

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
LA SÉCURITÉ SOCIALE EN GÉNÉRAL	5
L'organisation de la sécurité sociale	5
Les personnes protégées	9
L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	13
Les objectifs de l'assurance maladie-maternité	13
Organisation, gestion et financement de l'assurance maladie-maternité	13
Maintenir la viabilité financière de l'assurance maladie-maternité	14
La situation de l'assurance maladie-maternité	16
La situation financière de l'assurance maladie-maternité	23
L'évolution législative et réglementaire	26
L'ASSURANCE PENSION	27
L'évolution financière de l'assurance pension	27
L'évolution législative et réglementaire	37
L'ASSURANCE DÉPENDANCE	41
L'organisation de l'assurance dépendance	41
L'évolution de l'assurance dépendance	41
Les activités de la Cellule d'évaluation et d'orientation	44
L'ASSURANCE ACCIDENT	55
Les principales données statistiques	55
Les données financières	58
L'évolution législative et réglementaire	62
LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS	65
Les attributions du Service des dommages de guerre corporels	65
Les activités du Service des dommages de guerre corporels	65
L'évolution réglementaire	65
LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION	67
L'évolution du 2e pilier de l'assurance pension	67
L'évolution de la charge de travail du service Pensions complémentaires	69
L'évolution de la législation en matière de régimes complémentaires de pension	70
LES JURIDICTIONS DE LA SECURITE SOCIALE	73
Les attributions et l'organisation des juridictions de la sécurité sociale	73
Les activités des juridictions de la sécurité sociale	73
CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	75
LA CELLULE D'EXPERTISE MÉDICALE	83
LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL	87
Instruments multilatéraux	87
Instruments bilatéraux	90

INTRODUCTION

Dans un esprit de partenariat constructif et de prévoyance, toutes les parties prenantes ont continué leurs efforts au cours de l'exercice 2013 en vue de mener à bien l'éventail des mesures introduites par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé.

Parmi les grands chantiers en cours, qui ont bien avancé en 2013, citons notamment la poursuite de la mise en oeuvre des mesures ayant trait à la standardisation des outils, au suivi médical ainsi qu'à la documentation centralisée des prestations.

En matière de gouvernance du secteur hospitalier, les travaux de mise en oeuvre d'un système de pilotage efficient ont bien avancé.

Différentes nomenclatures ont été mises à jour au courant de l'exercice 2013 dans l'optique d'une mise en conformité avec les objectifs visés dans la cadre de la loi réforme, mais des efforts considérables restent à faire dans ce domaine en collaboration avec les partenaires concernés.

Les travaux de mise en oeuvre de la loi portant transposition de la directive des soins de santé transfrontaliers se sont poursuivis.

En novembre 2013, la situation financière de la Caisse nationale de santé se présentait telle qu'il n'a pas été nécessaire de prévoir ni des augmentations des cotisations sociales, ni des hausses des participations des assurés. Le Ministre de la Sécurité sociale sortant des élections législatives d'octobre 2013, Monsieur Romain Schneider, a repris les commandes d'une assurance maladie-maternité en bonne santé financière de la part de son prédécesseur Monsieur Mars Di Bartolomeo.

La loi du 21 décembre 2013 portant réforme de l'assurance pension est entrée en vigueur au 1er janvier 2013. Elle vise à assurer la pérennité de notre système de pension à longue échéance.

Le projet de loi portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe a été déposé à la date du 8 mars 2013. L'avis du Conseil d'Etat est attendu début 2014.

En matière d'assurance accident notons la mise en place de la Commission supérieure des maladies professionnelles par arrêté ministériel du 1er mars 2013 ainsi que la mise en vigueur du règlement grand-ducal du 10 juin 2013 définissant le barème médical applicable à cette branche.

Comme par le passé, les responsables de l'assurance dépendance, tant l'organisme gestionnaire, tout comme la Cellule d'évaluation et d'orientation, ont persévéré dans leurs efforts en vue de la dispensation de prestations de qualité aux assurés.

Sur base d'un bilan organisationnel et financier de l'assurance dépendance, cette branche très importante de notre système social, qui vient de fêter ses quinze ans, sera reformée. La réforme visera notamment la pérennité de l'assurance dépendance à longue échéance, un taux de couverture optimal de la population ainsi qu'une prise en charge complète des bénéficiaires dans les limites de l'utile et du nécessaire. Un accent tout particulier sera porté à la coordination autour de la personne et la qualité des prestations.

Comme par le passé, le Gouvernement a mené, une politique très active en matière de sécurité sociale sur le plan international en 2013. 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 2013, édité par le Ministère de la Sécurité sociale/Inspection générale de la sécurité sociale en novembre 2013 et publié en novembre 2013.

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.

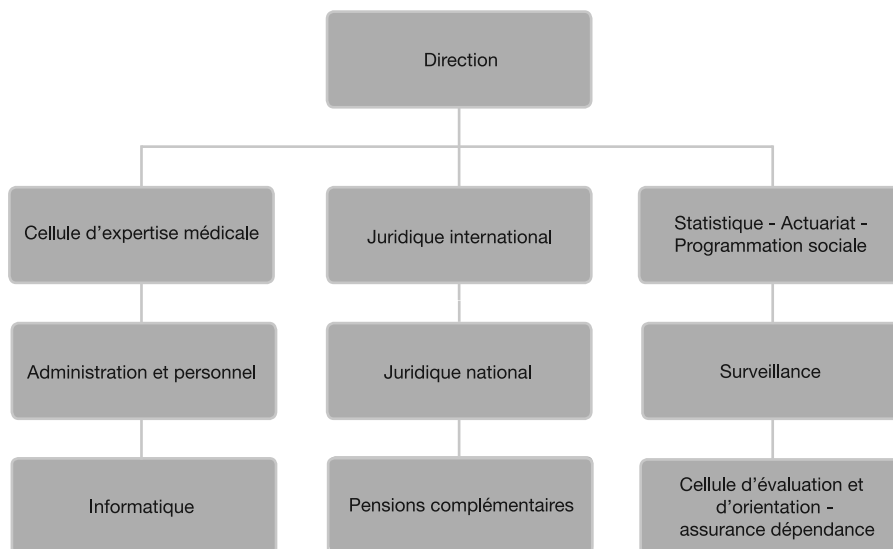
Les institutions de sécurité sociale sont soumises à la haute surveillance du Gouvernement, laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale. L'autorité de surveillance veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité 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 déferée par son président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension.

Si une décision d'un organe d'une institution de sécurité sociale est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre de tutelle qu'elle saisit aux fins d'annulation.

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

Par ailleurs, la Cellule d'évaluation et d'orientation prévue en matière d'assurance dépendance est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale tout comme la Cellule d'expertise médicale.



Il est à noter qu'un projet de reformulation des missions et de restructuration de l'IGSS est actuellement en phase de finalisation. Une réforme de la législation relative aux régimes complémentaires de pension vient également d'être mise en oeuvre.

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.

L'avant-projet de réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale a été finalisé au cours de l'exercice 2013 et a été soumis début 2014 au Conseil de gouvernement. 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 le Conseil arbitral et le 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.

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.

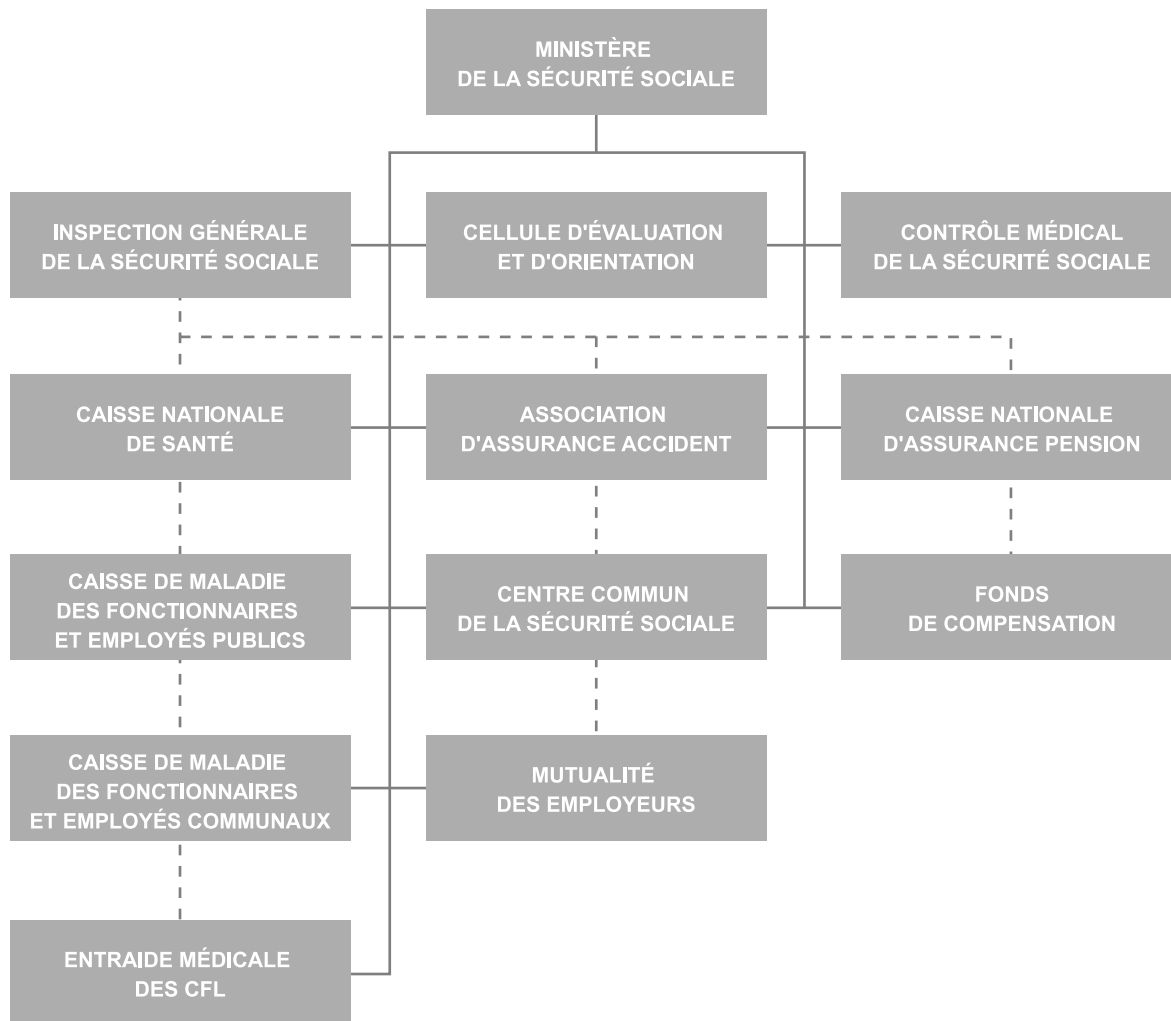
La **Caisse nationale de santé (CNS)** est dotée de la compétence générale pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les caisses de maladie du secteur public sont compétentes pour le remboursement des soins de santé avancés par leurs assurés.

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 plusieurs 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.

Les personnes protégées

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

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

Sous certaines conditions, une assurance volontaire est possible.

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

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

Assurés actifs obligatoires à la fois de l'assurance maladie et de l'assurance pension pour 2012 (moyenne annuelle)

		dont régimes pension statutaires
Salariés (Statut unique)	333 453	
Fonctionnaires	27 920	27 920
Indépendants	20 069	
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	8 196	
Bénéficiaires d'un congé parental	2 280	218
Bénéficiaires d'une indemnité de préretraite	1 413	50
Total	393 331	28188

Evolution du nombre des personnes protégées

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.

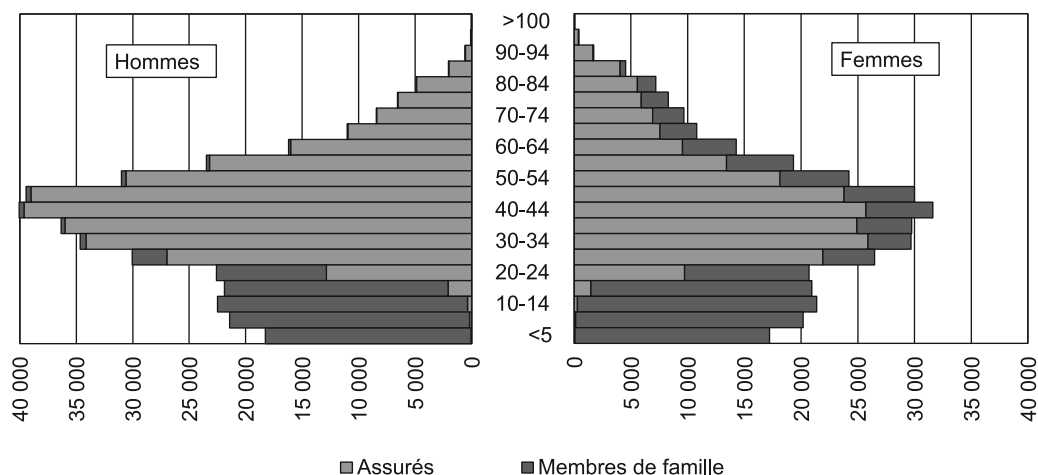
Personnes protégées résidentes depuis 2008 (moyenne annuelle)

	2008	2009	2010	2011	2012
Hommes	231 400	235 293	239 501	244 773	250 447
Femmes	231 800	235 367	239 218	243 494	248 829
Total	463 200	470 660	478 720	488 268	499 276
Taux de croissance	1,6%	1,6%	1,7%	2,0%	2,3%

Evolution de la population protégée depuis 2008 (moyenne annuelle)

	2008	2009	2010	2011	2012
Actifs et volontaires	557 300	569 929	583 489	600 798	617 317
Hommes	307 300	312 654	319 261	328 097	335 732
Femmes	250 000	257 275	264 229	272 701	281 585
Pensionnés	109 000	112 029	116 049	119 512	122 545
Hommes	48 300	50 054	52 020	53 880	55 657
Femmes	60 700	61 975	64 030	65 632	66 888
Total	666 300	681 958	699 539	720 310	739 862
Taux de croissance	3,5%	2,3%	2,6%	3,0%	2,7%

Population protégée en 2012 (moyenne annuelle)



En analysant cette pyramide des âges, on constate plusieurs choses:

- La proportion des personnes actives est à son maximum dans les tranches d'âge de 40-44 ans pour les hommes 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. Cette dernière constatation est illustrée par le graphique suivant qui présente la distribution par âge et par sexe.

Evolution du nombre des assurés du régime des prestations en espèces

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

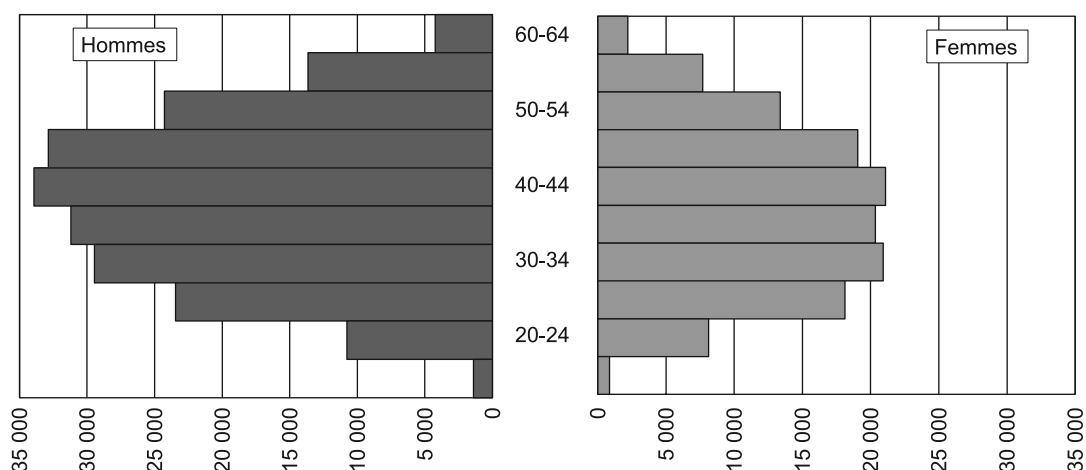
Jusqu'à l'introduction du statut unique au 1er janvier 2009, la gestion ouvriers (Art. 29.1c CSS), dont faisait partie la majorité des ouvriers, intervenait dès le premier jour de maladie. L'employeur pouvait cependant opter pour une affiliation de ses salariés ouvriers auprès de la gestion employés 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 2012.

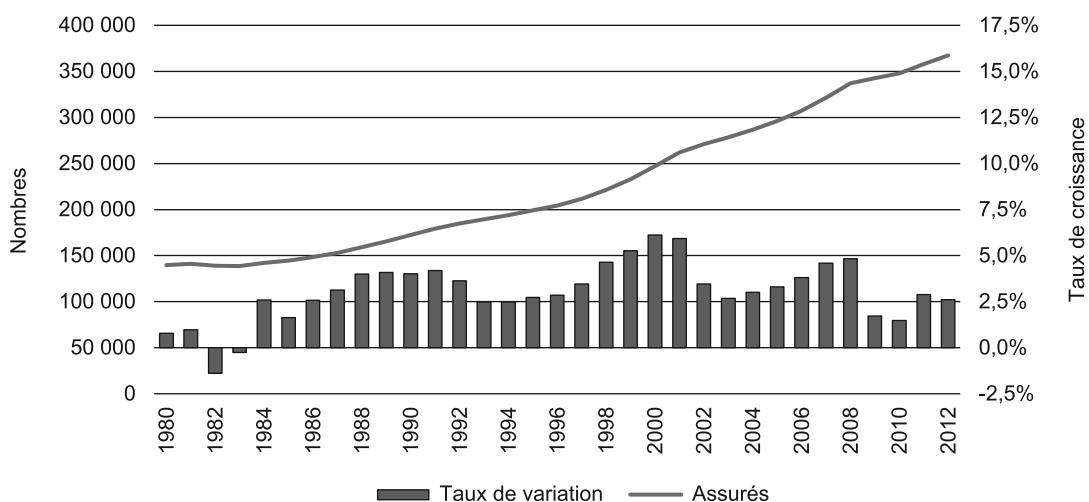
Gestion prestations en espèces: répartition des assurés par groupe d'âge en 2012



Les assurés du régime général des pensions

En 2012, le nombre moyen d'assurés atteint 367 292 personnes (contre 357 934 personnes en 2011), avec un taux de croissance de 2,6% de 2011 à 2012 (contre 2,9% entre 2010 et 2011).

