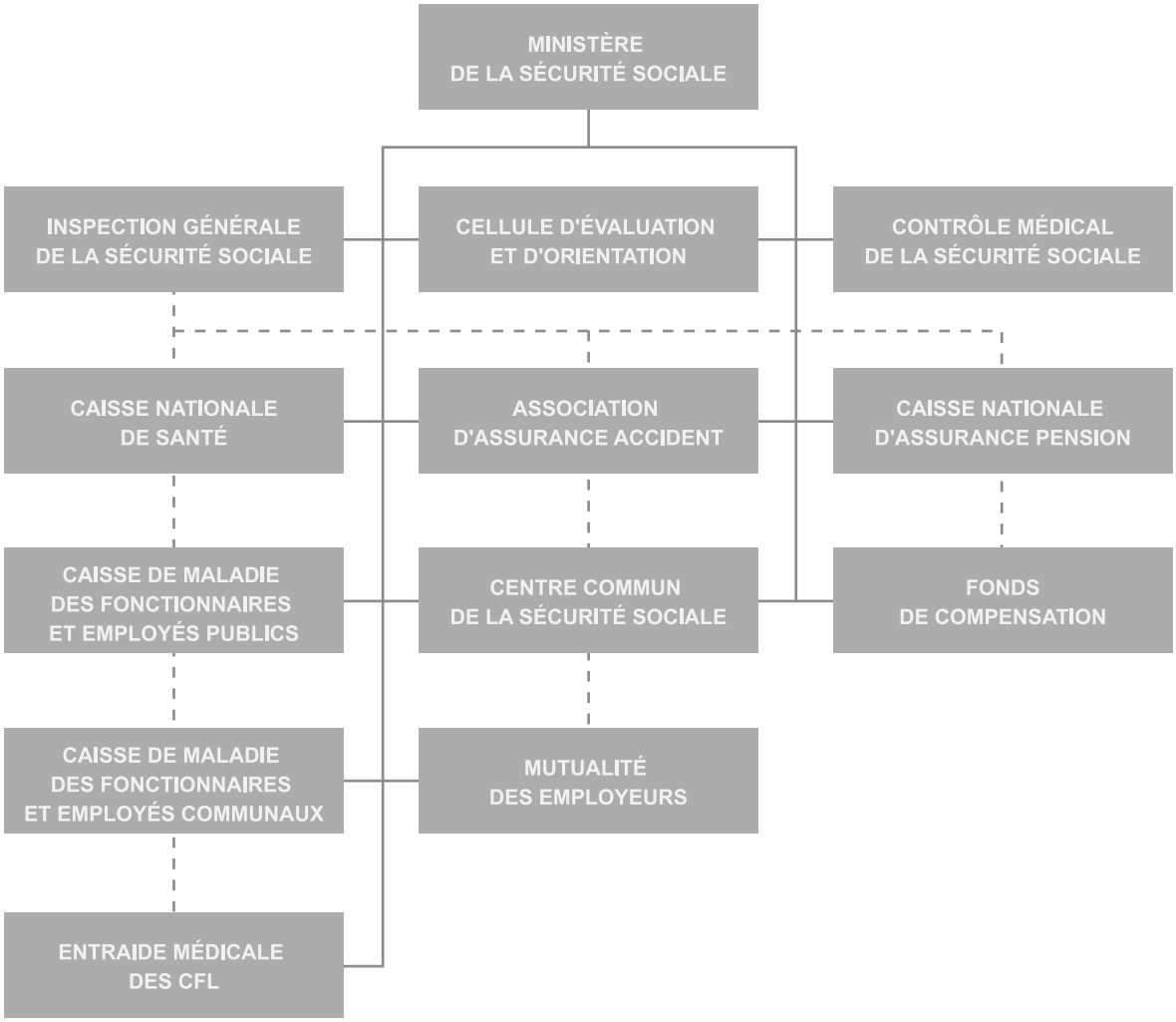
La **Caisse nationale de santé (CNS)** est dotée de la compétence générale pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les caisses de maladie du secteur public sont compétentes pour le remboursement des soins de santé avancés par leurs assurés.

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 accident** 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	Fonctionnaires de l'Etat		
	Président et premiers conseillers de direction	5	
	Autres carrières supérieures	27	
	Employés publics :		
	Carrières moyennes	184	
	Carrières inférieures	148	
	Salariés assimilés aux salariés de l'Etat	71	
	Total:		**435**
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics	Employés publics		
	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	Employés publics		
	Carrière moyenne du rédacteur	3	
	Carrières inférieures de l'expéditionnaire	5	
	Total:		**8**
Caisse nationale d'assurance pension	Fonctionnaires de l'Etat		
	Président et premiers conseillers de direction	3	
	Autres carrières supérieures *	6	
	Employés publics :		
	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	Fonctionnaires de l'Etat		
	Président et premiers conseillers de direction	1	
	Autres carrières supérieures *	7	
	Employés publics :		
	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	Fonctionnaires de l'Etat		
	Premiers conseillers de direction	2	
	Autres carrières supérieures administratives*	6	
	Carrière supérieure de l'informaticien*	38	
	Employés publics :		
	Carrière moyenne du rédacteur	78	
	Carrière moyenne de l'informaticien diplômé	24	
	Carrière moyenne de l'ingénieur-technicien	3	
	Carrière infér. de l'expèditionnaire administratif	12	
	Carrière infér. de l'expèditionnaire 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 (conjoints 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 de l'assurance pension pour 2011 (moyenne annuelle)

		dont régimes pension statutaires
Salariés (Statut unique)	325 566	
Fonctionnaires	27 420	27 420
Indépendants	19 757	
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	7 151	
Bénéficiaires d'un congé parental	2 319	229
Bénéficiaires d'une indemnité de préretraite	1 361	38
Total	**383 573**	**27 687**

Evolution du nombre des personnes protegées en assurance maladie-maternité

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 2007

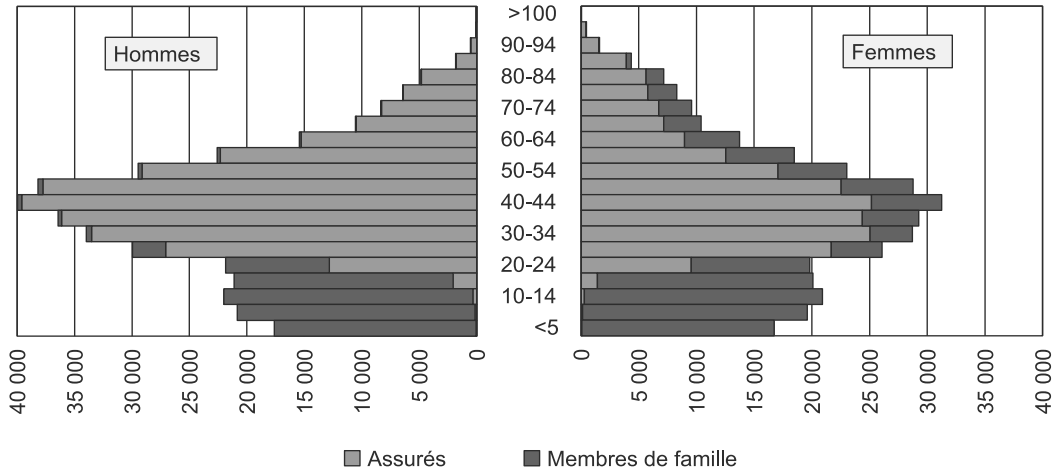
	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Hommes	227 300	231 400	235 293	239 501	244 773
Femmes	228 400	231 800	235 367	239 218	243 494
Total	**455 700**	**463 200**	**470 660**	**478 720**	**488 268**
Taux de croissance	1,3%	1,6%	1,6%	1,7%	2,0%

Evolution de la population protégée depuis 2007

	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Actifs et volontaires	536 400	557 300	569 929	583 489	600 798
Hommes	295 400	307 300	312 654	319 261	328 097
Femmes	241 000	250 000	257 275	264 229	272 701
Pensionnés	107 500	109 000	112 029	116 049	119 512
Hommes	47 300	48 300	50 054	52 020	53 880
Femmes	60 200	60 700	61 975	64 030	65 632
Total	**643 900**	**666 300**	**681 958**	**699 539**	**720 310**
Taux de croissance	3,2%	3,5%	2,3%	2,6%	3,0%

Le graphique suivant présente la pyramide des âges des assurés et de leurs membres de famille en 2011.

Population protégée en 2011



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 regime des prestations en espèces

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

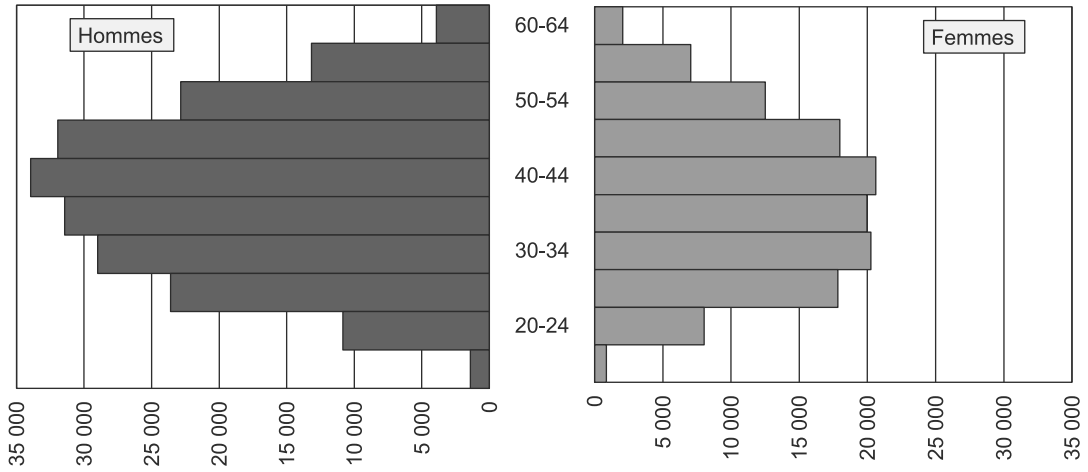
Jusqu'à l'introduction du statut unique au 1er janvier 2009, la gestion ouvriers (Art. 29.1c CSS), dont faisait partie la majorité des ouvriers, intervenait dès le premier jour de maladie. L'employeur pouvait cependant opter pour une affiliation de ses salariés ouvriers auprès de la gestion employés 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 ceci pendant les 77 jours de maladie continue et du reste du mois dans lequel tombe le 77e jour en cas d'incapacité de travail. Après ce délai, la charge revient à la Caisse nationale de santé. L'indemnité pécuniaire accordée aux non-salariés reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs.

Le présent graphique représente la répartition des assurés par groupes d'âge en 2011.

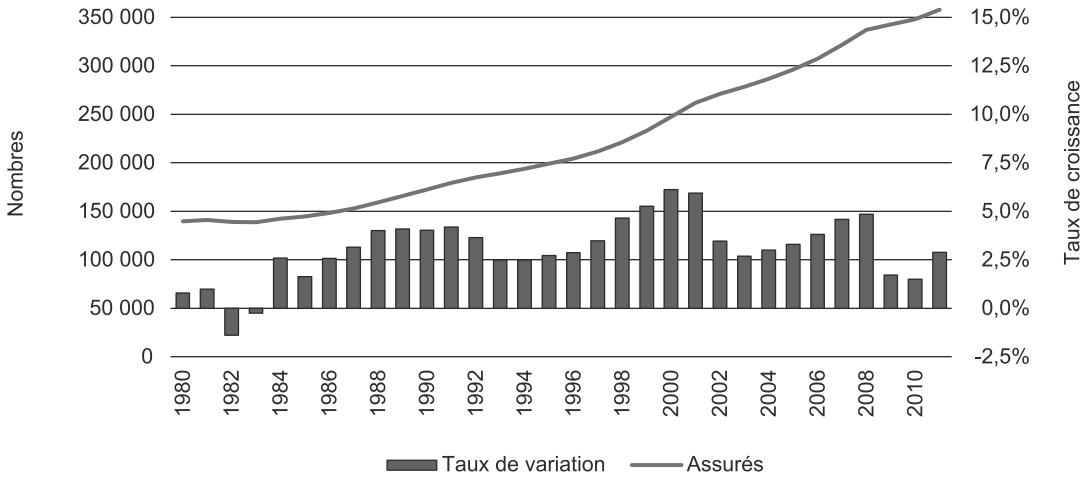
Gestion prestations en espèces: répartition des assurés par groupe d'âge en 2011



Les assurés du régime général de pension

En 2011, le nombre moyen d'assurés atteint 357 934 personnes (contre 347 886 personnes en 2010), avec un taux de croissance, qui de 2,9% de 2010 à 2011, augmente sensiblement par rapport à la période précédente (1,5%).

Evolution du nombre moyen des assurés



Le nombre d'assurés féminins s'élève à 141 990 femmes (contre 137 268 femmes en 2010), avec un taux de croissance de 3,4%, contre 2,5% 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'Etablissement 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	**2010**			**2011**			**Taux de variation 2011/2010**		
	Hommes	**Femmes**	**Total**	**Hommes**	**Femmes**	**Total**	**Hommes**	**Femmes**	**Total**
Salariés	198 017	129 425	327 442	203 180	133 875	337 055	2,6%	3,4%	2,9%
Non-salariés	11 810	6 595	18 405	11 937	6 825	18 762	1,1%	3,5%	1,9%
Total	**209 827**	**136 020**	**345 847**	**215 117**	**140 700**	**355 817**	**2,5%**	**3,4%**	**2,9%**

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 253 pour un salarié travaillant 8 heures par jour et à 5 jours par semaine selon le calendrier 2011 (voir tableau 9), contre 255 jours en 2010. Ainsi la variation 2010-2011 donne seulement une indication approximative de l'évolution du revenu cotisable moyen.

Evolution du revenu moyen mensuel cotisable

Caisse	Sexe	1995	2000*)	2005	2009	2010	2011**)	Variation 2011/10	Variation moyenne 1995-2011
AVI	Hommes	1 877	2 069	2 395					
	Femmes	1 371	1 543	1 931					
CPEP	Hommes	3 381	3 724	4 384					
	Femmes	2 414	2 826	3 447					
CPACI	Hommes	2 348	2 610	2 884					
	Femmes	1 546	1 829	2 182					
CPA	Hommes	1 199	1 510	1 973					
	Femmes	1 143	1 381	1 790					
Total	**Hommes**	**2 433**	**2 771**	**3 273**	**3 747**	**3 829**	**3 923**	**2,5%**	**3,0%**
	Femmes	**1 984**	**2 360**	**2 902**	**3 386**	**3 482**	**3 556**	**2,1%**	**3,7%**
	Hommes + Femmes	**2 277**	**2 628**	**3 143**	**3 616**	**3 703**	**3 789**	**2,3%**	**3,2%**

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

**) Données provisoires, nouvelle méthodologie à partir de 2011.

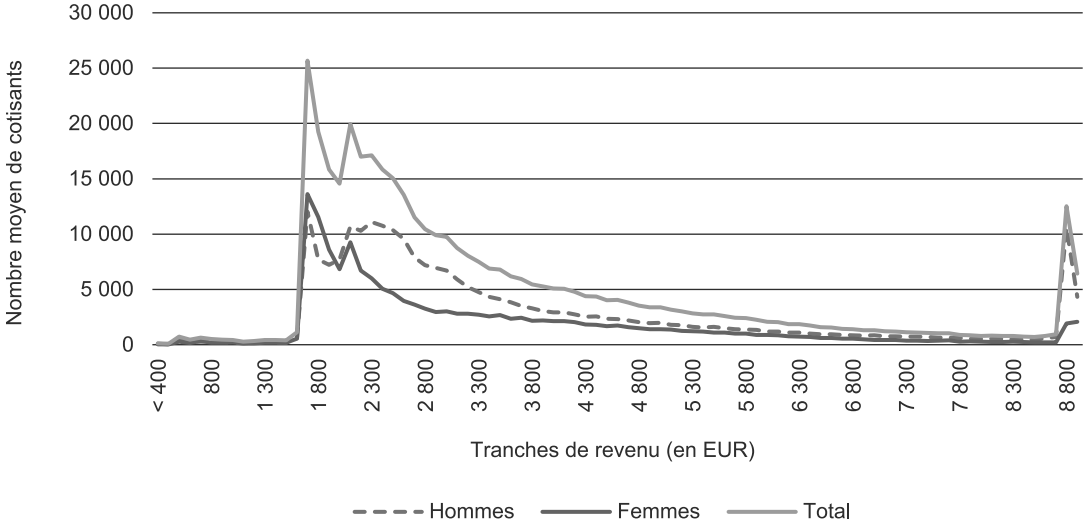
Le niveau de ces revenus moyens cotisables est influencé par l'existence d'un maximum et d'un minimum cotisable. Le niveau minimum du salaire cotisable, qui s'élève en 2011 en moyenne à 1 768,54 EUR par mois, joue avant tout un rôle dans le revenu moyen cotisable des assurés non salariés.

En 2011, la croissance du revenu moyen cotisable a légèrement augmenté en passant de 2,19% à 2,32%. Entre 2010 et 2009, elle avait sensiblement ralentie 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 2011



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 premier but de l'assurance maladie maternité c'est d'assurer l'accès équitable aux soins de santé de qualité pour toute la population, indépendamment du statut social ou du revenu. Les soins de santé doivent tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels. 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". Elle garantit en outre le libre choix du médecin traitant, sauf le cas où des soins sont sollicités dans le cadre des services de garde et d'urgences. La gamme des soins et fournitures 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.

Sur base de conventions conclues avec la Direction de la Santé, l'assurance maladie prend en charge 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 prévoit la mise à disposition de contraceptifs aux jeunes femmes de moins de 25 ans.

Le dispositif du médecin référent (MR), opérationnel à partir du mois d'août 2012, a comme objectif la promotion active des soins primaires. Il valorise le rôle des médecins généralistes et pédiatres en tant que médecin de confiance et de premier contact. Le dispositif MR devra promouvoir également le développement des mesures de médecine préventive et améliorer le suivi du patient, notamment du patient chronique.

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 lors d'un congé 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.

Organisation, gestion et financement de l'assurance maladie-maternité

La Caisse Nationale de Santé (CNS), qui est l'organisme de gestion, 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 intervenues en 2009 et 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 également une fusion des trois caisses des salariés du secteur privé et des deux caisses des non-salariés, et donné naissance à la Caisse Nationale de Santé (CNS). Les trois caisses de maladie du secteur public (Etat, Communes, Chemins de Fer) subsistent avec une autonomie réduite. Leurs tâches peuvent être assimilées à celles d'une agence pour un secteur spécifique.
2. Enfin, la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système des soins de santé a amené une deuxième réorganisation de l'assurance maladie en fusionnant dans une gestion unique, les trois anciennes gestions : "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. A partir de 2011, les prestations de maternité ne sont donc plus financées directement par l'Etat qui, en compensation, a augmenté sa contribution aux cotisations de l'assurance maladie-maternité et supporte 40% des cotisations (Art 31.1 CSS).

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, de 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, qui réunit 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 :

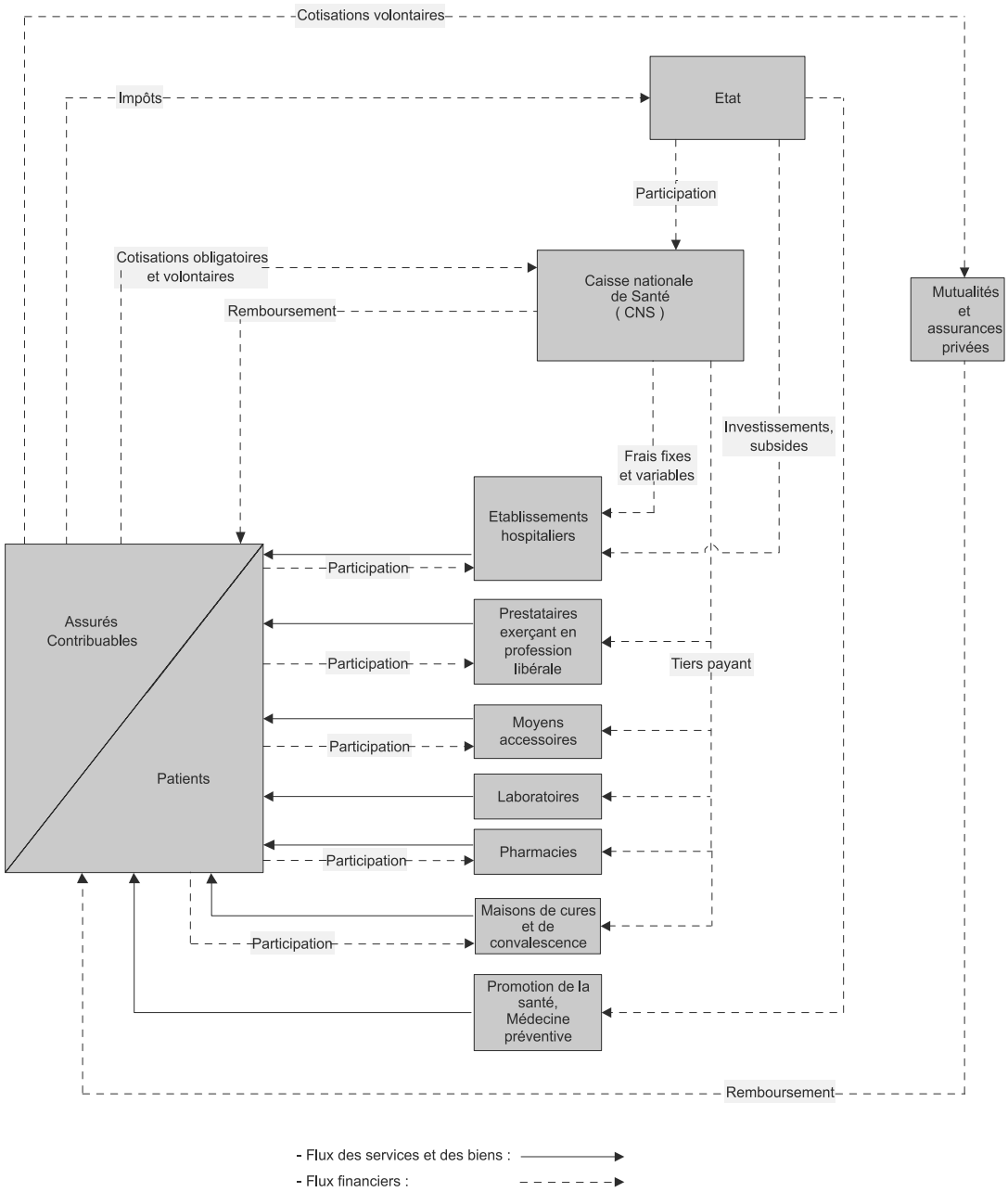
- l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité sur base du budget prévisionnel,
- l'adaptation du système de santé aux besoins de la population, à l'évolution du progrès médical et des ressources dont dispose le pays.

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 remontait à 1992. 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 basé essentiellement sur l'offre.

Dans son programme, le Gouvernement s'était engagé en juillet 2009, à préserver un système de santé fondé 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, par une meilleure complémentarité des services hospitaliers ainsi que par 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. Tous ces aspects se retrouvent dans la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système des soins de santé.

Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2012



Source: IGSS Luxembourg 2012.

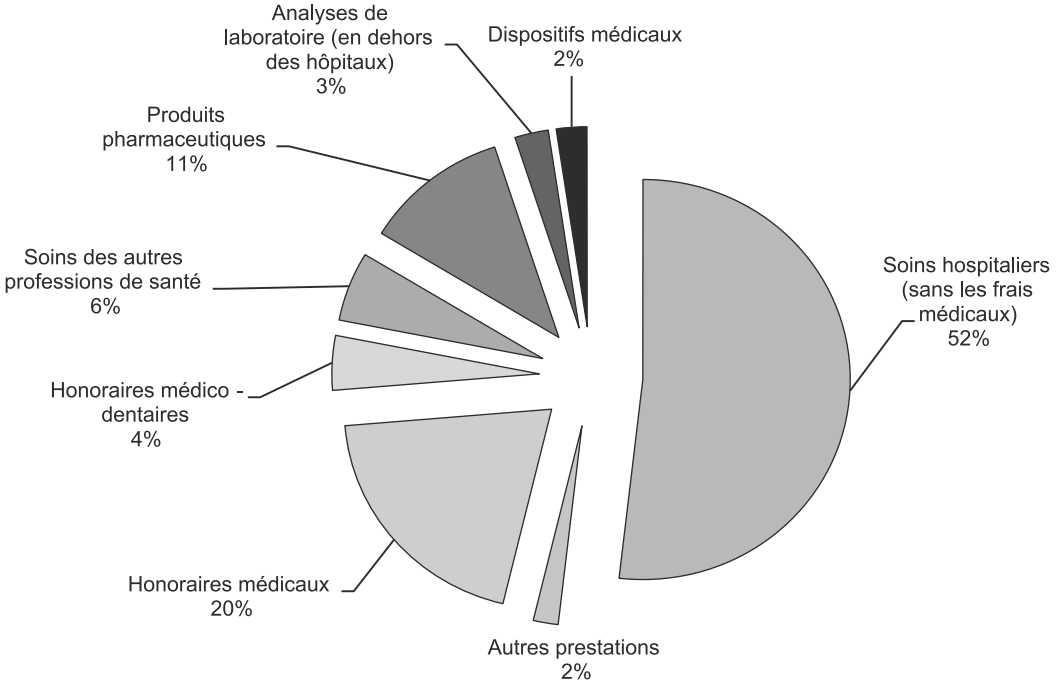
La situation de l'assurance maladie-maternité

Les soins de santé

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

Pendant l'année 2011, l'assurance maladie-maternité a liquidé des frais pour soins de santé pour un montant total de 1 776 millions EUR, dont 1 455 millions EUR, soit 82% pour la population protégée résidente. La répartition de ces frais entre les différents types de prestations est illustrée dans le graphique suivant:

Ventilation des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2011



Note: Le poste de soins de santé "Autres prestations" regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive et les indemnités funéraires.

Les soins hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (52%) pour soins de santé au Luxembourg en 2011. Suivent les honoraires médicaux (20%) et les frais pharmaceutiques (11%). Ces trois groupes de prestations présentent 83% du total des dépenses de soins de santé au Luxembourg et 72% 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. Il est à noter que les soins hospitaliers, les honoraires médicaux et les produits pharmaceutiques présentent une rupture de série pour 2011. 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 en 2011 est due à un transfert de charges imputées autrefois au secteur hospitalier.

Evolution des frais pour soins de santé[1] (en millions EUR)

	Décompte	Estimations actualisées [2]	
	2011	**2012**	**2013**
Soins hospitaliers	**723,3**	**740,2**	**768,2**
Honoraires médicaux	**287,1**	**306,1**	**332,3**
Honoraires médico-dentaires	**64,4**	**67,3**	**71,0**
Produits pharmaceutiques	**173,5**	**187,5**	**194,1**
Biens médicaux (en dehors des hôpitaux)	36,0	38,2	39,5
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	58,5	70,3	75,9
Soins des autres professions de santé	81,3	92,2	103,7
Autres prestations	31,3	31,4	32,9
Prestations de maternité [3]	p.m.	p.m.	p.m.
Total des prestations au Luxembourg	**1 455,4**	**1 533,2**	**1 617,6**
Prestations à l'étranger [4]	***320,5***	***355,2***	***385,2***
Total soins de santé	**1 775,9**	**1 888,4**	**2 002,8**
Taux de variation annuel	**2,74%**	**6,33%**	**6,06%**

1) La série 2011 a été redressée pour éliminer le biais introduit par la liquidation de prestations provisionnées à la fin de l'exercice précédent respectif.

2) Source: estimations CNS octobre 2012.

3) A partir de 2011 ces prestations ont été intégrées dans le régime général : d'où une rupture de série pour les postes honoraires médicaux et frais hospitaliers.

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

En 2011, les frais pour soins de santé ont augmenté de 2,7%. Cette croissance modérée est due à une politique de "stand-still", mise en place en raison de la situation financière préoccupante de la CNS fin 2009. Pour les années 2012 et 2013 on s'attend à une croissance de 6,3% respectivement de 6,1%.

Les frais pour soins de santé au Luxembourg ont progressé de 2,8% en 2010 et de 2,5% en 2011. Le freinage des dépenses ne correspond pas à une restriction du volume des soins, mais il est dû à des mesures d'économie introduites pour maintenir l'équilibre budgétaire. Ces économies visaient d'un côté les utilisateurs (augmentation de la participation aux soins médicaux, infirmiers, hospitaliers, de kinésithérapie, d'orthophonie, de psychomotricité, aux cures thermales et aux moyens curatifs). Du côté des prestataires, la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du secteur de la santé avait prévu, outre le gel des lettre-clé des prestataires en général, une réduction des coefficients de certains actes techniques des médecins ainsi que des actes de laboratoire médical.

L'objectif de ces mesures était d'économiser 20 millions EUR du côté des assurés et la même somme du côté des prestataires. D'après les calculs de la CNS, ce but a été atteint en 2011.

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: soins hospitaliers et honoraires médicaux à cause de l'intégration des soins de maternité.