Evolution du nombre moyen des assurés



Le nombre d'assurés obligatoires féminins s'élève, en 2012, à 145 873 femmes (contre 140 700 femmes en 2011), avec un taux de croissance de 3,7%, contre 1,9% 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	2011			2012			Taux de variation 2012/2011		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Salariés	203 180	133 875	337 055	207 149	138 872	346 022	2,0%	3,7%	2,7%
Non-salariés	11 937	6 825	18 762	12 056	7 001	19 057	1,0%	2,6%	1,6%
Total	215 117	140 700	355 817	219 205	145 873	365 078	1,9%	3,7%	2,6%

Les revenus cotisables

Suite à l'introduction du statut unique au 1er janvier 2009, le calcul du revenu moyen mensuel cotisable a subi certains changements. Les heures supplémentaires ne sont plus cotisables à l'assurance pension et le nombre de jours travaillés par an n'est plus uniformisé (à 260) comme c'était le cas jusqu'en 2008. Pour 2012 comme pour 2011, le nombre de jours annuel de travail s'élève, compte tenu des calendriers, à 253 pour un salarié travaillant 8 heures par jour et à 5 jours par semaine tandis que pour 2010, il s'élevait à 255. Ainsi, ces changements ont une répercussion sur la variation annuelle du revenu mensuel moyen cotisable qui doit, de ce fait, être interprétée avec prudence et être considérée comme une variation approximative.

Evolution du revenu moyen mensuel cotisable

Caisse	Sexe	1995	2000 ^{*)}	2005	2010	2011	2012 ^{**)}	Variation 2012/11	Variation moyenne 1995-2012
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	3 829	3 928	4 019	2,3%	3,0%
	Femmes	1 984	2 360	2 902	3 482	3 559	3 655	2,7%	3,7%
	Hommes + Femmes	2 277	2 628	3 143	3 703	3 793	3 884	2,4%	3,2%

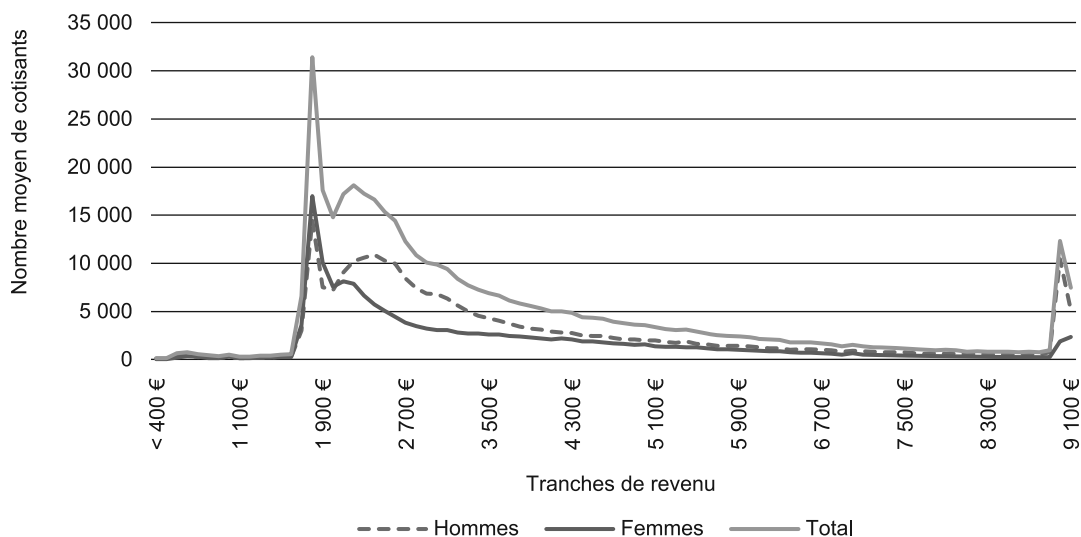
^{*)} A partir de 2000, nouvelle série sans affiliation baby-year.

^{**)} 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 2012 en moyenne à 1 812,45 EUR par mois, joue avant tout un rôle dans le revenu moyen cotisable des assurés non salariés.

Entre 2011 et 2012, le revenu moyen cotisable a augmenté de 2,4%, contre 2,3% entre 2010 et 2011.

Répartition des assurés par tranches de revenu mensuel cotisable en 2012



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, 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 2013, 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 :

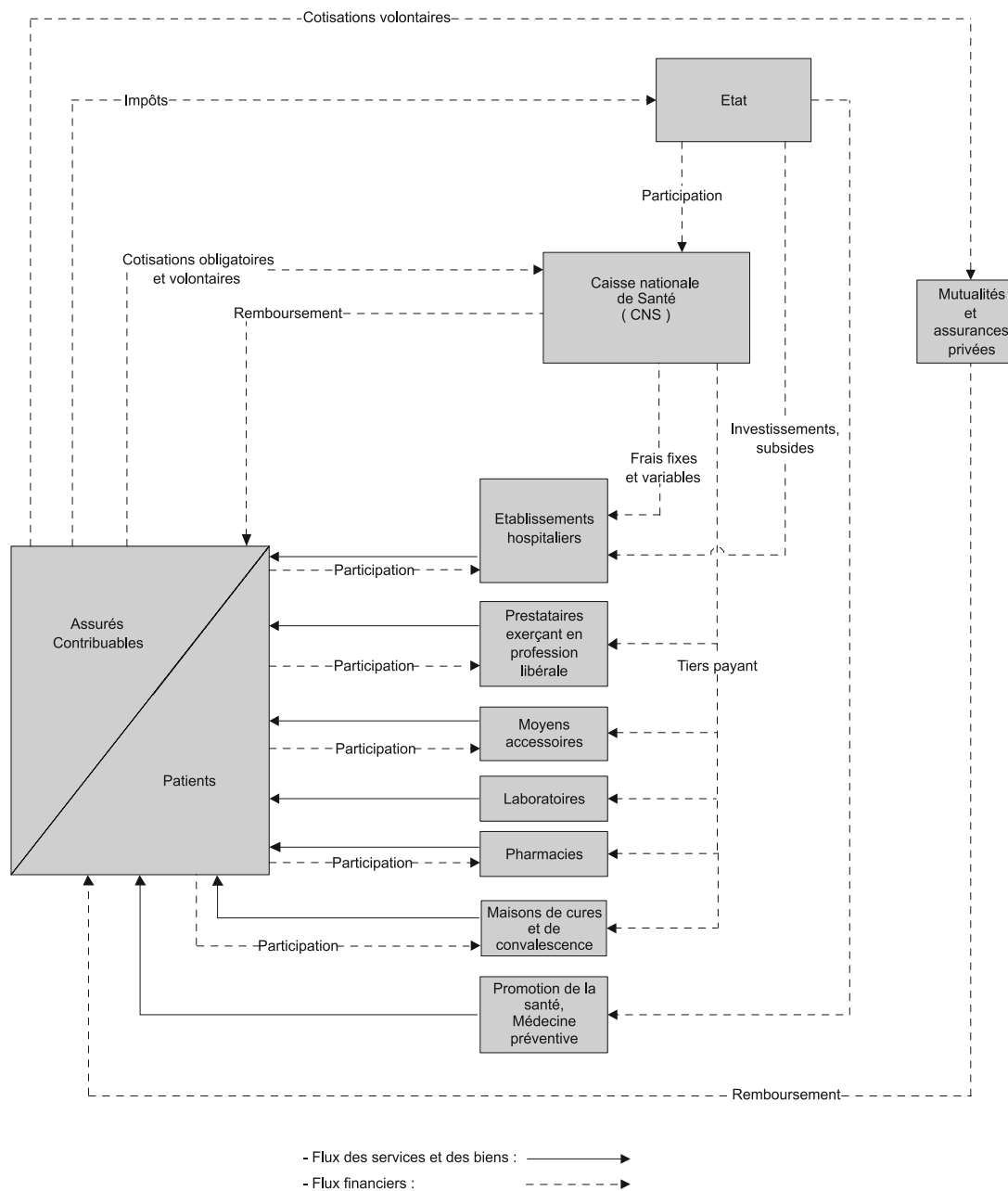
- l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité sur base du budget prévisionnel,
- l'adaptation du système de santé aux besoins de la population, à l'évolution du progrès médical et des ressources dont dispose le pays.

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 2013



Source: IGSS Luxembourg 2013.

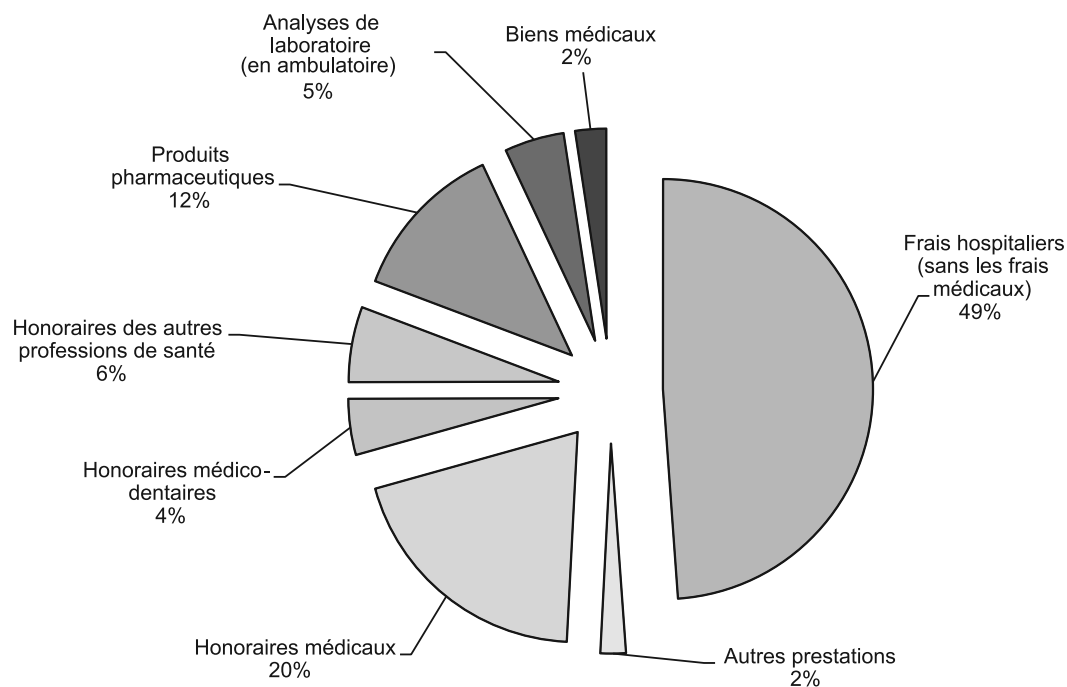
La situation de l'assurance maladie-maternité

Les soins de santé

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

En 2012, l'assurance maladie-maternité a liquidé 1 892 millions d'euros pour soins de santé, dont 80,9 % soit 1 530 millions d'euros pour la population protégée résidente. La répartition entre les différents types de prestations est illustrée dans le graphique suivant.

Ventilation des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2012



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.

Source : Données CNS ajustées.

Les frais hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (49%) pour soins de santé au Luxembourg. Les honoraires médicaux (20%) et les produits pharmaceutiques (12%) complètent le podium des premières dépenses. Ces trois postes représentent à eux seuls 81% de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Luxembourg et 66% des dépenses en soins de santé totales.

Evolution des frais pour soins de santé¹⁾ (en millions EUR)

	Décompte	Estimations actualisées ²⁾	
	2012	2013	2014
Frais hospitaliers	747,4	764,5	786,9
Honoraires médicaux	303,4	318,6	342,1
Honoraires médico-dentaires	65,9	68,9	72,6
Produits pharmaceutiques	187,7	191,4	197,7
Biens médicaux (en dehors des hôpitaux)	36,8	39,3	41,3
Analyses de laboratoire (en ambulatoire)	70,0	74,9	79,8
Honoraires des autres professions de santé	88,7	97,6	108,8
Autres prestations	30,1	32,4	33,7
Total des prestations au Luxembourg³⁾	1 530,0	1 587,6	1 662,9
Prestations à l'étranger³⁾	362,1	380,2	402,2
Total soins de santé	1 892,1	1 967,8	2 065,1
Taux de variation annuel	6,54%	4,00%	4,94%

1) La série 2012 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 2013.

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

Entre 2011 et 2012, les frais pour soins de santé ont augmenté de 6,5%, le taux pour les seules prestations au Luxembourg étant de 5,1%. Ainsi, après deux années à taux de croissance modéré (moins que 3%) - dues notamment à une politique de stand-still et des mesures d'économies -, les dépenses ont de nouveau progressé à un rythme comparable à l'évolution connue auparavant (p.ex. 2007 - 2009).

Pour 2012, les croissances les plus importantes sont observées au niveau des analyses de laboratoire (+19,7%) et des prestations à l'étranger (14,8%). L'évolution des honoraires des autres professions de santé et des frais pour les produits pharmaceutiques dépasse légèrement la moyenne (respectivement 9,0% et 8,2%), tandis que pour les frais hospitaliers, les honoraires médico-dentaires et les biens médicaux, la croissance annuelle se chiffre à environ 3%. Une légère baisse est observée pour les autres prestations.

Pour les années à venir, une croissance plus modérée est estimée (4,0% pour 2013, 4,9% pour 2014).

Le tableau suivant montre l'évolution des différents postes de frais pour soins de santé par rapport à leurs montants en 2002 (index 100).

Il convient pourtant de préciser que le biais lié au reclassement des frais de maternité à partir de 2011 n'a pas été redressé. Ainsi pour certains postes (e.a. frais hospitaliers et honoraires médicaux), la valeur de référence 2002 exclut les frais de maternité, tandis que ces montants sont compris dans les valeurs 2012. Il peut être estimé que sans les frais de maternité, la valeur pour les frais hospitaliers en 2012 (182,6) serait moindre de 5-6 points. Pour les honoraires médicaux la différence serait de 1,5 -2 points. L'index du total des prestations n'est toutefois pas touché par le reclassement des frais de maternité.

Evolution des différents postes de frais pour soins de santé^{1) 2)} (Indicateur de variation 2002=100)

Indicateur de variation (2002=100)	Décomptes					Estimations ³⁾	
	2002	2005	2008	2011	2012	2013	2014
Frais hospitaliers	100,0	129,6	156,1	(r) 176,7	182,6	186,7	192,2
Honoraires médicaux	100,0	139,4	154,8	176,0	186,0	195,3	209,7
Honoraires médico-dentaires	100,0	127,6	143,7	166,2	170,0	177,8	187,3
Produits pharmaceutiques	100,0	118,2	133,6	150,1	162,4	165,6	171,0
Biens médicaux (en dehors des hôpitaux)	100,0	121,9	155,7	165,8	169,5	181,0	190,2
Analyses de laboratoire (en ambulatoire) ⁴⁾	100,0	114,4	158,2	(r) 209,4	250,5	268,1	285,6
Honoraires des autres professions de santé	100,0	136,5	192,1	238,4	260,1	286,2	319,0
Autres prestations ⁵⁾	100,0	92,0	112,7	121,7	117,0	125,9	131,0
Prestations de maternité ⁶⁾	100,0	125,1	157,2				
Total des prestations au Luxembourg	100,0	128,2	152,5	170,8	179,6	186,3	195,2

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 2013).

4) Rupture de série à partir de 2011.

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

6) 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.

Comme pour 2011, l'augmentation la plus forte est observée au niveau des frais pour analyses de laboratoire. Deux faits permettent d'expliquer ce phénomène : 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 - et une croissance substantielle des frais des laboratoires privés qui sera présentée en détail un peu plus loin.

Les prestations de soins de santé à l'étranger

Avec 362,1 millions d'euros, les prestations à l'étranger représentent 19,1% du total des frais pour soins de santé liquidés en 2012. En raison de systèmes de classification et de tarification divergents dans les pays respectifs, une ventilation identique à celle appliquée aux prestations au Luxembourg n'est pas possible.

Les prestations de soins de santé à l'étranger ont connu une augmentation importante de 14,8% en 2012, contre une quasi-stagnation en 2011.

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

	Montant 2012	Taux moyen de variation 2004/12
Prestations de soins de santé, dont :	361,9	11,9%
- Conventions internationales (tiers payant)	352,2 ¹⁾	12,1%
- Autres prestations à l'étranger : (remboursement de prestations)	8,6	5,4%
Prestations de maternité ²⁾		p.m.
Indemnités funéraires	0,1	4,4%
TOTAL DES PRESTATIONS	362,1	11,4%

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 2012

En 2012, les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 177,1 millions EUR et ont progressé de 6,9% par rapport à l'année précédente.

Pour 2013 et 2014, les taux de progression sont estimés respectivement à 2,4% et 3,3%.