Evolution des différents postes de frais pour soins de santé[1][2] (Indicateur de variation 2002=100)

						Décomptes	Estimations [3]	
Indicateur de variation (2002=100)	**2002**	**2004**	**2006**	**2008**	**2010**	**2011**	**2012** [3]	**2013** [3]
Soins hospitaliers	**100,0**	**124,5**	**140,8**	**156,1**	**167,3**	**176,7**	**180,8**	**187,6**
Honoraires médicaux	**100,0**	**132,0**	**138,7**	**154,8**	**177,5**	**176,0**	**187,6**	**203,7**
Honoraires médico-dentaires	**100,0**	**124,4**	**132,6**	**143,7**	**162,0**	**166,2**	**173,6**	**183,2**
Produits pharmaceutiques	**100,0**	**114,7**	**121,3**	**133,6**	**140,2**	**150,1**	**162,2**	**167,9**
Biens médicaux (en dehors des hôpitaux)	100,0	116,7	134,7	155,7	163,5	165,8	175,9	181,9
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	100,0	136,6	130,2	158,2	146,7	209,4	251,6	271,6
Soins des autres professions de santé	100,0	124,8	157,2	192,1	250,1	238,4	270,4	304,1
Autres prestations [4]	100,0	89,9	96,3	112,7	127,5	121,7	122,1	127,9
Prestations de maternité [5]	100,0	115,0	148,7	157,2	178,8	p.m.	p.m.	p.m.
Total des prestations au Luxembourg	**100,0**	**123,6**	**136,3**	**152,5**	**166,9**	**170,8**	**179,9**	**189,8**

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 2012).

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.

5) A partir de 2011 ces prestations ont été intégrées dans le régime général : d'où une rupture de série pour les postes honoraires médicaux et frais hospitaliers.

En 2011, on note 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 débudgétisés du secteur hospitalier viennent donc gonfler le montant des frais de laboratoires en ambulatoire. 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 12,6% des prestations de soins de santé liquidées en 2011, contre 19,1% en 2010. Ils ont connu une baisse de 0,2% en 2011, contre une hausse de 7,1% en 2010.

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

	Montant 2011	Taux moyen de variation 2004/11
Prestations de soins de santé, dont:	315,4	11,5%
- Conventions internationales (tiers payant)	*320,3 1)*	*12,4%*
- Autres prestations à l'étranger: (remboursement de prestations)	*8,5*	*6,0%*
Prestations de maternité[2)]		p.m.
Indemnités funéraires	0,1	1,4%
TOTAL DES PRESTATIONS	**315,5**	**11,0%**

1) Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.

2) Les prestations de maternité ont été intégrées dans le régime général à partir de 2011.

La consommation de médicaments en 2011

En 2011, les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 165,6 millions EUR et ont progressé de 2,1% par rapport à l'année précédente.

Pour 2012 et 2013, les taux de progression sont estimés respectivement à 11,7% et 3,4%.

Les groupes de médicaments les plus prescrits dans le secteur extrahospitalier[1)]

Les quatre groupes de médicaments suivants, classés en fonction de la classification internationale ATC[2)] , représentent 67,6% du montant net total des médicaments pris en charge en 2011:

A Système gastro-intestinal / métabolisme (14,6%)

C Système cardio-vasculaire (23,0%) Les médicaments agissant sur le système rénine angiotensine et les hypolipidémiants (traitement contre le cholestérol) représentent 75,3% dans ce groupe thérapeutique

L Agents anti-néoplasiques et immunomodulateurs (traitements anticancéreux) (14,2%)

N Système nerveux central (15,5%)

Bilan de la prescription des médicaments génériques

En date du 13 février 2006, le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, de concert avec l'AMMD et le Syndicat des pharmaciens, avait lancé une première campagne d'information promouvant les médicaments génériques. Les mesures qui se sont limitées à des recommandations ou consignes n'ont eu qu'un effet limité.

Cette situation devrait évoluer sous peu avec l'ouverture cadrée à la pratique de la substitution par le pharmacien.

Les soins de maternité

Les soins de maternité lors d'un accouchement à l'hôpital ont été pris en charge forfaitairement par l'Etat jusqu'en 2010. A partir du 1er janvier 2011, les soins en cas de maternité ne sont plus financés directement par l'Etat, mais ils ont été intégrés dans le régime général de la CNS.

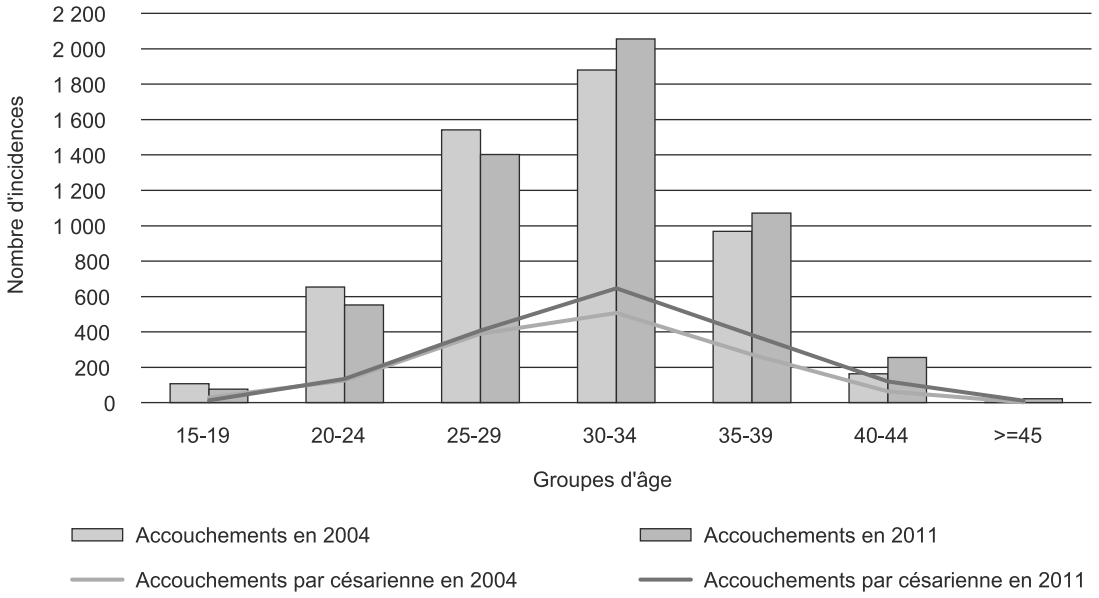
Le graphique suivant indique le nombre d'accouchements normaux et le nombre d'accouchements par césarienne de femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2004 et 2011.

---

1) Source: CNS.

2) Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System.

Nombre d'accouchements par voie naturelle et par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2004 et 2011



Le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité était de 5 437 en 2011. Il reste stable par rapport au nombre d'accouchements en 2010. L'augmentation moyenne annuelle globale du nombre d'accouchements a été de 0,3% entre 2004 et 2011.

Pour les années sous revue on constate un net transfert des accouchements vers les groupes d'âge 30+. Le nombre d'accouchements pour les très jeunes femmes (<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 31,5% en 2011.

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 27% pour les jeunes femmes, autour de 33% pour les trentenaires, il s'élève à 47% pour les femmes âgées de 40 ans et plus.

Les prestations en espèces

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de 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.

Suite à ces importants changements structurels, liés notamment à l'introduction du statut unique, il n'est plus possible de comparer l'évolution financière actuelle des prestations en espèces de maladie à celle d'avant 2009.

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 2010 des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)

	Décomptes		Estimations actualisées [1]	
Types de prestations (en millions d'euros)	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Indemnités pécuniaires proprement dites	82,9	97,2	-	-
(dont anciens cas <2009)	0,2	0,0	-	-
Indemnités liées à des périodes d'essai	6,9	8,2	-	-
Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,1	0,1	-	-
Total :	**89,9**	**105,5**	**123,4**	**133,3**
Taux de cotisation	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%

1) Source: Estimations CNS (octobre 2012).

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

Taux d'absentéisme en 2011

Le tableau ci-après présente les taux d'absentéisme 2011 selon le statut, le sexe et la résidence.[1)]

Taux d'absentéisme en 2011 selon la résidence, le sexe et le statut

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

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 vont être 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 les taux d'absentéisme par secteur avant et après normalisation ainsi que le poids que représente le secteur dans l'économie.

Ce poids est mesuré par le nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation du secteur considéré, rapporté au nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation de tous les secteurs.

1) Le tableau est établi selon l'approche " comptable-occupation ".

Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité en 2011

Secteur d'activité[1)]	Taux normalisé	Taux non normalisé	Poids
Q Santé humaine et action sociale	4,4%	4,4%	8,7%
H Transports et entreposage	3,7%	4,2%	7,1%
N Activités de services administratifs et de soutien	3,7%	4,1%	7,0%
G Commerce; réparation d'automobiles	3,6%	3,6%	13,3%
D Production et distribution d'électricité, de gaz	3,6%	2,9%	0,4%
I Hébergement et restauration	3,6%	4,3%	4,7%
F Construction	3,6%	4,0%	11,8%
C Industrie manufacturière	3,5%	4,0%	9,8%
U Activités extra territoriales	3,4%	3,1%	0,2%
E Production et distribution d'eau	3,4%	4,1%	0,4%
K Activités financières et d'assurance	3,2%	2,4%	12,4%
J Information et communication	3,0%	2,0%	3,9%
M Activités spécialisées, scientifiques et techniques	3,0%	2,2%	8,3%
A Agriculture, sylviculture et pêche	2,9%	3,5%	0,4%
O Administration publique [2)]	2,9%	3,3%	2,8%
R Arts, spectacles et activités récréatives	2,9%	2,5%	0,5%
B Industries extractives	2,9%	3,5%	0,1%
S Autres activités de services	2,9%	3,1%	1,7%
L Activités immobilières	2,7%	2,5%	0,6%
T Activités des ménages en tant qu'employeurs	2,5%	3,2%	4,6%
P Enseignement [3)]	2,3%	1,8%	0,9%
Non-déterminés	2,3%	2,0%	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.

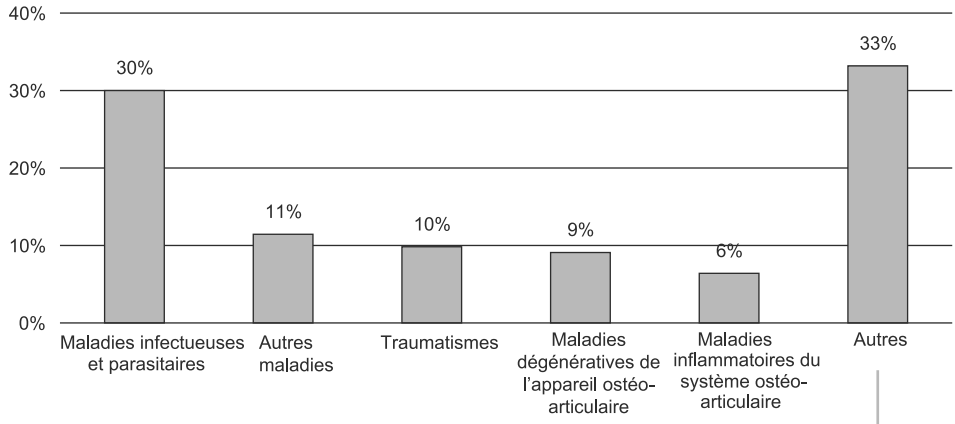
3) Concerne uniquement l'enseignement privé.

Le tableau ci-avant révèle que le secteur Q (Santé humaine et action sociale) présente le taux d'absentéisme normalisé le plus fort avec 4,4%. A noter que le nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation du secteur représente 8,7% du nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation de tous les secteurs.

Si on omet la catégorie des " non déterminés ", le secteur P (Enseignement) présente le taux d'absentéisme normalisé le plus faible avec 2,3%.

Raisons médicales des absences des assurés résidents)[1) 2)]

Répartition des jours de maladie liés à des absences de courte durée (< 21 jours) selon la raison médicale



Troubles mentaux et du comportement	6%
Convalescences après actes chirurgicaux	5%
Maladies du systèmes nerveux (AVC exclus)	4%
Maladies de la sphère ORL et dentaires	3%
Cures thermales	3%
Maladies de l'appareil digestif non infectieuses	3%
Complications de la grossesse	2%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2%
Maladie de l'appareil circulatoire	1%
Maladies de l'appareil respiratoire	1%
Maladies de l'oeil et des ses annexes	1%
Maladies de la peau et du tissus cellulaire sous-cutané	1%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0%
Cancers	0%

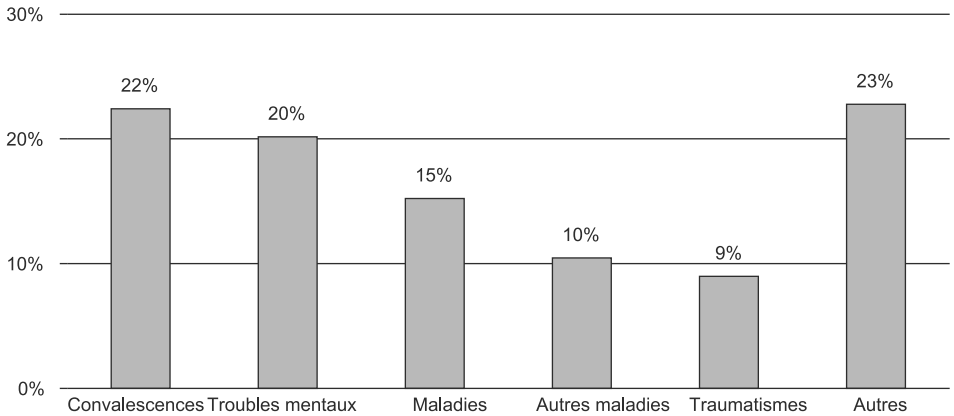
La figure ci-avant révèle que 30% des jours de maladie liés à des absences de courte durée sont dus à des maladies infectieuses et parasitaires comme la grippe, les gastro-entérites, les sinusites ou les otites.

---

1) Exploitation des diagnostics issus des déclarations remplies par les médecins. Les données relatives aux 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.

Répartition des jours de maladie liés à des absences de longue durée (>= 21 jours) selon la raison médicale



Cancers	4%
Maladies inflammatoires du système ostéo-articulaire	4%
Maladies du systèmes nerveux (AVC exclus)	3%
Maladie de l'appareil circulatoire	3%
Complications de la grossesse	2%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1%
Maladies infectieuses et parasitaires	1%
Maladies infectieuses et parasitaires	1%
Maladies de la sphère ORL et dentaires	1%
Maladies de l'appareil respiratoire	0%
Maladies de l'œil et des ses annexes	0%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0%
Maladies infectieuses et parasitaires	0%
Cures thermales	0%

La figure ci-avant révèle que, si on écarte les absences associées au motif " Autre maladie ", il existe quatre raisons principales pour les absences de longue durée : 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 concentrent 66% des jours de maladie liés à des absences de longue durée.

La situation financière de l'assurance maladie-maternité

Le système de financement

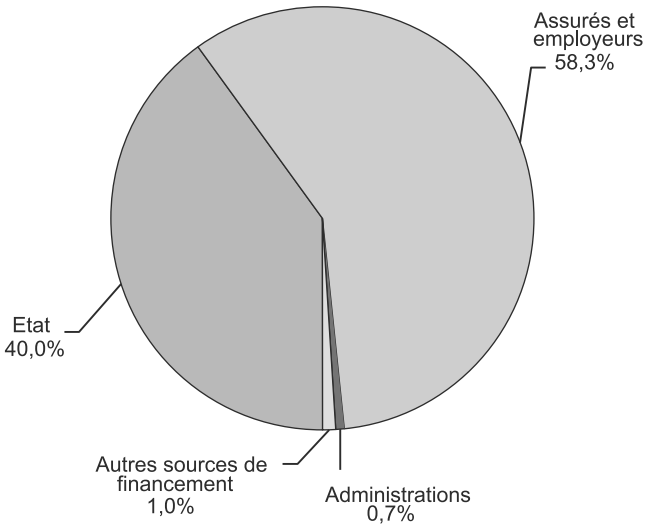
Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la Caisse Nationale de Santé (CNS) applique le système de la répartition des charges, avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent, ni supérieure à vingt pour cent du montant annuel des dépenses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

En dehors des revenus de placements et d'autres ressources, les ressources nécessaires sont basées sur des cotisations. La source de financement la plus importante provient des cotisations des ménages (assurés actifs et pensionnés et employeurs). Le taux de participation de l'Etat au niveau des cotisations, fixé par la loi, s'élève à 40%.

Le graphique suivant illustre, pour l'année 2011, la répartition de la participation financière des différents intervenants.

Taux de participation financière des différents intervenants en 2011



Le tableau ci-après montre l'évolution des différentes sources de financement à partir de 2009.

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

				Estimations actualisées[1)]	
Exercice	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Etat	799,5	841,0	864,0	909,4	948,9
Assurés et employeurs	1 107,5	1 152,4	1 260,1	1 327,0	1 386,0
Administrations	12,4	12,8	14,2	15,2	17,2
Autres sources de financement	20,9	18,0	21,7	16,3	15,1
TOTAL RECETTES COURANTES 2)	1 940,3	2 024,2	2 160,1	2 267,8	2 367,3
En % du total					
Etat	41,2%	41,5%	40,0%	40,1%	40,1%
Assurés et employeurs	57,1%	56,9%	58,3%	58,5%	58,5%
Administrations	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%
Autres sources de financement	1,1%	0,9%	1,0%	0,7%	0,6%
TOTAL	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

1) Source: Estimations CNS (octobre 2012).

2) Sans les prélèvements aux provisions.

Concernant le poids des différents intervenants dans le financement, on constate que les rapports demeurent assez stables au fil des années. La légère diminution de l'engagement financier de l'Etat à partir de 2011, s'explique par une modification de la participation financière de l'Etat qui n'intervient plus à la fois au niveau des cotisations et au niveau du remboursement des prestations de maternité. Dorénavant sa participation se limite aux seules cotisations avec un taux fixe qui a été majoré pour englober le financement des prestations de maternité.

Situation financière: Résultats et prévisions à court terme

Analyse financière globale

Le tableau ci-après retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2008 et présente des estimations actualisées pour l'année en cours ainsi que pour l'exercice budgétaire 2013.

Equilibre financier de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

1) Source: Estimations CNS (octobre 2012).

	Décomptes			Estimations actualisées 1)	
Exercice	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
RECETTES COURANTES 2)	1 940,3	2 024,2	2 160,1	2 267,8	2 367,3
DEPENSES COURANTES 2)	1 960,7	2 029,0	2 081,8	2 227,3	2 374,8
Solde des opérations courantes	-20,4	-4,8	78,3	40,5	-7,5
Réserve globale	199,3	194,5	272,8	313,3	305,8
Fonds de roulement minimum 3)	196,1	111,6	114,5	144,8	178,1
Taux réserve minimum / dépenses courantes	10,0%	5,5%	5,5%	6,5%	7,5%
Excédent/découvert cumulé (après opérations sur réserve)	**3,2**	**82,9**	**158,3**	**168,6**	**127,7**

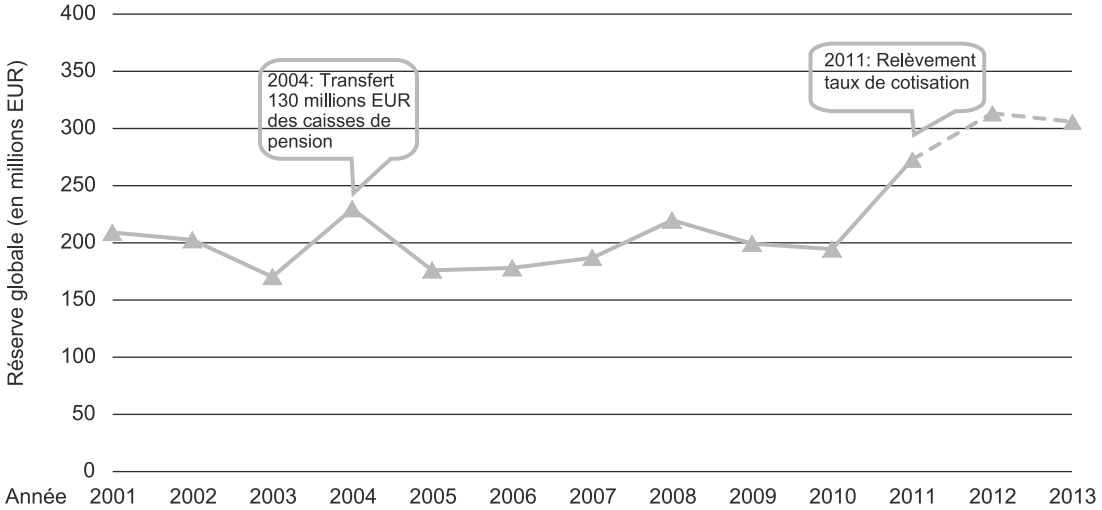
2) Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions.

3) Le niveau de la réserve minimale a été abaissé de 10% des dépenses courantes à 5,5% pour les exercices 2010 et 2011. Pour 2012, la réserve est fixée à 6,5% et à 7,5% pour 2013.

L'année 2011 a clôturé avec un excédent cumulé de 158,3 millions EUR. Or, cet excédent est imputable en grande partie à l'abaissement du niveau de la réserve à 5,5%. Cette mesure temporaire avait été prise pour redresser les finances de l'assurance maladie-maternité tout en évitant le recours à des mesures drastiques. Il faut savoir toutefois que sans cette mesure le résultat de l'exercice aurait été négatif (- 18,3 millions EUR) et l'excédent cumulé se situerait à seulement 64,7 millions EUR. Pour 2012, l'excédent cumulé se consolide. Pour 2013, on prévoit un déficit de 7,5 millions EUR en exploitation annuelle et une baisse sensible du niveau du découvert cumulé.

Le graphique ci-après trace l'évolution de la réserve à partir de 2001, tout en illustrant la sensibilité du système aux aléas de l'évolution économique.

La réserve globale en fin d'année en valeur absolue



Sources: Décomptes, estimations 2012 et 2013 CNS (octobre 2012).

Evolution globale des recettes et des dépenses

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

	Décomptes			Estimations actualisées 2)	
Exercice	**2009 3)**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Recettes					
Cotisations	1 110,3	1 155,1	1 262,8	1 329,7	1 388,9
Cotisations forfaitaires Etat	641,7	668,0	841,34)	886,5	925,9
Autres contributions de l'Etat	155,0	170,3	20,14)	20,1 4)	20,1 4)
Autres recettes	33,3	30,9	35,9	31,5	32,4
TOTAL DES RECETTES COURANTES	1 940,3	2 024,2	2 160,1	2 267,8	2 367,3
Variation annuelle en %	-1,9%	4,3%	6,7%	5,0%	4,4%
Dépenses					
Frais d'administration	66,1	68,8	67,4	71,4	78,5
Prestations en espèces 5)	216,2	217,0	232,5	261,5	280,7
Prestations en nature	1 674,7	1 734,9	1 775,9	1 888,4	2 002,8

Autres dépenses	3,8	8,4	5,9	6,1	12,7
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 960,7	2 029,0	2 081,8	2 227,3	2 374,8
Variation annuelle en %	0,8%	3,5%	2,6%	7,0%	6,6%
Solde des opérations courantes	**-20,4**	**-4,8**	**78,3**	**40,5**	**-7,5**

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

2) Source : Estimations CNS (octobre 2012).

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. Par ailleurs l'article 14 de la loi du 27 décembre 2010 prévoit, à titre transitoire jusqu'en 2013, le paiement d'une dotation annuelle de 20 millions pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général.

5) Y compris la part patronale dans les prestations.

La baisse ou le ralentissement simultané des recettes et des dépenses en 2009 s'explique en grande partie par l'introduction du statut unique et la réforme du système des prestations en espèces entraînant la généralisation du principe de la continuation des salaires en cas de maladie. Cette modification du Code du travail a donc entraîné un transfert de recettes et de dépenses vers la mutualité des employeurs.

L'évolution législative et réglementaire

En 2012, le règlement grand-ducal suivant a été pris en vue de l'exécution d'un aspect spécifique de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers :

- Règlement grand-ducal du 25 juin 2012 déterminant les modalités de calcul de la base de remboursement des médicaments substituables.

Par ailleurs, l'article 24 du Code de la sécurité sociale a été modifié par

- La loi du 13 avril 2012 modifiant l'article 24 du Code de la sécurité sociale

en vue de permettre le remboursement des analyses médicales effectuées à l'étranger.

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 19 avril 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1993 concernant l'abattement accordé par les pharmaciens à l'assurance maladie.
- Règlement grand -ducal du 26 décembre 2012 déterminant en application de l'article 31 de la loi du 21 décembre 2012 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2013 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 de 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 26 décembre 2012 instituant une Commission consultative de la documentation hospitalière et déterminant le système de documentation médicale hospitalière à mettre en place.
- Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la Commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code de la sécurité sociale.

LA CELLULE D'EXPERTISE MÉDICALE

Par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, il a été créé une Cellule d'expertise médicale. Elle est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale et elle est composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La Cellule d'expertise médicale a pour mission :

1) de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application;
2) de s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bienfondé de la prise en charge par l'assurance maladie;
3) de collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale et à leur promotion auprès des professionnels de la santé;
4) d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier;
5) d'assurer le secrétariat et l'appui technique de la Commission de nomenclature et du Conseil scientifique.

En ce qui concerne l'année 2012, ses activités peuvent être résumées comme suit :

Les saisines

En 2012, la CEM a reçu 8 saisines, 7 adressées par la Commission de nomenclature, une lettre de saisine a été adressée par la CNS.

La saisine relative au médecin référent, datée de fin 2011, a été prise en compte et traitée en 2012.

Au total, pour la CEM :

- 5 avis ont été réalisés et finalisés en 2012 dont un avec l'intervention de 2 experts étrangers. Ces avis traitaient des thèmes suivants : médecin référent, actes de psychomotricité, frais de matériel en dermatologie, prévention en dermatologie, intégration de la spécialité oncologie dans la nomenclature des actes médicaux.
- 3 avis pour des saisines enregistrées en 2012 sont en cours de rédaction en ce début 2013 :
  - lettre saisine sur les nomenclatures adressée par la CNS à la CEM ;
  - 2 saisines adressées en 2012 et qui ont dû être reformulées par la Commission de nomenclature et adressées de nouveau à la CEM en 2013 (saisine sur les soins infirmiers, saisine sur la prise en charge ambulatoire de l'obésité à Mondorf). Un expert externe a été contracté par la CEM. La rédaction d'un appel d'offre est en cours pour la saisine sur les soins infirmiers.

Avis sur les dispositifs médicaux

En 2012, la CEM a été sollicitée à rendre un avis à la CNS relatif à un dispositif médical (mesure du glucose en continu).

Développement de la méthodologie HTA

Sur le plan international, la CEM a mis en place des activités de collaboration dans les réseaux d'organisations en Health Technology Assessment (HTA).

Comme membre du réseau européen d'HTA (EUnetHTA), la CEM participe dans le cadre du plan d'action commun de 2012-2015 à un groupe de travail dont les objectifs sont : tester l'application commune des analyses scientifiques en HTA afin de produire des rapports transfrontaliers et évaluer les méthodes permettant l'adaptation des résultats d'une étude à d'autres pays participants. Dans le réseau international de l'HTA (INAHTA), la CEM contribue à un groupe de travail concernant le développement de guides pour les formations et les webinaires (séminaires dans Internet) sur certains sujets techniques.

Pour les bonnes pratiques médicales

La CEM a été invitée par le Conseil scientifique afin de présenter son organisation et discuter des intérêts communs aux 2 structures concernant la standardisation de bonnes pratiques médicales. Le Conseil scientifique a invité la CEM à participer à certains de ses travaux (réflexions sur l'obésité, chirurgie ambulatoire).

La CEM est devenue membre du G-I-N (Guidelines Internationale Network). Sa participation dans ce réseau de bonne pratique médicale se limite actuellement au suivi des informations spécialisées.

Documentation hospitalière :

Le projet est mené en partenariat avec la Direction de la santé et l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale sous l'autorité du directeur de l'IGSS. Les travaux suivants ont été réalisés :

- 3 réunions de la commission consultative, un séminaire d'information réalisé en mars en collaboration avec la Fédération des hôpitaux luxembourgeois.
- La réalisation d'un cahier des charges en partenariat avec la FHL pour la réalisation d'un état des lieux, financement IGSS.
- Organisation de 5 séminaires de travaux avec les experts internationaux qui accompagnent le projet pour préparer l'organisation, la mise en place, les outils et guides méthodologiques pour la phase test, ceci en tenant compte du contexte et des besoins luxembourgeois.
- Des travaux menés en commun par les institutions nationales pour définir les données à recueillir (set de données).
- Des contacts avec l'OMS pour obtenir la mise à disposition des dernières versions en langue française.

Documents réalisés suite aux travaux :

- Un rapport rédigé par un expert externe décrivant l'état des lieux de la documentation dans les établissements hospitaliers luxembourgeois.
- Une reconnaissance officielle via le règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 instituant une Commission consultative de la documentation hospitalière et déterminant le système de documentation médicale hospitalière à mettre en place.
- Un set pour tester le système avec : un formulaire type, un protocole pour une phase test incluant une évaluation du système proposé, une première version du guide méthodologique luxembourgeois, les outils référentiels, des formations qui devront être adaptées aux besoins du terrain.
- Le Luxembourg a été invité à présenter son projet documentation hospitalière aux journées EMOIS de Nancy (congrès francophone sur la documentation hospitalière) en mars 2013.

Autres travaux menés par la CEM - Congrès mondial sur les sciences infirmiers

En mai 2012, dans le cadre de l'année européenne du vieillissement actif, la CEM a organisé pour le Ministère de la Sécurité sociale, et en collaboration avec la " International Orem Society " (IOS), le congrès mondial de sciences en soins infirmiers, qui s'est tenu au centre congrès de l'Hémicycle et à l'Abbaye de Neumünster. 350 scientifiques et praticiens du secteur des soins infirmiers venant de tous les continents ont profité de cette occasion pour débattre des résultats des recherches récentes concernant l'évolution des soins de santé dans les sociétés vieillissantes. Une sélection des meilleurs articles scientifiques de ce congrès a été publiée dans un volume spécial du Bulletin luxembourgeois des questions sociales.

Congrès et journées scientifiques

La CEM était présente aux événements suivants :

- journées luxembourgeoises sur la recherche clinique et la médecine personnalisée organisées par le CRP santé (juin 2012).
- congrès HTAi à Bilbao (juin 2012).
- congrès du G-I-N à Berlin (août 2012).
- congrès EMOIS ADELF de Dijon (mars 2012).
- colloque de l'IQWIG sur " Unsicherheit in der Nutzenbewertung " à Cologne (juin 2012).
- Congrès Biobank (juillet 2012)

Formations techniques

La CEM a organisé, en collaboration avec l'INAP, une formation sur les principes et méthodes de recherche bibliographique " Workshop on information Management for HTA ".

Sur le plan international, la CEM a participé aux cours et séminaires suivants :

- Systematische Literaturrecherche, Uni Krems, Vienne, Autriche : cours organisé par la Cochrane collaboration.
- HTA online (TU Berlin) : formation continue organisée sur 6 mois

Publications

La CEM a coédité le volume 29 du Bulletin luxembourgeois des questions sociales et publié deux articles dans des revues et livres scientifiques :

- Berbiglia, **Hohmann**, Bekel (editeurs) (2012) : World Congress on future nursing systems. New Approaches - New Evidences for 2020. World Bulletin Luxembourgeois des questions sociales, Vol. 29, ALOSS, Luxembourg.
- **Hohmann, J.; Ludwig, K.** (2012): Long-term care in Luxembourg - A 2012 Snapshot. In: Bulletin Luxembourgeois des questions sociales, Vol. 29, ALOSS, Luxembourg, pp. 21-44.
- **Hohmann, J.**, Benzschawel, S. (2013) : Data Protection in eHealth platforms : In : Beran, R. (ed.): Legal and Forensic Medicine. Springer Science, Heidelberg, New York. (in print).

Supports logistiques et administratifs

Pour la Commission de nomenclature :

La CEM a assuré le secrétariat de la Commission de nomenclature (préparation et envoi des convocations et ordre du jour, rédaction de compte-rendus des réunions).

Pour le Conseil scientifique :

Le secrétariat du Conseil scientifique et la coordination des différents groupes de travail ont été assurés par la CEM. A côté du travail administratif, logistique et technique régulier, 4 nouveaux groupes de travail ont été mis en place en 2012 sur les thèmes suivants : obésité, psychotropes, immunomodulateurs et chirurgie ambulatoire. Un règlement interne a été élaboré et voté.

Pour la médiation :

Une médiation a été organisée en 2012. La CEM a assuré le soutien administratif.

L'ASSURANCE PENSION

Au Grand-Duché de Luxembourg, le régime général d'assurance pension concerne 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 2011, les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 560,8 millions EUR. Ce résultat a été obtenu malgré une régression des recettes de -6,4% et une progression des dépenses qui se situait à 6,3%. En éliminant l'évolution de l'échelle mobile des salaires, les dépenses progressent de 4,3%, tandis que les recettes diminuent de -8,1%.

Opérations courantes (en milliers EUR)

Année	Dépenses courantes	Variation nominale	Variation réelle	Recettes courantes	Variation nominale	Variation réelle	Excédent
1970	94 571,4			117 328,0			22 756,6
1975	196 331,7	15,7%	7,9%	235 746,7	15,0%	7,2%	39 415,1
1980	362 395,5	13,0%	6,4%	412 519,6	11,8%	5,3%	50 124,1
1985	517 304,2	7,4%	1,8%	618 717,4	8,4%	2,9%	101 413,2
1990	781 881,0	8,6%	6,6%	993 309,4	9,9%	7,9%	211 428,4
1995	1 265 694,8	10,1%	6,9%	1 449 954,0	7,9%	4,7%	184 259,3
1996	1 309 423,2	3,5%	2,6%	1 482 576,8	2,2%	1,4%	173 153,6
1997	1 411 927,1	7,8%	5,4%	1 586 369,8	7,0%	4,6%	174 442,7
1998	1 443 607,9	2,2%	2,0%	1 686 593,2	6,3%	6,1%	242 985,2
1999	1 509 763,3	4,6%	3,5%	1 798 556,6	6,6%	5,5%	288 793,3
2000	1 567 815,4	3,8%	1,1%	2 028 314,2	12,8%	9,8%	460 498,8
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
2011	3 210 153,6	6,3%	4,3%	3 770 991,4	-6,4%	-8,1%	560 837,8

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

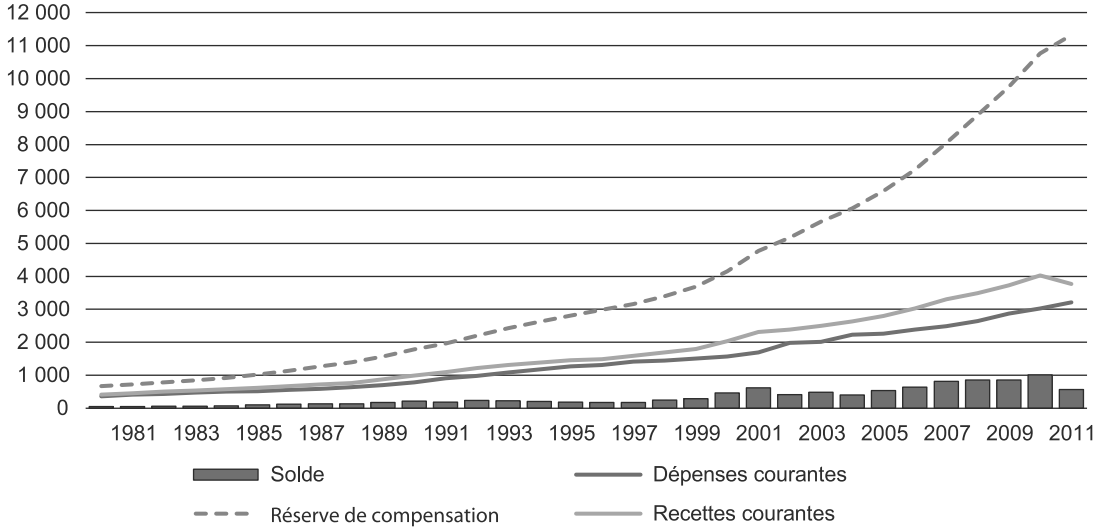
** Compris en dépenses le montant compensatoire de 130 000 000,00 EUR transféré à l'UCM.

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 n'atteignent plus que 8,8% du PIB en 2011, tandis que les dépenses courantes représentent 7,5%. Les valeurs respectives actualisées pour 2010 étaient 9,7% et 7,3%. (PIB ; source : STATEC)

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



Les recettes courantes

Les cotisations globales (y compris les cotisations à charge des pouvoirs publics) représentent avec 3 660,9 millions EUR, 97,1% des recettes courantes, les revenus de la fortune exprimés avec leur valeur évaluée au 31 décembre de l'exercice, régressent substantiellement pour n'atteindre plus que 102,5 millions EUR et représenter 2,7% (13,2% en 2010), le reste est constitué par les transferts et les recettes diverses.

Structure des recettes courantes (en milliers EUR)

Cotisations des assurés et des employeurs	**2 441 260,6**	**64,7%**
Cotisations des pouvoirs publics	1 219 683,1	32,3%
Autres contributions de l'Etat	6,1	0,0%
Revenus de la fortune	102 471,9	2,7%
Transferts et recettes diverses	7 569,7	0,2%
Total des recettes courantes	**3 770 991,4**	**100,0%**

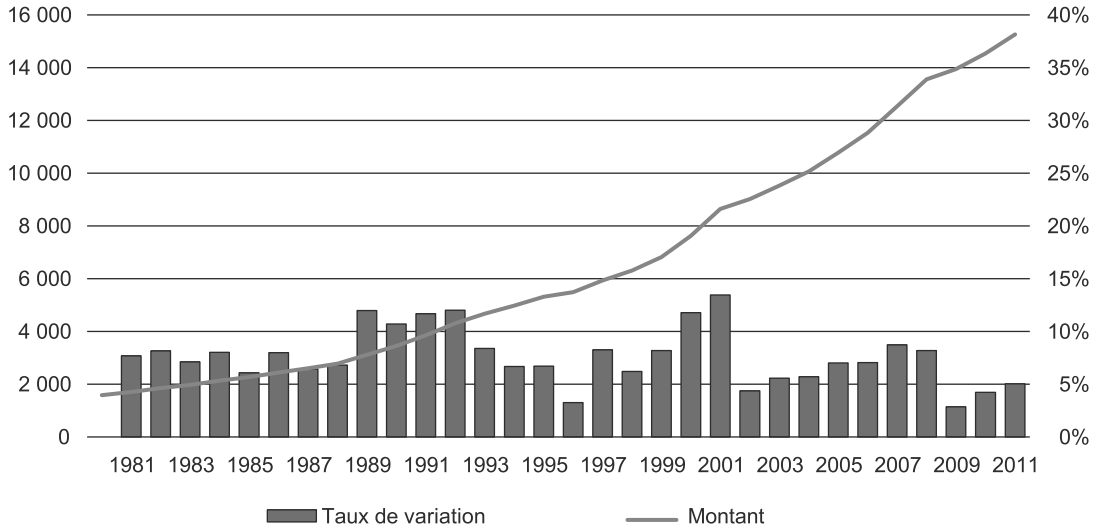
Les cotisations des assurés et des employeurs

Les cotisations des assurés et des employeurs se montent à 2 441,3 millions EUR face à 2 324,4 millions EUR en 2010. La progression affiche 5,0% par rapport à 4,2% en 2010, soit un taux de croissance réel de 3,1% contre 2,5%.

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 2011, le montant total des cotisations a augmenté de 5,0% face à 4,2% en 2010. L'évolution du nombre moyen des assurés cotisants, qui subit les aléas économiques avec un certain retard, affiche une progression de 2,9% face à 1,5% en 2010. Si l'on élimine l'adaptation des salaires à l'évolution du coût de la vie, qui était de 1,87% en 2011 (1,66% en 2010) la cotisation moyenne, régressive de -1,3% en 2009 et qui avait progressé en 2010 de 1,0%, est restée au même niveau en 2011 (+0,2%).

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).

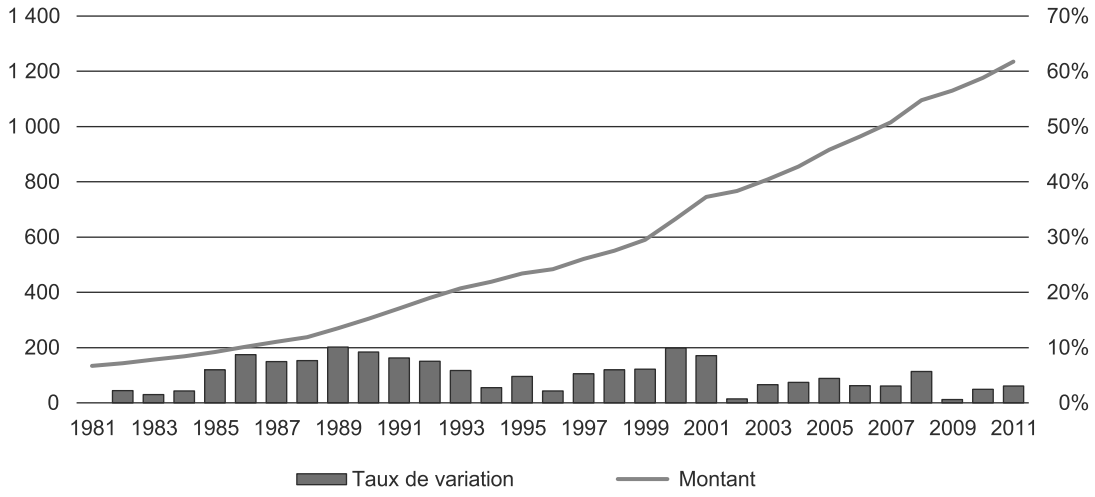
Depuis 2006, les frais d'administration sont à charge des organismes et les participations de l'Etat dans les prestations, compléments différentiels et majorations proportionnelles baby-year ont été abrogées à partir de l'exercice 2007.

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 2011 s'élève à 1 235,4 millions EUR et accuse une augmentation de 58,6 millions EUR, soit 5,0% par rapport à 2010.

Contribution nette des pouvoirs publics (en milliers EUR)

	2010	2011
Cotisations des pouvoirs publics	1 160 716,2	1 219 683,1
FOA et autres cotisations	16 629,4	16 517,0
Frais d'administration	13,7	6,1
Complément différentiel	0,0	0,0
Majorations proportionnelles baby-year	0,0	0,0
Contribution brute	1 177 359,3	1 236 206,2
à déduire	550,2	845,1
Contribution nette	1 176 809,1	1 235 361,1

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 2011 pour s'élever à 4 840,4 milliers EUR face à 4 506,9 milliers EUR en 2010. Cette augmentation de 7,4% s'inscrit dans le contexte général de l'assurance dépendance avec son nombre croissant de bénéficiaires et son évolution progressive en matière de dépenses.

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 2011 à 574,8 milliers EUR, soit au même niveau qu'en 2010.

Les cotisations de l'assurance volontaire

Les cotisations de l'assurance volontaire se sont chiffrées en 2011 à 10 523,7 milliers EUR face à 10 000,4 milliers EUR en 2010 (+5,2%).

Les autres recettes

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

En 2011, les revenus bruts de la fortune n'ont atteint que 102,5 millions EUR face à 533,5 en 2010, soit ¼ de la valeur de l'exercice précédent. Rappelons que les 9 143,6 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 au montant de 2,5 millions EUR, les revenus nets s'élèvent à 102,4 millions EUR. Le taux de rendement moyen calculé par rapport à la réserve globale de compensation régresse de 5,34% à 0,93%.

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
1980	43 160,7	565,2	1 135,4	42 590,6	664 733,9	6,89%
1985	66 046,3	1 244,4	3 190,4	64 100,3	1 016 167,6	6,87%
1990	127 890,7	374,3	1 779,9	126 485,2	1 783 328,7	7,83%
1995	134 903,7	2 464,1	2 020,3	135 347,4	2 809 377,3	5,11%
1996	125 545,7	2 340,1	2 555,8	125 330,0	2 982 540,9	4,42%
1997	121 909,1	2 253,4	3 019,3	121 143,1	3 156 988,5	4,03%
1998	132 256,2	2 384,7	3 758,1	130 882,8	3 399 958,8	4,07%
1999	123 076,7	1 462,6	4 164,6	120 374,6	3 688 752,3	3,48%
2000	159 663,3	1 581,6	4 276,2	156 968,7	4 149 249,3	4,09%
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%
2011	102 471,9	2 437,3	2 462,1	102 447,1	11 321 813,3	0,93%

A savoir que ce taux de rendement est sous-évalué, étant donné que d'une part que 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).

D'autre part, 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 2011 un montant de 2 945,9 millions EUR et représentent ainsi 91,8% 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	36 673,9	1,1%
Pensions	2 945 919,7	91,8%
Autres prestations	84 327,1	2,6%
Transferts et dépenses diverses	143 232,9	4,5%
Total des dépenses courantes	**3 210 153,6**	**100,0%**

Les frais d'administration

Les frais d'administration s'élèvent à 36,7 millions EUR, soit à 1,1% des dépenses courantes.

Les prestations

En 2011, le nombre moyen des pensions atteint 143 380 face à 138 641, soit une augmentation de 3,4% par rapport à 2010.

Le nombre des assurés actifs a progressé de 347 886 à 357 934 unités, soit une évolution moins prononcée de seulement 2,9%.

Evolution des éléments de pension (en milliers EUR)

	2010	2011	Variation nominale	Variation réelle
Avances	-984,7	552,8	-	-
Majorations proportionnelles	2 011 576,2	2 146 790,1	6,7%	4,8%
Majorations proportionnelles spéciales	117 194,0	121 632,8	3,8%	1,9%
Majorations proportionnelles baby-year	16 155,5	19 176,7	18,7%	16,5%
Majorations forfaitaires	375 858,3	397 063,4	5,6%	3,7%
Majorations forfaitaires spéciales	45 439,7	47 241,5	4,0%	2,1%
Majorations forfaitaires transitoires	42 066,9	41 350,5	-1,7%	-3,5%
Majorations assurance supplémentaire	3 090,6	3 049,5	-1,3%	-3,1%
Suppléments enfants	155,3	145,4	-6,4%	-8,1%
Compléments différentiels	19 039,7	18 029,0	-5,3%	-7,0%
Compléments pensions minima	87 259,3	89 032,9	2,0%	0,2%
Compléments divers	6 205,0	5 905,5	-4,8%	-6,6%
Allocations trimestrielles	349,4	326,2	-6,6%	-8,4%
Allocations de fin d'année	52 219,9	55 623,1	6,5%	4,6%
Pensions brutes	**2 775 625,0**	**2 945 919,7**	**6,1%**	**4,2%**
Indemnité d'attente (non comprise dans les éléments de pension)	42 254,7	52 596,3	24,5%	22,2%
Préretraite (non comprise dans les éléments de pension)	29 410,3	28 538,7	-3,0%	-4,7%

Entre 2010 et 2011, les pensions brutes ont augmenté de 6,1%, soit de 4,2% 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 5,6%, ou les majorations proportionnelles et les allocations de fin d'année, qui progressent de 6,7%, respectivement de 6,5%, 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 le comité directeur ainsi qu'à des redressements dus à des recalculs de cotisations. Le montant des décharges et extournes de l'exercice 2011 s'est élevé à 13,8 millions EUR face à 18,0 millions EUR en 2010, exercice qui contenait une opération de nettoyage concernant un grand nombre de faillites anciennes avec leurs recettes irrécupérables.

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 560,8 millions EUR, dont 21,1 millions EUR figurent en tant que dotation au fonds de roulement de la CNAP. La dotation totale correspond à 18,6% des dépenses courantes.

Le Fonds de compensation enregistre ainsi une dotation à la réserve de compensation de 539,7 millions EUR, qui se décompose en excédent propre du FDC résultant du rendement sur le patrimoine placé au montant de 85,8 millions EUR et en excédent des recettes sur les dépenses transféré par la Caisse nationale d'assurance pension au montant de 453,9 millions EUR.

Les valeurs immobilisées

Le montant des valeurs immobilisées s'élève à 625,3 millions EUR face à 670,3 millions EUR en 2010.

Au 31 décembre 2011 figurent en outre 9 165,2 millions EUR au bilan, qui sont placés par le FDC en titres de placement et 636,5 millions EUR en placements bancaires à moins d'un an, dont 363,5 millions EUR par la CNAP, ce qui constitue en gros la réserve financière disponible de la caisse.

Les titres et comptes financiers

Les avoirs financiers au montant total de 9 808,0 milliards EUR accusent une progression de 4,5% par rapport à 2010. 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, 2 352,6 millions EUR ont été placés dans le compartiment des placements monétaires de la SICAV au 31 décembre 2011 face à 2 410,2 millions EUR au 31 décembre 2010. Les résultats ont été modérés suite à des taux d'intérêt historiquement bas. Les placements en obligations ont été augmentés de 3 615,6 à 3 754,0 millions EUR avec un bon rendement des obligations EUR, tempéré quelque peu par celui des obligations Monde.

Le compartiment actions de la SICAV a évalué en valeur placée de 2 739,5 à 3 037,0 millions EUR

Structure des réserves (en milliers EUR)

	2010	2011
Placement en actions		
SICAV	2 739 518,8	3 037 000,2
Hors SICAF	21 023,4	21 607,4
Total	2 760 542,3	3 058 607,6
En % du total	27,71%	29,13%
Placement en obligations		
SICAV	3 615 581,9	3 753 972,4
Hors SICAF	0,0	0,0
Total	3 615 581,9	3 753 972,4
En % du total	36,30%	35,75%
Placements monétaires		
SICAV	2 410 212,2	2 352 583,8
Hors SICAF	97 600,0	273 000,0
Total	2 507 812,2	2 625 583,8
En % du total	25,18%	25,00%
Immeubles	208 402,5	208 653,4
En % du total	2,09%	1,99%
Prêts	461 855,0	416 620,8
En % du total	4,64%	3,97%
Trésorerie et intérêts courus	2 256,6	3 549,0
En % du total	0,02%	0,03%
Solde débiteur/créditeur	404 371,5	433 526,8
En % du total	4,06%	4,13%
TOTAL SICAV	8 765 313,0	9 143 556,5
Hors SICAF	1 195 509,0	1 356 957,4
Total	9 960 822,0	10 500 513,9
Revenu annuel (FDC)	520 929,7	85 823,4
Taux de rendement annuel (FDC)	5,65%	0,84%
Trésorerie CNAP*)	496 485,2	366 275,7
Revenu annuel	2 720,1	7 037,0
Total des valeurs placées	10 457 307,2	10 866 789,6
Réserve du régime général	10 760 975,4	11 321 813,3

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

La réserve de compensation

La réserve de compensation dépasse depuis 2010 les 10 milliards EUR et se chiffre à 11 321,8 millions EUR au 31 décembre 2011. Elle est en progression de 560,8 millions EUR par rapport au 31 décembre 2010. 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 3 030,2 millions EUR de dépenses pour prestations à charge du régime, la réserve de compensation représente actuellement 3,7 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
2011	40,1	21,0	3,74

Paramètres démographiques

Le coefficient de charge, décroissant depuis 1997 en raison d'une progression des assurés dépassant significativement celle des pensions, avait entamé un mouvement inverse en 2009. L'effet cumulé de la crise économique sur l'emploi et du nombre de pensions qui augmente continuellement confirment cette tendance en 2011 comme en 2010.

Paramètres financiers

La prime de répartition pure progresse encore légèrement en 2011, d'une part en raison de dépenses pour prestations, qui ont augmenté avec le nombre des bénéficiaires et aussi avec l'application d'un demi-ajustement sur les pensions à partir du 1er janvier de l'exercice et de l'autre, en présence d'une évolution moins forte des cotisations.

Le niveau relatif et réel de la réserve de compensation reflète toujours la bonne santé financière actuelle du régime général. Toutefois, il y a lieu de noter que l'évolution du niveau relatif de la réserve, progressive depuis 10 ans, a régressé au 31 décembre 2011. Indéniable aussi qu'aucun des trois paramètres, au pouls du régime de pension, ne puisse afficher une tendance positive.

Les trajectoires futures du nombre des bénéficiaires de pension étant connues, celles des cotisants dépendant surtout de facteurs économiques, la nécessité d'une réforme de l'assurance pension est évidente. Elle sera jugée sur sa capacité d'éteindre les clignotants préventifs du régime tout en respectant les grands principes, élaborés durant cent ans, qui assurent l'équilibre des revenus entre actifs et retraités et l'équité des prestations allouées.

L'évolution législative et réglementaire

Réforme de l'assurance pension

- La loi du 21 décembre 2012 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 (SNCFL) ; 3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat ; 4. la loi modifiée du 7 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et établissements publics ; 5. le Code du travail.

Cette loi, qui s'applique aux assurés du régime général et aux régimes spéciaux des fonctionnaires de l'Etat et des communes et des agents de la SNCFL, est entrée en vigueur le 1er janvier 2013.

Les éléments essentiels de la réforme se résument comme suit :

Formule de pension

La loi encourage les assurés à prolonger leur carrière active afin d'aligner la carrière professionnelle à l'évolution de l'espérance de vie. Il s'agit d'établir un parallélisme entre l'adaptation progressive du niveau des prestations et l'évolution de la longévité, de manière à ce que la somme totale des prestations reçues au cours de la retraite des pensionnés futurs soit comparable à celle accordée aux retraités actuels. La loi se limite à compenser les dépenses liées à l'augmentation de l'espérance de vie par des recettes supplémentaires générées par le prolongement de la vie active.

En pratique, un assuré qui décidera de partir en retraite plus tôt, aura cotisé moins longtemps et percevra sa pension pendant plus longtemps. De ce fait, il aura droit à des prestations moins élevées qu'un assuré qui partira en retraite plus tard, qui aura cotisé plus longtemps et qui percevra sa pension pendant moins longtemps. Celui-ci aura donc droit à des prestations plus élevées.

Cette approche se traduit par une réduction progressive du taux des majorations proportionnelles de 1,85 pour cent en 2013 à 1,60 pour cent en 2052. Les majorations proportionnelles échelonnées censées récompenser une prolongation de la vie active seront augmentées et les conditions d'octroi renforcées. Au lieu de situer le début des majorations proportionnelles échelonnées à 55 ans d'âge et 38 ans de carrière, à un moment où le droit à une pension de vieillesse, même anticipée, n'existe pas encore, l'octroi des majorations proportionnelles échelonnées est soumis à une condition qui prescrit un seul seuil minimum pour la somme de l'âge et de la carrière, qui se situe à 93 (55+38) au lendemain de la réforme pour augmenter à 100 (60+40) en 2052. En contrepartie, le taux des majorations proportionnelles échelonnées sera augmenté de 0,01 pour cent par année en 2013 à 0,025 pour cent en 2052.

Afin de maintenir un niveau adéquat des pensions et en tenant compte du fait que les assurés travaillant sous des conditions plus pénibles à des salaires modestes ne sont souvent pas en état de prolonger leur vie active, la loi augmente le taux des majorations forfaitaires de 23,5 pour cent en 2013 à 28 pour cent en 2052.

Ouverture du droit à pension

En ce qui concerne l'ouverture du droit à la pension, la loi maintient les dispositions actuelles. Ainsi l'ouverture anticipée du droit à 57 ou 60 ans reste inchangée, mais l'assuré doit accepter dans ce cas une décote appropriée, qui évoluera dans le temps. Les assurés proches du départ à la retraite ne seront pas, respectivement que peu affectés.

Le mécanisme de la pension minimum garantit une pension correcte aux assurés qui n'ont disposé au cours de leur carrière, que de revenus proches du salaire social minimum, même dans le cas d'un départ anticipé à la retraite à l'âge de 57 ans avec 40 années de carrière professionnelle. Le régime continue ainsi à assurer aux travailleurs non qualifiés, après une carrière essentiellement caractérisée par le travail physique, l'accès à une retraite méritée à un âge raisonnable.

Périodes d'assurance

Le projet de loi dans sa version initiale proposait d'adapter la mise en compte des périodes d'études ou de formation professionnelle se situant actuellement entre 18 et 27 ans. La version initiale du projet de loi avait prévu une réduction de la mise en compte des années d'études et de formation professionnelle entre 20 et 27 ans. Or, suite aux différents avis, cette disposition initiale a été supprimée. Ainsi, les dispositions en vigueur seront maintenues dans leur teneur actuelle.

Assurance volontaire

En réduisant le minimum cotisable d'aujourd'hui +- 300 euros à 100 euros par mois, la loi vise à encourager l'assurance continuée ou facultative en cas d'interruptions temporaires de la carrière professionnelle pour des raisons familiales. Cette possibilité se rajoute aux dispositions existantes prévoyant la mise en compte en tant que périodes assimilées des années-bébé, ainsi que la reconnaissance en tant que périodes complémentaires des années d'éducation des enfants.

Cette possibilité d'assurance volontaire à coût réduit est limitée à une durée maximale de cinq ans. Cette mesure ne pourra que combler tant soit peu les brèches dans les carrières d'assurance causées par les interruptions de carrière. La possibilité de conclure une assurance volontaire sur base d'une assiette de cotisation équivalant à un tiers du salaire social minimum permet seulement de parfaire les conditions de stage pour l'octroi de la pension de vieillesse et l'acquisition des majorations forfaitaires, mais n'aura guère d'influence sur le montant de la pension.

Transition entre vie active et retraite

Actuellement le bénéficiaire d'une pension de vieillesse anticipée ne peut exercer qu'une activité salariée dont le revenu, réparti sur une année civile, ne dépasse pas, par mois, un tiers du salaire social minimum. Si le salaire brut mensuel dépasse ce seuil, la pension de vieillesse anticipée est d'office réduite de moitié.

Ainsi, il est possible de cumuler une demi-pension anticipée avec un demi-salaire. Cependant, la moitié restante de la pension est réduite dans la mesure où le salaire dépasse ensemble avec cette moitié de pension un plafond fixé à la

moyenne des cinq revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance. Actuellement, le Code de la sécurité sociale fixe un plafond minimum de 120 pour cent du salaire social minimum.