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 ATC²⁾, représentent 65% du montant net total des médicaments pris en charge en 2012 :

A Système gastro-intestinal / métabolisme (15%)

C Système cardio-vasculaire (22%)

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

N Système nerveux central (14%)

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 très limité.

Cette situation devrait évoluer sous peu avec l'ouverture cadrée à la pratique de la substitution par le pharmacien, qui débutera en 2014.

Les soins de maternité

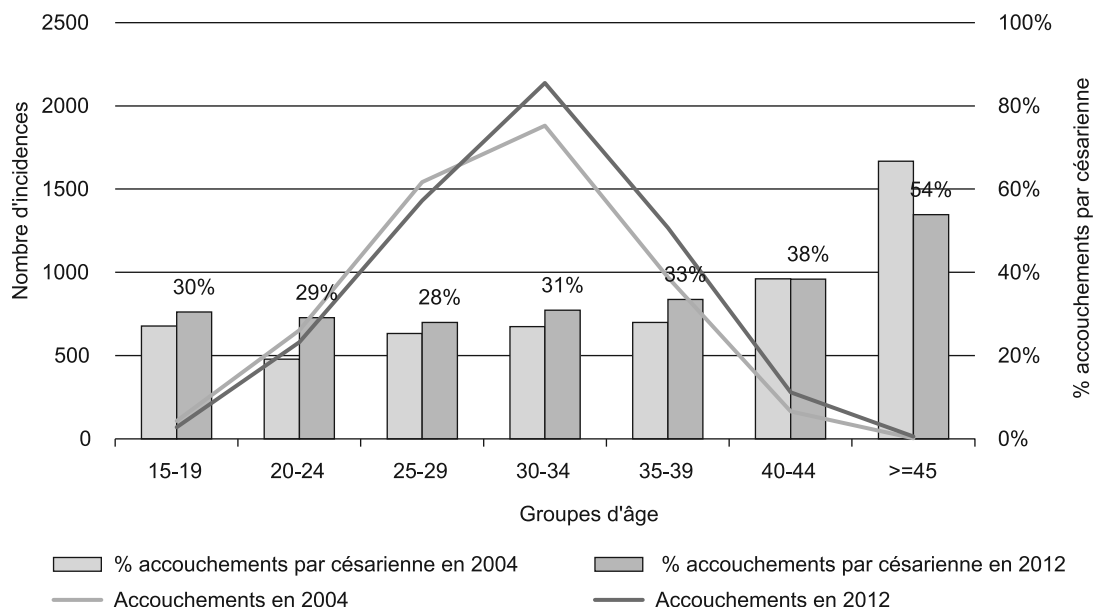
Les soins de maternité lors d'un accouchement à l'hôpital ont été pris en charge forfaitairement par l'Etat jusqu'en 2010. A partir du 1er janvier 2011, le financement des soins en cas de maternité a été intégré dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

Le graphique suivant indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements de femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2004 et 2012. De plus il montre le pourcentage des accouchements par césarienne sur tous les accouchements. Il convient de préciser que les taux renseignés ne sont pas identiques aux " taux de césariennes " généralement utilisés dans les statistiques au niveau international, qui eux sont calculés par rapport aux naissances, et qui diffèrent légèrement.

1) Source : CNS.

2) Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System.

Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2004 et 2012



En 2012, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité était de 5 776. Comparé à 2004, ceci représente une augmentation de 8,5%. Sur cette période, on constate un net transfert des accouchements vers les groupes d'âge 30+. Ainsi dans le groupe des femmes de moins de 30 ans on compte par rapport à 2004 quasiment 10% moins d'accouchements en 2012.

Le taux de césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 31% en 2012 contre 26% en 2004. Ce taux a augmenté de façon considérable (+10 points) chez les femmes de 20-24 ans. La baisse significative du taux des césariennes observés dans la tranche d'âges des 45+ ans semble étonnante, mais est à relativiser du fait du faible nombre de cas observés. En effet, dans la tranche d'âge des 40+ ans, les taux 2004 et 2012 restent inchangés à 39%.

Les prestations en espèces

Remarque introductive :

La réforme du Code du travail et accessoirement du Code de la sécurité sociale par la loi du 13 mai 2008¹⁾, a introduit le statut unique pour tous les travailleurs salariés du secteur privé à partir du 1.1.2009. Cette profonde modification du système des prestations en espèces en cas de maladie, en généralisant le principe de la continuation de la rémunération par l'employeur, a eu comme corollaire la création d'une mutuelle des employeurs, afin de répartir sur une base plus large, les charges financières liées aux congés de maladie à supporter par l'employeur.

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

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 rémunération²⁾. Elles visent également les remplacements de salaire relatifs à un congé d'accompagnement³⁾ ou encore les congés de maladie survenus dans le cadre des périodes d'essais.

1) <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2008/0060/index.html>

2) En cas de maladie d'un salarié, l'employeur est tenu de continuer le paiement de la rémunération pendant une période d'environ 13 semaines.

3) Le congé d'accompagnement a été introduit en 2009 par la " Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie ... "

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 en cas d'adoption d'un enfant ou congé pour raisons familiales pour soigner ses enfants malades.

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

Evolution à partir de 2011 des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)

Types de prestations (en millions d'euros)	Décomptes		Estimations actualisées ¹⁾	
	2011	2012	2013	2014
Indemnités pécuniaires proprement dites	97,2	112,7	-	-
(dont anciens cas <2009)	0,0	-	-	-
Indemnités liées à des périodes d'essai	8,2	8,5	-	-
Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,1	0,1	-	-
TOTAL	105,5	121,3	128,3	135,3
Taux de cotisation	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%

1) Source : Estimations CNS (octobre 2013).

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

Taux d'absentéisme 2012 selon la résidence, le sexe et le statut

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

On constate que ce sont les femmes frontalières, possédant le statut d'ancien ouvrier, qui affichent le taux d'absentéisme le plus fort (7,0%). A l'opposé, les hommes résidents, possédant le statut d'anciens employés, présentent le taux le plus faible (2,0%).

Taux d'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.

Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité

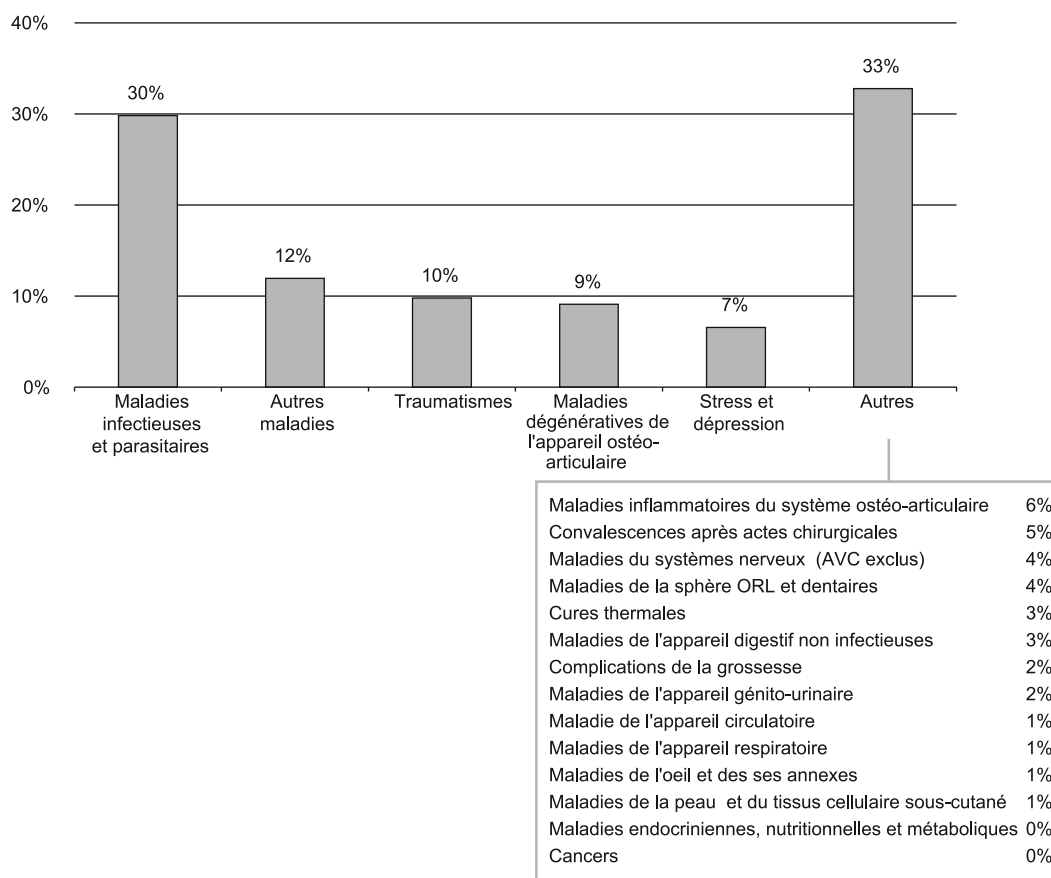
Secteur d'activité	Taux normalisé	Taux non normalisé	Poids
Q Santé humaine et action sociale	4,5%	4,6%	9,1%
N Activités de services administratifs et de soutien	3,9%	4,3%	6,8%
E Production et distribution d'eau	3,9%	4,8%	0,4%
G Commerce; réparation d'automobiles	3,9%	3,8%	13,3%
H Transports et entreposage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

*) Les données du secteur Administration publique ne concernent ni les fonctionnaires ni les employés de l'Etat, qui bénéficient de la continuation de la rémunération en cas de maladie ou de maternité. Le secteur P " Enseignement " ne concerne que 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 4,5%. A noter que le nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation du secteur représente 9,1% du nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation de tous les secteurs.

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

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



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.

Poids des différentes raisons médicales dans l'augmentation du taux d'absentéisme de longue durée et dans l'augmentation du coût des prestations en espèces de maladie à charge de la CNS

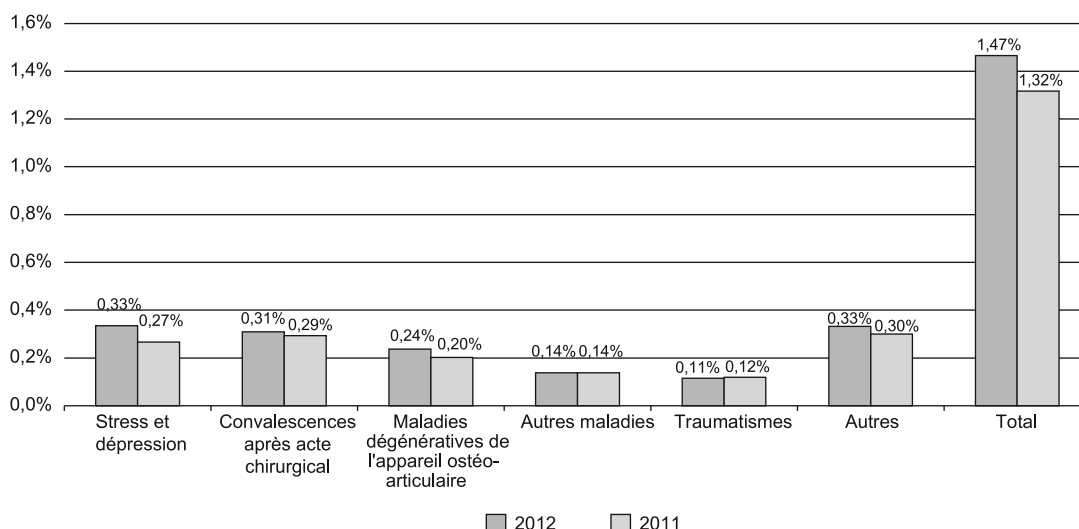
L'analyse des raisons médicales des absences de longue durée des salariés résidents révèle que ce sont les dépressions et les troubles liés au stress qui contribuent le plus à l'augmentation du taux d'absentéisme de longue durée. En effet, alors que cette raison médicale concentrait 20% des jours de maladie en 2011, ce poids est passé à 23% en 2012.

En multipliant cette proportion par le taux d'absentéisme de longue durée, on obtient la part du taux d'absentéisme de longue durée qui se rattache aux dépressions et aux troubles liés au stress, soit 0,33% en 2012.

1) Exploitation des diagnostics issus des déclarations remplies par les médecins. Les données relatives aux frontaliers ne sont pas exploitables car seuls 20% des diagnostics sont codifiés contre 80% pour les résidents.
 2) Ne concernent ni les accidents du travail ni les maladies professionnelles.

Le graphique qui suit présente ce résultat pour chacune des raisons médicales.

Décomposition du taux d'absentéisme de longue durée des salariés résidents selon la raison médicale



La situation financière de l'assurance maladie-maternité

Le système de financement

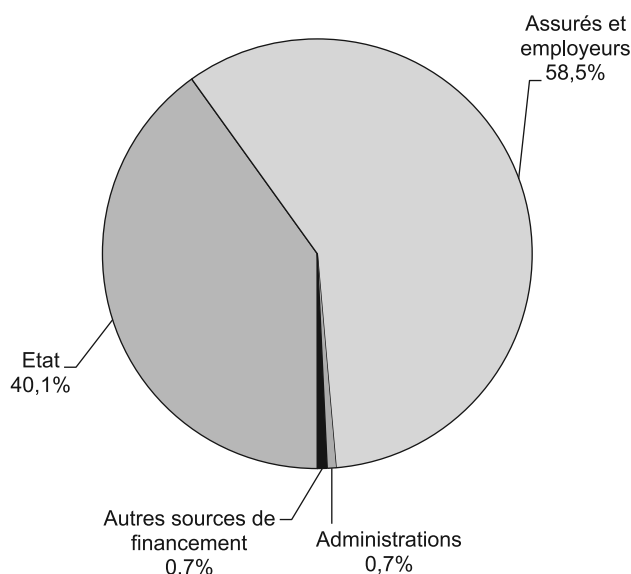
Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la Caisse Nationale de Santé (CNS) applique le *système de la répartition des charges*, avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent, ni supérieure à vingt pour cent du montant annuel des dépenses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

Par dérogation à cette disposition, la loi budgétaire avait abaissé pour 2010 le seuil inférieur de la réserve à 5,5% du montant annuel des dépenses courantes. La loi du 17 décembre 2010 a prorogé cette mesure pour 2011. Le niveau du seuil inférieur de la réserve a été relevé à 6,5% pour 2012, et à 7,5% pour 2013. Le projet de budget de la CNS pour 2014 table sur une réserve minimale de 8,5%. A partir de 2015 la réserve devrait regagner le seuil de 10%.

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 2012, la répartition de la participation financière des différents intervenants.

Taux de participation financière des différents intervenants en 2012 ¹⁾²⁾



1) Sans les prélèvements aux provisions.

2) Source: Estimations CNS (octobre 2013).

Le tableau ci-après montre l'évolution des différentes sources de financement à partir de 2010.

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

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ¹⁾	
	2010	2011	2012	2013	2014
Etat	841,0	864,0	911,0	951,9	973,0
Assurés et employeurs	1 152,4	1 260,1	1 330,0	1 390,4	1 452,0
Administrations	12,8	14,2	14,8	16,9	17,4
Autres sources de financement	18,0	21,7	16,7	14,3	14,7
TOTAL RECETTES COURANTES ²⁾	2 024,2	2 160,1	2 272,5	2 373,5	2 457,1
<i>En % du total</i>					
Etat	41,5%	40,0%	40,1%	40,1%	39,6%
Assurés et employeurs	56,9%	58,3%	58,5%	58,6%	59,1%
Administrations	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
Autres sources de financement	0,9%	1,0%	0,7%	0,6%	0,6%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1) Source : Estimations CNS (octobre 2013).

2) Sans les prélèvements aux provisions.

Si on considère 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 porté à 40%, pour englober le financement des prestations de maternité. A côté de cette participation, l'Etat verse depuis 2011 (et provisoirement jusqu'en 2013) une dotation annuelle de 20 millions pour compenser les frais supplémentaires causés à la CNS du fait de l'intégration des frais de maternité dans le régime général. Cette dotation a été réévaluée par l'IGSS. L'analyse a conclu à une charge supplémentaire de la CNS du fait de l'intégration des prestations en espèces de maternité estimée à 42 millions EUR pour l'exercice budgétaire 2014.

La 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 2009 et présente des estimations actualisées pour l'année en cours ainsi que pour l'exercice budgétaire 2014.

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

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ¹⁾	
	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES COURANTES ²⁾	2 024,2	2 160,1	2 272,5	2 373,5	2 457,1
DEPENSES COURANTES ²⁾	2 029,0	2 081,8	2 228,4	2 366,9	2 452,9
Solde des opérations courantes	-4,8	78,3	44,1	6,6	4,2
Réserve globale	194,5	272,8	317,0	323,6	327,8
Fonds de roulement minimum ³⁾	111,6	114,5	144,8	177,5	208,5
Taux réserve minimum / dépenses courantes	5,5%	5,5%	6,5%	7,5%	8,5%
Excédent/découvert cumulé (après opérations sur réserve)	82,9	158,3	172,1	146,1	119,3

1) Source : estimations CNS (octobre 2013).