Dans le but de rendre plus flexible la transition entre vie active et retraite, la loi prévoit le cumul d'une pension de vieillesse anticipée avec un salaire - sans que la pension soit réduite de moitié - jusqu'au plafond fixé à la moyenne des cinq revenus annuels cotisables les plus élevés. Par ailleurs, afin d'encourager le cumul d'une pension avec une activité salariée partielle, la loi augmente le plafond minimum de 120 à 150 pour cent du salaire social minimum. Dorénavant l'on peut donc cumuler une pension de vieillesse anticipée avec un salaire jusqu'au plafond de la moyenne des cinq revenus annuels les plus élevés, mais au moins jusqu'à 150 pour cent du salaire social minimum.

Le cumul d'une pension d'invalidité avec un salaire reste actuellement réglé de manière équivoque. Une pension d'invalidité ne peut être attribuée que si l'assuré n'est plus apte pour le marché de travail en général. De ce fait, il est logique de ne pas permettre à un bénéficiaire d'une pension d'invalidité d'avoir une activité salariée autre qu'insignifiante. Ainsi, le cumul d'une pension d'invalidité avec des revenus salariés d'au plus un tiers du salaire social minimum est possible sans aucune réduction, indépendamment des mécanismes de cumul et plafonds applicables.

Modérateur de réajustement

Actuellement, l'article 225 du Code de la sécurité sociale prévoit l'ajustement des pensions par loi spéciale et compte tenu des ressources et de l'évolution du niveau moyen des salaires et traitements. Selon la procédure, tous les deux ans le Gouvernement examine s'il y a lieu de procéder ou non à la révision du facteur d'ajustement. Il soumet à la Chambre des Députés un rapport accompagné, le cas échéant, d'un projet de loi. Ce facteur d'ajustement ainsi refixé s'applique tant aux pensions échues qu'aux pensions à échoir.

Ainsi, la procédure en vigueur ne distingue pas entre l'ajustement des pensions en cours et la revalorisation des salaires perçus tout au long de la carrière professionnelle pour les adapter au moment de la liquidation de la pension.

La loi introduit justement cette différenciation:

- d'un côté, la revalorisation des salaires est appliquée au moment de l'octroi de la pension indépendamment de la situation financière du régime. Le facteur de revalorisation garantit la revalorisation intégrale des salaires inscrits dans la carrière de l'assuré au moment du départ en retraite. Il compense la variation du niveau des salaires perçus par l'assuré au fil des années par rapport au niveau des salaires de l'économie au moment du calcul et de la liquidation de la pension ;
- de l'autre côté, le mécanisme du réajustement consiste à ajuster les pensions déjà en cours à l'évolution du niveau de vie, mesurée par l'évolution des salaires. Le facteur de réajustement représente la variation annuelle du facteur de revalorisation. A l'avenir, son application pourra toutefois être tempérée par un facteur modérateur si les dépenses dépassent les recettes en cotisation. Dans ce cas, le facteur modérateur, fixé à 1 initialement, sera refixé à une valeur inférieure ou égale à 0,5. Si le taux de cotisation global dépasse à nouveau la prime de répartition pure, le facteur modérateur pourra être refixé à 1 au maximum.

Dans le cadre des mesures à prendre afin d'assainir le budget de l'Etat, le Gouvernement a décidé de ne pas procéder à l'ajustement des pensions et rentes en 2013. Le premier réajustement selon le nouveau régime se fera donc au plus tôt à partir de l'année 2014.

Lien entre la liquidation de l'allocation de fin d'année et la situation financière du régime

Les participants au "Rentendësch" ont été d'accord de revenir sur un certain nombre de mesures, décidées dans ce cadre, sans porter atteinte aux pensions à faible niveau au cas où il se dégagerait du bilan actuariel, réalisé tous les sept ans, que le niveau de la réserve risquerait de tomber en dessous du minimum légal de 1,5 fois les dépenses annuelles et qu'un financement durable des pensions n'était plus garanti sans imposer des charges supplémentaires aux générations futures. Ainsi, la loi lie la liquidation de l'allocation de fin d'année à la situation financière du régime. Si le taux de cotisation global dépasse le seuil de 24 pour cent, l'allocation de fin d'année ne sera plus due.

Période de couverture

Le mécanisme de financement de la répartition des charges par périodes de couverture, avec constitution d'une réserve de compensation, garantit l'équilibre financier à l'aide d'un taux de cotisation global fixé actuellement au début de chaque période de couverture de 7 ans et restant applicable pour la période entière, tout en tenant compte de l'évolution économique et de l'évolution de l'emploi.

Dans le but d'améliorer cet outil de régulation du système, la durée de la période de couverture, ainsi que la fréquence des révisions, sont adaptées. La période de couverture est portée à 10 ans et le taux de cotisation applicable est révisé tous les 5 ans. Ainsi, d'un côté, une approche prospective renforcée permettra d'assurer l'équilibre financier du régime sur une période plus étendue tandis que d'un autre côté des révisions plus rapprochées du taux de cotisation sur des intervalles de 5 ans (actuellement ces révisions sont réalisées tous les 7 ans) assurent un suivi régulier de l'évolution de la situation financière du régime en fonction de l'emploi et de la productivité et une réaction plus efficace.

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 de la réunion du Conseil de Gouvernement du 15 avril 2005, il a été retenu qu'un groupe de travail ad hoc, composé des ministres de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et la Réforme administrative et de la Sécurité sociale, dégage les conclusions politiques de ce rapport.

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

Les conclusions du groupe de travail ministériel ad hoc ont été mises à l'ordre du jour de la réunion 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 décembre 2012, le conseil d'administration du Fonds de compensation (FDC) a adopté la recommandation du comté d'investissement sur la stratégie d'investissement future du Fonds.

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 2012. Un projet de loi afférent sera présenté au début de l'année 2013.

A été pris au courant de l'exercice 2012 le règlement grand-ducal suivant :

- ***Le règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 fixant les facteurs de revalorisation 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 portés au niveau de vie de l'année 1984.

La loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension a remplacé dans cet article 220, alinéa 4, le coefficient d'ajustement par un facteur de revalorisation. Ce changement purement technique, qui ne touche ni à la définition, ni au mode de fixation du paramètre, fait que les salaires, traitements et revenus seront désormais divisés par les facteurs de revalorisation, afin de les porter au niveau de l'année de base 1984, alors qu'auparavant ils ont été multipliés par les coefficients d'ajustement.

Le règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 a fixé le coefficient d'ajustement pour l'exercice 2011.

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** aux 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, de la Sécurité sociale et du Budget, des organisations œuvrant dans les domaines de la santé, de la famille et de l'action sociale ainsi que des représentants des personnes dépendantes. Provoquée par le Ministre de la Sécurité sociale, cette **Action concertée** a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements et de faire des propositions pour améliorer la situation et la prise en charge des personnes dépendantes.

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

Au cours de l'année 2012, aucun changement fondamental n'est intervenu pour l'assurance dépendance, ni sur le plan légal, réglementaire ou dans l'organisation.

L'année 2012 est marquée davantage par la poursuite des efforts pour rendre le système plus efficace.

Il y a toutefois lieu de noter qu'au cours de cette année, le comité directeur de la CNS a été amené à attirer l'attention sur la situation financière de l'assurance dépendance. Le bilan financier est encore en équilibre grâce à l'importante réserve constituée jusqu'à présent. Toutefois, cet équilibre ne sera plus garanti à partir de 2015.

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 dépenses. Les problèmes financiers dont il a été question ci-dessus sont évidemment la conséquence de ce développement. Comme on pourra le voir ci-dessous, les dépenses dépassent progressivement les recettes.

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

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

Année	Nombre	Varation en %	Dont résidents	En % du total
2000	5 810		5 735	98,7%
2001	6 632	14,1%	6 533	98,5%
2002	7 422	11,9%	7 292	98,2%
2003	8 250	11,2%	8 078	97,9%
2004	8 966	8,7%	8 776	97,9%
2005	9 528	6,3%	9 303	97,6%
2006	9 857	3,5%	9 612	97,5%
2007	10 249	4,0%	9 985	97,4%
2008	10 621	3,6%	10 328	97,2%
2009	11 161	5,1%	10 860	97,3%
2010	11 850	6,2%	11 512	97,1%
2011	12 327	4,0%	11 972	97,1%

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 2010

Type de prestataire	2007	2008	2009	2010
Réseaux d'aides et de soins	**1 559,9**	**1 715,2**	**1 829,7**	**1 857.1**
Personnel d'assistance et de soins	1 433,3	1 558,1	1 652,6	1 681.5
Personnel socio-éducatif	11,7	28,5	33,5	33.3
Personnel administratif	104	116,2	129,5	127.6
Personnel technique et logistique	11	12,4	14,1	14.7
Centres semi-stationnaires	**253,1**	**276,8**	**321,1**	**349.0**
Personnel d'assistance et de soins	148,1	157,7	178,3	195.8
Personnel socio-éducatif	46,6	53,5	70,9	72.2
Personnel administratif	14,6	15,9	19,4	22.8
Personnel technique et logistique	43,8	49,7	52,4	58.2
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	**3 987,8**	**4 166,5**	**4 163,2**	**4 426.0**
Personnel d'assistance et de soins	2 555,4	2 702,1	2 728,0	2 918.0
Personnel socio-éducatif	65	80,4	90,7	104.0
Personnel administratif	245,7	251	215,8	227.0
Personnel technique et logistique	1 121,7	1 133,0	1 128,7	1 177.0
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	**764**	**770,6**	**813,8**	821.9
Personnel d'assistance et de soins	312,9	309,9	312,7	311.2
Personnel socio-éducatif	307,1	328,3	353,1	362.3
Personnel administratif	37,7	39,4	45,1	43.0
Personnel technique et logistique	106,3	93	102,9	105.4
TOTAL	**6 564,8**	**6 929,1**	**7 127,8**	**7 454.0**
Variation en %		*5,50%*	*2,90%*	4.6
Nombre d'ETP prestant des soins	4 449,7	4 727,8	4 871,6	5 106.5
Nombre d'ETP prestant des soins (en %)	67,80%	68,20%	68,30%	68.5

2.3. L'évolution des valeurs monétaires

Les valeurs monétaires négociées pour les différents types de prestataires - évolution depuis 1999

Année	Etablissements d'aide et de soins	Réseaux d'aide et de soins		
1999	35,2	37,2		
2000	35,2	37,7		
2001	33,7	44,6		
2002	34,5	45,3		
2003	35,8	47,7		
2004	35,8	48		
2005	37,8	49,98		
2006	39,93	51,27		
			Centres semi-stationnaires	**Etablissements à séjour intermittent**
2007	41,4	52,4	53,3	46
2008	43,4	53,2	51,2	47,6
2009	44,6	57,4	52,1	48,1
2010	44,9	59,3	51,6	48,2
2011	44,8	61,6	51,9	50,2
2012	46,03	63,23	54,21	51,58
2013	47,18	64,81	55,56	52,87

2.4. L'évolution des dépenses

Les dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance (en fonction de la date de prestation - évolution depuis 2000

Année	Montant (en millions EUR)	Variation en %	Dépenses pour les résidents	En % du total
2000	123,4		122,6	99,3
2001	150,7	22,1	149,4	99,2
2002	177,5	17,8	175,8	99,0
2003	211,1	18,9	208,9	99,0
2004	260,0	23,2	256,8	98,8
2005	291,1	11,9	287,3	98,7
2006	312,5	7,4	308,5	98,7
2007	321,9	3,0	317,9	98,7
2008	354,5	10,1	350,3	98,8
2009	386,8	9,1	382,3	98,9
2010	416,4	7,7	411,9	98,9

2.5. Les recettes et dépenses de l'assurance dépendance

Evolution financière de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié (en millions EUR)

Exercice	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Nombre indice du coût de la vie	653,52	668,46	682,39	699,44	711,07	724,04
Taux de cotisation	1,00%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%
Recettes courantes	**312,5**	**382,3**	**405,5**	**411,5**	**421,5**	**439,9**
Variation en %	*6,70%*	*22,30%*	*6,10%*	*1,50%*	*2,40%*	4,4%
Dépenses courantes	**329,4**	**334,3**	**357,1**	**404,8**	**449**	**482,7**
Variation en %	*8,50%*	*1,50%*	*6,80%*	*13,40%*	*10,90%*	7,5%
Solde des opérations courantes	-16,9	48	48,4	6,7	-27,5	-42,8
Excédent / découvert de l'exercice	-19,5	47,5	46,1	1,9	-31,9	-46,2
Réserve	**76,1**	**124**	**172,5**	**179,1**	**151,6**	**108,8**

N.B. Le décompte rectifié ne tient pas compte des dotations et prélèvements aux provisions.

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

Afin de remplir au mieux sa mission et garantir un service de qualité au citoyen, la Cellule d'évaluation et d'orientation a pris certaines options stratégiques. Elles prennent leur place dans le cadre des missions de la CEO et de sa vision à long terme. Elles tiennent compte de l'évolution de l'assurance dépendance telle qu'elle a été brièvement décrite ci-dessus.

Au début de l'année 2012, la Cellule d'évaluation et d'orientation se donnait les options stratégiques suivantes :

- *Nous préparons la réforme de l'assurance dépendance ;*
- *Nous améliorons la performance et la qualité du processus orientation-distribution des dossiers ;*
- *Nous adaptons la productivité de traitement des dossiers au nombre des demandes entrantes ;*
- *Nous consolidons notre système interne de management de la qualité ;*
- *Nous implémentons le contrôle de qualité des prestations de l'assurance dépendance en établissement et au domicile ;*
- *Nous poursuivons l'amélioration de notre politique de communication ;*
- *Nous continuons dans la modernisation de la gestion administrative ;*
- *Nous progressons dans l'exécution du plan d'action en matière de politique de sécurité des données.*

On rappellera que la Cellule d'évaluation et d'orientation s'est dotée d'une organisation basée sur les processus. Les différents services de la CEO portent la responsabilité de ces processus. Certains services portent la responsabilité de plusieurs processus, d'autres se partagent les étapes d'un même processus.

En collaboration avec la direction qui coordonne l'ensemble et en s'orientant aux options stratégiques de l'ensemble, chaque chef de service se donne des objectifs opérationnels pour son service et définit les activités qui permettront de les atteindre.

Tous les collaborateurs de la CEO sont directement impliqués dans cette démarche. Avec l'assistance du chef de service, chacun d'eux se donne des objectifs de travail qui prennent place dans la politique du service et ainsi dans l'ensemble de la politique de la CEO. Chaque collaborateur en évalue la réalisation avec son chef de service lors des entretiens de collaborateurs. Ces entretiens sont également l'occasion de définir avec le collaborateur, les mesures de formation qui pourraient l'aider à améliorer les compétences exigées par son poste et pour atteindre ses objectifs de travail.

En fin d'année, la Cellule s'auto-évalue et adapte, le cas échéant, ses options stratégiques. Elle définit également les objectifs pour l'année suivante.

Les paragraphes suivants présentent les objectifs de chaque service de la CEO et décrivent de manière très succincte les différentes activités menées par chacun d'eux au cours de l'année 2012.

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.

3.1.1. Les objectifs opérationnels du service pour 2012 :

Pour l'année 2012, le Service de la gestion administrative s'était donné les objectifs suivants :

1. **Continuer la modernisation de la gestion des ressources humaines au sein de la CEO.**
   - préparer et accompagner la réforme de la Fonction publique ;
   - adapter le manuel d'organisation de la CEO aux récents changements ;
   - implémenter le référentiel des compétences et la politique de formation ;
   - mesurer la satisfaction des collaborateurs.
2. **Optimiser les outils de support pour tous les collaborateurs de la CEO.**
   - faire évoluer l'application TCO vers une nouvelle version ou envisager éventuellement une autre technologie ;
   - mettre en place le " call center " du CCG pour la gestion des appels au 86040 et 86060 ;
   - implémenter le logiciel " business intelligence " qui permettra (entre autres) d'exploiter le DataWareHouse (DWH) ;
   - simplifier l'établissement des déclarations pour frais de route et de séjour à l'intérieur du pays ;
   - optimiser le suivi de l'entretien du matériel bureautique et logistique ;
   - optimiser la gestion des adresses des partenaires de la CEO par l'implémentation d'une base de données centralisée au sein du SGA ;
   - optimiser la gestion des demandes de travail adressées au SGA et des demandes d'amélioration adressées au Service de la qualité ;
   - implémenter la stratégie retenue pour la numérisation des dossiers et documents entrants.

3. **Améliorer la politique de communication interne.**
   - promouvoir l'interactivité des plates-formes de communication ;
   - poursuivre l'amélioration continue du site intranet de la CEO.
4. **Poursuivre les travaux de la politique de sécurité de la CEO.**
   - sensibiliser les collaborateurs à la thématique du " social engineering " ;
   - accompagner la CNS dans la révision du formulaire de demande AD.

3.1.2.. Les réalisations pour 2012 :

Outre les tâches d'encadrement administratif courantes, le service de la gestion administrative a développé, au cours de l'année 2012, d'autres réalisations visant particulièrement les objectifs présentés ci-dessus :

- l'analyse des **avant-projets et projets de loi de la réforme dans la Fonction publique** en vue d'en déterminer les éléments qui concernent le personnel de la Cellule d'évaluation et d'orientation d'une manière générale ainsi que des aspects concernant spécifiquement certains agents ;
- l'adaptation du **manuel d'organisation** ;
- la finalisation du **référentiel des compétences**, qui a pour objectif d'aider au recrutement de nouveaux agents et aussi d'orienter la politique de formation continue ;
- la mesure de la satisfaction du personnel dans le cadre du cercle des bonnes pratiques du Mouvement luxembourgeois pour la qualité ;
- l'élaboration d'un outil **"ticket service"**, dont l'objectif est l'enregistrement, le suivi du traitement et l'exploitation statistique d'événements administratifs internes, telles que les demandes d'amélioration ou des demandes concernant la logistique.

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.

Ce service coordonne 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.

3.2.1. Les objectifs opérationnels du service pour l'année 2012

Pour l'année 2012, le service orientation des dossiers s'était donné les objectifs suivants :

1. **Améliorer l'homogénéité et optimiser la performance de l'orientation des dossiers au niveau du tri :**
   - orienter la totalité des demandes qui passent au tri endéans sept jours ouvrables ;
   - détecter au niveau du tri au moins 80 % des demandes provenant des centres de rééducation afin de garantir un suivi plus efficace de ces dossiers spécifiques et d'en réduire les délais de traitement ;
   - permettre au bénéficiaire AD rééduqué un retour rapide à son domicile aménagé pour ses besoins ;
   - réduire au maximum la multiplication des intervenants durant la phase de l'évaluation (réduire à 10% les dossiers nécessitant une distribution à un 2e référent).
2. **Optimiser la mise à disposition des AT standards en commandant au moins 90% du matériel standard renseigné au R20 au niveau du tri.**
3. **Améliorer la qualité au niveau de la distribution**
   - minimiser les erreurs ;
   - augmenter la satisfaction des référents ;
   - garantir le respect des délais.
4. **Soutenir le service évaluation et détermination en mettant à disposition les informations pertinentes pour le traitement du dossier et en réalisant au moins 70% des encodages de la cause de la dépendance lors du tri.**

3.2.2. Les réalisations du service en 2012

Au 1er janvier 2012, le nombre de dossiers en traitement était de 1657.

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

L'innovation de 2012 en matière d'orientation fut l'examen spécifique des demandes de prestations concernant des personnes prises en charge dans un centre de rééducation ou en convalescence au moment de l'introduction de la demande. L'étroite collaboration avec les centres de rééducation et le Centre de Convalescence Emile MAYRISCH de COLPACH a permis de mieux répondre aux besoins spécifiques des demandeurs. Ceci a permis de garantir un suivi

plus efficace de ces dossiers, d'en réduire les délais de traitement et de prêter une attention particulière au besoin d'aides techniques ou d'adaptation du logement en vue de garantir un retour à domicile (adapté aux besoins du demandeur) dans les meilleurs délais.

Le groupe chargé de l'orientation des dossiers (composé depuis 2011 d'un médecin et d'un ergothérapeute ou d'un kinésithérapeute) a orienté **6 138 dossiers au total** :

- **1 571** dossiers ont été prévus pour une évaluation par un médecin (diminution par rapport à 2011) ;
- **1 913** dossiers ont été prévus pour une évaluation par 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 correctement orienté.

On constate, en effet, qu'au cours de l'année 2012, seuls 55 dossiers ont dû être redistribués à un second référent (soit 1%) pour complément d'information.

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

Les demandes restantes (2 654) 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 sociale[1)]).

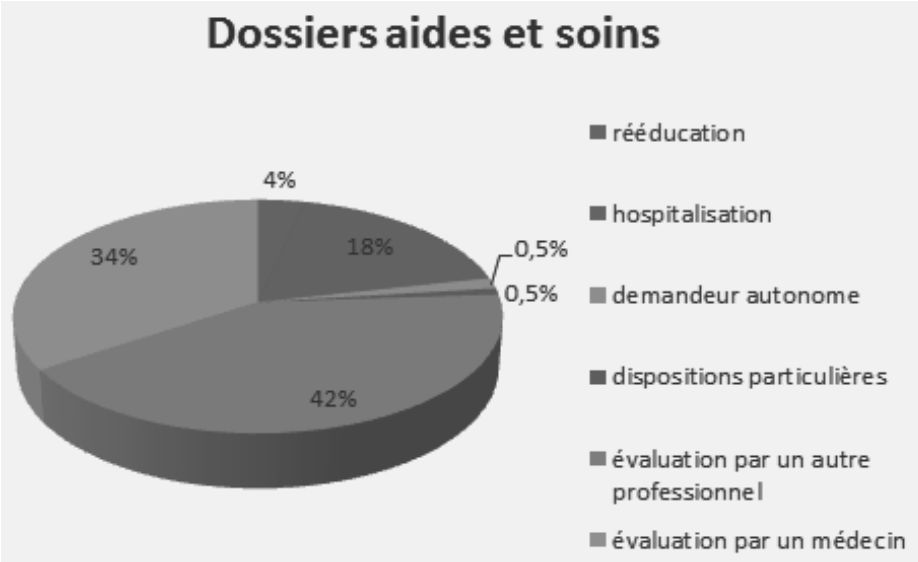
Sur **1 402** demandes pour aides techniques et adaptations du logement, **570** ont été retenues pour une évaluation sur place par un référent.

Le solde des demandes (832) 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.

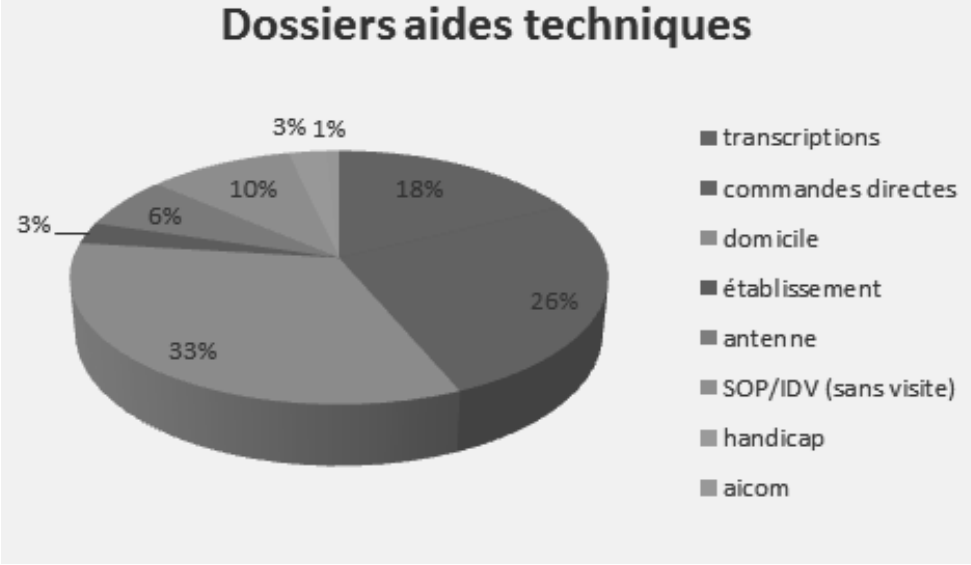
Il y a une hausse importante du nombre d'aides techniques accordées ne nécessitant pas de visite à domicile au préalable, ce qui réduit de manière considérable, le délai de traitement.

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



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 techniques par type d'orientation



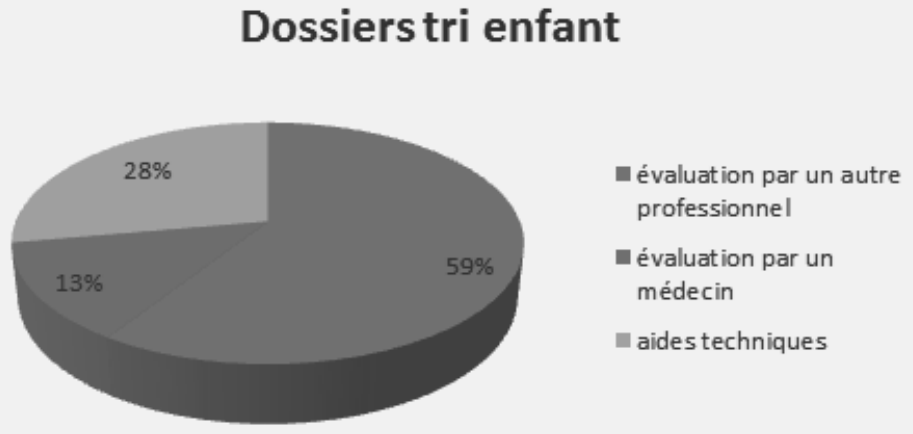
- **L'orientation des demandes de populations spécifiques (enfants jusqu'à l'âge de huit ans et adolescents jusqu'à l'âge de seize ans)**

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 2012, **320** dossiers ont fait l'objet d'une orientation. **147** (46%) demandes concernaient des enfants âgés de moins de huit ans.

Distribution des demandes émanant d'enfants et adolescents jusqu'à l'âge de seize ans par type d'orientation



3.3. Le service évaluation et détermination

Les collaborateurs du service évaluation et détermination (SED) assurent le cœur du processus " évaluation détermination et portent l'activité principale (core business) de la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance, à savoir évaluer l'état de dépendance des demandeurs de prestations et déterminer les aides et soins requis par leur état.

3.3.1. Les objectifs opérationnels du service en 2012

Pour l'année 2012, le service évaluation et détermination s'était donné les objectifs suivants :

1. **Adapter la production mensuelle en fonction du nombre de demandes à l'entrée.**
2. **Améliorer la fidélité de la description de la situation de dépendance observée :**
   - vérifier l'application des critères du guide d'utilisation du questionnaire ;
   - améliorer la qualité du recueil des données sur base du questionnaire d'évaluation de l'état de dépendance.

3.3.2. Les réalisations du service en 2012

- Le service évaluation et détermination (SED) a poursuivi avec succès en 2012, la mise en place de la procédure dite **" *du référent unique* "** ainsi que l'organisation en régions géographiques, initiée les années précédentes. Alors que par le passé, un grand nombre de dossiers était encore traité par deux référents successifs (43 % en 2009, 20 % en 2010 et 4 % en 2011), ce chiffre tombe à 1 % en 2012 et l'on peut qualifier ce taux d'historiquement bas. Cette baisse spectaculaire - qui témoigne au passage du succès des formations suivies par les référents en vue de traiter un dossier dans son intégralité - contribue d'une part évidemment à réduire le délai de traitement du dossier du demandeur, mais il permet également de réduire le total des déplacements effectués par la CEO pour les évaluations de la situation de dépendance. **En résumé, l'efficience pour l'assuré, mais aussi l'efficience globale de la CEO (diminution des frais de déplacements, augmentation du nombre de dossiers traités par référent) dans l'accomplissement de cette mission s'en trouvent améliorées.**
- Ensuite, l'organisation en trois régions géographiques du SED, initiée en 2011, a été consolidée en 2012 et arrive actuellement à sa vitesse de croisière. Les responsables régionaux et leurs adjoints organisent régulièrement des réunions de service pour les collaborateurs de leur région respective. Au cours de ces entrevues, les informations importantes pour le SED en général, mais aussi les informations pertinentes pour la région en question, sont relayées. Il est également prévu que le monitoring des dossiers, effectué jusqu'à présent de façon centralisée, rentrera en 2013 dans les attributions des responsables régionaux. L'objectif poursuivi est là-encore une prise en charge optimale et individualisée des dossiers en veillant à réduire au plus bas, les délais de traitement.
- Par ailleurs, au niveau de la région " Nord-est ", le SED a mis en place courant 2012 une nouvelle procédure d'attribution des dossiers à évaluer, à chaque référent. Cette distribution de la charge de travail ne s'est plus faite comme auparavant suivant un planning figé et fixé préalablement (tant de dossiers à traiter par tel référent pendant telle période de façon immuable). **Au contraire, il a été tenu compte au niveau de l'attribution de la charge de travail, du nombre de demandes introduites en temps réel (nombre qui est évidemment variable et sur lequel la CEO n'a pas d'influence)**. Cette façon de faire a permis de traiter plus de dossiers que par le passé. L'objectif en est la réduction de la durée de traitement du dossier et *in fine*, un meilleur service au citoyen-demandeur de prestations. Cette nouvelle procédure sera dès lors élargie en 2013 à toutes les régions et le SED a prévu d'en faire un bilan au cours de cette même année.
- Enfin, une nouvelle prise en charge des dossiers de demandeurs en rééducation a été mise en place courant 2012. Chacun des cinq centres de rééducation du Grand-Duché s'est en effet vu doter d'un médecin référent et d'un ergothérapeute/kinésithérapeute référent au niveau de la CEO. Ils sont les interlocuteurs principaux à la fois pour les demandeurs et leurs familles, et pour les rééducateurs présents au lit du malade. Le but de cette prise en charge des patients en rééducation, dont les dossiers sont suivis individuellement par le médecin référent dès leur introduction, est d'assurer au mieux le retour à domicile de ces patients en anticipant le plus possible. Ainsi, dans le cadre des adaptations de logement (souvent requises), les procédures sont initiées au plus vite. Par ailleurs, les déficits des demandeurs sont palliés précocement par la mise à disposition d'aides techniques, permettant dès lors leur retour à domicile à la fin de la rééducation, sans devoir attendre la fin des travaux en cas d'adaptation du logement.