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

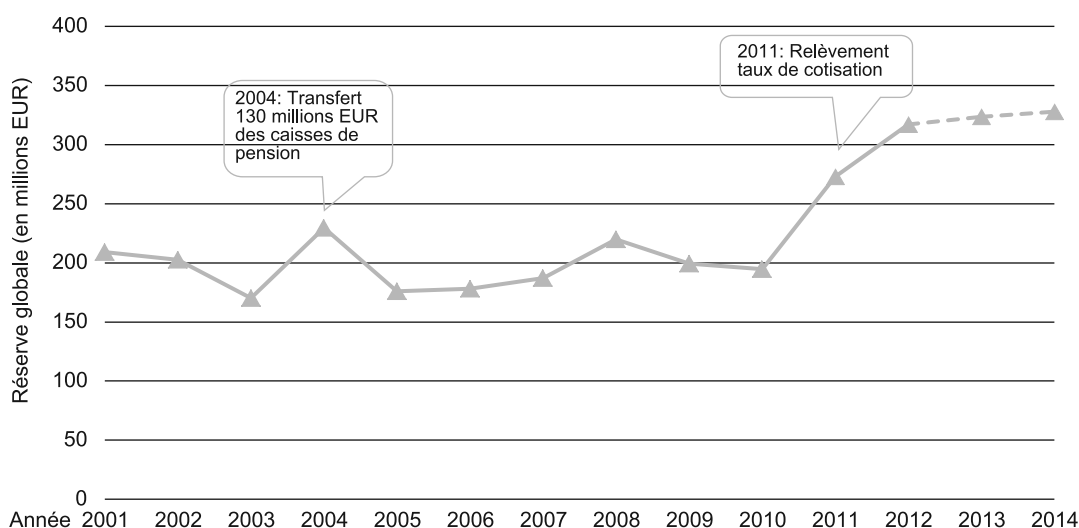
3) Le niveau de la réserve minimale a été abaissé de 10% des dépenses courantes à 5,5% pour les exercices 2010 et 2011. Pour 2012, la réserve est fixée à 6,5%, pour 2013 à 7,5% et pour 2014 à 8,5%.

L'année 2012 a été clôturée avec un excédent cumulé de 172 millions euros. Comme en 2011, cet excédent est en grandes parties imputable à l'abaissement temporaire du niveau de la réserve. Cette mesure temporaire avait été prise afin de redresser les finances de l'assurance maladie-maternité tout en évitant le recours à des mesures drastiques.

En ce qui concerne les opérations courantes, un équilibre fragile est prévu pour les exercices 2013 et 2014. Après dotation à la réserve légale minimale, les résultats estimés de l'exercice sont cependant déficitaires pour les deux années et l'excédent cumulé sera progressivement absorbé.

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 2013 et 2014 CNS (octobre 2013).

En 2001, en présence d'une situation financière saine et d'une réserve confortable, la décision est prise de baisser le taux de cotisation alors qu'un ralentissement économique se dessine. La situation financière globale s'aggrave en 2003 où suite au ralentissement des recettes, le niveau de la réserve chute dangereusement. Confronté fin 2003 à un déséquilibre budgétaire massif prévu pour **2004**, un transfert de fonds de 130 millions euros du régime des pensions vers l'assurance maladie-maternité sauve la mise pour 2004. La reprise économique à partir de 2004 ainsi qu'une augmentation du taux de cotisation en **2005** (5,1% => 5,4%) réussissent à redresser la situation. Cependant l'équilibre financier demeure précaire.

A partir de **2009**, la crise économique et la situation tendue sur le marché de l'emploi provoquent à nouveau un ralentissement spectaculaire des rentrées en cotisations (voir graphique 33 ci-après) et menacent sérieusement l'équilibre financier de la CNS.

Afin de faire face aux problèmes structurels auprès de l'assurance maladie-maternité et d'assainir durablement l'assise financière, le Gouvernement décide d'engager une réforme en profondeur, votée en décembre **2010**.

L'implémentation de cette réforme débute **en 2011**. En attendant que les changements structurels prévus par la loi montrent leurs effets, des mesures financières intermédiaires, mentionnées dans l'introduction, doivent maintenir l'équilibre.

L'évolution législative et réglementaire

En 2013, le règlement grand-ducal indiqué ci-dessous a été pris en vue de la prorogation de la participation des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique à la réduction des dépenses de l'assurance maladie :

- Règlement grand-ducal du 23 décembre 2013 déterminant, en application de l'article 26 de la loi du 20 décembre 2013 ayant pour objet - d'autoriser le Gouvernement à effectuer, au cours des mois de janvier à avril 2014, les dépenses figurant aux tableaux annexés à la présente loi; - d'autoriser le Gouvernement à recouvrer les impôts directs et indirects existant au 31 décembre 2013 d'après les lois et les tarifs qui en règlent l'assiette et la perception; - de proroger certaines dispositions 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.

Par ailleurs, à plusieurs reprises les divers règlements grand-ducaux arrêtant les nomenclatures des actes et services des différents prestataires d'aides et soins ont été modifiés :

- Règlement grand-ducal du 15 novembre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ;
- Règlement grand-ducal du 15 novembre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 arrêtant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie, concernant les dispositions applicables en matière de prise en charge des cures d'obésité ;
- Règlement grand-ducal du 23 décembre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie créant la possibilité du cumul de l'examen échographique des seins et de la mammographie.

En outre, l'avant-projet de réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale a été finalisé au cours de l'exercice 2013 et a été soumis début 2014 au Conseil de gouvernement.

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 2012, les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 1 320,6 millions EUR. Ce résultat a été obtenu malgré une progression des dépenses, qui se situait à 7,3%. En éliminant l'évolution de l'échelle mobile des salaires, les dépenses progressent de 4,6%, tandis que les recettes augmentent de 23,3%. Cette progression exceptionnelle est due essentiellement à la performance des revenus sur capitaux.

Opérations courantes (en milliers EUR)

<i>Année</i>	<i>Dépenses courantes</i>	<i>Variation nominale</i>	<i>Variation réelle</i>	<i>Recettes courantes</i>	<i>Variation nominale</i>	<i>Variation réelle</i>	<i>Excédent</i>
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
2012	3 443 302,0	7,3%	4,6%	4 763 924,6	26,3%	23,3%	1 320 622,7

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

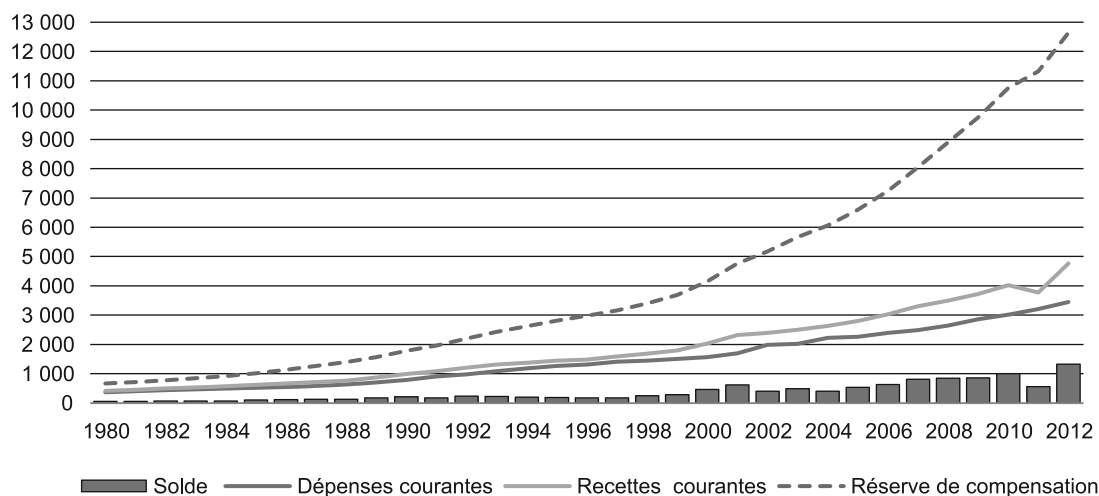
** compris en dépenses le montant compensatoire de 130 000 000,00 EUR transféré à l'UCM

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

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

Les recettes courantes atteignent un pourcentage exceptionnel de 10,7% du PIB en 2012, tandis que les dépenses courantes ont représenté 7,8%. Les valeurs respectives actualisées pour 2011 affichent 8,8% et 7,5%. (PIB ; source : STATEC)

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



Recettes courantes

Les cotisations globales (y compris les cotisations à charge des pouvoirs publics) représentent avec 3 871,2 millions EUR 81,3% des recettes courantes, les revenus de la fortune exprimés avec leur valeur évaluée au 31 décembre de l'exercice, après avoir régressé substantiellement de 2010 à 2011 pour n'atteindre plus que 102,5 millions EUR et représenter 2,7% des recettes courantes se sont élevés à 884,0 millions EUR au 31 décembre 2012, ce qui équivaut à 18,6% du total, le reste est constitué par les transferts et les recettes diverses.

Structure des recettes courantes (en milliers EUR)

	Montants	En % du total
Cotisations des assurés et des employeurs	2 581 387,2	54,2%
Cotisations des pouvoirs publics	1 289 804,3	27,1%
Autres contributions de l'Etat	0,0	0,0%
Revenus de la fortune	883 961,0	18,6%
Transferts et recettes diverses	8 772,2	0,2%
Total des recettes courantes	4 763 924,6	100,0%

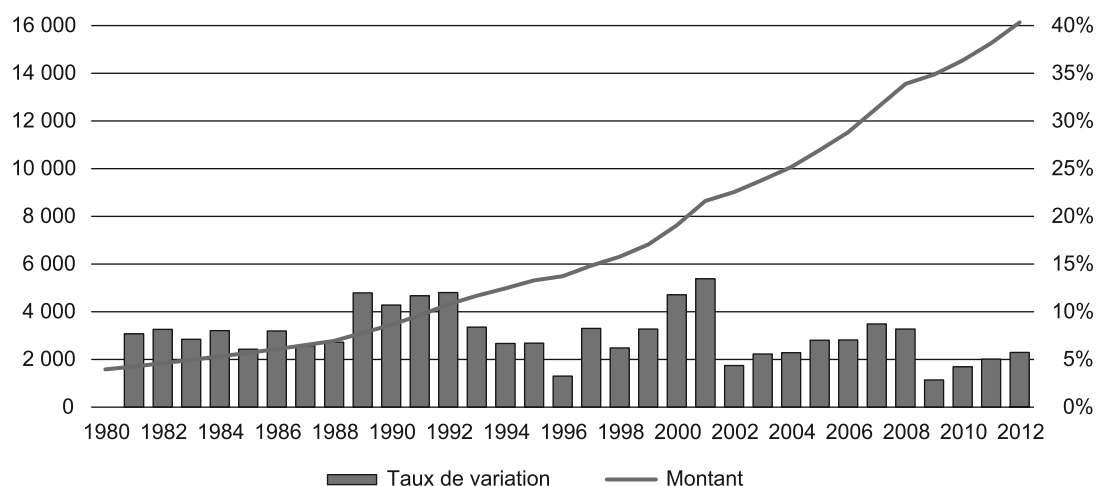
Cotisations des assurés et des employeurs

Les cotisations des assurés et des employeurs se sont chiffrées à 2 581,4 millions EUR face à 2 441,3 millions EUR en 2011. La progression est de 5,7% par rapport à 5,0% en 2011, soit un taux de croissance réel de 3,2% contre 3,1%.

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 2012, le montant total des cotisations a augmenté de 5,7% face à 5,0% en 2011. L'évolution du nombre moyen des assurés cotisants, qui subit les aléas économiques avec un certain retard, affiche une progression de 2,6% face à 2,9% en 2011. Si l'on élimine l'adaptation des salaires à l'évolution du coût de la vie, qui était de 2,50% en 2012 (1,87% en 2011) 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%) pour augmenter légèrement (+0,5%) en 2012.

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).

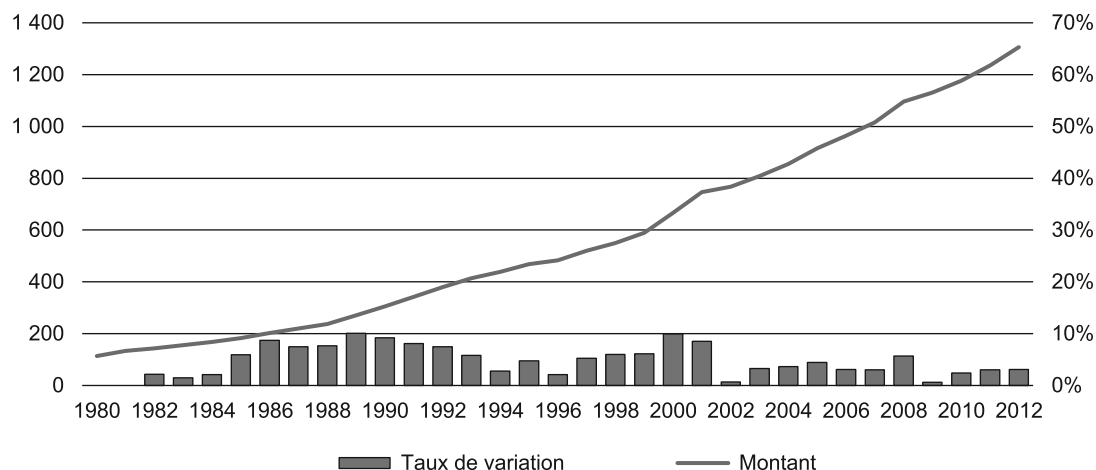
Depuis 2006, les frais d'administration sont à charge des organismes et les participations de l'Etat dans les prestations, compléments différentiels et majorations proportionnelles baby-year ont été abrogées à partir de l'exercice 2007.

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 2012 s'élève à 1 305,5 millions EUR et accuse une augmentation de 70,1 millions EUR, soit de 3,10% par rapport à 2011.

Contribution nette des pouvoirs publics (en milliers EUR)

	2011	2012
Cotisations des pouvoirs publics	1 219 683,1	1 289 804,3
FOA et autres cotisations	16 517,0	16 329,2
Frais d'administration	6,1	0,0
Contribution brute	1 236 206,2	1 306 133,5
à déduire	845,1	1 230,0
Contribution nette	1 235 361,1	1 304 903,5

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



Autres cotisations

- **Cotisations prises en charge par l'assurance dépendance**

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

Ces cotisations ont encore fortement augmenté en 2012 pour s'élever à 5 719,8 milliers EUR face à 4 840,4 milliers EUR en 2011. Cette augmentation de 18,2% s'inscrit dans le contexte général de l'assurance dépendance avec son nombre croissant de bénéficiaires et son évolution progressive en matière de dépenses.

- **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 2012 à 547,9 milliers EUR, soit une diminution de 4,7% par rapport à 2011.

- **Cotisations de l'assurance volontaire**

Les cotisations de l'assurance volontaire se sont chiffrées en 2012 à 11 615,1 milliers EUR face à 10 523,7 milliers EUR en 2011 (+10,4%).

Répartition des cotisations

Suite à l'abolition de la communauté de risque, la perception des cotisations, intérêts de retard et amendes d'ordre est effectuée directement par la CNAP. L'excédent des recettes, nécessaires pour couvrir les charges de la caisse et pour parfaire, le cas échéant, les moyens de trésorerie jusqu'à concurrence de quinze pour-cent du montant des prestations annuelles de l'exercice précédent, est transféré mensuellement au FDC.

Répartition des recettes du régime de pension pour l'année comptable 2012

	CNAP	FDC	TOTAL
I. Couverture des charges courantes			
Dépenses courantes	3 433 431,2	9 870,7	3 443 302,0
Recettes propres	3 882 537,1	881 387,6	4 763 924,6
Excédent	449 105,8	871 516,8	1 320 622,7
II. Fonds de roulement			
Prestations de l'exercice précédent	3 030 246,8		
15% des prestations de l'exercice précédent	454 537,0		
Fonds de roulement au 1er janvier de l'exercice	427 420,4		
Dotation au fonds de roulement	27 116,6		
Fonds de roulement au 31 décembre de l'exercice	454 537,0		454 537,0
III. Réserve administrée par la CNAP			
Montant figé de la réserve administrée	393 878,9		393 878,9
IV. Dotation à la réserve de compensation			
Excédent CNAP	449 105,8		
Dotation au fonds de roulement	27 116,6		
Transfert à effectuer vers le FDC	421 989,3	421 989,3	
Excédent du FDC avant transfert		871 516,8	
Dotation à la réserve de compensation		1 293 506,1	
V. Réserve de compensation			
Réserve de compensation au 1er janvier de l'exercice		10 500 513,9	
Dotation à la réserve de compensation		1 293 506,1	
Réserve de compensation après opérations de clôture		11 794 020,0	11 794 020,0
VI. Réserve totale du régime			
Réserve totale au 1er janvier de l'exercice			11 321 813,3
Dotation au fonds de roulement	27 116,6		27 116,6
Dotation à la réserve administrée de la CNAP	0,0		0,0
Dotation à la réserve de compensation		1 293 506,1	1 293 506,1
Réserve totale du régime au 31 décembre après opérations de clôture			12 642 435,9

En 2012, la CNAP a enregistré 3 882,5 millions EUR en recettes. L'exercice révolu a généré des dépenses au montant de 3 433,4 millions EUR, 27,1 millions EUR ont été nécessaires en tant que dotation au fonds de roulement, qui se chiffre dorénavant à 454,5 millions EUR. Reste un excédent des recettes de 422,0 millions EUR à transférer vers le FDC. Avec le résultat propre du FDC, avant transferts, qui s'est chiffré en 2012 à 871,5 millions EUR, une dotation de 1 293,5 millions EUR a pu être effectuée à la réserve de compensation.

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'avaient atteint que 102,5 millions EUR, soit ¼ de la valeur de l'exercice précédent. En 2012, les fonds investis par le FDC à travers la SICAV-FIS, évalués aux prix du marché au 31 décembre et comprenant aussi bien des pertes que des gains non réalisés, ont affiché un rendement autrement plus élevé de 883,9 millions EUR.

Les intérêts de retard sur cotisations en recettes et les frais de gestion du patrimoine en dépenses se chiffrent tous les deux à 2,7 millions EUR, les revenus nets s'élèvent ainsi à 883,9 millions EUR. Le taux de rendement moyen calculé par rapport à la réserve globale de compensation progresse ainsi de 0,93% à 7,66%.