3.4. Le service qualité

Le service qualité est chargé de développer et de contrôler la qualité des prestations servies par les prestataires de l'assurance dépendance mais aussi de développer et de contrôler la qualité des services offerts par la Cellule d'évaluation et d'orientation.

En outre, ce service a la responsabilité de la communication et du partenariat externes.

3.4.1. Les objectifs opérationnels du service en 2012

En 2012, le service s'était donné les objectifs suivants :

1. Consolider le système de management de la qualité.

- soutenir les différents services dans la définition des indicateurs clés et formaliser la politique de suivi de la qualité ;
- consolider le système documentaire de la CEO,
  - par une refonte des lettres-types (templates) utilisées au sein de la CEO ;
  - par une gestion du référentiel documentaire ;
  - par une modélisation pertinente à disposition de l'ensemble des référents.
- améliorer le système de gestion des plaintes ;
- mettre en place des audits de procédures internes ;
- continuer l'analyse du système des révisions de prestations et accompagner *le service évaluation et détermination* dans la définition d'une politique de révision des prestations ;
- soutenir le suivi de l'impact des mesures mises en place dans le cadre du projet nouvelle évaluation et détermination et améliorer la qualité des données présentes dans les questionnaires ;
- accompagner et conseiller la politique formation qualité pour la CEO.

2. Améliorer l'image et la visibilité de la CEO (externe).

- développer " l'image corporate" de la CEO ;
- continuer les sessions d'information et de formations au grand public ;
- diffuser les résultats de l'enquête de satisfaction (suivi des engagements de la charte d'accueil).

3. Soutenir le service de la gestion administrative dans la mise en œuvre de la nouvelle version de TCO.

- assurer la gestion de projet et le lien entre le métier et le SGA pour la mise en place d'une nouvelle version de TCO.

4. Accompagner le recensement des prestations dans les établissements à séjour continu.

- assurer le helpdesk pour les deux périodes de recensement de 2012 ;
- assurer le feedback sur la qualité du recueil des données en collaboration avec la CNS.

5. Développer la politique de contrôle de la qualité.

- développer la politique de contrôle de la qualité des prestations avec les deux chargés de mission ;
- de façon générale, définir les modalités de contrôle des prestations fournies par les fournisseurs, pour deux aides techniques spécifiques ;
- améliorer et utiliser plus efficacement le contrôle fonctionnel à la réception des élévateurs d'escaliers et à la réception de chantier (adaptations logement).

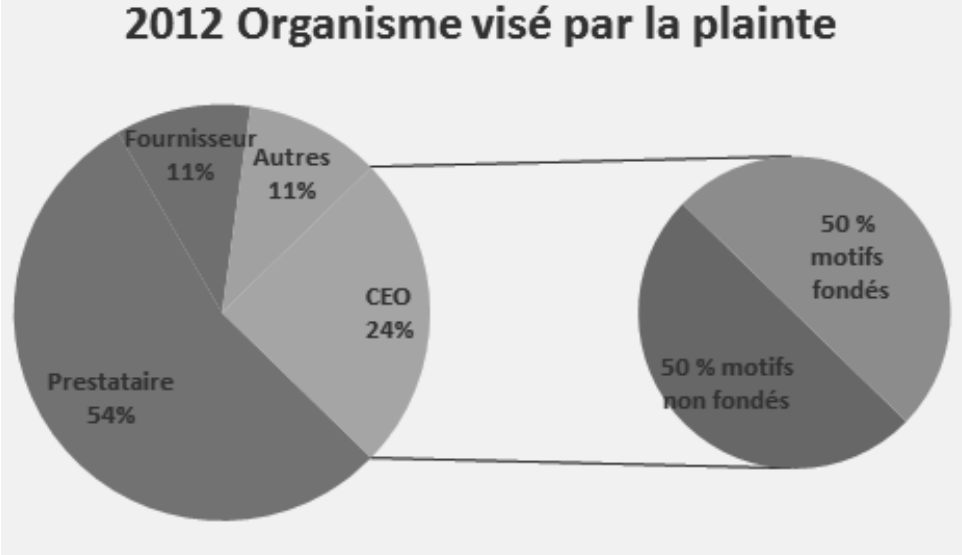
3.4.2. Les réalisations du service en 2012.

- **L'amélioration de la gestion des plaintes**

En 2012, le service qualité a traité 57 plaintes.

La majorité des plaintes soumises à la CEO concernent la qualité des prestations en matière d'aides et de soins.

- 24 % des plaintes enregistrées concernent précisément la CEO.
- 50% de ces plaintes étaient fondées et 50 % ne l'étaient pas.



Chaque plainte est traitée aussi vite que possible. Toutefois, la CEO s'est engagée à ne jamais dépasser le délai d'un mois. Le motif de la plainte détermine l'urgence du traitement. Ainsi certaines plaintes sont considérées comme hautement prioritaires.

Le tableau ci-dessous renseigne sur le délai de traitement de la plainte.

Organisme visé par la plainte	durée moyenne de traitement
Cellule d'évaluation et d'orientation	9 jours
Prestataire, fournisseur ou partenaire	16 jours

La majorité des plaintes proviennent de l'aidant informel du demandeur ou d'un membre de la famille. Les plaintes les plus fréquentes sont adressées par téléphone.

- **Mise en place d'une procédure d'audit interne**

Dans le cadre du processus d'amélioration continue, le service qualité a organisé en octobre 2012 une formation aux méthodes et outils de l'audit qualité interne. Suite à cette formation, le service qualité a mis en place une procédure d'audit interne. Le service a créé les outils nécessaires quant à l'organisation, la réalisation et la présentation des conclusions d'un audit interne. Pour l'année 2012, la CEO a audité trois procédures.

- **Enquête de satisfaction avec les services fournis par la CEO**

Afin de vérifier le respect de certains engagements pris dans la charte d'accueil et de services, la CEO a mené une enquête de satisfaction chez les demandeurs vivant au domicile et ayant reçu une décision positive le mois précédant l'envoi du questionnaire.

L'enquête portait sur une période de six mois, notamment de septembre 2011 à février 2012 avec un taux de réponse particulièrement élevé de **51%. Les enquêtes par courrier connaissent rarement un taux de réponse aussi élevé.**

Les résultats de l'enquête n'ont pas été publiés à l'extérieur. La petite taille de l'échantillon n'a pas permis de tirer des conclusions représentatives pour l'ensemble des bénéficiaires. Les résultats ont amené à l'élaboration d'un plan d'action, réclamant notamment une collaboration plus importante avec la CNS (département dépendance) pour améliorer l'information des bénéficiaires. Cette enquête sera reconduite avec un échantillon plus important. Les demandeurs ayant reçu une décision négative suite à leur demande de prestations seront également sollicités. De la sorte, l'ensemble des citoyens en contact avec la CEO pourra être touché.

- **Vérification de l'application des standards en matière d'aides et de soins.**

Un des grands objectifs dans le traitement des dossiers est l'homogénéité dans la détermination des prestations requises. Afin de garantir cette homogénéité, le service qualité vérifie systématiquement si certains standards définis sont bien appliqués. Cette démarche a permis de retracer des erreurs de manipulation ou d'interprétation et de mettre en place des actions afin de diminuer leur fréquence. Le suivi a démontré que ces erreurs avaient nettement diminué.

- **Simplification administrative interne et externe**

En 2012, le service qualité a repris en main un projet ayant pour but une simplification et une harmonisation des courriers standards envoyés au citoyen-client et à ses partenaires.

Un inventaire des courriers indispensables pour la gestion journalière des dossiers a été dressé. Les données utilisées et l'information véhiculée dans les lettres-types, le vocabulaire utilisé ainsi que les références législatives ont été analysés pour une utilisation simplifiée en interne et un meilleur échange avec l'extérieur. L'utilisation de ces " nouveaux " courriers sera effective dès la finalisation du support technique, au plus tard en 2013.

- **Mise en place d'un *DataWarehouse* (DWH)**

Au courant des six premiers mois de l'année 2012, la CEO a procédé à une validation des données importées dans le DWH. En août 2012, les utilisateurs potentiels ont suivi une formation. Celle-ci a également été renforcée par une formation en statistiques. Fin 2012, la CEO a donc acquis l'autonomie pour l'analyse des données **relatives à la gestion des dossiers aides et soins** (flux, nombre, délais, etc…)

- **Recensement des prestations**

Le service qualité est intervenu dans le support au personnel recensant les prestations dispensées dans les établissements à séjour continu. Il a assuré un soutien aux prestataires concernés via la mise à disposition de documentation, la présence dans les établissements à séjour continu mais surtout grâce au développement d'une HELPLINE (téléphone et email) destinée à répondre aux questions relatives au remplissage des questionnaires de relevés des prestations. La HELPLINE fut assurée à chacune des trois périodes de recensement de 2012.

- **Gestion de projets**

En 2012, le service qualité a accentué sa collaboration avec les autres services de la CEO notamment en apportant son expertise et ses compétences en matière de gestion de projet.

Il a encadré le projet 'Harmonisation des fiches de postes' faisant suite à la réalisation du référentiel de compétences qui s'est achevé mi- 2012. Ces travaux ont permis au service qualité de redémarrer les activités en lien avec la mise-à-jour sous ARIS des données liées à l'organigramme de la CEO et de recommencer la modélisation des procédures.

En parallèle, le service qualité a participé à la relance des travaux de la PMC (Plateforme de Méthodologie Commune des institutions de la sécurité sociale) et a également participé au groupe de travail chargé de l'élaboration définitive du manuel de conventions.

En 2012, sur décision de la direction, le service qualité a été chargé d'encadrer la deuxième version du projet TCO, le principal outil de la CEO, dans lequel sont réalisées l'orientation des dossiers, l'évaluation et la détermination des prestations

Vu son importance, la gestion de ce projet fut assurée par un chef de projet-métier issu du service qualité et par un chef de projet-maîtrise d'œuvre, issu du service de la gestion administrative. Afin de cerner précisément la complexité du projet, l'équipe de gestion de projet a identifié les actions à mener en priorité. Le lancement de projet a été effectué en présence de tous les collaborateurs de la CEO de façon à susciter une adhésion de tous et faciliter ultérieurement le passage d'un système à l'autre.

Les premiers groupes de travail chargés d'identifier les besoins spécifiques de chaque service et de simplifier les flux de données ont démarré en 2012. Une mise à disposition est prévue pour la fin de 2013.

- **Partenariats externes**

En collaboration avec l'agence e-Santé, le service qualité a organisé le recueil des informations relatives au flux dans le traitement des demandes de l'assurance dépendance (échanges avec CNS).)

- **Séances d'information et cours sur l'assurance dépendance**

Comme par le passé, la CEO a proposé en 2012, des cours de formation ainsi que des séances d'information à l'attention de publics divers :

- La CEO a continué d'assurer de façon systématique les cours portant sur l'assurance dépendance auprès des étudiants aides-soignants et infirmiers du " Lycée technique pour professions de santé " (à LUXEMBOURG, BASCHARAGE et ETTELBRUCK).
- Les personnes inscrites à la formation d'aide socio-familiale ont également pu profiter des cours assurés par les professionnels de la CEO (ESCH et ETTELBRUCK). Une formation similaire a été donnée aux collaborateurs de l' " Objectif plein emploi ".
- Le système luxembourgeois de l'assurance dépendance a été présenté aux participants d'une journée de formation organisée par la Caisse primaire d'Assurance maladie à Longwy.
- Les professionnels de l'association luxembourgeoise des ergothérapeutes ont bénéficié d'une journée analogue.
- Le 10 octobre 2012, la CEO présentait un stand d'information à la " Foire 60+ " organisée tous les deux ans par le service senior de la ville de LUXEMBOURG.
- Une présentation de l'assurance dépendance a été mise à la disposition de la ville de DIEKIRCH qui organisait aussi une " Foire 60+ " à la même date.
- Des séances d'information ont été prévues à l'attention des services sociaux des hôpitaux et centres de rééducation. Vu le nombre de demandes introduites lors d'une hospitalisation des demandeurs, il y a lieu de considérer les services sociaux des hôpitaux et centres de rééducation comme un public stratégique pour la diffusion de l'information sur l'assurance dépendance.
- Des séances d'information ont aussi été proposées pour le grand public, notamment pour certaines commissions communales ;
- La chaîne de radio luxembourgeoise HONNERT KOMMA SIWEN (100,7) a diffusé une émission portant sur l'assurance dépendance en janvier 2012.

Les supports pour les cours et les séances d'information sont régulièrement revus et adaptés en fonction des publics. Le service " Partenariats et communication externe " veille à une bonne coordination des différents cours et séances d'information.

- **Actualisation des informations sur l'assurance sur site internet du Ministère de la Sécurité sociale**

Le site internet du Ministère de la Sécurité sociale est régulièrement actualisé par la CEO en ce qui concerne les données sur l'assurance dépendance.

Certaines fiches d'information (adaptation de voiture /main courante et garde-corps) ont été ajoutées pour les demandeurs de prestations. Un " *guide de rédaction de la fiche A3* " (utilisée pour les demandes en révision des prestations) de même qu'un guide " *Aides techniques* " et un " *Descriptif Chaises de douche* " ont été ajoutés à la rubrique " *espace professionnel* ".

- **Optimisation de l'information et de l'accès à l'information pour les demandeurs et les prestataires**

Les différents services de la CEO ont bénéficié du soutien du service qualité pour l'élaboration et la diffusion (via la COPAS ou d'autres partenaires) de certains outils destinés à l'amélioration des services envers les bénéficiaires et les prestataires. Ces outils ont également permis de soutenir les collaborateurs de la CEO dans leurs missions d'évaluation, de détermination et d'orientation.

La fiche de visite, à remettre au demandeur lors de chaque évaluation a été enrichie en informations et numéros de contact facilitant le suivi du dossier pour le demandeur.

La CEO a mis à disposition des prestataires un outil destiné à accompagner les professionnels dans la rédaction de la fiche A3 utilisée pour les demandes en révision des prestations. Un " Guide de rédaction " ainsi qu'une note d'accompagnement ont été réalisés. Il est important que la description donnée dans la fiche A3 soit de bonne qualité afin que le référent de la CEO soit en mesure, à l'aide des informations données, de se faire une image concrète de l'évolution du bénéficiaire et d'adapter ainsi le plan de prise en charge à ses nouveaux besoins et à la situation actuelle de dépendance.

Chaque évaluateur dispose d'un classeur regroupant différents documents et fiches d'information. Les demandeurs recevront ainsi, de façon uniformisée, rapide et facile, les différentes informations utiles.

Deux nouveaux outils relatifs aux aides techniques ont été élaborés : un guide " Aides techniques " et un " descriptif chaises de douche ". Ils ont pour objectif d'aider au choix de l'aide technique la plus appropriée aux besoins des demandeurs.

3.5. La direction

Outre ses tâches de coordination et de représentation, la direction s'était donné un objectif spécifique pour 2012, en l'occurrence **préparer la réforme de l'assurance dépendance prévue pour 2014**.

Au niveau de la direction de la CEO, cet objectif comportait trois points :

- rédiger un bilan organisationnel et financier de l'ensemble du système assurance dépendance depuis l'entrée en vigueur de la loi en 1999 ;
- démarrer à l'intérieur de la CEO, les travaux conceptuels de la réforme ;
- améliorer la qualité des données existantes en matière de prise en charge d'aides techniques et d'adaptations du logement.

La rédaction du bilan sur l'assurance dépendance est terminée. Les conclusions n'en ont cependant pas encore été publiées.

L'ajout de deux chapitres importants sur les aides techniques et les adaptations du logement ont permis d'améliorer les données statistiques disponibles au sujet de ces prestations.

Les travaux conceptuels pour une réforme de l'assurance dépendance ont démarré à l'intérieur de la CEO. A l'heure actuelle, ils en sont encore à la phase exploratoire.

3.6. Conclusions

Compte tenu des travaux réalisés et des objectifs qui ont été atteints en 2012, le comité de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation a revu ses options stratégiques.

Au 1er janvier de l'année 2013, la Cellule définit ses options stratégiques de la manière suivante :

- *Nous préparons la réforme de l'assurance dépendance ;*
- *Nous développons une gestion autonome des données de l'assurance dépendance ;*
- *Nous pilotons la CEO sur base de processus formalisés ;*
- *Nous accroissons notre productivité en nous adaptant aux demandes ;*
- *Nous analysons les refus de prestations en vue de réduire le nombre de demandes non fondées ;*

- *Nous consolidons notre système interne de management de la qualité ;*
- *Nous poursuivons la modernisation de la gestion administrative ;*
- *Nous optimisons nos outils de support.*

L'option portant sur le plan d'action en matière de politique de sécurité des données est abandonnée en 2013 car les dispositions de ce plan sont réalisées. Il en est de même de la poursuite de la politique de communication ainsi que de l'amélioration des performances du processus orientation des dossiers. Ces deux axes sont actuellement bien implémentés dans les procédures et le fonctionnement de la CEO. Il reste à en garantir la pérennité.

Certaines options demeurent inchangées car tous les objectifs ne sont pas encore atteints. Il s'agit de la préparation de la réforme de l'assurance dépendance, de la consolidation du système interne de management de la qualité et de la poursuite de la modernisation de la gestion administrative. Certains des objectifs inhérents à ces trois options ont déjà été atteints. Certains restent irréalisés et de nouveaux doivent être formulés.

L'adaptation de la productivité de traitement des dossiers au nombre de demandes entrantes a été partiellement réalisée au cours de l'année 2012. Pour l'année 2013, la formulation en a été élargie afin de coller mieux encore au souhait de répondre adéquatement aux besoins du citoyen. A cette option, on peut associer l'option nouvelle en 2013 d'optimiser les outils de support qui permettront un accroissement de la productivité.

Compte tenu de la réalisation d'anciennes options, de nouvelles se sont révélées importantes. Il en est ainsi du pilotage de la CEO sur base de processus formalisés. La formalisation des processus est acquise, le défi actuel est de les faire vivre.

L'analyse des refus est aussi une option nouvelle introduite en 2013. Le nombre de refus de prestations est en augmentation constante. Une analyse systématique de ces refus s'impose en vue d'une réduction des demandes non fondées qui constituent un frein à l'efficacité de la CEO.

Enfin, le travail de réalisation du bilan sur l'assurance dépendance a révélé l'importance pour la CEO de disposer de données sur l'assurance dépendance sans être tributaire de l'assistance de tiers. Ceci justifie le choix de cette nouvelle option stratégique.

Les objectifs opérationnels pour l'année 2013 sont en voie d'être finalisés sur base de cette reformulation des options stratégiques.

L’ASSURANCE ACCIDENT

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 quel que soit 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 accident

Les principales données statistiques

La loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident a modifié l'organisation de l'assurance accident et a réformé l'indemnisation des personnes assurées.

La modification la plus importante de l'organisation résulte de la fusion des anciennes sections industrielle et agricole. Le régime général intègre désormais les fonctionnaires, les employés publics ainsi que les exploitants agricoles.

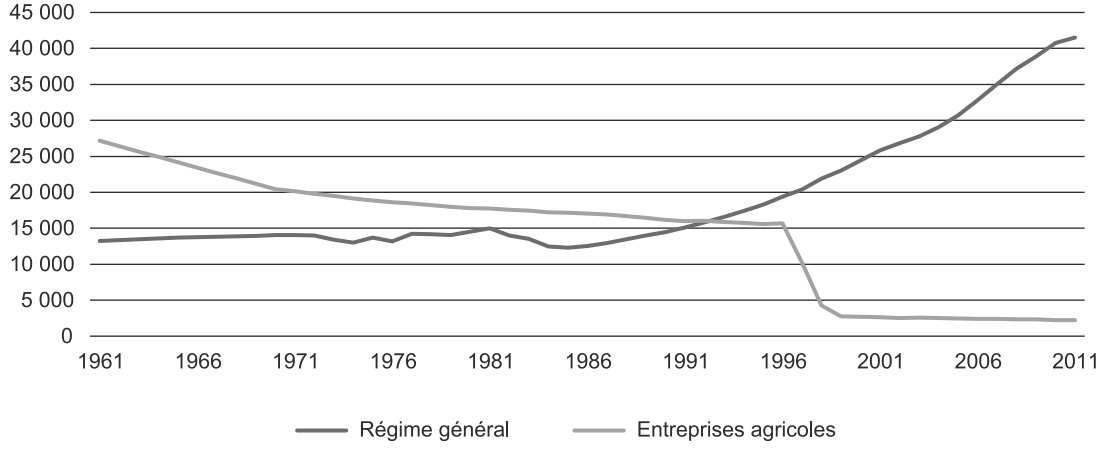
Les régimes spéciaux, qui assurent principalement les écoliers, élèves et étudiants, les activités périscolaires, les personnes participant à des actions de secours, des mesures de mises au travail ainsi que les titulaires d'un mandat public, ont été étendus au bénévolat dans le domaine social, aux bénéficiaires de l'indemnité de chômage complet, aux personnes handicapées inscrites dans un service de formation et aux délégués professionnels.

Le financement des régimes spéciaux se fait directement par le budget de l'Etat.

Aux prestations en nature et aux prestations en espèces en cas d'incapacité de travail totale pendant les premières 52 semaines de l'assurance accident s'ajouteront dorénavant l'indemnisation des pertes de revenu, (rente complète, rente partielle et rente d'attente), et les dommages extrapatrimoniaux (indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément, pour douleurs physiques endurées et pour préjudice esthétique). Les nouvelles mesures d'indemnisation sont entrées en vigueur au 1er janvier 2011.

L'affiliation des entreprises à l'AAA

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



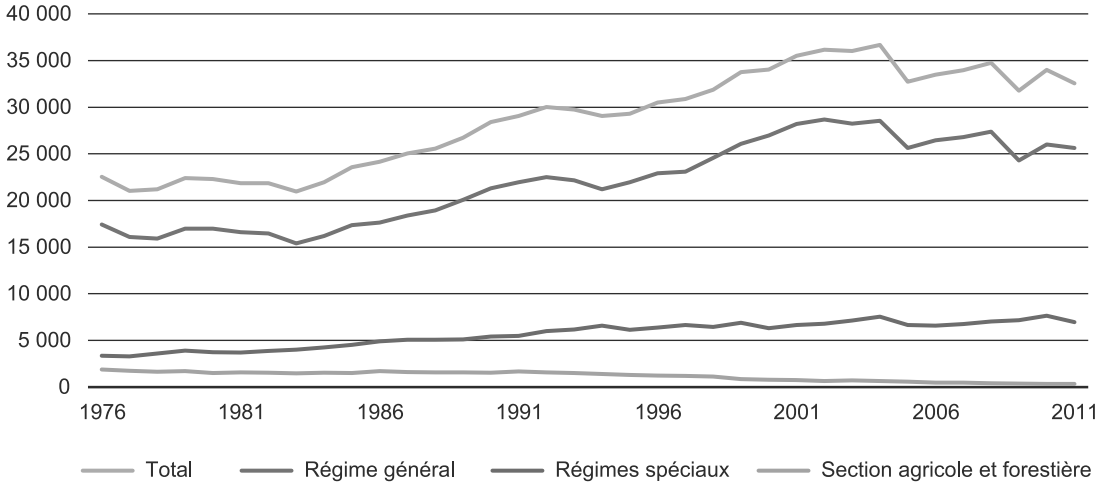
Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à l'ancienne section industrielle de l'association d'assurance accident avait été décroissant dès le début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a augmenté ensuite de plus de 5% par année. En 2011, la crise financière et économique a atténué cette croissance et le nombre des entreprises a néanmoins dépassé 41 000 unités, une augmentation qui n'est plus que 1,8% face à 4,8% en 2010 et 4,6% en 2009.

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.

En 2011, suite à la fusion des sections industrielle et agricole, le nombre des entreprises agricoles affiliées n'est plus renseigné séparément mais est désormais inclus dans le nombre du régime général.

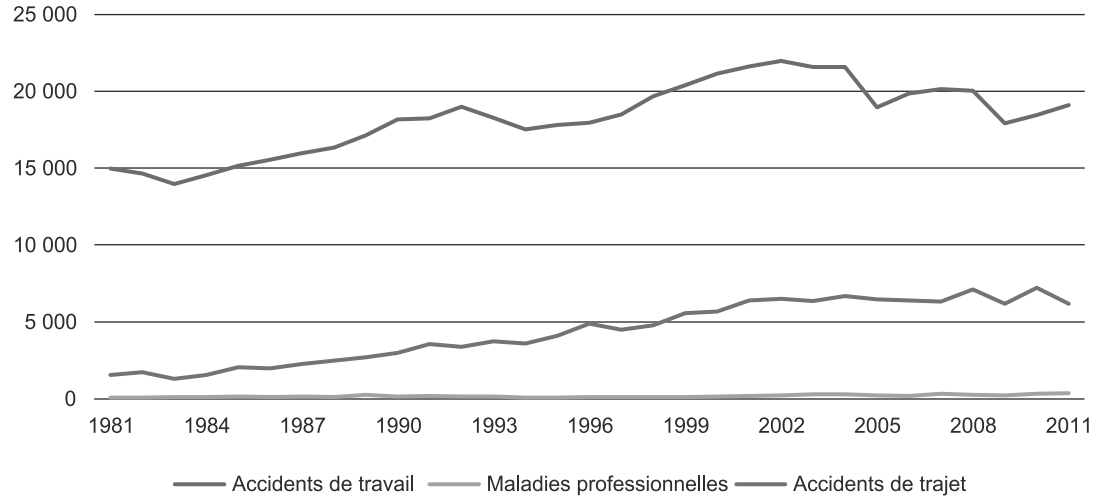
Les statistiques sur les accidents

Evolution du nombre d'accidents déclarés



Le nombre d'accidents déclarés en 2011 s'élève à 32 563 dont 25 610 (78,6%) pour le régime général, et 6 953 (21,4%) pour les régimes spéciaux. Le nombre d'accidents mortels est de 14 unités.

Evolution du nombre d'accidents déclarés du régime général selon types d'accidents



Parmi les cas déclarés au régime général, 74,5% concernent des accidents de travail proprement dits, 24,1% des accidents de trajet et 1,4% des maladies professionnelles.

Les rentes

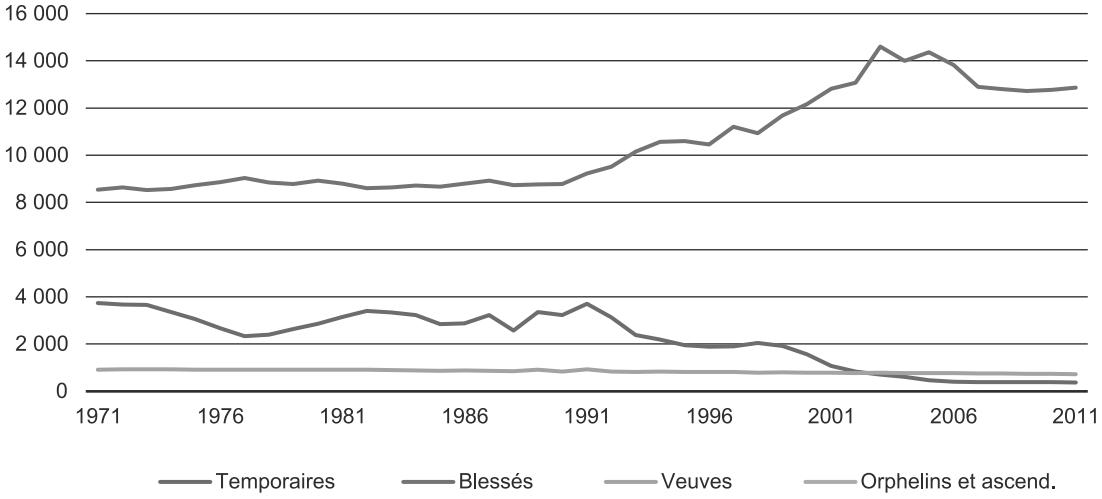
Le nombre total des rentes s'élève en 2011 à 14 177 unités contre 14 114 en 2010. La répartition de ces rentes suivant le régime et la catégorie se présente comme suit :

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

Catégorie	Régime général	dont Régimes spéciaux
Rentes temporaires	375	-
Rentes de blessés	12 863	304
Rentes de conjoints survivants	724	3
Rentes d'orphelins	213	1
Rentes d'ascendants	2	-
TOTAL	**14 177**	**308**

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, une croissance du nombre des accidents et celui des rentes avec un certain retard. Le régime de l'assurance accident n'est guère influencé par le phénomène de maturation et le vieillissement de la population, n'a pas 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 du régime général 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.