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%
2012	883 961,0	2 654,1	2 699,2	883 915,9	12 642 435,9	7,66%

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

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

Dépenses courantes

Les dépenses pour pensions atteignent en 2012 un montant de 3 151,5 millions EUR et représentent ainsi 91,5% des dépenses courantes. Le reste se compose des frais d'administration et des transferts et dépenses diverses.

Structure des dépenses courantes (en milliers EUR)

	Montants	En % du total
Frais d'administration	39 645,3	1,2%
Pensions	3 151 538,6	91,5%
Autres prestations	90 799,1	2,6%
Transferts et dépenses diverses	161 319,0	4,7%
Total des dépenses courantes	3 443 302,0	100,0%

Frais d'administration

Les frais d'administration s'élèvent à 39,6 millions EUR, soit à 1,2% des dépenses courantes.

Prestations

En 2012, le nombre moyen des pensions atteint 148 210 face à 143 380, soit une augmentation de 3,4% par rapport à 2011.

Le nombre des assurés actifs a progressé de 357 934 à 367 292 unités, soit une évolution moins prononcée de seulement 2,6%.

Evolution des éléments de pension (en milliers EUR)

	2011	2012	Variation nominale	Variation réelle
Avances	552,8	-485,8	-	-
Majorations proportionnelles	2 146 790,1	2 310 662,4	7,6%	5,0%
Majorations proportionnelles spéciales	121 632,8	126 723,0	4,2%	1,6%
Majorations proportionnelles baby-year	19 176,7	23 214,2	21,1%	18,1%
Majorations forfaitaires	397 063,4	423 592,7	6,7%	4,1%
Majorations forfaitaires spéciales	47 241,5	49 539,2	4,9%	2,3%
Majorations forfaitaires transitoires	41 350,5	40 668,3	-1,6%	-4,0%
Majorations assurance supplémentaire	3 049,5	3 025,3	-0,8%	-3,2%
Suppléments enfants	145,4	138,3	-4,9%	-7,2%
Compléments différentiels	18 029,0	16 798,1	-6,8%	-9,1%
Compléments pensions minima	89 032,9	92 360,1	3,7%	1,2%
Compléments divers	5 905,5	5 636,9	-4,5%	-6,9%
Allocations trimestrielles	326,2	301,5	-7,6%	-9,8%
Allocations de fin d'année	55 623,1	59 364,5	6,7%	4,1%
Pensions brutes	2 945 919,7	3 151 538,6	7,0%	4,4%
Indemnité d'attente (non comprise dans les éléments de pension)	52 596,3	61 906,0	17,7%	14,8%
Préretraite (non comprise dans les éléments de pension)	28 538,7	25 960,2	-9,0%	-11,3%

Entre 2010 et 2011, les pensions brutes ont augmenté de 6,1%, soit de 4,2% en valeur réelle, en 2012 la progression atteint 7,0% respectivement 4,4%.

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 et les allocations de fin d'année, qui augmentent de 6,7%, ou les majorations proportionnelles, qui progressent même de 7,6%, 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 forfaitaires transitoires.

Les dépenses pour indemnités d'attente progressent allègrement, 24,5% entre 2010 et 2011, 17,7% en 2012. Ainsi, les taux de progression moins élevés des majorations proportionnelles et forfaitaires spéciales sont à relativiser. Les prestations du contexte "pension d'invalidité" pris ensemble affichent un taux de progression plus que significatif de 7,5%.

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 2012 s'est élevé à 14,9 millions EUR face à 13,8 millions EUR en 2011.

Opérations sur réserves et sur reports

L'excédent des opérations courantes qui constitue la dotation nette à la réserve totale du régime de pension, se chiffre à 1 320,6 millions EUR, dont 27,1 millions EUR figurent en tant que dotation au fonds de roulement de la CNAP. La dotation totale correspond à 38,4% des dépenses courantes.

Le Fonds de compensation enregistre ainsi une dotation à la réserve de compensation de 1 293,5 millions EUR, qui se décompose en excédent propre du FDC résultant du rendement sur le patrimoine placé au montant de 871,5 millions EUR et en excédent des recettes sur les dépenses transféré par la Caisse nationale d'assurance pension au montant de 422,0 millions EUR.

BILAN CONSOLIDE AU 31 DECEMBRE 2012

Actif

Valeurs immobilisées

Le montant des valeurs immobilisées s'élève à 581,4 millions EUR face à 625,3 millions EUR en 2011.

Au 31 décembre 2012 figurent en outre 10 465,7 millions EUR au bilan qui sont placés par le FDC en titres de placement et 674,8 millions EUR en placements bancaires à moins d'un an, dont 434,8 millions EUR par la CNAP, constituant en gros la réserve financière disponible de la caisse.

Tiers débiteurs

Le principal poste débiteur est constitué par les cotisations, intérêts et amendes d'ordre dus par les assurés et par les employeurs renseigné au niveau de la comptabilité de la CNAP et qui antérieurement figuraient dans la société 74 du CCSS. Le montant y relatif atteint 486,1 millions EUR au 31 décembre 2012. Le niveau élevé de ce poste s'explique principalement par le fait qu'au 31 décembre les factures des cotisations dues pour les mois de novembre, respectivement de décembre n'ont pas encore été transmises aux employeurs.

En éliminant du poste débiteur de cotisations le montant des cotisations dues pour les mois de novembre et/ou décembre de l'exercice, on obtient une image plus réaliste des retards de paiement des cotisations par les employeurs.

Ces retards de paiement s'élèvent à environ 173,9 millions EUR, ce qui équivaut à 6,7% du montant annuel des cotisations dues en 2012 par les assurés et les employeurs. Depuis plus de 10 ans, ce montant a régressé proportionnellement par rapport à l'évolution du montant total des cotisations annuelles dues, pour augmenter légèrement en 2012.

Cotisations dues au 31 décembre de l'exercice (en milliers EUR)

	<i>Montant annuel des cotisations dues (1)</i>	<i>Débiteurs cotisations employeurs au 31 décembre (2)</i>	<i>Rapport (2)/(1)</i>	<i>Cotisations dues pour novembre et/ou décembre (3)</i>	<i>Retards de paiement de (2)-(3) (4)</i>	<i>Rapport (4)/(1)</i>
1985	367 261,7	99 747,4	27,2%	71 953,6	27 793,8	7,6%
1990	551 823,4	98 951,7	17,9%	60 270,4	38 681,3	7,0%
1995	851 164,7	166 086,2	19,5%	106 083,6	60 002,6	7,0%
1996	878 425,6	161 966,2	18,4%	95 910,0	66 056,2	7,5%
1997	949 640,4	178 354,4	18,8%	106 956,1	71 398,3	7,5%
1998	1 008 430,9	191 403,5	19,0%	114 871,4	76 532,2	7,6%
1999	1 090 840,6	204 732,8	18,8%	127 593,3	77 139,5	7,1%
2000	1 219 299,0	256 651,6	21,0%	140 959,7	115 691,9	9,5%
2001	1 383 112,6	302 385,8	21,9%	164 340,7	138 045,1	10,0%
2002	1 442 539,5	308 190,8	21,4%	175 289,6	132 901,2	9,2%
2003	1 523 258,0	327 374,9	21,5%	188 497,7	138 877,2	9,1%
2004	1 609 850,7	340 477,3	21,1%	199 939,4	140 537,9	8,7%
2005	1 723 024,6	366 823,4	21,3%	217 368,0	149 455,4	8,7%
2006	1 844 468,9	387 530,5	21,0%	233 901,7	153 628,8	8,3%
2007	2 004 931,2	411 544,0	20,5%	253 118,8	158 425,2	7,9%
2008	2 168 883,8	431 623,8	19,9%	268 718,3	162 905,6	7,5%
2009	2 230 734,1	434 135,0	19,5%	269 810,5	164 324,4	7,4%
2010	2 324 438,7	449 623,7	19,3%	287 902,0	161 721,7	7,0%
2011	2 441 260,6	460 729,7	18,9%	302 417,6	158 312,1	6,5%
2012	2 581 387,2	486 079,9	18,8%	312 196,3	173 883,6	6,7%

Titres et comptes financiers

Les avoirs financiers au montant total de 11 150,8 milliards EUR accusent une progression de 13,7% par rapport à 2011. Le poids des obligations augmente dans le respect de la stratégie d'investissement retenue au détriment des compartiments monétaires.

Au 31 décembre 2012 figurent ainsi 1 477,6 millions EUR dans le compartiment des placements monétaires de la SICAV face à 2 352,6 millions EUR au 31 décembre 2011. Les résultats ont été modérés suite à des taux d'intérêt historiquement bas. Les placements en obligations ont augmenté de 3 754,0 à 5 306,8 millions EUR avec un bon rendement des obligations européennes, tempéré quelque peu par celui des obligations Monde.

Le compartiment actions de la SICAV a évalué en valeur placée de 3 037,0 à 3 674,5 millions EUR.

Structure des réserves (en milliers EUR)

	FDC	2011	2012
Placement en actions	SICAV	3 037 000,2	3 674 536,3
	Hors SICAF	21 607,4	6 771,4
	Total	3 058 607,6	3 681 307,8
	En % du total	29,13%	31,21%
Placement en obligations	SICAV	3 753 972,4	5 306 780,4
	Hors SICAF	0,0	0,0
	Total	3 753 972,4	5 306 780,4
	En % du total	35,75%	45,00%
Placements monétaires	SICAV	2 352 583,8	1 477 591,8
	Hors SICAF	273 000,0	240 000,0
	Total	2 625 583,8	1 717 591,8
	En % du total	25,00%	14,56%
Immeubles		208 653,4	209 914,2
	En % du total	1,99%	1,78%
Prêts		416 620,8	371 441,9
	En % du total	3,97%	3,15%
Trésorerie et intérêts courus		3 549,0	6 950,0
	En % du total	0,03%	0,06%
Solde débiteur/créditeur		433 526,8	500 033,9
	En % du total	4,13%	4,24%
TOTAL	SICAV	9 143 556,5	10 458 908,5
	Hors SICAF	1 356 957,4	1 335 111,5
	Total	10 500 513,9	11 794 020,0
Revenu annuel (FDC)		95 434,9	881 332,6
Taux de rendement annuel (FDC)		0,84%	8,14%
Trésorerie CNAP		366 275,7	438 121,8
Revenu annuel		7 037,0	2 628,4
Total des valeurs placées		10 433 262,8	11 732 107,9
Réserve du régime général		11 321 813,3	12 642 435,9

Passif

Réserve de compensation

La réserve de compensation dépasse depuis 2010 les 10 milliards EUR et se chiffre à 12 642,4 millions EUR au 31 décembre 2012. Elle est en progression de 1 320,6 millions EUR par rapport au 31 décembre 2011. 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 3 242,3 millions EUR de dépenses pour prestations à charge du régime, la réserve de compensation représente actuellement 3,9 fois le montant des prestations annuelles.

APPRECIATION GLOBALE DE LA SITUATION DU REGIME GENERAL

Situation du régime

<i>Année</i>	<i>Coefficient de charge</i>	<i>Prime de répartition pure</i>	<i>Niveau relatif de la réserve</i>
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
2012	40,4	21,3	3,90

Paramètres démographiques

Le coefficient de charge, décroissant pendant 10 ans à partir de 1997, en raison d'une progression des assurés dépassant significativement celle du nombre des pensions, a entamé un mouvement inverse en 2009. Les effets cumulés de la crise économique sur l'emploi et de la maturité du régime sur le nombre de pensions confirment cette tendance.

Paramètres financiers

La prime de répartition pure progresse encore légèrement en 2012, 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 prononcée des cotisations en recettes.

Le niveau relatif et réel de la réserve de compensation reflète toujours la bonne santé financière actuelle du régime général. Il y a lieu de noter que l'évolution du niveau relatif de la réserve, progressive depuis 10 ans, avait régressé au 31 décembre 2011 en raison aussi d'un faible rendement sur la fortune et que l'effet inverse avec un excédent financier exceptionnel à la clé a relevé le niveau de la réserve de manière sensible en 2012.

Les trajectoires futures du nombre des bénéficiaires de pension sont connues, celles des cotisants dépendent surtout de facteurs économiques, le rendement du patrimoine est tributaire de la profitabilité générale du marché financier, de l'envergure des valeurs placées et d'une politique de placement judicieuse en deçà des limites restrictives légales.

A court terme, le régime de pension affiche une bonne santé, à moyen terme la réforme de 2012 de l'assurance pension devra confirmer la bonne direction des redressements retenus.

A long terme, il faudra surveiller de près les évolutions des indicateurs du tableau ci-haut afin d'être prêt de rectifier le tir en cas de besoin, en fonction des développements démographiques futurs de la population des actifs et des pensionnés et compte tenu de l'environnement social et économique du régime.

L'évolution législative et réglementaire

Réforme de l'assurance pension

L'année 2013 a été marquée par la mise en vigueur au 1^{er} janvier 2013 de 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 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.

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. Elle établit un parallélisme entre l'adaptation progressive du niveau des prestations et l'évolution de la longévité. Un assuré qui décide 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 plus 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 sont augmentées et les conditions d'octroi renforcées. C'est ainsi que 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.

Assurance volontaire

En réduisant le minimum cotisable d'aujourd'hui +/- 300 euros à 100 euros par mois, la loi encourage l'assurance continuée ou facultative en cas d'interruptions temporaires de la carrière professionnelle pour des raisons familiales. Cette possibilité d'assurance volontaire à coût réduit est limitée à une durée maximale de cinq ans.

Au cours de l'année 2013, le Ministère de la Sécurité sociale a lancé une campagne de sensibilisation portant sur les mesures permettant de compléter la carrière d'assurance future (assurance continuée, complémentaire et facultative) et la carrière d'assurance passée (achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées).

Transition entre vie active et retraite

Dans le but de rendre plus flexible la transition entre vie active et retraite, la loi permet 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

L'ancienne législation a prévu l'ajustement des pensions par loi spéciale et compte tenu des ressources et de l'évolution du niveau moyen des salaires et traitements. Ainsi, il n'a pas été fait de distinction 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. 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 fait donc au plus tôt à partir de l'année 2014.

Selon les calculs de l'Inspection générale de la sécurité sociale, la variation légèrement régressive des salaires entre les années 2011 et 2012 aurait eu comme conséquence un réajustement des pensions de l'ordre de -0,3% pour l'année 2014. Par contre, selon les estimations de ladite Inspection générale, la variation des salaires entre 2012 et 2013 serait progressive de l'ordre de 0,4%. Par conséquent, un réajustement de +0,4% s'appliquerait pour l'exercice 2015. Dans le but de stabiliser le revenu des pensionnés sur l'ensemble de la période 2014-2015 et en vue de compenser les effets opposés relevant de la variation des salaires sur la totalité de la période 2014-2015, le Gouvernement a proposé de fixer temporairement le modérateur de réajustement à 0 pour les années y relatives (à savoir 2012 et 2013) et de neutraliser ainsi les effets de l'évolution des salaires sur les deux exercices 2014 et 2015.

C'est ainsi que la loi budgétaire du 20 décembre 2013 a fixé le modérateur de réajustement visé à l'article 225bis, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale à 0 pour les années 2012 et 2013.

Pour les années subséquentes, le réajustement des pensions se fera selon les modalités prévues par la loi du 21 décembre 2012.

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 sous l'ancienne législation au début de chaque période de couverture de 7 ans.

Dans le but d'améliorer cet outil de régulation du système, la loi a adapté la durée de la période de couverture ainsi que la fréquence des révisions. 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 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 du Conseil de gouvernement du 15 avril 2005, il a été retenu qu'un groupe de travail ad hoc, composé des ministres de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et la Réforme administrative et de la Sécurité sociale, dégage les conclusions politiques de ce rapport.

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

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

Au cours de l'exercice 2007, le groupe de travail " Partage des droits à pension ", composé de représentants du département de la Sécurité sociale et du département de la Fonction publique et de la Réforme administrative, s'est

inspiré du modèle allemand du " Versorgungsausgleich " pour analyser la possibilité d'introduire en droit luxembourgeois un tel modèle de partage.

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

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

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

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

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

Au mois de décembre 2010, la Chambre des Députés s'est adressée au Gouvernement pour connaître son avis sur les options présentées.

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

Par arrêté ministériel du 13 mars 2013, la directive du conseil d'administration du Fonds de compensation a été approuvée. Cette directive sur la gestion du patrimoine définit les principes, règles, tâches et compétences à respecter par les différents intervenants du Fonds de compensation.

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

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

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

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

Au cours de l'année 2009, un groupe de travail, composé de représentants du Ministère de la Sécurité sociale, du Ministère du Travail et de l'Emploi, de l'Agence pour le Développement 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 des années 2012.

En date du 8 mars 2013, le projet de loi portant modification du Code du Travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe a été déposé à la Chambre des Députés. Les chambres professionnelles consultées ont entretemps émis leurs avis. L'avis du Conseil d'Etat est attendu pour le début de l'année 2014.

Ont été pris au courant de l'exercice 2013 les règlements grand-ducaux suivants :

- **Le règlement grand-ducal du 18 décembre 2013 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2012**

La prime de répartition pure représente le rapport entre les dépenses courantes annuelles et la totalité des salaires, traitements et revenus cotisables à la base des recettes annuelles du régime général de pension. Le compte consolidé de l'exercice 2012 du régime général fait ressortir une prime de répartition pure de 21,35% pour cet exercice. Le taux de cotisation global, fixé à 24% conformément à l'article 238 du Code de la sécurité sociale, n'est donc pas dépassé.

- **Le règlement grand-ducal du 18 décembre 2013 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2012**

La loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension a remplacé à l'alinéa 4 de l'article 220 du Code de la sécurité sociale, 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 sont désormais divisés par les facteurs de revalorisation afin de les porter au niveau de l'année de base 1984, alors que sous l'ancienne législation ils ont été multipliés par les coefficients d'ajustement.

Le facteur de revalorisation applicable à partir du 1er janvier 2014 aux salaires postérieurs au 1er janvier 2012 est fixé à 1,420.

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**. Cette dernière est aussi chargée d'une **mission de contrôle de la qualité des prestations** compte tenu de normes définies et d'une **mission de contrôle de l'adéquation des prestations dispensées** aux besoins de la personne dépendante.

Enfin, la Cellule d'évaluation et d'orientation est chargée d'une **mission d'information et de conseil** en matière de dépendance par rapport à toutes les instances concernées.

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-type 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 ayant dans leurs attributions le Budget, la Famille et la Santé, des organisations œuvrant dans les domaines de l'action médicale, sociale et familiale 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 sociaux et sociétaux. 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.

Annoncé dans la déclaration gouvernementale de 2009, un bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance a été publié en mai 2013. Il a été présenté à la commission parlementaire " Santé et Sécurité sociale " ainsi qu'à la presse, le 23 mai 2013. Ce bilan¹⁾ confirme ce que le comité directeur de la Caisse nationale de santé avait déjà relevé l'année précédente : " malgré l'augmentation de la participation de l'Etat de 35% à 40%, l'assurance dépendance affichera un solde cumulé négatif à partir de 2016. "

Il attire en outre l'attention sur l'augmentation du nombre de bénéficiaires à l'horizon 2030. Les projections démographiques présentées le situent à 18 000 personnes.

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 sont évidemment la conséquence de ce développement. Comme on pourra le voir au tableau 5 ci-dessous, les dépenses dépassent progressivement les recettes. Cependant, l'année 2012 a été marquée par des rentrées d'un caractère exceptionnel : un versement de 30 millions d'euros dû à la clôture du litige " relobi " (récupération par l'assurance dépendance d'une part de la fiscalité de l'épargne- article 378 du CASS) et une augmentation de la participation de l'Etat correspondant à 39, 2 millions d'euros. Ces deux rentrées extraordinaires permettent à l'assurance dépendance d'afficher un solde positif en 2012.

1) Le bilan, de même que les présentations à commission parlementaire et à la presse, peuvent être consultés sur le site www.mss.public.lu.

2.1 L'évolution des bénéficiaires de l'assurance dépendance

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

Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2000	5 810		5 735	98,7%
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	11 159	5,1%	10 859	97,3%
2010	11 847	6,2%	11 511	97,2%
2011	12 388	4,6%	12 031	97,1%
2012	12 991	4,9%	12 613	97,1%

Source : rapport général sur la sécurité sociale 2012.

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

Evolution du personnel des différents types de prestataires par qualification de 2007 à 2010

Type de prestataire	2007	2008	2009	2010	2011
Réseaux d'aides et de soins	1 559,9	1 715,2	1 829,7	1 857,1	1 940,6
Personnel d'assistance et de soins	1 433,3	1 558,1	1 652,6	1 681,5	1 755,3
Personnel socio-éducatif	11,7	28,5	33,5	33,3	37,2
Personnel administratif	104,0	116,2	129,5	127,6	127,9
Personnel technique et logistique	11,0	12,4	14,1	14,7	20,2
Centres semi-stationnaires	253,1	276,8	321,1	349,0	377,9
Personnel d'assistance et de soins	148,1	157,7	178,3	195,8	210,2
Personnel socio-éducatif	46,6	53,5	70,9	72,2	84,2
Personnel administratif	14,6	15,9	19,4	22,8	22,7
Personnel technique et logistique	43,8	49,7	52,4	58,2	60,8
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	3 987,8	4 166,5	4 163,2	4 426,0	4 876,4
Personnel d'assistance et de soins	2 555,4	2 702,1	2 728,0	2 918,0	3 432,5
Personnel socio-éducatif	65,0	80,4	90,7	104,0	113,3
Personnel administratif	245,7	251,0	215,8	227,0	235,3
Personnel technique et logistique	1 121,7	1 133,0	1 128,7	1 177,0	1 095,2
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	764,0	770,6	813,8	821,9	864,2
Personnel d'assistance et de soins	312,9	309,9	312,7	311,2	328,3
Personnel socio-éducatif	307,1	328,3	353,1	362,3	385,5
Personnel administratif	37,7	39,4	45,1	43,0	46,5
Personnel technique et logistique	106,3	93,0	102,9	105,4	103,9
TOTAL	6 564,8	6 929,1	7 127,8	7 454,0	859,0
Variation en %		0,1	0,0	4,6	8,1%
Nombre d'ETP prestant des soins	4 449,7	4 727,8	4 871,6	5 106,5	5 726,3
Nombre d'ETP prestant des soins (en %)	0,7	0,7	0,7	68,5	71,1%

Source : rapport général sur la sécurité sociale 2012.

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
2014	48,36	66,43	56,95	54,19

Source : rapport général sur la sécurité sociale 2012

2.4 L'évolution des dépenses

Les dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance- évolution depuis 2000 (en millions EUR)

Année	Montant	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	308,4	98,7
2007	321,9	3,0	317,8	98,7
2008	351,8	9,3	347,4	98,8
2009	383,2	8,9	378,6	98,8
2010	415,1	8,3	410,4	98,9
2011	455,3	9,7	450,1	98,9

Source : rapport général sur la sécurité sociale 2012

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	2012
Nombre indice du coût de la vie	653,52	668,46	682,39	699,44	711,07	724,04	742,44
Taux de cotisation	1,0%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
Recettes courantes	312,5	382,3	405,5	411,5	421,5	439,9	522,0
Variation en %	6,70%	22,30%	6,10%	1,50%	2,40%	4,4%	18,7%
Dépenses courantes	329,4	334,3	357,1	404,8	449,0	482,7	509,3
Variation en %	8,5%	1,5%	6,0%	13,4%	10,9%	7,5%	5,5%
Solde des opérations courantes	-16,9	48	48,4	6,7	-27,5	-42,8	12,8
Excédent / découvert de l'exercice	-19,5	47,5	46,1	1,9	-31,9	-46,2	10,1
Réserve	76,1	124	172,5	179,1	151,6	108,8	121,5

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

Source : rapport général sur la sécurité sociale 2012

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

Depuis 2006, année de la réalisation du CAF¹⁾ par ses agents, la Cellule d'évaluation et d'orientation, s'efforce, dans la ligne de la réforme administrative prônée par les gouvernements successifs depuis 1994, d'introduire une gestion par objectifs. La mise en place d'une telle organisation se révèle une entreprise de longue haleine.

Ainsi, afin de remplir sa mission et garantir un service de qualité au citoyen-client, la Cellule d'évaluation et d'orientation se donne des orientations stratégiques qu'elle redéfinit périodiquement. Elles sont définies en référence aux missions légales de la CEO et à la vision qu'elle se donne à long terme. Elles tiennent également compte de l'évolution de l'assurance dépendance telle qu'elle a été brièvement décrite ci-dessus.

Au 1er janvier de l'année 2013, la Cellule définissait ses orientations stratégiques dans les termes suivants :

- *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.*

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 se basant sur les orientations stratégiques, chaque chef de service se donne des objectifs opérationnels spécifiques pour son service et définit les activités qui permettront de les atteindre.

Parallèlement aux services, la Cellule envisage d'introduire, à moyen terme, des pilotes de processus qui permettront une gestion transversale de l'organisation.

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 ses objectifs de travail.

Les paragraphes suivants présentent les objectifs de chaque service de la Cellule d'évaluation et décrivent de manière très succincte les différentes activités menées par chacun d'eux au cours de l'année 2013.

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 Objectifs opérationnels du service pour 2013 :

Pour l'année 2013, le Service de la gestion administrative n'a pas défini de nouveaux objectifs. Il poursuit les objectifs qu'il s'était donnés en 2012 :

- **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.
- **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 ;

1) CAF : common assessment framework. Il s'agit de la trame et de la méthode, proposées par le Ministère de la Fonction publique et de la réforme administrative pour l'auto-évaluation des administrations. Par la suite, l'opération elle-même a pris le nom de la méthode.

- 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.
- **Améliorer la politique de communication interne.**
 - promouvoir l'interactivité des plates-formes de communication ;
 - poursuivre l'amélioration continue du site intranet de la CEO.
 - **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 de prestations de l'assurance dépendance.

3.1.2 Les réalisations pour 2013 :

Outre les tâches d'encadrement administratif courantes, le service de la gestion administrative a développé, au cours de l'année 2013, d'autres réalisations destinées à rencontrer plus particulièrement les objectifs présentés ci-dessus. On citera notamment :

- l'élaboration d'un nouvel outil pour la réalisation des **entretiens de collaborateurs**, sur base du référentiel des compétences ;
- la recherche d'une solution technique pour l'utilisation des nouveaux courriers-type " **templates** " destinés à l'ensemble de la communication de la Cellule, tant avec ses partenaires qu'avec le public ;
- l'implémentation d'une **solution mobile** pour les consultations d'agenda, de plannings et de courriers électroniques, à l'extérieur du périmètre du siège principal de la CEO. Une telle solution permet d'accroître l'efficacité des agents de la CEO se déplaçant dans l'ensemble du pays pour la réalisation de leurs évaluations ;
- la **présentation** à l'ensemble des agents, des résultats de l'**enquête de satisfaction** du personnel réalisée au cours de l'année 2012 ;
- l'envoi systématique d'un questionnaire d'évaluation électronique après la participation d'un agent à une formation. Les données collectées feront l'objet d'un traitement ultérieur. L'outil pour l'exploitation des résultats doit encore être mis en place ;
- un test de la plateforme " *eLearning* " proposée par l'INAP dans le but de la proposer à l'ensemble de la CEO ;
- la poursuite des travaux d'amélioration de l'application " *TCO* ", outil de gestion des dossiers. Il s'agit d'un chantier de grande envergure dont la réalisation nécessite plusieurs années de travail ;
- l'accompagnement du Centre informatique de la sécurité sociale dans la mise à disposition de l'outil ADDP-offline, permettant aux agents de la CEO, la consultation *ex-situ* de certains éléments d'un dossier d'un demandeur de prestations ;
- la poursuite de la digitalisation des documents intégrés dans les dossiers des demandeurs de prestations ;
- la réalisation d'un cahier des charges fonctionnel et une analyse technique pour la réalisation d'une application destinée à la gestion des frais de route des agents ;
- la réalisation d'une plateforme d'échange " **co-voiturage** " pour le personnel de la CEO ;
- l'implémentation d'une solution technique plus conviviale et efficace pour l'utilisation du **référentiel documentaire**, à la disposition de l'ensemble des agents ;
- la professionnalisation du service de la **helpline 247-86060** . Cette ligne téléphonique est la ligne centrale de la Cellule d'évaluation ;
- l'organisation d'une **formation** destinée à sensibiliser l'ensemble du personnel sur la protection des données. Cette formation a été assurée par le Centre informatique de la sécurité sociale ;
- le suivi régulier du " **security scan** " du CTIE sur la plateforme internet de façon à réagir au plus vite et au mieux aux risques détectés.

Dans le contexte de la lutte anti-tabac, le service de la gestion administrative s'est joint aux chefs d'administration du bâtiment des assurances sociales, pour signer une note **interdisant au personnel de fumer à certains endroits extérieurs au bâtiment de l'office, notamment l'entrée des visiteurs.**

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 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 2013

Pour l'année 2013, le service orientation des dossiers s'était donné les objectifs suivants :

- consolider l'homogénéité et la performance de l'orientation des dossiers au niveau du tri ;
- optimiser la distribution.

En fin d'année 2013, le service peut considérer qu'il a atteint ses objectifs. En effet :

- l'homogénéité a été renforcée suite à une formalisation des critères applicables au tri ;
- la performance de l'orientation a été consolidée car la totalité des demandes passent l'étape du tri en 7 jours ouvrables. Par ailleurs, il y a eu une réduction de la multiplication des intervenants durant la phase de l'évaluation (seulement 1% des dossiers ont été redistribués à un 2e référent) ;
- la distribution a été optimisée en changeant de mode opératoire (voir aussi point 1 des réalisations du service en 2013).

3.2.2. Les réalisations du service en 2013

- Elargissement du projet pilote " nouvelle distribution "

Une nouvelle distribution des demandes a été testée auprès des équipes régionales sous forme d'un projet pilote à partir de mai 2012. Le principe de la nouvelle procédure de distribution consiste à adapter la quantité de dossiers à distribuer en fonction de la disponibilité des référents et en fonction du stock de demandes. Au vu des excellents résultats obtenus, il a été décidé de poursuivre le projet et de l'élargir à partir de mars 2013 à toutes les régions et à tous les référents internes de la CEO.

- Développement de partenariats avec d'autres services

Deux entrevues ont eu lieu respectivement le 12 avril 2013 avec les responsables du centre de rééducation Orscholtz/ Saarschleife et 08 mai 2013 avec les responsables du centre de rééducation de Bernkastel-Kues, afin d'arrêter des mesures permettant aux bénéficiaires de l'assurance dépendance de rentrer rapidement après une rééducation fonctionnelle, dans un domicile adapté à leurs besoins.

Une troisième réunion avec les responsables du Centre de Convalescence du Château de Colpach a eu lieu le 30 juillet 2013 pour définir les modalités d'un échange d'informations permettant de prévoir la durée du séjour en centre de convalescence de façon plus réaliste. Au moment de l'orientation du dossier, il est important que la CEO puisse repérer les demandeurs qui rentreront au domicile après un séjour de convalescence et les demandeurs en attente d'un hébergement de longue durée, de façon à proposer aux uns et aux autres des réponses adaptées à leurs besoins.

- Engagement d'un agent de tri à temps plein

Afin de libérer les professionnels- métier de leurs tâches administratives, il a été décidé d'engager une infirmière à durée déterminée pour la période du 29 août 2013 au 28 août 2014 à raison de 40 heures par semaine. Sa mission est l'orientation interne des demandes de prestations de l'assurance dépendance en vue d'un service efficace et efficient au citoyen-client. Ce projet s'inscrit dans l'objectif de consolidation de l'homogénéité et la performance de l'orientation des dossiers.

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

Le groupe chargé de l'orientation des dossiers (composé d'un médecin et d'un ergothérapeute ou d'un kinésithérapeute, remplacé depuis septembre 2013 par une infirmière) a orienté **6 326 dossiers au total** :

- **1 465** dossiers ont été retenus pour une évaluation par un médecin (ce chiffre tend à diminuer progressivement depuis 2011) ;
- **1 885** dossiers ont été prévus pour une évaluation par un infirmier, un infirmier psychiatrique, un ergothérapeute, un kinésithérapeute ou un psychologue (ce chiffre est également en diminution par rapport à 2012).

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 2013, seuls 69 dossiers ont dû être redistribués à un second référent (soit 1%) pour complément d'information.

Les orientations erronées sont en général imputables à l'imprécision des rapports de certains médecins traitants.

Les demandes pour aides et soins restantes (1 566) étaient par ordre décroissant, des demandes :

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

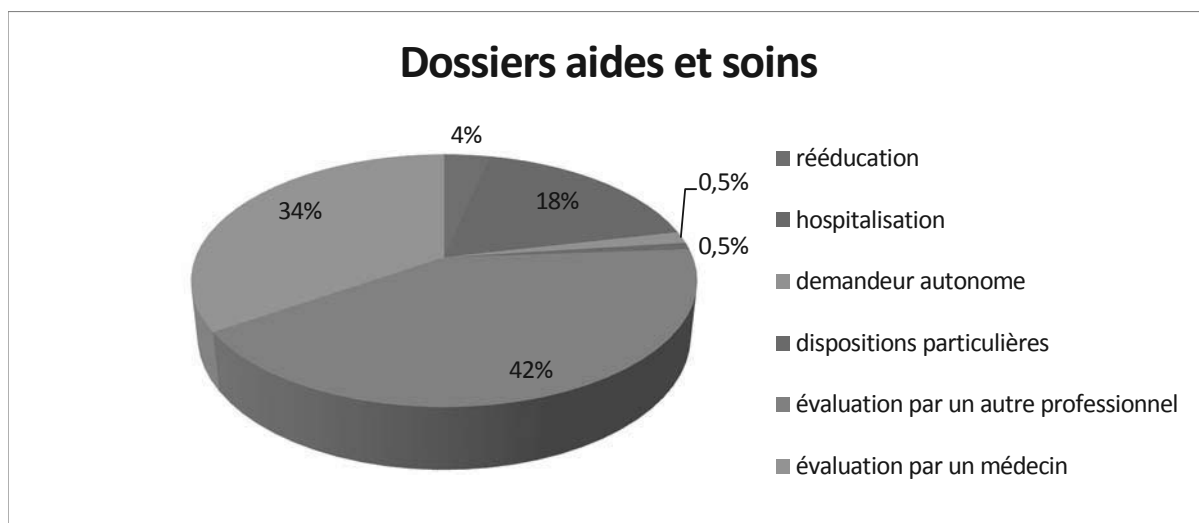
Sur **1 410** demandes pour aides techniques et adaptations du logement, **567** ont été retenues pour une évaluation au lieu de vie du demandeur.