Répartition du nombre de rachats de rentes viagères

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*)	
Rachats de rentes inférieures à 10%	1 242	2 426	900	801	879	943	972
Rachats de rentes supérieures aux précédentes	215	259	247	240	251	243	275
Autres	15	11	8	13	11	9	5
Indemnités de remariage	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**1 472**	**2 696**	**1 155**	**1 054**	**1 141**	**1 195**	**1 252**

*) Inclusion des fonctionnaires et employés publics ainsi que des exploitants agricoles.

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 de l'année 2006.

Après cette année de transition, où le nombre de rachats (2 696) a affiché une progression importante de 74%, il revient à un niveau comparable à ceux des années 2004 et 2005. Pour 2011, l'évolution positive du nombre de rachats s'explique par l'intégration des fonctionnaires et employés publics et des assurés de l'ancienne section agricole dans le régime général.

Répartition des rentes et rachats de rentes par pays de résidence

Pays de résidence	Nombre de rentes	Montants
Luxembourg	9 939	79 748 452,74
Autres pays de l'UE	5 485	54 648 462,27
Allemagne	877	8 674 274,78
Autriche	7	39 332,13
Belgique	1 200	12 568 577,55
Danemark	3	26 614,95
Espagne	61	530 336,22
Finlande	-	-
France	2 691	27 220 669,29
Grèce	-	-
Irlande	-	-
Italie	235	2 252 664,37
Pays-Bas	8	62 252,19
Portugal	402	3 266 038,26
Royaume-Uni	-	-
Suède	1	7 702,53
Autres pays hors UE	53	574 451,13
TOTAL	**15 477**	**134 971 366,14**

Le nombre de rentes versées à l'étranger représentent environ 36% du nombre total des rentes.

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 de 17,8 millions EUR a été nécessaire en 2006. Les années suivantes, des prélèvements ou des dotations à la réserve légale ont été effectués pour équilibrer le compte d'exploitation. Pour l'exercice 2011, le montant de la dotation s'élève à 10,1 millions EUR.

Les dépenses courantes

Opérations courantes de l'AAA (en milliers EUR)

Année		AAI			AAA			Total	
	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde
1975	28 507,76	33 961,41	5 453,66	2 330,20	1 363,41	-966,78	30 837,95	35 324,83	4 486,87
1980	46 033,83	49 677,86	3 644,03	3 693,61	2 206,25	-1 487,36	49 727,44	51 884,11	2 156,67
1985	65 419,10	74 467,21	9 048,11	4 883,50	2 974,72	-1 908,78	70 302,60	77 441,94	7 139,33
1986	61 428,02	72 831,12	11 403,10	5 329,71	3 148,25	-2 181,46	66 757,73	75 979,37	9 221,64
1987	63 733,43	71 814,75	8 081,33	5 528,03	3 123,46	-2 404,57	69 261,45	74 938,21	5 676,76
1988	66 584,20	72 855,91	6 271,71	5 751,13	3 197,83	-2 553,30	72 335,33	76 053,73	3 718,40
1989	70 525,71	82 722,07	12 196,36	6 370,86	3 396,14	-2 974,72	76 896,57	86 118,21	9 221,64
1990	74 541,58	86 415,68	11 874,10	6 519,60	3 644,03	-2 875,56	81 061,18	90 059,72	8 998,53
1991	82 424,60	86 961,05	4 536,45	6 643,55	3 891,93	-2 751,62	89 068,14	90 852,98	1 784,83
1992	90 778,61	97 174,26	6 395,65	7 015,39	4 115,03	-2 900,35	97 794,00	101 289,29	3 495,30
1993	95 538,16	108 403,84	12 865,67	7 610,33	4 362,93	-3 247,41	103 148,50	112 766,76	9 618,27
1994	103 222,86	109 246,68	6 023,81	7 089,75	4 486,87	-2 602,88	110 312,62	113 733,55	3 420,93
1995	110 287,83	127 342,90	17 055,07	7 635,12	4 685,19	-2 949,93	117 922,95	132 028,09	14 105,14
1996	119 410,31	127 243,75	7 833,44	7 883,01	4 536,45	-3 346,56	127 293,32	131 780,20	4 486,87
1997	124 888,76	113 931,86	-10 956,89	7 684,70	4 635,61	-3 049,09	132 573,46	118 567,47	-14 005,98
1998	127 107,43	125 049,24	-2 058,19	7 701,48	3 742,47	-3 959,01	134 808,91	128 791,72	-6 017,19
1999	136 068,68	135 478,22	-590,46	6 289,13	3 572,57	-2 716,57	142 357,81	139 050,79	-3 307,02
2000	146 697,02	144 836,63	-1 860,39	6 401,23	3 581,86	-2 819,37	153 098,25	148 418,49	-4 679,76
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
2011	214 645,45	224 749,44	10 103,99	-	-	-	-	-	-

Les dépenses courantes représentent 0,52% du PIB en 2011 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 2011 n'atteint que 4,3% (au nombre indice 100) ce qui témoigne, comparé aux autres branches de la sécurité sociale, d'une progression plus lente des dépenses.

Dépenses en prestation de l'AAA

Catégorie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
AAI - prest. nat.	35 268 543	34 924 329	32 795 144	35 073 200	37 444 908	35 626 358	36 079 924
AAI - prest. esp.	141 632 836	167 329 075	142 248 335	148 558 408	148 689 747	158 248 018	165 904 895
AAA - prest. nat.	1 198 848	815 192	816 708	1 108 167	1 019 660	1 063 651	
AAA - prest. esp.	6 212 000	6 193 681	5 778 067	6 108 755	6 177 522	6 464 412	
Total prestation nature	**36 467 391**	**35 739 521**	**33 611 852**	**36 181 367**	**38 464 568**	**36 690 009**	**36 079 924**
Total prestation espèce	**147 844 836**	**173 522 756**	**148 026 402**	**154 667 163**	**154 867 269**	**164 712 430**	**165 904 895**
Total prestations	**184 312 227**	**209 262 277**	**181 638 254**	**190 848 530**	**193 331 837**	**201 402 439**	**201 984 819**
n.i. moyen	640,24	653,52	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34
Total prestions au n.i.100	28 787 990	32 020 792	27 172 644	27 967 662	27 640 947	28 323 855	27 885 360
Var. presttions nature	9,29%	-2,00%	-5,95%	7,64%	6,31%	-4,61%	-1,66%
Var. prestations espèce	-1,09%	17,37%	-14,69%	4,49%	0,13%	6,36%	0,72%
Var. total au n.i.100	**-1,65%**	**11,23%**	**-15,14%**	**2,93%**	**-1,17%**	**2,47%**	**-1,55%**

En 2011, les dépenses pour prestations de l'association d'assurance accident atteignent 201 948,8 milliers EUR, soit une diminution de 1,6% au nombre indice 100 par rapport à 2010. Elles représentent 90,4% du total des dépenses courantes de l'AAA.

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 mars 2009 afin de liquider les dossiers restés en suspens.

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'AAA, y compris les cotisations patronales. Après la période de 13 semaines, les indemnités pour incapacités de travail (indemnités pécuniaires) sont entièrement à charge de l'AAA.

Prestations du régime général

Evolution des prestations du régime général (régime speciaux exclus)

		2007	2008	2009	2010	2011
A.	**Prestations en espèces**	**136 276 944,21**	**141 460 115,34**	**142 530 734,72**	**150 742 923,82**	**163 991 043,23**
1.	**Indemnités pécuniaires**	**23 417 695,75**	**28 355 684,68**	**21 974 994,33**	**28 303 299,85**	**29 479 855,99**
	Lohnfortzahlung (LFZ)	-	-	12 759 976,32	17 180 816,53	18 020 109,62
	Indemnités pécunières (IP)	23 417 695,75	27 979 516,01	9 215 018,01	10 597 659,73	10 944 235,93
	Assurance dépendance	-	376 168,67	-	524 823,59	515 510,44
2.	**Rentes**	**80 668 433,21**	**84 921 241,32**	**89 447 137,37**	**91 197 338,93**	**102 644 305,40**
	Rentes viagères	56 420 094,35	58 187 859,67	61 000 340,27	62 377 907,93	72 757 680,53
	Rentes de survie	14 537 845,83	14 723 305,76	15 171 703,50	15 168 073,01	15 872 447,18
	Rentes transitoires	3 952 441,30	4 445 231,67	5 248 501,86	5 469 378,06	5 585 140,43
	Paiements uniques	5 758 051,73	7 564 844,22	8 026 591,74	8 181 979,93	7 238 478,66
	Nouvelle législation					
	Rentes complètes					1 186 213,95
	Rentes partielles					-
	Rentes d'attentes					-
	Rentes de survie					4 344,65
	Nouvelle législation					
	Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux					170 476,92
	Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %					137 770,04
	Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %					3 604,22
	Douleurs physiques					22 963,16
	Préjudice esthétique					6 139,50
3.	**Rachats de rentes**	**32 168 073,75**	**28 158 632,74**	**31 104 161,55**	**31 228 257,36**	**31 693 094,16**
	Rachats d'office	17 903 587,68	15 993 342,13	18 369 382,96	19 300 158,11	20 162 845,79
	Rachats sur demande	14 106 079,43	11 852 889,11	12 541 809,04	11 790 095,14	11 465 044,51
	Autres	158 406,64	312 401,50	192 969,55	138 004,11	65 203,86
4.	**Autres**	**22 741,50**	**24 556,60**	**4 441,47**	**14 027,68**	**3 310,76**
	Autres secours en especes	9 802,50	11 022,49	2 365,54	1 057,52	2 576,93
	Intérêts moratoires sur prestations	12 939,00	13 534,11	2 075,93	12 970,16	733,83
B.	**Prestations en nature**	**28 430 095,89**	**30 811 678,86**	**33 001 435,82**	**31 193 654,12**	**32 645 915,03**
	AAA -Dégats matériel	3 868 165,66	4 093 347,72	4 338 604,12	3 427 450,10	2 195 815,84
	AAA -Soins	512 163,87	336 863,40	236 285,62	334 326,00	374 154,10
	Indemnité pour dommage moral					320 436,78
	CNS - Prestations lux.	18 181 717,06	21 682 417,49	21 636 559,13	21 170 074,12	23 610 965,97
	CNS - Prestations étrang.	5 868 049,30	4 364 251,06	6 445 035,08	5 233 866,47	4 869 447,42
	CNS - Assurance dépendance		334 799,19	344 951,87	1 027 937,43	1 275 094,92
	TOTAL DES PRESTATIONS	**164 707 040,10**	**172 271 794,20**	**175 532 170,54**	**181 936 577,94**	**196 636 958,26**

La progression des montants des prestations du régime général a plusieurs raisons, notamment l'évolution indiciaire, la croissance de la masse salariale, l'ajustement des rentes et, à partir de 2011, l'intégration dans le régime général des fonctionnaires et employés publics ainsi que des exploitants agricoles

En 2011, on peut noter les faibles montants des nouvelles prestations de l'AAA, étant donné que seuls les nouveaux cas d'accident sont affectés par la nouvelle législation. Ces montants vont subir un accroissement rapide dans les années à venir, à l'inverse les montants concernés par l'ancienne législation vont évoluer vers le bas.

Prestations des régimes spéciaux

Evolution des prestations des régimes spéciaux

		2009	2010	2011
A.	**Prestations en espèces**	**6 196 614,32**	**7 517 615,07**	**1 922 882,58**
	Fonctionnaires	3 297 262,41	4 287 861,78	-
	Employés communaux	662 818,65	929 372,26	-
	Etablissement publics	336 615,69	236 857,23	-
	Scolaires	1 106 964,53	1 137 815,17	1 018 257,29
	Délégués professionnels	-	-	-
	Travaux en régie	79 683,62	81 008,34	83 298,30
	Pompiers volontaires	201 666,49	158 274,60	172 839,68
	Protection civile et autres	129 342,56	103 176,14	67 030,17
	Action de mise au travail	335 870,27	536 088,29	532 962,90
	Mandataires publics	39 659,02	40 318,32	41 457,99
	Activités bénévoles	6 731,08	6 842,94	7 036,25
	Formation personnes handicapées	-	-	-
	Ass.Dép. Trajet	-	-	-
B.	**Prestations en nature**	**4 444 472,78**	**4 432 704,68**	**3 434 009,19**
	Fonctionnaires	926 849,82	788 317,98	-
	Employés communaux	182 408,88	208 135,26	-
	Etablissement publics	121 731,85	117 787,24	-
	Scolaires	2 645 351,91	2 755 844,31	2 890 018,06
	Délégués professionnels	-	-	-
	Travaux en régie	-	-	245
	Pompiers volontaires	30 608,08	45 741,00	40 165,43
	Protection civile et autres	52 865,25	53 985,45	35 796,14
	Action de mise au travail	481 246,71	445 517,22	461 802,24
	Mandataires publics	1 014,30	17 376,22	2 998,02
	Activités bénévoles	2 395,98	745,96	2 448,57
	Formation personnes handicapées	-	16 630,26	535,73
	Ass. Dép. Trajet	-		-
	TOTAL	**10 641 087,10**	**11 950 319,75**	**5 356 801,77**

La diminution des montants pour prestations des régimes spéciaux en 2011 provient de l'exclusion des fonctionnaires et employés public des régimes spéciaux.

Structure des dépenses courantes de l'AAA (régimes spéciaux inclus) (en milliers EUR)

	AAA	En % du total
Frais d'administration	9 652,60	4,5%
Prestations en espèces	165 904,90	77,3%
Prestations en nature	36 079,92	16,8%
Dépenses diverses	3 008,03	1,4%
TOTAL	**214 645,45**	**100,0%**

Les frais d'administration représentent 4,5% des dépenses courantes.

Les recettes courantes

L'assurance accident est financée à raison de 84,4% par des cotisations de 10,% par des contributions publiques et de 5,6% par des revenus sur la fortune et des recettes diverses.

En 2011, les cotisations ont augmenté de 7,1% au nombre indice 100 par rapport à 2010.

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

Structure des recettes courantes de l'AAA (régimes spéciaux inclus) (en milliers EUR)

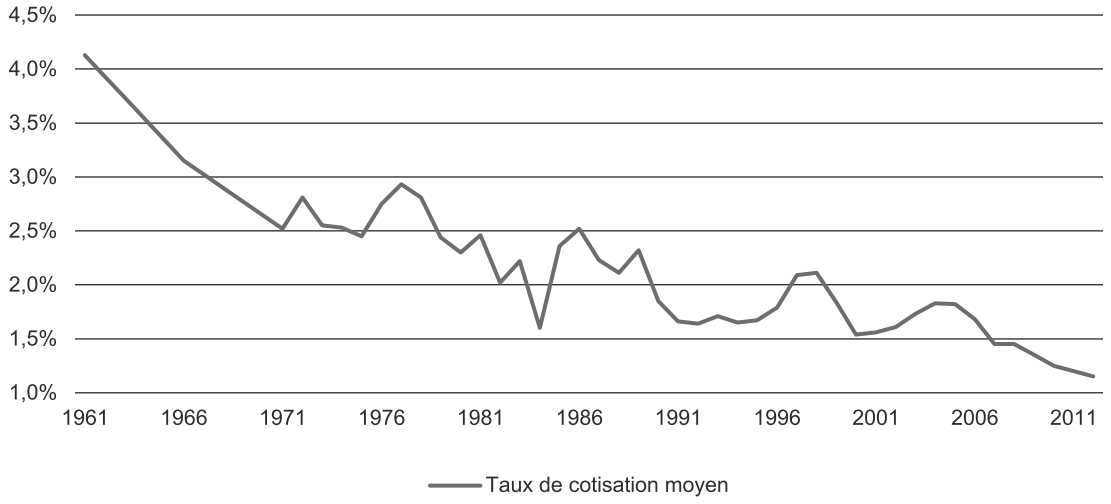
	AAA	En % du total
Cotisations	189 705,29	84,4%
Participation de l'Etat	22 377,05	10,0%
Produits financiers et recettes diverses	12 667,11	5,6%
TOTAL	**224 749,44**	**100,0%**

Etant donné que les taux de cotisation de la section industrielle étaient 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 et pour atteindre en 2003, après une nouvelle progression, une valeur de 1,83%.

La loi du 17 décembre 2010 portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident a eu pour conséquence qu'à partir de l'exercice 2011, le régime général de l'assurance accident est financé solidairement par les cotisants quel que soit 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. Le taux de cotisation est retombé en 2011 à son niveau le plus bas pour atteindre 1,15%.

Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAA



L'évolution législative et réglementaire

Il convient de rappeler que le 1er janvier 2011 est entrée en vigueur la réforme de l'assurance accident.

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 réforme, plusieurs règlements grand-ducaux ont été pris. Il s'agit des règlements suivants :

- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les modalités de fixation et de perception des cotisations de la Chambre d'agriculture
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident

- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 119 du Code de la sécurité sociale
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 120 du Code de la sécurité sociale
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire.
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les conditions et modalités de l'assurance accident volontaire des exploitants agricoles, viticoles, horticoles et sylvicoles non soumis à l'assurance obligatoire.

A tous ses règlements grand-ducaux est venu s'ajouter celui du 26 décembre 2012 déterminant l'organisation et le fonctionnement de la Commission supérieure des maladies professionnelles dont la mise en place est dès lors imminente.

A noter également à titre de rappel que le 1er janvier 2011, la loi du 17 décembre 2010 portant introduction d'un taux unique de cotisation dans l'assurance accident a sorti ses effets. Elle comporte deux mesures principales.

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

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

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

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

Par arrêté ministériel du 12 décembre 2011, ce taux de cotisation, arrêté pour l'exercice 2012 par le comité directeur de l'Association d'assurance accident, a été fixé à 1,15%.

Par arrêté ministériel du 19 décembre 2012, le taux de cotisation unique, arrêté pour l'exercice 2013 par le comité directeur de l'Association d'assurance accident, a été fixé à 1,10%.

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 2011 et 2012, le nombre d'entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension a progressé de 1893 à 2137, soit une augmentation de 12,89%. Le secteur des régimes complémentaires de pension professionnels reste donc en expansion continuelle.

Tableau 1 : 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% 1)
2002					
2003	930		Statistiques renseignées par les gestionnaires	fin d'année	16,69% 1)
2004					
2005					
2006					
2007	1278		Registre IGSS	fin d'année	8,27% 1)
2008	1590		Registre IGSS	fin d'année	24,41% 1)
2009	1731	1545	Logiciel PenCom	fin d'année	8,87% 1)
2010	1938	1706	Logiciel PenCom	fin d'année	10,42% 2)
2011	2110	1893	Logiciel PenCom	fin d'année	11,10% 2)
2012	2305	2137	Logiciel PenCom	fin d'année	12.89% 2)

1) Le taux de croissance est calculé jusqu'en 2009 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 2010 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 17 ans et la croissance propre à l'exercice 2012 de 12,89% 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 31/12/2012):

Tableau 2 : 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)]	Tota des plansl
8005	122	16	31	8174

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 le nombre de régimes internes indiqué ici est inférieur au nombre d'entreprises luxembourgeoises affiliées au PSVaG.

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 agréés par la CSSF.

Tableau 3 : Répartition des plans actifs suivant le type de prestation

Vieillesse	Décès	Invalidité	Cotisations personnelles	Total des plans
2436	1933	1821	1984	8174

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 :

Tableau 4 : Affiliation d'entreprises luxembourgeoises au PSVaG

Année	Nombre d'entreprises affiliées[1)]	Montant des provisions assurées contre l'insolvabilité (en mio €)	Taux de cotisation appliqué en ‰	Montant total des primes payées au PSVaG (en mio €)	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 (-6,0)2)	4,2	0
2010	152	497	1,9 (+1,5) 2)	1,7	0
2011	145	502	1,9 (+1,5) 2)	1,71	0
2012	144	485	3,0 (+1,5) 2)	2,21	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. Depuis l'introduction de ce système

de répartition des charges, le taux de cotisation reflète directement le nombre de sinistres survenus au cours de l'exercice.

L'année 2009 a accusé le taux le plus élevé que le PSVaG ait jamais connu et qui était dû aux effets de la crise sur le nombre des faillites en général et notamment à certaines grandes faillites qu'a connues l'Allemagne au cours de cet exercice. Cette prime exceptionnelle de 14,2‰ due pour 2009 a été répartie sur 5 années, à savoir une prime égale à 8,2‰ payable au 31 décembre 2009 et une prime de 1,5‰ payable chaque fois au 31 décembre des années 2010 à 2013.

Le taux de cotisation pour 2012 a été fixé à 3,0‰, donc juste en-dessous du taux moyen de 3,1‰. Ce taux plus élevé par rapport à celui des années 2010 et 2011, qui ont accusé des taux de cotisation nettement en-dessous du taux moyen, est dû à l'augmentation du nombre de faillites en Allemagne et du nombre des ayants droit. Au total les quelques 92 500 entreprises (allemandes et luxembourgeoises) affiliées au PSVaG ont cotisé 912 millions d'euros qui ont été répartis en fonction d'un montant total de provisions assurées de 304 milliards d'euros.

A remarquer que 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 :

Tableau 5 : 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	1043	9	5	4,25	238	10,50
2005	1159	9	5	4,25	263	11,50
2006	1287	10	5	4,25	290	12,75
2007	1430	11	6	5,25	259	14,25
2008	1589	12	7	5,75	262	16,00
2009	1545[2)]	14	9	6,75	229	15,50
2010	1706	14	9	6,75	253	17,00
2011	1893	14	8	7,00	270	19,00
2012	2137	15	9	7,00	305	21,25

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 3 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 prévit un vérificateur pour 100 entreprises.

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

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, dénommé PenCom, pour la gestion des régimes complémentaires de pension et le contrôle de leur financement.

Les vérificateurs ont saisi dans le logiciel PenCom les données relatives aux entreprises et aux régimes enregistrés auprès de l'Inspection générale de la sécurité sociale. A 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 avance lentement, d'un côté parce que le service Pensions complémentaires s'est consacré prioritairement à la collecte des données et à la vérification de la conformité des régimes, de l'autre côté parce que la diversité des promesses

octroyées par les différents employeurs met à l'épreuve les agents de l'IGSS, qui sont tenus à saisir ces promesses dans une formulation mathématique.

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. Le recouvrement des taxes pour les années 2006 à 2011 a démarré en juin 2012.

Parallèlement aux données concernant la taxe rémunératoire, l'IGSS commence à recevoir des données relatives au paiement de la contribution dépendance, données qui doivent être vérifiées et redressées avant d'être communiquées au Centre commun de la sécurité sociale, qui est en charge de la perception de la contribution dépendance sur les prestations de pension complémentaire.

En vertu du règlement grand-ducal du 11 janvier 2012 établissant le relevé des renseignements à fournir par les entreprises en matière de régimes complémentaires de pension, les gestionnaires de RCP sont tenus à communiquer les données relatives à l'exercice 2011 à l'IGSS au plus tard pour le 30 juin 2012. Jusqu'alors en mode de test, le système PenCom est entré en mode de production en juin 2012, à l'issue d'une séance d'information organisée par l'IGSS à l'adresse des représentants des gestionnaires de RCP. Au fur et à mesure que les gestionnaires alimenteront le système avec les données relatives aux RCP, l'outil PenCom permettra aux agents de l'IGSS d'exploiter ces données afin d'établir des statistiques relatives à l'impact et au coût des RCP, d'effectuer certains contrôles quant au respect des dispositions légales, de vérifier les certificats établis par les gestionnaires et d'établir des factures relatives à la taxe rémunératoire et à la contribution dépendance.

Or, en début 2013 seulement quelques 26 000 DAP (données annuelles par affilié et par plan) des 200 000 DAP attendues ainsi qu'uniquement 750 DER (données annuelles par entreprise et par régime) des plus de 2 500 DER attendues ont été transmises à l'IGSS via le système PenCom.

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 ont commencé 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

Le 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. Suivant ce règlement grand-ducal, les entreprises sont tenues de communiquer à l'IGSS les données annuelles par affilié et par plan (DAP) et les données annuelles par entreprise et par régime (DER) pour le 30 juin de l'exercice subséquent. Comme le règlement grand-ducal est applicable à partir de l'exercice 2011, l'IGSS aurait dû recevoir toutes les données y relatives au 30 juin 2012 au plus tard. Or, comme évoqué plus haut, ceci n'a pas été le cas, d'un côté à cause de problèmes techniques qui étaient encore à résoudre du côté de l'IGSS, de l'autre côté par le fait que les gestionnaires n'avaient pas encore mis au point leur propre système informatique et n'étaient pas prêts à fournir les données demandées dans le format requis.

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.

Ainsi, sur base des données d'affiliation pour " employés privés " de la sécurité sociale couvrant les années 2005, 2006 et 2007, l'IGSS a d'abord construit une table de mortalité du moment, à laquelle elle a ensuite appliqué les facteurs de réduction de la mortalité observée parmi la population résidente par le STATEC pendant les années 1960 à 2009 pour aboutir à des tables de mortalité par générations. Le groupe d'experts a pu constater que l'évolution de la mortalité de la population de référence est très proche de celle indiquée par les tables DAV 2004 R (tables établies par la Deutsche Aktuarvereinigung sur base de la mortalité observée parmi les preneurs d'assurance souscrivant des produits d'assurance prévoyant le versement de rentes de retraite viagères). Ces tables sont établies suivant des méthodes reconnues et ont l'avantage de conduire à des résultats plus stables dans le temps, dans la mesure où elles résultent de l'observation d'une population plus importante. Voilà pourquoi le groupe d'experts a proposé de remplacer la table de mortalité du moment publiée en 2001 par les tables par générations DAV 2004 R.

En ce qui concerne le taux technique, le groupe d'experts est d'avis qu'il ne faudra pas changer le taux actuel fixé à 5%. En effet, comme les actifs en couverture des provisions au bilan pour pensions complémentaires ne sont pas nécessairement investis dans des actifs financiers et comme dans le cadre des régimes complémentaires de pension les investissements se font à très long terme, la baisse des taux d'intérêt qu'il y a eu ces dernières années sur le marché ne donne pas lieu à une réduction du taux technique applicable en matière de financement des régimes complémentaires de pension.

Afin de pouvoir estimer l'impact qu'aura l'introduction des nouvelles bases techniques sur le financement des régimes complémentaires de pension, notamment des régimes internes à prestations définies prévoyant une sortie en rente, l'IGSS a demandé aux gestionnaires de tels régimes en quelle mesure les tables DAV 2004 R augmenteront les réserves minimales à constituer dans le cadre de ces régimes. De cette étude d'impact il ressort que l'adoption des tables DAV 2004 R entraînerait en moyenne une augmentation des provisions de l'ordre de 25%. Pour des régimes mis en place pour une population plutôt jeune, l'augmentation des provisions sera plus importante. À noter que l'introduction de ces nouvelles exigences ne change rien à l'engagement des employeurs ayant mis en place un régime complémentaire de pension, mais elle a uniquement pour effet d'accélérer le financement des régimes. Les prestations réellement versées aux affiliés au terme ne sont pas affectées.

Le groupe d'experts fait actuellement des réflexions au sujet de la transposition de ce changement des bases techniques et des dispositions transitoires qu'il faudra prévoir afin d'étaler le financement supplémentaire requis par ces nouvelles tables sur plusieurs exercices.

Discussions portant sur l'élaboration d'une directive européenne relative aux régimes complémentaires de pension et visant à accroître la mobilité des travailleurs

Au niveau communautaire, un groupe de travail du Conseil de l'Union européenne est chargé de l'élaboration d'une proposition de directive, appelée " directive relative aux prescriptions minimales visant à accroître la mobilité des travailleurs en améliorant l'acquisition et la préservation des droits à pension complémentaire ". Ladite proposition de directive pourrait avoir une conséquence non négligeable sur la durée de la période de stage actuellement prévue par la loi du 8 juin 1999 relative aux 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, 1.749 jugements ont été prononcés. Ce nombre entraîne un total d'affaires évacuées de 1.094 unités. Le nombre des audiences, avec 983 séances tenues en 2012, est sensiblement plus élevé que celui des années précédentes. En 2012, 530 affaires ont nécessité une expertise médicale et 165 ont impliqué un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral ce qui est normal 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 1.094 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 38,3% ont dit les recours fondés et 61,7% les ont rejetés ou déclaré irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2012, 204 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 auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale en 2012 (1.682 recours) à celui de 2011 (1.617 recours), on constate une légère hausse de ce nombre, de sorte qu'il n'a pas été possible de réduire en 2012 le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées. 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 2013.

Comme il a été relevé ci-avant, le Conseil supérieur de la sécurité sociale s'est vu soumettre 204 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.

182 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 de la valeur des lettres-clés des actes et services des médecins et médecins-dentistes pour les années 2011 et 2012).