Le solde des demandes (843) est constitué :

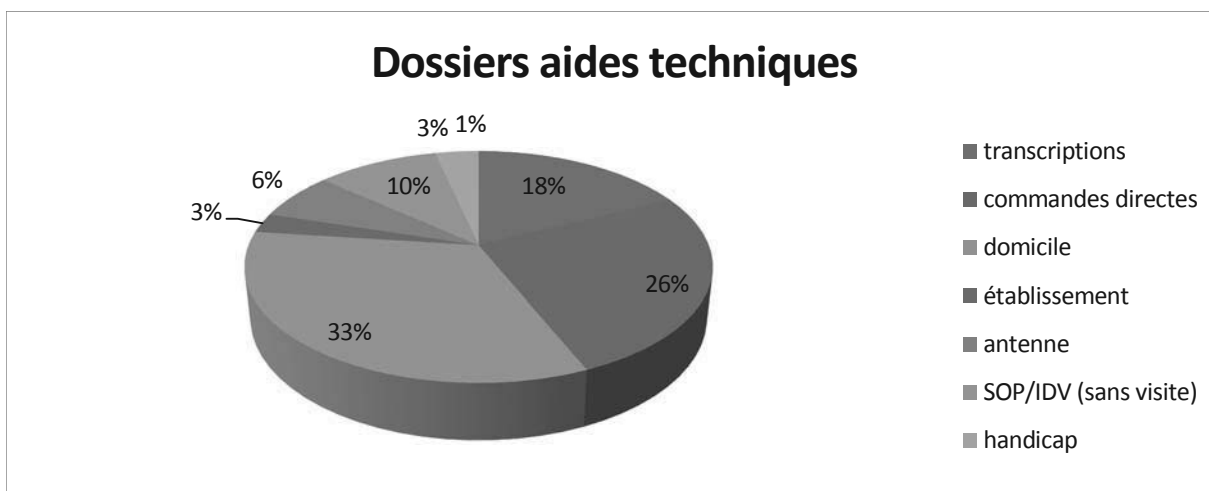
- de transcriptions d'aides techniques accordées par l'assurance maladie et mises à disposition pour une durée dépassant six mois ;
- d'aides techniques commandées directement sans nécessité d'une visite à la personne.

Une part importante des aides techniques peut être accordée sans visite à domicile préalable, ce qui réduit le délai de traitement de manière importante.

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.



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

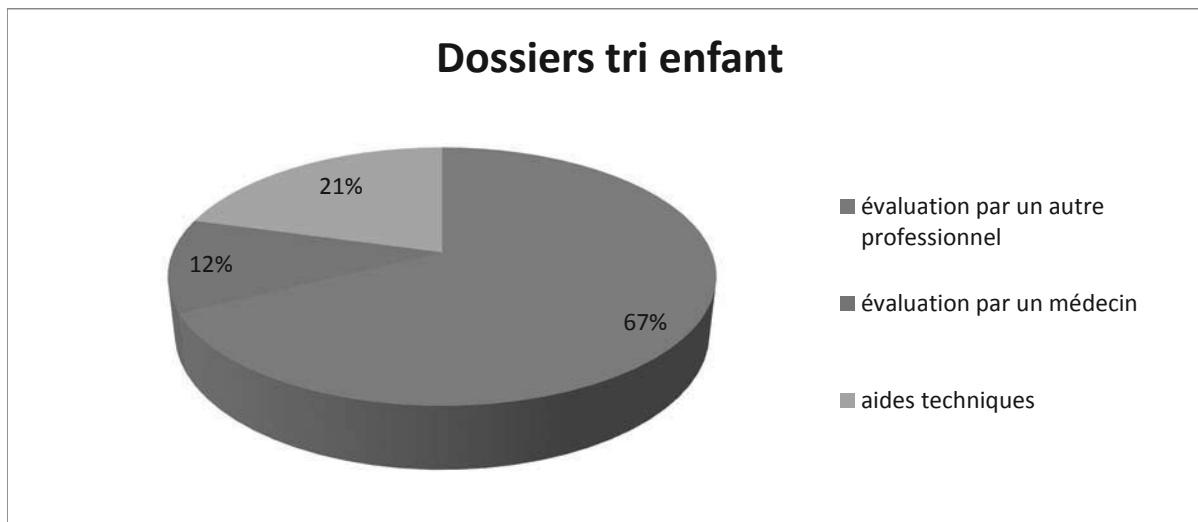
Les demandes émanant d'enfants et adolescents jusqu'à l'âge de seize ans sont examinées par un groupe tri spécifique.

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 2013, **335** dossiers ont fait l'objet d'une orientation. On compte **264** (78%) demandes pour aides et soins et **69** (21%) demandes pour des aides techniques.

Les demandes restantes concernent l'octroi de prestations en espèces forfaitaires pour certaines maladies ou déficiences (article 349 du Code de la sécurité sociale¹⁾).

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

3.3. Le service évaluation et détermination

Au cours de l'année 2013, on relève que

- 1 938 évaluations ont été effectuées par les 15 médecins du service (médecins permanents et médecins vacataires confondus) ;
- 3 502 évaluations ont été réalisées par un professionnel de santé. Ce chiffre ne cesse d'augmenter depuis 2011. En effet, on comptait 3107 évaluations en 2012 et 3136 en 2011) ;
- 1 375 demandes en révision des prestations selon la procédure dite " par fiche A3 " définie à l'article 6 du règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance, ont été examinées par les collaborateurs du SED. Un plan de prise en charge a été retenu. Ce chiffre se montre également en nette augmentation par rapport aux années précédentes. On en comptait 1188 en 2012 et 918 en 2011).

Le SED est particulièrement fier d'avoir réussi à absorber cette charge de travail supplémentaire, sans ajout d'effectifs.

3.3.1. Les objectifs opérationnels du service en 2013

Pour l'année 2013, le service évaluation et détermination s'était donné plusieurs objectifs :

- Adapter le traitement mensuel des dossiers au nombre de demandes introduites ;
- Optimiser le monitoring du travail individuel de chaque agent ;
- Harmoniser les procédures au cours du processus d'évaluation et de détermination ;
- Adapter la formation continue aux besoins spécifiques de chaque agent.

3.3.2. Les réalisations du service en 2013

- Adaptation du traitement mensuel des dossiers au nombre de demandes introduites

La mise en place, au cours de l'année 2012 dans la région nord-est, de la nouvelle procédure d'attribution des dossiers à évaluer, a été étendue en 2013 à toutes les régions. Cette distribution de la charge de travail ne s'est plus faite comme auparavant suivant un planning figé, fixé préalablement. 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, sur lequel la CEO n'a pas d'influence. Cette façon de faire a donc permis de traiter plus de dossiers que par le passé. L'objectif de cette mesure est en effet la réduction de la durée de traitement du dossier de chaque demandeur et, en définitive, un meilleur service à l'assuré-demandeur de prestations.

- Amélioration du monitoring du travail individuel de chaque agent

Cette nouvelle façon de faire va de pair avec un nouveau monitoring des dossiers en cours de traitement par chaque agent. Avec le concours du service qualité, un nouvel outil de suivi a été mis à disposition de chaque collaborateur pour la surveillance de sa charge de travail individuelle. Il ne s'agit dorénavant plus de repérer les dossiers ayant un retard de traitement. L'objectif est bien plus celui de responsabiliser chaque agent en lui donnant une fois par mois, à un instant T, une photo du nombre de dossiers qu'il a en cours de traitement, et de lui permettre dès lors, le cas échéant, de prendre les mesures qui s'imposent. L'autocontrôle qui en résulte est le corollaire du bon fonctionnement de la nouvelle procédure de distribution en amont.

- Harmonisation des procédures au cours du processus d'évaluation et de détermination

Plusieurs procédures existantes (dont celle du module préliminaire arrêtée à l'article 1er du règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance ainsi que la procédure prévue pour le demandeur en rééducation) ont été auditées en 2013 avec le concours du Service qualité. Ensuite, au cours des 21 réunions du service évaluation et détermination - qui réunit la chef de service et son adjoint avec les responsables régionaux et leurs adjoints - ces procédures ont été adaptées à la lumière des enseignements retenus dans ces audits. Par ailleurs, pas moins de dix autres procédures du SED ont été rédigées ou adaptées, discutées et *in fine* validées. Ce travail fastidieux, qui sera poursuivi en 2014, a pour objectif d'harmoniser les façons de faire de chaque référent et d'assurer une prise en charge optimale de chaque demande de prestations.

- Formation continue adaptée aux besoins spécifiques de chaque agent

La politique de formation de la CEO, telle qu'elle a été validée par le comité de direction en 2012, continue de se mettre en place dans le service. Dans la charte des valeurs de la CEO, on peut en effet lire que " Nous veillons de manière permanente à développer nos compétences professionnelles pour garantir la réponse la plus adéquate à l'évolution des besoins de la population dépendante ".

Toutes les demandes de formation individuelle des agents du service SED ont dès lors été discutées et validées au cours des réunions de service du SED, au regard du référentiel de compétences et du plan de formation arrêté par la Direction. On n'a pas manqué de tenir également compte des objectifs définis pour chaque agent au cours des entretiens de développement individuels.

Dans ce contexte, à côté des formations individuelles, le SED s'est attelé à organiser une formation sur mesure, qui s'adressait à tous les collaborateurs médicaux internes et externes ainsi qu'à tous les collaborateurs paramédicaux internes de la CEO. Cette formation, dont les besoins avaient été identifiés par les agents du SED eux-mêmes, concernait une pathologie spécifique, à savoir l'insuffisance cardiaque. Elle a été assurée par un médecin spécialiste

en cardiologie du Centre hospitalier de Luxembourg. Les deux objectifs principaux, à savoir, d'une part, " rappeler les bases théoriques de la physiopathologie des maladies cardio-vasculaires type trouble du rythme ou insuffisance cardiaque ", et, d'autre part, " préciser la corrélation entre les maladies cardiovasculaires type trouble du rythme ou insuffisance cardiaque et le besoin d'assistance du patient d'une tierce personne pour la réalisation des actes essentiels de la vie ou aides techniques de type " élévateur escalier " ou adaptation du logement ", ont été pleinement atteints.

Le SED se propose d'organiser une formation similaire en 2014.

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 2013

Les objectifs opérationnels du service qualité sont restés dans la ligne de ce que le service avait proposé pour 2012.

Ces objectifs sont les suivants :

- Consolider le système de management de la qualité ;
- Améliorer l'image et la visibilité de la CEO (externe) ;
- Soutenir le service de la gestion administrative dans la mise en œuvre de la nouvelle version de TCO ;
- Développer la politique de contrôle de la qualité.

3.4.2. Les réalisations du service en 2013

3.4.2.1 Consolider le système de management de la qualité

- Gestion des plaintes

En 2008, la CEO a implémenté un système de gestion des plaintes. Ce système a permis de traiter un total de 50 plaintes en 2013.

La majorité des plaintes soumises à la CEO portent sur la qualité des prestations d'aides et de soins.

La gestion des plaintes par la CEO en 2013 : enregistrements et suivi

Totalité des enregistrements	50
Durée de traitement des enregistrements identifiés comme priorité 1 (maltraitance, qualité de prise en charge, comportement collaborateur)	18 jours
Durée de traitement des enregistrements identifiés comme priorité 2 (qualité de l'information, délais de traitement CEO et fournisseurs, disponibilité des collaborateurs, non-conformités AT et LO)	16 jours
Durée de traitement des enregistrements identifiés comme priorité 3 (Dénonciations, problèmes de facturation)	30 jours
Nombre de plaintes visant la CEO	8
Nombre de plaintes visant la CEO dont les motifs sont fondés	4
Durée de traitement de tous les enregistrements	17 jours

- 18 % des enregistrements concernent le fonctionnement de la CEO (25% en 2012).
- 82 % des enregistrements sont des insatisfactions par rapport aux prestations d'aides et soins, aides techniques ou par rapport à une adaptation du logement.

La majorité des plaintes sont formulées par l'aidant informel et adressées par un appel téléphonique.

Pour l'année 2013, le service qualité a été saisi de quatre enregistrements par mois, en moyenne.

D'une manière générale, le service qualité a traité moins de plaintes que les années précédentes, car il ne s'occupe plus des plaintes concernant les partenaires. Ces dernières constituaient 11% de l'ensemble en 2012. Le temps de travail consacré aux plaintes a néanmoins augmenté et le nombre d'actions nécessaires pour leur traitement a également augmenté, notamment dans le cadre des plaintes liées aux aides techniques et dans le cadre de médiations réalisées entre le prestataire et le bénéficiaire.

Suite à l'audit interne de la procédure en octobre 2012, différentes actions d'améliorations avaient été mises en place :

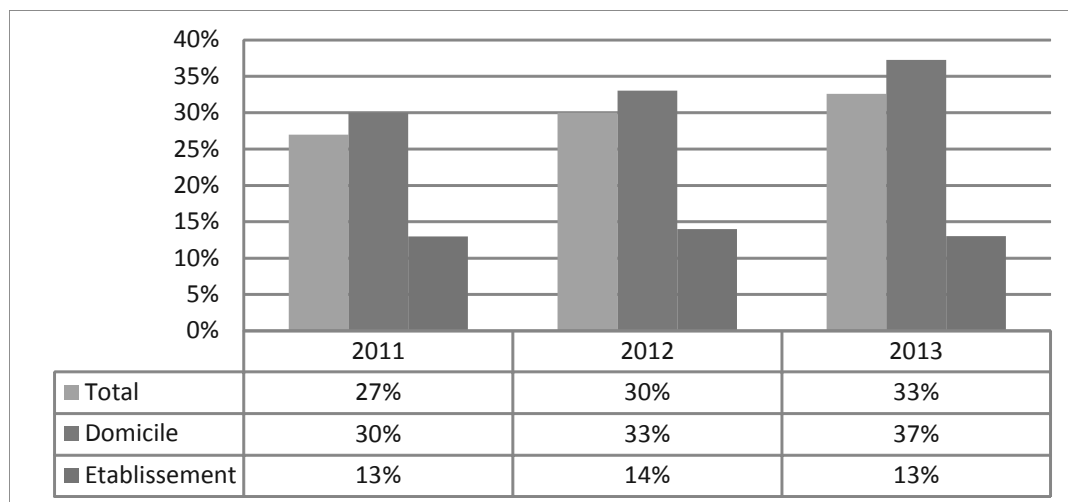
- adaptation de l'application en fonction des besoins ;
- traitement de la majorité des plaintes via la fiche de suivi afin d'assurer la traçabilité des actions réalisées ;
- traitement des plaintes selon leur degré de priorité.

- **Analyse de la non-qualité : les refus de prestations (premières demandes pour aides et soins et aides techniques)**

En 2013, le service qualité a continué à analyser les refus de prestations consécutifs à une première demande pour aides et soins. La proportion de refus se révèle particulièrement importante et augmente régulièrement depuis 2011. Ceci constitue un problème réel : un demandeur à qui les prestations sont refusées représente un investissement aussi important qu'un demandeur auquel des prestations sont accordées.

Le graphique suivant présente l'évolution du taux de refus au cours des trois dernières années.

Taux de refus de prestations pour aides et soins en 2011, 2012 et 2013 - Comparaison domicile et établissement



Les refus concernent les demandeurs qui présentent un besoin d'aide insuffisant pour satisfaire au seuil de 3,5 heures par semaine. On y compte aussi les demandeurs qui ne présentent aucun besoin pour les actes essentiels de la vie.

Afin d'en diminuer le nombre, il est essentiel de connaître cette population. L'analyse réalisée par le service qualité concerne :

- les profils des demandeurs ;
- la provenance des demandes ;
- le type des besoins exprimés.

Depuis 2012, diverses actions ont été entreprises. Elles portent notamment sur l'amélioration de l'information. Ces actions restent néanmoins insuffisantes.

Une piste intéressante a été développée à partir d'octobre 2013. Depuis cette date, le SQ se charge du contact avec les demandeurs dans le cadre de l'utilisation du module préliminaire prévu à l'article 1er du règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

Le Service qualité apporte également sa contribution pour l'analyse des refus d'aides techniques et d'adaptations du logement

- notamment les aides techniques non collectées ;
- les aides techniques non acceptées lors de la livraison ;
- les problèmes de montage.

- **Vérification de l'application des standards retenus pour la détermination des aides et soins**

Un contrôle de l'application des standards retenus dans le guide de détermination des prestations est effectué en permanence. Il révèle que l'application des standards est conforme aux consignes dans 98% des cas. En conséquence, ce contrôle ne sera plus réalisé en continu en 2014. Un contrôle épisodique et ponctuel continuera d'être assuré.

- **Gestion des demandes d'amélioration**

Depuis juin 2009, le service qualité sensibilise les agents de la CEO pour qu'ils participent aux réflexions en termes d'amélioration des pratiques. Depuis le début de l'année, le service qualité dispose d'un outil permettant l'enregistrement et le suivi des demandes d'amélioration de façon automatisée. Au cours de l'année 2013, 35 demandes d'améliorations ont ainsi été traitées. Elles concernaient des procédures, outils métier, applications, ou courriers-type.

- Audits internes

Dans le cadre du processus d'amélioration continue, le service qualité a audité trois procédures :

- la procédure de mise à disposition des élévateurs d'escaliers ;
- la procédure de suivi d'une demande lorsque le demandeur est en rééducation ;
- la procédure d'utilisation du module préliminaire.

- 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 mène une enquête de satisfaction auprès des demandeurs de prestations. Réservée aux demandeurs qui avaient reçu une décision positive, l'enquête a été étendue en 2013, aux personnes qui avaient reçu une décision de refus de prestations. Le taux de réponse à cette enquête est très important (supérieur à 50% des envois). On peut en déduire un réel intérêt de la population pour ce type d'enquête. Une publication des résultats est envisagée au cours de l'année 2014.

- Politique de qualité de la CEO

Au cours de l'année 2013, plusieurs processus ont été analysés. Dans le cadre des travaux de formalisation, l'identification des objectifs prioritaires de certaines actions a permis de consolider les orientations stratégiques de la CEO. A l'automne 2013, des ateliers de travail ont débuté afin de décliner les objectifs stratégiques et une série d'indicateurs de pilotage ont été formalisés.