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2012 est de 178 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	2012
Assurance accident	374	405	453	411	467	278	446	415	439	586	577	476	477	496	492	535	544
Assurance pension	186	320	393	372	493	344	324	535	555	364	388	331	352	310	335	347	321
Assurance maladie	113	150	151	130	144	139	159	248	242	259	323	344	326	313	414	299	169
Assurance dépendance	-	-	-	-	13	20	20	22	5	15	36	39	21	7	14	14	11
Prestations du Fonds National de la Solidarité	84	75	70	85	75	73	68	68	86	106	103	117	109	101	122	114	153
Autres prestations																	
(dont chômage)	41	28	106	180	95	70	91	217	191	248	240	289	280	231	234	268	475
Affiliation et Cotisations	32	8	10	18	58	8	10	15	78	25	69	15	2	5	9	40	9
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**	**1 682**

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**	**2012**
Audiences	537	534	562	710	765	741	851	768	767	617	715	718	983
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	2 970
Jugements prononcés (évacués)	933	957	987	967	1 187	1 172	1 238	1 356	1 127	934	1 156	1 213	1 094
Jugements prononcés (av. dire droit)	256	320	280	322	417	435	344	496	617	475	556	671	695
Désistements	155	207	136	167	146	194	207	205	186	163	29	38	42
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	1 136
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	1 682
Recours déclarés fondés	436	392	452	344	400	330	515	551	489	397	455	501	419
Recours déclarés non fondés	432	513	478	543	714	708	629	642	520	457	609	644	611
Recours déclarés irrecevables	65	52	57	80	73	74	94	163	118	80	92	68	64

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
2012	204	182

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 2012, le Service a versé 348 rentes, dont 243 rentes personnelles et 105 rentes de survie. 50 rentes se sont éteintes.

La commission des rentes a siégé une fois en 2012. Elle a fourni un avis dans deux cas en relation avec deux demandes d'aggravation de rente.

L'évolution réglementaire

Le règlement grand-ducal du 12 décembre 2012 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 2013.

L'ADMINISTRATION DU CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

En 2012, l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale disposait de:

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

1. L'assurance maladie

Elle constitue le volet le plus important de l'activité du Contrôle médical. En 2012, onze médecins y étaient affectés 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.

1.1. 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.

1.2. Activités en rapport avec les prestations en nature

1.2.1. Soins médicaux et médico-dentaires

Etaient soumises au Contrôle médical pour autorisation les demandes de 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-conseil pour:

- des problèmes de facturation et de nomenclature ;
- l'application de la liste des affections, des traitements ainsi que des moyens de diagnostic exclus de la prise en charge conformément à l'article 12 des statuts ;
- la constatation de la consommation abusive conformément aux articles 31 et 32 des statuts.

Trois médecins-dentistes engagés sur contrat à temps partiel ont été consultés en vue de l'autorisation de la prise en charge

- de toutes les prothèses dentaires ;
- de tous les traitements orthodontiques.

1.2.2. Frais pharmaceutiques

Le travail des pharmaciens-réviseurs consiste à contrôler pour le compte de 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-conseil (notamment en ce qui concerne la prescription de médicaments non enregistrés au Grand-Duché de Luxembourg) ;
- collaborer à la mise à jour des fichiers A1, B1 et B2 ;
- collaborer à l'élaboration des protocoles thérapeutiques prévus par les statuts de la Caisse nationale de santé.

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

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

1.2.3. 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.

1.2.4. 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.

1.2.5. Prestations des autres professions de santé

Les prestations des rééducateurs en psychomotricité, des orthophonistes et des sages-femmes ont été soumises à l'autorisation du Contrôle médical dans tous les cas prévus par les statuts.

1.2.6. Prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses

Toutes les prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sont soumises à un accord préalable du Contrôle médical. Ces accords sont placés sous la responsabilité d'un même médecin-conseil.

1.2.7. Moyens accessoires

Les moyens accessoires sont repris dans le fichier B2. Un certain nombre de ces moyens accessoires sont soumis à un accord préalable du Contrôle médical.

1.2.8. Frais de voyage, de transport et de séjour

Les transports en série en ambulance ou en taxi, les frais de voyage et de séjour pour personne accompagnante, ainsi que les frais de taxi pour transport de biopsies ont été soumis pour avis au Contrôle médical.

1.2.9. Chirurgie esthétique

La prise en charge des interventions de chirurgie esthétique est soumise à un accord préalable du Contrôle médical.

1.3. 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.

2. L'assurance pension

Les médecins-conseil 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.

				Décisions prises après premier examen		
	premiers examens	réexamens	total	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
2012	3 077	1 287	4 364	1 528	680	869

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 117 dossiers ont été transmis pour avis aux médecins-conseil.

3. L'assurance accident

L'assurance accident est prise en charge par 3 médecins-conseil à plein temps et 2 médecins-conseil à mi-temps et porte tant sur le volet accident de travail que sur les maladies professionnelles.

Au cours des années 2005 à 2012 il a été procédé à:

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
premiers examens et réexamens	2.230	1.800	2 161	2 014	2 137	2 015	2 031	2 097
examens pour maladie professionnelle	56	52	60	90	78	104	139	130

4. Les activités en rapport avec l'Agence pour le développement 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.

5. Les activités en rapport avec le fonds national de solidarité et le service national d'action sociale

Dans le cadre du revenu minimum garanti, le Contrôle médical est appelé à se prononcer sur l'aptitude au travail des bénéficiaires du complément.

Les statistiques y afférentes peuvent être consultées dans le rapport d'activité du Service national d'action sociale.

6. Activités en rapport avec la Caisse nationale des prestations familiales

En vue de l'attribution de l'allocation familiale spéciale supplémentaire pour enfants handicapés, le Contrôle médical a examiné 684 dossiers.

7. Examens médicaux en vue de l'octroi des cartes d'invalidité

Après avoir été saisi par le Ministère de l'Intérieur d'une demande en obtention d'une carte d'invalidité, le Contrôle médical de la sécurité sociale fait parvenir à l'intéressé un formulaire médical qui est à remplir par son médecin traitant. Le formulaire en question doit être retourné dans un délai de 40 jours au Contrôle médical. En 2012, 3.927 dossiers ont ainsi été traités.

8. Examens médicaux en vue de l'octroi du signe distinctif particulier "handicapé physique"

Un médecin-conseil est chargé de l'examen des demandes en obtention du signe distinctif particulier "handicapé physique".

Les données statistiques y afférentes peuvent être consultées dans le rapport d'activité du Ministère des Transports.

9. Les commissions

Au cours de l'année 2012, les médecins-conseil ont participé aux commissions suivantes:

9.1. Commission consultative des laboratoires

Cette commission a délibéré entre autres des problèmes suivants:

- le contrôle de qualité des analyses de biologie clinique ;
- demandes d'ouvertures de laboratoires.

9.2. Commission médicale des dommages de guerre

La présidence de la Commission médicale des dommages de guerre est assurée par un médecin-conseil.

9.3. Commission médicale du service des travailleurs handicapés

Elle instruit les demandes en reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. En outre, lorsque la qualité de travailleur handicapé a été reconnue elle peut proposer des mesures de placement, de formation ou de rééducation professionnelles, des mesures d'initiation ou des stages d'adaptation ou de réadaptation au travail.

9.4. Sous-commission des pensions CNAP

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

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

10. Le service social du Contrôle médical de la sécurité sociale

Une seule assistante sociale travaille à l'heure actuelle au sein du Contrôle médical. Elle s'occupe essentiellement du suivi des dossiers traités dans le cadre des traitements psychiatriques et cures de désintoxication à l'étranger.

	2009			2010			2011			2012		
	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	163	82	245	138	76	214	152	73	225	169	48	217
Traitements psychiatriques	493	88	581		144	679	532	110	642	514	120	634
Totaux	**656**	**170**	**826**	**163**	**220**	**893**	**684**	**183**	**867**	**683**	**168**	**851**

11. Les autres activités

Une fois par mois, les médecins-conseil 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.

ANNEXE

Données statistiques CMSS - 2012

Contrôle médical de la sécurité sociale

Assurance pension

Exercice 2012

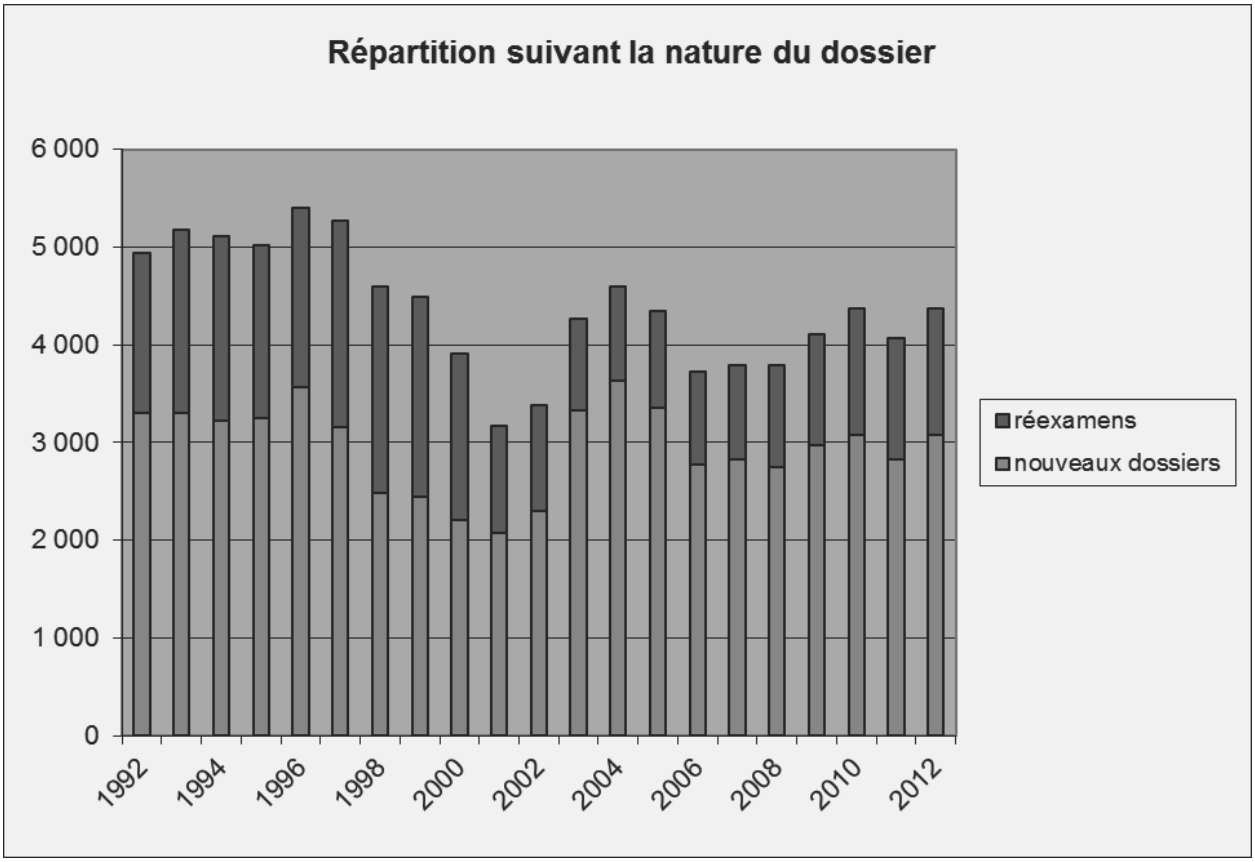
	Femmes				Hommes				
Tranches d'âge :	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**Invalidité permanente**	**Incapacité de travail**	**pas invalide**	**total**	**Totaux:**
1945 - 1949	39	0	4	43	57	1	11	69	**112**
1950 - 1954	248	3	52	303	309	15	63	387	**690**
1955 - 1959	200	48	98	346	308	58	132	498	**844**
1960 - 1964	74	74	108	256	130	98	104	332	**588**
1965 - 1969	33	58	51	142	61	87	75	223	**365**
1970 - 1974	21	57	43	121	22	47	45	114	**235**
1975 - 1979	9	35	26	70	4	43	25	72	**142**
1980 - 1984	3	17	13	33	4	23	12	39	**72**
1985 - 1989	1	5	3	9	3	10	2	15	**24**
1990 - 1994	0	1	1	2	2	0	1	3	**5**
Totaux :	**628**	**298**	**399**	**1 325**	**900**	**382**	**470**	**1 752**	**3 077**

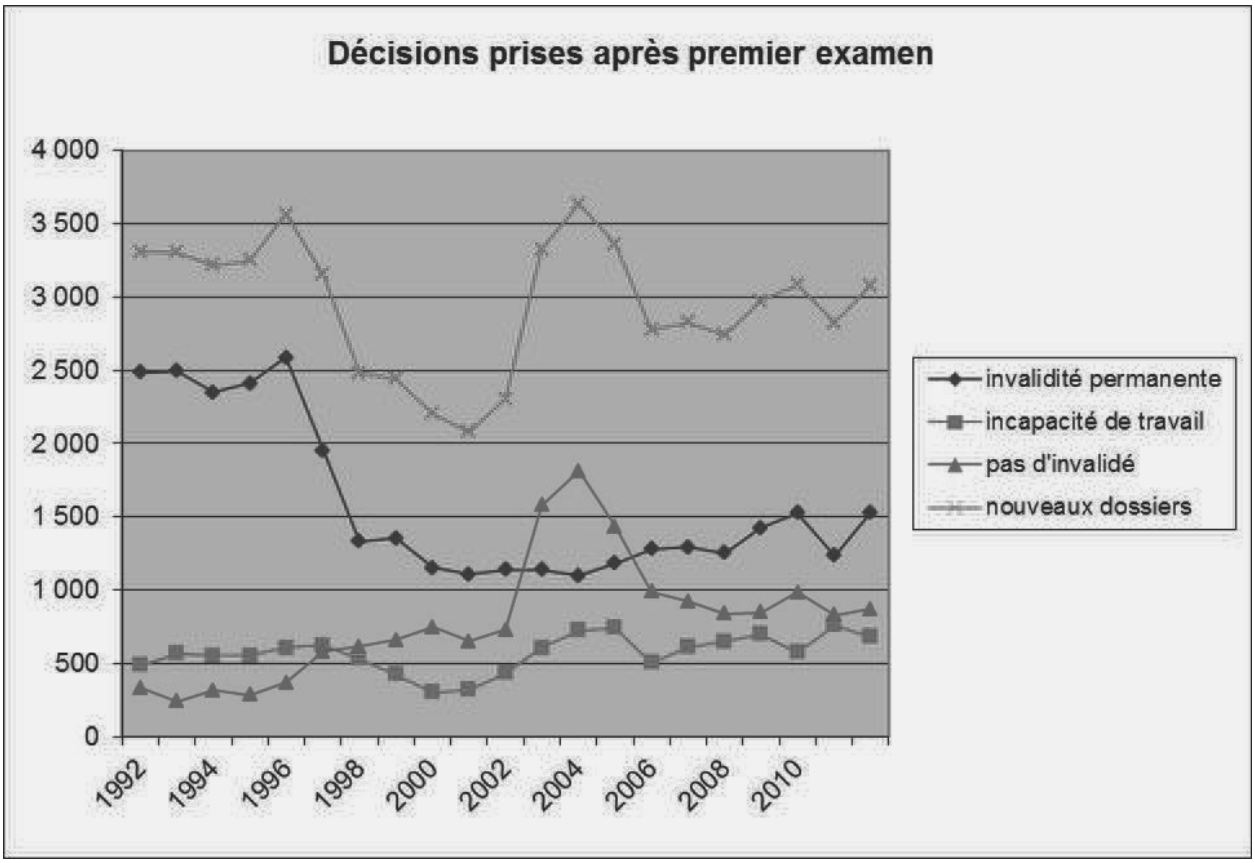
	Principales causes:	**Femmes**	**Hommes**	**Total**
1	Appareil respiratoire	6	22	28
2	Appareil cardio-vasculaire	28	63	91
3	Appareil locomoteur	240	293	533
4	Appareil digestif	12	13	25
5	Appareil sanguin	2	2	4
6	Appareil génito-urinaire	8	6	14
7	Affection neurologique	26	24	50
8	Affection psychiatrique	92	65	157
9	Organes des sens	3	10	13
10	Affection endocrinienne	8	18	26
11	Suites d'accident de travail	16	33	49
12	Suites de maladie professionnelle	0	1	1
13	Suites d'accident de circulation	0	2	2
14	Suites d'accident domestique	1	2	3
15	Suites d'accident sportif	0	0	0
16	Ethylisme	3	13	16
17	Autres toxicomanies	5	3	8
18	Affection congénitale	1	0	1
19	Divers	874	1183	2 057
		1 325	**1 753**	**3 078**

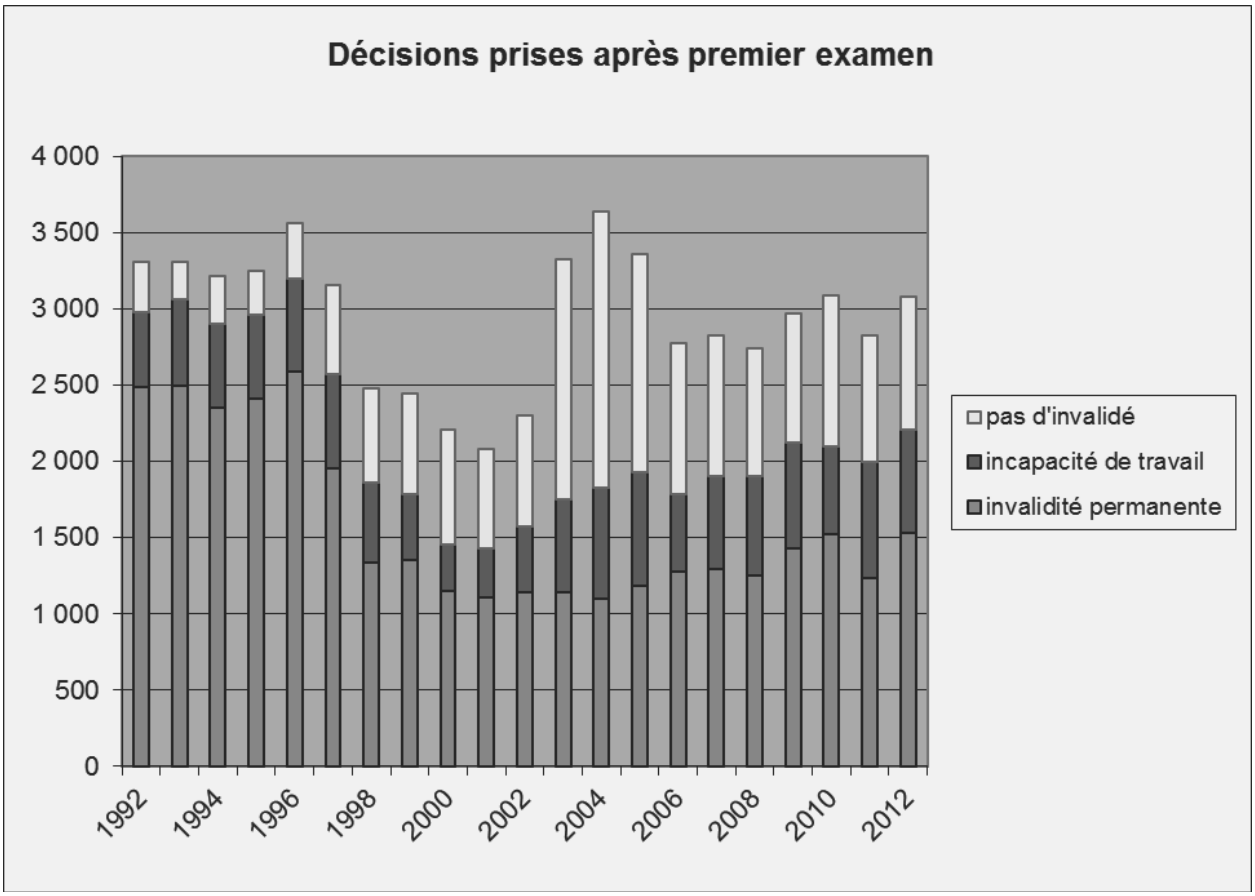
Examens et réexamens	2 637			
Dossiers traités sur le vu des pièces	1 728			
Total des cas traités:	**4 365**	dont	3 078	cas nouveaux
			1 287	réexamens

Evolution 1993 - 2012

							Décisions prises après premier examen:		
année	nouveaux dossiers	réexamens	total	invalidité permanente	incapacité de travail	pas d'invalidité	invalidité permanente	incapacité de travail	pas d'invalidité
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%
2012	3 077	1 287	4 364	1 528	680	869	49.66%	22.10%	28.24%




Décisions prises après premier examen
4 000
3 500
3 000
2 500
2 000
1 500
1 000
500
0
1992
1994
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
2010
invalidité permanente
incapacité de travail
pas d'invalidé
nouveaux dossiers


Décisions prises après premier examen
4 000
3 500
3 000
2 500
2 000
1 500
1 000
500
0
1992
1994
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
2010
2012
pas d'invalidé
incapacité de travail
invalidité permanente

Cartes d'invalidité

Exercice 2012

Dossiers transmis au CMSS :	3 927			
Dossiers traités :	3 243	dont	3 218	sur base d'un certificat médical et
			25	après convocation de l'intéressé.
Dossiers sans suite :	524			
(expiration du délai de 40 jours)				
Dossiers en suspens :	160			

Cartes d'invalidité attribuées en 2012

Carte A	1 379	(dont 11 avec carte de priorité)
Carte B	1 499	
Carte C	206	
Refus	159	
	3.243	

Tranches	Carte A	Carte B	Carte C	Refus	Total	%	Carte de priorité
1905 - 1909	0	0	1	0	1	0.0%	0
1910 - 1914	0	1	2	0	3	0.1%	0
1915 - 1919	0	10	9	0	19	0.6%	0
1920 - 1924	7	99	20	0	126	3.9%	0
1925 - 1929	35	321	25	0	381	11.7%	0
1930 - 1934	75	387	21	0	483	14.9%	1
1935 - 1939	134	264	13	1	412	12.7%	1
1940 - 1944	168	120	11	3	302	9.3%	4
1945 - 1949	222	64	7	3	296	9.1%	2
1950 - 1954	259	55	7	27	348	10.7%	0
1955 - 1959	162	45	10	45	262	8.1%	0
1960 - 1964	110	32	10	38	190	5.9%	0
1965 - 1969	74	20	8	14	116	3.6%	0
1970 - 1974	42	11	9	9	71	2.2%	2
1975 - 1979	27	14	7	10	58	1.8%	0
1980 - 1984	15	3	4	4	26	0.8%	0
1985 - 1989	19	11	5	1	36	1.1%	0
1990 - 1994	19	20	11	1	51	1.6%	0
1995 - 1999	4	14	9	1	28	0.9%	1
2000 - 2004	5	4	11	2	22	0.7%	0
2005 - 2009	2	4	6	0	12	0.4%	0
	1 379	**1 499**	**206**	**159**	**3 243**	**100.0%**	**11**

SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE : RAPPORT DE L'EXERCICE 2012 ET PROGRAMME PRÉVU POUR 2013

Le système intégré de gestion de documents (SIDOC)

Ensemble avec l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation, le département de la Sécurité sociale a implémenté en 2012 le système intégré de gestion de documents (SIDOC). Il s'agit d'un système de gestion électronique de documents qui permet aux agents de :

- créer des documents internes ;
- d'importer des documents existants ou entrants ;
- de stocker/archiver à un seul et même endroit tous les documents de l'organisation de manière organisée dans un plan de classement ;
- de rechercher les documents stockés ;
- de gérer les versions des documents ;
- d'accéder aux documents de manière sécurisée via système de gestion des droits d'accès ;
- de partager les documents et
- de collaborer et d'échanger des informations de manière coordonnée.

Ce nouveau standard de gestion électronique de documents, qui sera peu à peu intégré au niveau de tous les services et administrations de l'Etat, est, entre autres, destiné à améliorer le travail des agents ainsi que la performance de l'administration. Il est bien entendu que tous les usagers profiteront de cette optimisation considérable au niveau de la gestion du courrier entrant et sortant.

Notons que le département de la Sécurité sociale, ensemble avec les administrations prévisées, est l'un des premiers départements qui a entamé la mise en production SIDOC en 2012.

Dans le cadre de l'optimisation de la gouvernance du Ministère de la Sécurité sociale/Inspection générale de la sécurité sociale, il a été institué une Cellule de coordination des méthodes et des projets (CCMP), qui sera chargée, début 2013, de procéder à une évaluation de l'outil informatique SIDOC auprès du personnel des deux services.

Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance (CEO)

Service orientation des dossiers

- **Optimisation de l'orientation des dossiers**

La formalisation de critères pour l'orientation des dossiers vers le professionnel de santé le plus compétent pour cerner la dépendance du demandeur ainsi que les nombreux renseignements récoltés par téléphone avant même la distribution du dossier à un référent ont permis aux agents du "service orientation des dossiers" d'augmenter encore la qualité et l'efficacité du traitement des dossiers et de maintenir des délais réduits malgré l'affluence des demandes en 2012.

- **Détection rapide des besoins urgents, surtout en matière d'aides techniques et d'adaptation du logement**

Dès réception des demandes, celles-ci sont examinées par une équipe (" tri ") constituée d'un médecin et d'un professionnel de la santé. Cette mesure permet une analyse rapide des demandes pour détecter les besoins urgents, notamment pour des " Aides techniques " ou " Adaptation du logement ". Certaines aides techniques " standard " (p.ex. lit d'hôpital, matelas anti-escarre, chaise roulante, coussin anti-escarres, cadre de marche) peuvent être commandées directement par l'équipe et seront ainsi livrées au demandeur avant l'évaluation de son état de dépendance sur place.

- **Optimisation du suivi des dossiers de demandeurs en rééducation ou en convalescence**

Pour les demandeurs qui se trouvent en rééducation ou en convalescence, la CEO a mis en place en 2012 une collaboration étroite avec les centres de rééducation ainsi que le Centre de Convalescence Emile Mayrisch afin de répondre aux besoins spécifiques des demandeurs. Ceci a permis de garantir un suivi plus efficace de ces dossiers spécifiques et d'en réduire les délais de traitement ainsi que de prêter une attention particulière au besoin d'aides techniques et/ou d'une adaptation du logement en vue de garantir le retour à domicile (aménagé au besoin du demandeur) dans les meilleurs délais.

- **Mise au point de l'adaptation de la charge de travail au nombre de demandes entrantes**

En 2013, le "service orientation des dossiers" renforcera son rôle de veille pour ne plus se limiter à repérer des retards au niveau du traitement des dossiers mais d'adapter au mieux la charge de travail des différents référents au nombre de demandes entrantes en tenant compte de la disponibilité des agents. Ce mode de fonctionnement permettra une stabilisation durable des délais.

Mise à disposition des aides techniques par l'assurance dépendance

- **Optimisation de la gestion des appels d'offres pour aides techniques en location par la CEO**

Dans le cadre de la mise à disposition des aides techniques par l'assurance dépendance, une réorganisation progressive des appels d'offres par la CEO pour aides techniques en location a démarrée en juin 2012. L'objectif en est la réalisation à moyen terme d'appels d'offres groupés pour toutes les aides techniques en location par le Service des moyens accessoires, permettant ainsi de diminuer les démarches administratives au niveau de la CEO (gestion des offres) et de la CNS-dépendance (saisie des commandes).

Service évaluation et détermination

- **Adaptation de la production mensuelle en vue d'une réduction du délai de traitement des demandes**

En 2012, le service d'évaluation et de détermination a implémenté avec succès le traitement de l'intégralité du dossier par un seul intervenant et l'organisation en régions géographiques. Cette réorganisation a permis de mieux réagir en fonction du flux des demandes et à augmenter la quantité de demandes par référent.

Le service évaluation et détermination a implémenté pour une région l'adaptation de la production mensuelle en fonction du nombre de demandes entrantes. L'adaptation de la production mensuelle a pour objectif d'aboutir à une réduction du délai de traitement des demandes. La mise en place de cette mesure va se poursuivre pour les autres régions et l'analyse est prévue pour 2013.

Service gestion administrative

- **Optimisation de la prise en charge téléphonique des appels des deux " Helplines "**

Suite à une analyse du trafic téléphonique, le Centre de communications du Gouvernement va mettre à disposition à court terme à la CEO le central téléphonique " Avaya Aura Contact Center ".

Les usagers de la CEO en profiteront immédiatement par la meilleure prise en charge technique des appels téléphoniques aux numéros 247-86060 (Help-line générale) et 247-86040 (Help-Line aides techniques et adaptations du logement).

Le nouvel outil mettra par ailleurs en place un reporting de l'ensemble des appels téléphoniques en vue de permettre un meilleur calcul de la charge de travail.

- **Amélioration de l'application informatique pour la gestion des dossiers des demandeurs**

Depuis un certain temps, la CEO travaille sur une nouvelle version de son outil informatique principal, TCO (Traitements informatiques de la Cellule d'évaluation et d'Orientation)

Cette nouvelle version réformera la surface utilisateur en la rendant plus moderne et plus ergonomique pour les agents de l'administration.

Elle va de pair avec une digitalisation intégrale de l'ensemble des pièces contenues dans les dossiers.

Les utilisateurs de la Cellule d'évaluation et d'orientation ne sont évidemment pas directement en contact avec cette application. Ils en profiteront cependant indirectement par le fait que le travail des agents sera plus aisé et plus rapide

Service qualité

- **Réalisation d'une enquête de satisfaction**

Conformément aux engagements pris dans le cadre de la " Charte d'accueil et de service " de 2010, la CEO a réalisé une pré-enquête de septembre 2011 jusqu'au février 2012. Les résultats de cette enquête ont permis de développer certaines pistes d'amélioration vis-à-vis des bénéficiaires et de préparer l'enquête de satisfaction qui sera réalisée tout au long de l'année 2013.

Il s'agit d'identifier les sources d'insatisfaction et d'élaborer un plan d'action afin d'améliorer les services envers les bénéficiaires.

- **Optimisation de l'information et de l'accès à l'information pour les demandeurs**

La fiche de visite, à remettre au demandeur lors de chaque évaluation, a été complétée : elle donne dorénavant davantage d'information et de numéros de contact pour faciliter le suivi du dossier pour le demandeur.

Chaque évaluateur a à sa disposition un "classeur évaluateur" regroupant différents documents et fiches d'information: les demandeurs recevront ainsi de manière uniformisée les informations utiles de façon plus rapide et plus aisée.

La CEO a proposé à ses évaluateurs et aux professionnels deux nouveaux outils en vue d'optimiser l'adéquation des aides techniques aux besoins des demandeurs : un guide " Aides techniques " ainsi qu'un " Descriptif Chaises de douche ". Les guides facilitent la détermination de l'aide technique appropriée aux besoins des demandeurs.

Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale

L'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale a poursuivi en 2012 le développement de son système de gestion électronique des dossiers médicaux, allant de pair avec le workflow électronique des saisines. Des efforts ont été réalisés dans le but d'assurer un traitement rapide des dossiers, tout en garantissant une concertation entre les différents médecins-conseils en charge d'un même dossier.

En 2013, le Contrôle médical vise ensemble avec le département informatique du Centre commun de la sécurité sociale à parfaire la gestion et la transmission électronique des dossiers en relation avec les demandes en obtention d'une pension d'invalidité.

De plus, une réforme de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale vient d'être entamée. Un groupe de travail comprenant des représentants du Contrôle médical, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de santé et du Ministère de la Santé est ainsi chargé d'une révision des articles 418 à 421 du Code de la sécurité sociale. Le but de cette réforme sera entre autres une redéfinition des missions du Contrôle médical de la sécurité sociale, afin de valoriser son rôle dans la maîtrise des coûts, tout en garantissant une orientation et un encadrement des assurés correspondant au mieux à leurs besoins.

Centre commun de la sécurité sociale

Rapport 2012

- **Affiliation :**
  - Le CCSS a introduit la possibilité pour les employeurs de déclarer une activité occasionnelle sur sa déclaration d'entrée et a adapté les contrôles a posteriori de ces activités si le caractère occasionnel n'est plus garanti, uniformisant ainsi le traitement de ces activités et facilitant l'affiliation à court terme de salariés pour le seul risque accident ;
  - Le CCSS a introduit des contrôles automatisés des délais à respecter pour les déclarations d'entrée et de sortie, évitant ainsi que les déclarations lui parviennent avec des retards considérables et que l'affiliation ou la désaffiliation rétroactive des assurés ait des impacts négatifs quant à leur droit aux prestations sociales ;
  - Le CCSS effectue une différenciation entre le régime spécial et le régime spécial transitoire des fonctionnaires dès leur entrée en service, éliminant dès lors une source potentielle de déclarations erronées de l'allocation de fin d'année tout au long de la carrière du fonctionnaire concerné.
- **Calcul des cotisations :**
  - Le CCSS a automatisé le remboursement de cotisations dans le cadre de l'assurance volontaire maladie en cas d'affiliation obligatoire simultanée, réduisant ainsi le nombre d'interventions manuelles nécessaires pour corriger les données d'affiliation et éliminant une source potentielle d'erreurs en cas de rectifications ultérieures des déclarations ;
  - A partir de l'exercice 2012, le CCSS recense lui-même les données relatives aux revenus cotisables des associés-gérants pour lesquels il ne peut se baser sur des données lui parvenant de la part de l'Administration des contributions directes, évitant ainsi un grand nombre de recalculs rétroactifs en cas de manifestation a posteriori du non-salarié.
- **Recouvrement forcé :**
  - Le CCSS propose désormais d'office des délais de paiement aux retardataires de cotisations sociales selon un algorithme d'optimisation évolutive, évitant ainsi des retards considérables dans la procédure de recouvrement forcé des cotisations sociales et introduisant une uniformisation du traitement des dossiers des retardataires ;
  - Le CCSS adresse aux non-salariés avant la mise en œuvre d'une éventuelle procédure de recouvrement forcé des cotisations sociales une lettre avec un formulaire pré-imprimé l'invitant à signaler au CCSS les informations qui lui permettront de régulariser dans le futur le paiement des cotisations, telles qu'un changement d'adresse de correspondance intervenu, une mise en place d'une domiciliation bancaire, … .
- **Collaboration avec d'autres administrations :**
  - Le CCSS, en collaboration avec le Ministère des Classes moyennes, a introduit un échange électronique de données nécessaires à l'établissement d'une autorisation d'établissement, uniformisant ainsi les critères d'obtention de ladite autorisation pour les artisans et commerçants et accélérant les délais.

Programme 2013 :

- **Affiliation :**
  - Le CCSS va introduire un accusé de réception pour signaler aux employeurs que la démarche administrative d'une déclaration d'entrée ou de sortie a été accomplie avec succès ; en cas d'absence de cette confirmation, l'employeur sera ainsi averti qu'il n'a pas effectué correctement la démarche en question ;

- Les étudiants qui s'inscrivent à l'Université du Luxembourg et qui ne bénéficient pas d'une assurance maladie à un autre titre seront affiliés d'office à l'assurance maladie obligatoire des étudiants lors de leur inscription suite à des changements législatifs à intervenir dans cette matière.

- **Calcul des cotisations :**
  - Le CCSS prévoit une régularisation directe du calcul des cotisations pour une assurance volontaire complémentaire de pension en fonction des revenus professionnels touchés pendant les mois en question, évitant ainsi une accumulation d'un trop-payé et un remboursement ultérieur à la fin de l'exercice.

- **Recouvrement forcé :**
  - Le CCSS accélérera ses procédures de recouvrement forcé des cotisations sociales (début des procédures et durée des délais de paiements) afin de réduire le montant des dettes concernées, de prévenir des assignations en faillite et partant d'augmenter l'efficacité des mesures de recouvrement.

- **Collaboration avec d'autres administrations :**
  - Le CCSS, en collaboration avec le CEDIES, va alléger la charge administrative des étudiants qui doivent fournir un certificat d'affiliation dans le cadre de leur demande d'une aide financière pour études supérieures.

Association d'assurance accident (AAA)

En 2012, l'Association d'assurance accident a revu et consolidé les procédures standardisées du traitement des demandes de prestations pour les assurés qui accompagnent la mise en oeuvre de la réforme de 2011. Alors qu'il a été initialement prévu de rendre disponible toutes les demandes de prestations sur internet, il s'est avéré plus utile de conseiller l'assuré par un contact personnel en ce qui concerne la rente partielle et la rente d'attente. En effet, ces rentes étant liées à de nombreuses conditions, une orientation ciblée de l'assuré est de mise afin de prévenir des échanges de courriers et des litiges inutiles. Ainsi le formulaire pour la rente d'attente n'est envoyé qu'après un examen de l'assuré auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale et le constat par le médecin conseil que le reclassement professionnel est susceptible être en relation avec un accident du travail. Pour ce qui est de la rente partielle, destinée à couvrir une éventuelle perte de salaire, l'assuré peut se faire conseiller par téléphone par le gestionnaire de son dossier ou se rendre au guichet au siège de l'AAA.

Comme la rente d'attente et la rente partielle sont fortement liées au reclassement professionnel, dont la gestion est assurée par l'ADEM, une plateforme d'échange de données entre l'AAA et l'ADEM a été créée afin de mieux pouvoir orienter le reclassement de l'assuré en fonction de sa situation professionnelle. Cette mesure permet également de réduire le nombre de documents papier que l'assuré devrait présenter aux deux administrations.

Afin d'aider les gestionnaires à mieux suivre l'évolution d'un dossier et ainsi réduire d'éventuels retards ou les décisions erronées, l'AAA s'est récemment dotée d'un nouveau module informatique permettant d'afficher un résumé des éléments essentiels d'une affaire accident.

Pour faciliter le stockage électronique des données relatives aux accidents du travail et de trajet dans les entreprises, l'AAA a rendu les données saisies dans le formulaire de déclaration sauvegardables. La sauvegarde permet également de remplir la déclaration en plusieurs étapes au fur et à mesure de la disponibilité des informations.

En matière de prévention des accidents, l'administration a commencé à remplacer les anciennes prescriptions de prévention par des recommandations de prévention. Il s'agit de règles de l'art dont le but est d'aider les employeurs et les salariés à remplir au mieux leurs obligations légales et réglementaires en matière de sécurité et de santé au travail. Contrairement aux prescriptions, la non-application des recommandations n'entraîne pas d'amende d'ordre pour les entreprises ou les assurés. En 2012, l'accent a été mis sur l'élaboration des recommandations fixant les programmes de formation du personnel quant à la conduite d'engins en sécurité et au montage d'échafaudages. La formation du personnel a désormais pris une toute autre envergure. Non seulement le nombre de formations a-t-il été élargi mais également le nombre des organismes de formation reconnus par l'assurance accident. Ainsi, des pénuries en formation telles quelles apparaissaient dans le passé ne devraient plus avoir lieu. En outre, en choisissant une formation dispensée par un organisme de formation reconnu par l'AAA, les entreprises peuvent bénéficier d'une subvention de 150 EUR par participant et par formation.

Le label "Sécher a Gesond mat System" pour les entreprises, lancé fin 2011, a commencé à porter ses fruits et a trouvé sa place parmi les systèmes de management de la sécurité et de la santé au travail au Grand-Duché du Luxemburg. Ainsi, 6 entreprises ont été certifiées et 42 entreprises se trouvent dans une procédure de certification. Puisque les entreprises désirant se faire certifier bénéficient d'un conseil personnalisé et d'un accompagnement par les agents du service prévention, ledit service a été renforcé par un ingénieur supplémentaire.

Au courant de 2012, l'AAA a commencé à développer un nouvel outil informatique pour la gestion et la prévention des risques dans l'artisanat en collaboration avec la Fédération des Artisans et le projet se trouve actuellement dans sa phase de réalisation finale. L'outil est destiné à permettre aux entreprises de gérer tous les aspects de la prévention des risques tout en étant simple d'utilisation et taillé sur mesure pour les différents métiers.

Au niveau de la simplification administrative, l'AAA deviendra surtout active sur le plan de la prévention en 2013. Le service prévention essayera d'augmenter la visibilité du label " Sécher a Gesond mat System " par des actions ciblées

avec ses partenaires média. L'outil de gestion des risques dans l'artisanat sera testé pour le secteur de l'alimentation et ensuite élargi à d'autres secteurs après la période d'essai.

Une nouvelle recommandation sur l'habilitation électrique verra le jour en 2013. Comme pour les recommandations au sujet de la conduite d'engins en sécurité et du montage d'échafaudages, la nouvelle règle de l'art inclura des plans de formations pour les entreprises accompagnés de subventions.

Le département informatique du Centre commun de la sécurité sociale a prévu une migration des données relatives aux accidents dans une nouvelle banque de données commençant en 2013 et devant se poursuivre jusqu'en 2014. Cette migration permettra ensuite de développer des interfaces internet pour la consultation de certaines données par les assurés et les entreprises. Un autre projet dans ce contexte pourrait être le développement d'une déclaration d'accident électronique pour les entreprises.

Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)

Rapport 2012

1. Internet

Le nouveau site internet de la CNAP est devenu opérationnel le 1er février 2012 sous l'adresse www.cnap.lu. Il s'agit d'une refonte complète du lay-out et des contenus proposés au public.

Cette nouvelle plateforme d'information pour les assurés et les pensionnés a été réalisée en étroite collaboration avec une société externe et le Centre informatique de la sécurité sociale (CISS). La présentation des informations et la navigation dans le site sont basées sur le référentiel de normalisation (ReNo) prévu pour les sites de la sécurité sociale.

La majorité du contenu du site internet de la CNAP est rédigé en langue française. Les informations les plus importantes sont aussi disponibles en allemand. D'autres langues sont prévues.

Les brochures et dépliants de la CNAP, expliquant notamment les différentes prestations et procédures, sont téléchargeables en langues française et allemande. La mise à jour de ces documents a été automatisée pour tenir compte de la dynamisation du calcul des pensions en cas de changement des principales variables (indice des prix à la consommation, salaire social minimum et facteur d'ajustement).

2. Guichet.lu

Sur initiative du Ministère d'Etat, Département de la Simplification administrative, la CNAP est entrée en contact avec les responsables du site internet www.guichet.lu.

A la suite de plusieurs rencontres, échanges écrits et conversations téléphoniques, il a été procédé à:

- un échange intensif d'informations ;
- la nomination de personnes de contact ;
- la détermination d'une procédure en cas de questions spécifiques sur des dossiers individuels de pension ;
- des explications des publications et du site internet de la CNAP ;
- des réponses rapides aux requêtes du guichet.lu ;
- une collaboration accrue en ce qui concerne l'analyse et la fourniture de commentaires en rapport avec les publications du guichet.lu touchant le domaine de l'assurance pension.

3. Relations avec le public - Les guichets de la CNAP

Dans le cadre de la rénovation du siège de la CNAP sis à Luxembourg, 1a bd Prince Henri, les guichets ouverts au public ont été complètement réaménagés (passage de 2 guichets ouverts à 4 cabines de réception individuelles) et dotés d'un système électronique de gestion.

Les guichets sont désormais centralisés et les intéressés sont accueillis par une équipe renforcée de consultants spécialisés. Depuis le 1er mai 2012, les guichets sont ouverts sans interruption de 08h15 à 16h00 du lundi au vendredi. La durée moyenne d'attente des visiteurs a été considérablement réduite.

4. Fusion des deux sites de la CNAP

En avril 2012, les agents de la CNAP provenant de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, localisés jusque-là dans le bâtiment administratif à Hollerich, 125, route d'Esch, ont pu intégrer les locaux du siège de la CNAP.

Cette dernière étape de la fusion des quatre caisses de pension suite à la création de la CNAP a considérablement amélioré les flux de travail et les échanges d'informations.

5. Projet - Saisies et cessions

Sur base d'une note technique, élaborée par le Président de la CNAP, portant sur le traitement des saisies et cessions dans le cadre du paiement des pensions, une équipe de projet a été constituée en vue de la réalisation d'un cahier des charges. Dans ce contexte, la CNAP a fait appel au support d'un consultant externe afin d'être à même de fournir au CISS une documentation technique lui permettant de développer une nouvelle application en vue de la gestion de cette matière complexe.

Toutes les procédures du métier en rapport avec les saisies et cessions ont été documentées avec l'outil d'analyse et de modélisation ARTS. Cette approche a servi également comme projet pilote pour d'autres descriptions de procédures dans l'avenir.

Les documents produits dans le cadre de ce projet ont été remis au CISS en décembre 2012.

Programme 2013

1. Internet

Le site internet de la CNAP sera remis à jour et retravaillé pour tenir compte des modifications apportées par la réforme de l'assurance pension entrée en vigueur le 1er janvier 2013 :

- les brochures et dépliants seront entièrement révisés,
- les textes du site et les exemples de calcul des différents types de pensions seront adaptés,
- une rubrique spéciale est prévue sous forme de questions/réponses, visant à traiter les grandes lignes de la réforme.

Etant donné que la réforme modifie essentiellement la formule de calcul des pensions par l'introduction de nouvelles variables évoluant dans le temps, il sera plus difficile de renseigner les assurés dans un langage simple sur les effets de la réforme à l'égard de leur propre pension future.

Les informations les plus importantes du site, disponibles actuellement en français et en allemand seront prochainement également disponibles en anglais.

Autres mesures prévues :

- Création d'une rubrique FAQ - Foire aux questions.

2. Formulaires

Les différents formulaires seront adaptés au niveau lay-out, au niveau comportement fonctionnel en PDF sur internet et au niveau du contenu. Les nouveaux formulaires de demande de pension personnelle et de demande de pension de survie seront disponibles en français et en allemand en février 2013. Des versions anglaises suivront au courant de l'année.

D'autres créations et modifications de formulaires sont envisagés, notamment :

- l'adaptation de la demande d'achat de périodes d'assurance ;
- la création d'une demande d'achat de périodes d'assurance en allemand ;
- l'adaptation de la demande de restitution de périodes rachetées en français ;
- la création d'une demande de restitution de périodes rachetées en allemand ;
- la création d'un formulaire "Remboursement de cotisations après l'âge de 65 ans en cas d'activité professionnelle" en français et en allemand.

3. Intranet

La CNAP entend créer en 2013 une nouvelle plateforme INTRANET pour améliorer la disponibilité interne des informations, la transparence et l'uniformité des procédures. Les premières étapes d'analyse et de conception, en collaboration étroite avec le CISS, sont planifiées pour le premier trimestre 2013.

4. Projet Saisies et cessions

Les tests de la nouvelle application sur les saisies et les cessions vont commencer dès fourniture par le CISS d'une première version du programme. La mise en production est actuellement planifiée pour la fin 2013.

5. GED

Les envois en masse (relevés de carrière, certificats d'impôts et certificats de vie) seront traités électroniquement. Ceci permettra de réduire les coûts, d'accéder rapidement à l'information et, en ce qui concerne les certificats de vie, de gérer plus efficacement les pensions exportées vers l'étranger.

CNS (d'Gesondheetskees)

Rapport 2012

1) Adaptation continuelle du site Internet www.cns.lu

- Volet assurés

Sont notamment disponibles les services suivants :

- Tarifs des médecins et médecins-dentistes ;
- Demande en obtention d'un remboursement complémentaire en application de l'article 154bis des statuts de la CNS dans le cas où le montant de la participation cumulée dépasse le seuil de 2,5 % de l'assiette cotisable de l'année précédente.
- Formulaires en ligne, notamment
  - S1 : Inscription à l'assurance maladie ;
  - S2 : Droit à des soins programmés ;
  - S3 : Traitement médical pour l'ancien travailleur frontalier dans le pays de dernière activité ;
  - BL-1 : Attestation concernant le droit des travailleurs frontaliers aux prestations de l'assurance maladie-maternité ;
  - Divers formulaires dans le cadre de conventions bilatérales conclues entre le Luxembourg et différents pays (Bosnie-Herzégovine, Cap-vert, Croatie, Macédoine, Monténégro, Québec, Serbie, Tunisie, Turquie...).
- Informations aux assurés
  - Mise en ligne de brochures (ex. le transfert à l'étranger, le transport en ambulance, ...) et de clips vidéos animés (le médecin référent, Vacances à l'étranger, Comment déclarer son incapacité de travail, ...) ;
- Mise en place d'un formulaire de contact permettant d'adresser un email avec une question précise à la CNS.

2) Mise en place d'une gestion électronique des documents (GED)

La CNS est en train de mettre en place une GED. Actuellement les domaines suivants sont traités prioritairement : prestations en espèces, évacuation des réponses aux emails entrant à travers le site Internet www.cns.lu , échanges avec le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Programme 2013

1) Nouvelle ergonomie du site Internet www.cns.lu ;
2) Continuation de la mise en place d'une GED ;

   Projets particuliers prévus : Injection dans la GED des devis dentaires après traitement.
3) La mise en place d'une application permettant de gérer électroniquement les ordonnances relatives aux laboratoires et permettant de retrouver des ordonnances répondant à certains critères ;
4) Réflexions sur la mise en ligne de différents services aussi bien pour les assurés que pour les professionnels de la santé ;
5) Réflexions sur la mise en place d'une plateforme " business intelligence " transversale aux institutions de sécurité sociale.

LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Au cours de l'exercice 2012, 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.

INSTRUMENTS MULTILATERAUX

1. UNION EUROPEENNE

a) Coordination européenne des systèmes de sécurité sociale

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

Au niveau du Conseil, des travaux de négociations ont eu lieu pour apporter des changements techniques (modifications diverses 2012) aux règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Ainsi, le règlement du 19 décembre 2012 (CE) 1224/2012 a pris en compte, en apportant des modifications dans certaines annexes, des changements de législation intervenus dans différents Etats membres dans le but d'améliorer le système de coordination.

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 les partenaires sociaux. L'objectif prioritaire des travaux de ces commissions est 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.

La commission administrative s'est notamment penchée sur le problème d'application de la décision n°U4 concernant les procédures de remboursement au titre de l'indemnisation des chômeurs frontaliers. Un sujet largement débattu par cette même commission administrative a été la dimension internationale de la coordination de sécurité sociale.

b) Directives

i) Les soins de santé transfrontaliers

Tout au long de l'année, les efforts en vue de la transposition efficace de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers du 9 mars 2011 se sont multipliés, tant du côté de la Commission que du côté des autorités luxembourgeoises. Le Luxembourg a activement participé aux réunions du comité de transposition créé par la Commission ainsi qu'aux workshops adressant certains sujets spécifiques, comme par exemple l'autorisation préalable et les points de contact nationaux en charge de l'information.

Au niveau national, le groupe de travail interministériel a mis les bouchons doubles face à l'échéance de transposition du 25 octobre 2013. Cinq réunions ont été tenues rien qu'en 2012 afin de consacrer les solutions aux nombreuses questions épineuses posées par la directive dans un avant-projet de loi.

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

Tout comme en 2011, ce texte est resté dans les tiroirs, aucune perspective d'une reprise fructueuse des débats entre Etats membres et Parlement européen n'étant à l'horizon.

iii) Portabilité des droits à pension complémentaires

C'est sous Présidence chypriote que les travaux sur la proposition de directive ont enfin été relancés après le blocage intervenu en 2008. Depuis, la pression n'avait cessé de monter suite à la publication d'un livre vert et d'un livre blanc par la Commission et suite aux trois invitations lancées par les chefs d'Etat et de gouvernement lors des derniers Conseils européens. La mobilité des travailleurs, surtout en temps de crise, est en effet considérée comme un facteur important de croissance par la Commission.

Les travaux au Conseil n'ont pas dépassé les discussions d'ordre général dont ce sont dégagées une certaine incertitude sur la base légale, différente depuis le Traité de Lisbonne, et une volonté de reprendre les discussions sur une base constructive. Pour le Luxembourg, ce texte pose surtout le problème de l'application aux régimes internes, qui restent assez fortement répandus auprès de certains employeurs, ainsi que de la durée de la période de stage, bien plus élevée que celle proposée.

c) 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 2012, 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 la Solidarité.

Pour 2013 et 2014, un fonctionnaire du Ministère de la sécurité sociale a été élu Président du comité de protection sociale

2. ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

Lors de la conférence qui s'est déroulée du 30 mai au 15 juin 2012 à Genève, et à laquelle ont participé des représentants du Ministère de la Sécurité sociale, il y avait une discussion générale sur le projet de recommandation en matière de socles de protection sociale ("social protection floors"), idée qui avait reçu un fort consensus des partenaires sociaux lors des travaux préparatoires lors de la conférence précédente en 2011.

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'ONU à Genève. La recommandation, adoptée par cette commission a été votée ensuite quasi à l'unanimité par l'assemblée plénière de la conférence. Un consensus tripartite s'est ainsi réalisé sur la nécessité d'une recommandation en la matière qui invite les Etats à formuler et à mettre en œuvre des stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale basées sur des consultations nationales.

Les stratégies nationales devront

-accorder la priorité à la mise en œuvre des socles de protection sociale en tant que point de départ pour les pays qui n'ont pas un niveau minimum de garanties de sécurité sociale en tant qu'élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale ;

-chercher à assurer des niveaux plus élevés de protection au plus grand nombre possible de personnes aussi rapidement que possible, reflétant les capacités économiques et budgétaires des Etats membres.

Le BIT est invité de promouvoir une large mise en œuvre de la recommandation.

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 2012, 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. Par ailleurs, dans ce contexte, une conférence ministérielle a été organisée à Istanbul sur le thème de la cohésion sociale.

A noter aussi que 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'autres instruments juridiques et de recommandations en matière de cohésion 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 mandat de l'ancien comité d'experts dans le domaine de la sécurité sociale (CS-SS) n'a pas été prolongé pour 2012 et le contrôle de l'application du Code européen de sécurité sociale revient désormais au comité gouvernemental de la Charte sociale et 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 2012 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. Certaines questions sur l'application de la loi nationale ont de nouveau été posées par la commission d'experts, questions auxquelles le Gouvernement répondra.

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

Pendant l'année 2012, le 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 a continué ses travaux en relation avec 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. La Suisse a également accepté l'accord dérogatoire avec effet au 1er avril 2012.

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 continue 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.

En 2012, des travaux ont débuté pour mieux fixer des critères pour déterminer l'exploitant du bateau et par voie de conséquence la législation applicable. Il est envisagé d'établir des lignes directrices pour la définition de la notion d'exploitant et les documents à présenter en vue de se faire délivrer un certificat d'exploitation.

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.

6. LES INSTRUMENTS BILATERAUX

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 dans le contexte bilatéral 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 le 17 juin 2011 et la procédure de ratification parlementaire a été engagée. Le Conseil d'Etat a donné son avis le 9 octobre 2012 et on attend la ratification pour début 2013.

2. Luxembourg - Moldavie

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 qui a eu lieu du 23 au 29 janvier 2012 à Luxembourg, les formulaires nécessaires à l'application de la convention ont été arrêtés.

3. 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 une loi du 1er août 2007. Elle entrera en vigueur en début d'année 2013 et ceci dès que les formalités de ratification parlementaire auront été terminées au Maroc.

L'arrangement administratif est paraphé, mais doit encore être signé durant l'année 2013.

4. Luxembourg - Bosnie-Herzégovine

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

Une nouvelle convention bilatérale du 8 avril 2011 en matière de sécurité sociale entre la Bosnie-Herzégovine et le Luxembourg est entrée en vigueur le 1er décembre 2012 suite à la clôture des procédures de ratification parlementaire dans les deux pays et l'échange des instruments de ratification.

Du 10 au 14 septembre 2012, une dernière ronde de négociations a eu lieu à Sarajevo et les formulaires nécessaires à l'application de la convention ont été arrêtés à cette occasion.

5. Luxembourg - Tunisie

Une nouvelle convention bilatérale signée le 30 novembre 2010 à Tunis est destinée à remplacer l'instrument actuellement en vigueur. Elle remplacera la convention du 23 avril 1980 par un certain nombre de dispositions plus modernes et plus adéquates.

La procédure parlementaire a été terminée au Luxembourg par le vote de la loi de ratification du 16 mars 2012.

La procédure de ratification est en cours en Tunisie.

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

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.

Lors de la rencontre des Premiers Ministres japonais (Monsieur Noda) et luxembourgeois (Monsieur Juncker) le 11 octobre 2012 à Tokyo, le sujet de cette convention a été évoqué ; mais la situation de blocage subsiste toujours.

Des initiatives en vue de relancer le projet et d'aboutir au texte définitif, seront engagées en 2013.

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.

Cette nouvelle convention bilatérale a été signée le 22 juin 2012 à Luxembourg et les procédures de ratification parlementaire sont engagées.

Une troisième ronde de négociations est prévue au Brésil en 2013 en vue de négocier l'arrangement administratif.

8. Luxembourg - Argentine

La convention bilatérale entre le Luxembourg et l'Argentine, signée le 13 mai 2010 à l'occasion d'une conférence internationale à Alcala 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 deuxième ronde de négociations a eu lieu du 3 au 7 décembre 2012 à Buenos Aires, et l'arrangement administratif a été paraphé à la fin de cette rencontre.

9. 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 cette époque avec la Communauté d'Etat Serbie-Monténégro n'a jamais pu être signé. Par ailleurs, la forme des formulaires qui sont actuellement utilisés est inadéquate.

Du 3 au 6 avril 2012, une ronde de négociations a été organisée à Luxembourg en vue de régulariser formellement nos relations avec la Serbie. Un nouvel instrument bilatéral a été paraphé à cette occasion et la signature est planifiée pour 2013.

10. Luxembourg - Uruguay

Une deuxième ronde de négociations a eu lieu du 19 au 24 mars 2012 à Montevideo et a permis de parapher le texte de la convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre l'Uruguay et le Grand-Duché de Luxembourg. Ce texte a été signé le 24 septembre 2012 et les procédures de ratification parlementaires sont en cours dans les deux pays.

Pour 2013 une ronde de négociations est déjà programmée à Luxembourg lors de laquelle il est projeté de parapher l'arrangement administratif.

11. Luxembourg - Albanie

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 et en 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.

Pendant la semaine du 6 au 9 novembre 2012, une première ronde de négociations a eu lieu à Luxembourg entre une délégation de la République d'Albanie et une délégation du Grand-Duché de Luxembourg en vue de la conclusion d'une convention bilatérale en matière de sécurité sociale entre les deux pays. Un accord a pu être trouvé sur les principes à retenir, le texte devra être peaufiné lors d'une deuxième ronde de négociations qui est programmée en 2013 à Tirana.

12. Luxembourg - Ukraine

Il y a eu un accord politique de régulariser les relations de sécurité sociale entre l'Ukraine et le Luxembourg pour la conclusion d'une convention bilatérale entre les deux pays.

En 2013 les travaux de négociations devraient être engagés.

13. Luxembourg - Algérie

Il est envisagé de négocier 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.

14. 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. Des contacts par le biais de notre Ambassade à Bangkok ont eu lieu et une première ronde de négociations pourrait avoir lieu en 2013.