- Exploitation du DataWareHouse

Dans le cadre de l'automatisation du suivi du processus métier et la recherche d'autonomie pour la fourniture et l'analyse de données, le système de monitoring a été revu. Des analyses systématiques liées au pilotage de ce processus sont maintenant fournies aux chefs de service SED et SOD.

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

- Cours et séances d'information

En 2013, la CEO a proposé tout au long de l'année, plusieurs cours dans le cadre de diverses formations professionnelles ainsi que des séances d'information à l'attention de publics divers.

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

- Amélioration de plusieurs outils proposés aux utilisateurs

- Fiche de commande d'aides techniques via HELPLINE

Cette fiche a été revue en juillet 2013 suite aux suggestions d'amélioration des différents utilisateurs. Des renseignements complémentaires indispensables au suivi des commandes ont été ajoutés. La nouvelle version de la fiche, qui a été également traduite en langue allemande, permet d'améliorer le transfert des informations nécessaires pour une mise à disposition rapide d'aides techniques adaptées aux besoins des bénéficiaires.

- Révision de la **liste téléphonique** (site internet et annuaire téléphonique) **des collaborateurs de la CEO.**

Une représentation par services et attributions permettra aux utilisateurs-clients et aux professionnels un accès plus facile et rapide aux coordonnées du collaborateur respectif.

- Actualisation du site **internet** du Ministère de la Sécurité sociale en ce qui concerne l'assurance dépendance
- Réalisation d'un **dictionnaire luxembourgeois.**

Il présente la "terminologie assurance dépendance" en langue luxembourgeoise, à l'attention des évaluateurs, des agents assurant la permanence téléphonique et de toute personne en contact avec le public.

- Rédaction d'un **guide des liens utiles.**

Il répond aux questions les plus fréquentes des demandeurs et de leurs familles. Il est destiné à une meilleure orientation vers les services ou structures compétents.

3.5. La direction

Outre ses tâches de coordination et de représentation, la direction s'attache de manière intensive à **préparer la réforme de l'assurance dépendance prévue pour 2014.**

La rédaction du bilan sur l'assurance dépendance avait été clôturée en 2012. Comme on l'a relevé précédemment, les conclusions en ont été publiées au cours de l'année 2013.

La réforme de l'assurance dépendance a été inscrite au programme du gouvernement issu des élections du 20 octobre 2013.

Des réflexions pour la réforme de l'assurance dépendance ont été menées au sein de la CEO, tout au long de l'année 2013.

3.6. Conclusions

Compte tenu des travaux réalisés et des objectifs qui ont été atteints en 2013, le comité de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation a revu ses orientations stratégiques.

Au 1er janvier de l'année 2014, la Cellule définit ses orientations stratégiques de la manière suivante :

- " Nous apportons aux décideurs notre expertise en vue de co-développer un système d'assurance dépendance performant et au plus près des besoins du citoyen-client " ;*
- " Nous développons une politique de gestion des données de l'assurance dépendance " ;*
- " Nous poursuivons le développement de notre système interne de management de la qualité " ;*
- " Nous garantissons la stabilité de la durée de traitement des demandes de prestations en nous adaptant à leur rythme d'entrée " .*

Les objectifs opérationnels pour l'année 2014 sont en voie d'être finalisés sur base de cette reformulation des orientations stratégiques selon quatre axes pré-définis :

- accroissement de la performance financière ;
- satisfaction des clients et des partenaires ;
- amélioration des processus internes ;
- soutien et croissance des potentiels de développement.

Ces objectifs seront intégrés à la carte stratégique de la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance. Les indicateurs de suivi sont en cours d'élaboration.

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.

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.

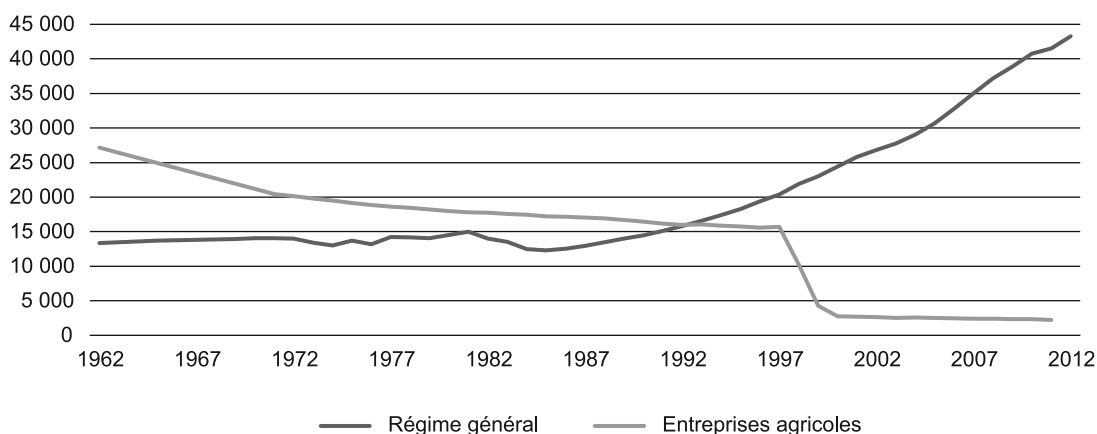
Les régimes spéciaux, qui assurent principalement les écoliers, élèves et étudiants, les activités périscolaires, les personnes participant à des actions de secours, des mesures de mises au travail ainsi que les titulaires d'un mandat public, ont été étendus au bénévolat dans le domaine social, aux bénéficiaires 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)



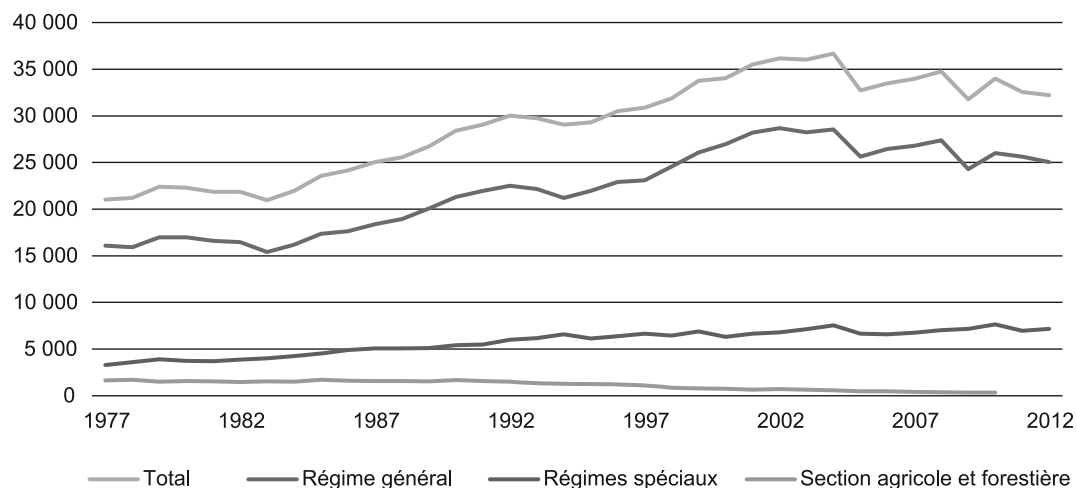
Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à l'ancienne section industrielle de l'association d'assurance accident avait été décroissant dès le début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a augmenté en moyenne de plus de 5% par année. Malgré la crise financière et économique qui a atténué cette croissance, le nombre des entreprises a néanmoins dépassé 43 000 unités en 2012, une augmentation de 4,3% face à 1,8% en 2011 et 4,8% en 2010.

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.

A partir de 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.

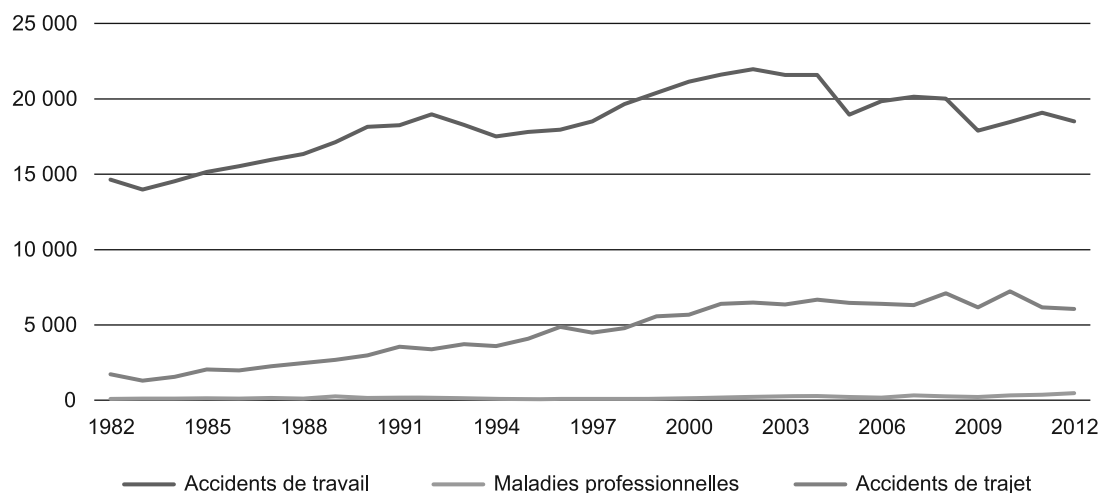
Les statistiques sur les accidents

Evolution du nombre d'accidents déclarés



Le nombre d'accidents déclarés en 2012 s'élève à 32 223 dont 25 049 (77,7%) pour le régime général, et 7 174 (22,3%) 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, 73,9% concernent des accidents de travail proprement dits, 24,2% des accidents de trajet et 1,9% des maladies professionnelles.

Les rentes

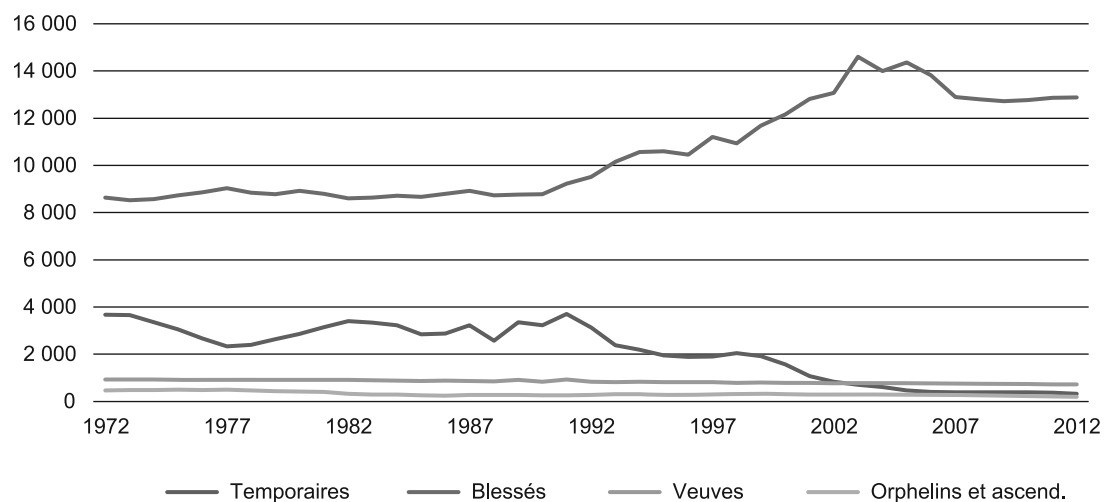
Le nombre total des rentes s'élève en 2012 à 14 107 unités contre 14 177 en 2011. La répartition de ces rentes suivant le régime et la catégorie se présente comme suit :

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

Catégorie	Régime général	dont Régimes spéciaux
Rentes temporaires	315	-
Rentes de blessés	12 884	313
Rentes de conjoints survivants	714	3
Rentes d'orphelins	192	1
Rentes d'ascendants	2	-
TOTAL	14 107	317

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

	Nombre de rachats							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^{*)}	2012
Rachats de rentes inférieures à 10%	1 242	2 426	900	801	879	943	972	603
Rachats de rentes supérieures aux précédentes	215	259	247	240	251	243	275	225
Autres	15	11	8	13	11	9	5	4
Indemnités de remariage	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1 472	2 696	1 155	1 054	1 141	1 195	1 252	832

*) 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. A partir de 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, mais à partir de 2012 ce nombre connaîtra une réduction rapide dans les années à venir suite à la réforme de l'assurance accident.

Répartition des rentes et rachats de rentes par pays de résidence

Pays de résidence	Nombre de rentes	Montants
<i>Luxembourg</i>	9 578	76 486 756,62
Autres pays de l'UE	5 167	48 541 101,58
Allemagne	856	7 686 080,09
Autriche	6	81 163,55
Belgique	1 149	11 056 068,86
Danemark	3	27 534,93
Espagne	62	656 630,12
Finlande	-	-
France	2 446	23 243 174,82
Grèce	-	-
Irlande	-	-
Italie	228	2 186 567,89
Pays-Bas	8	56 969,64
Portugal	408	3 538 942,90
Royaume-Uni	-	-
Suède	1	7 968,78
Autres pays hors UE	56	666 278,66
TOTAL	14 801	125 694 136,86

Le nombre de rentes versées à l'étranger représente 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 2012, le montant de la dotation à la réserve s'élève à 18,4 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	-	-	-	-	-	-
2012	216 624,41	235 032,09	18 407,68	-	-	-	-	-	-

Les dépenses courantes représentent 0,49% du PIB en 2012, 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 2012 n'atteint que 4,0% (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	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AAI - prest. nat.	34 924 329	32 795 144	35 073 200	37 444 908	35 626 358	36 079 924	33 298 362
AAI - prest. esp.	167 329 075	142 248 335	148 558 408	148 689 747	158 248 018	165 904 895	169 538 286
AAA - prest. nat.	815 192	816 708	1 108 167	1 019 660	1 063 651		
AAA - prest. esp.	6 193 681	5 778 067	6 108 755	6 177 522	6 464 412		
Total prestation nature	35 739 521	33 611 852	36 181 367	38 464 568	36 690 009	36 079 924	33 298 362
Total prestation espèce	173 522 756	148 026 402	154 667 163	154 867 269	164 712 430	165 904 895	169 538 286
Total prestations	209 262 277	181 638 254	190 848 530	193 331 837	201 402 439	201 984 819	202 836 648
n.i. moyen	653,52	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34	742,34
Total prestations au n.i.100	32 020 792	27 172 644	27 967 662	27 640 947	28 323 855	27 885 360	27 323 955
Var. prestations nature	-2,00%	-5,95%	7,64%	6,31%	-4,61%	-1,66%	-7,71%
Var. prestations espèce	17,37%	-14,69%	4,49%	0,13%	6,36%	0,72%	2,19%
Var. total au n.i.100	11,23%	-15,14%	2,93%	-1,17%	2,47%	-1,55%	-2,01%

En 2012, les dépenses pour prestations de l'association d'assurance accident atteignent 202 836,7 milliers EUR, soit une diminution de 2% au nombre indice 100 par rapport à 2011. Elles représentent 93,6% du total des dépenses courantes de l'AAA.

Les importantes variations des prestations en nature sont en partie dues aux prestations fournies à l'étranger. La comptabilisation de ces prestations dépend des décomptes (E125) introduits de manière irrégulière par les institutions étrangères.

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 spéciaux exclus)

	2008	2009	2010	2011	2012
A. Prestations en espèces	141 460 115,34	142 530 734,72	150 742 923,82	163 991 043,23	167 176 179,95
1. Indemnités pécuniaires	28 355 684,68	21 974 994,33	28 303 299,85	29 479 855,99	32 857 379,49
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	12 759 976,32	17 180 816,53	18 020 109,62	18 825 336,10
Indemnités pécuniaires (IP)	27 979 516,01	9 215 018,01	10 597 659,73	10 944 235,93	13 512 467,33
Assurance dépendance	376 168,67	-	524 823,59	515 510,44	519 576,06
2. Rentes	84 921 241,32	89 447 137,37	91 197 338,93	102 644 305,40	106 845 061,27
Rentes viagères	58 187 859,67	61 000 340,27	62 377 907,93	72 757 680,53	75 658 617,51
Rentes de survie	14 723 305,76	15 171 703,50	15 168 073,01	15 872 447,18	15 989 087,24
Rentes transitoires	4 445 231,67	5 248 501,86	5 469 378,06	5 585 140,43	4 496 930,65
Paiements uniques	7 564 844,22	8 026 591,74	8 181 979,93	7 238 478,66	5 039 134,42
<i>Nouvelle législation</i>					
Rentes complètes				1 186 213,95	4 141 296,96
Rentes partielles				-	-
Rentes d'attentes				-	491 544,48
Rentes de survie				4 344,65	
Nouvelle législation					1 028 450,01
<i>Indemnités pour préjudices extra-patrimoniaux</i>				170 476,92	4 763 601,00
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %				137 770,04	3 398 185,23
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %				3 604,22	110 930,72
Douleurs physiques				22 963,16	976 743,63
Préjudice esthétique				6 139,50	277 741,42
3. Rachats de rentes	28 158 632,74	31 104 161,55	31 228 257,36	31 693 094,16	22 692 846,30
Rachats d'office	15 993 342,13	18 369 382,96	19 300 158,11	20 162 845,79	13 261 601,79
Rachats sur demande	11 852 889,11	12 541 809,04	11 790 095,14	11 465 044,51	9 347 906,91
Autres	312 401,50	192 969,55	138 004,11	65 203,86	83 337,60
4. Autres	24 556,60	4 441,47	14 027,68	3 310,76	17 291,89
Autres secours en espèces	11 022,49	2 365,54	1 057,52	2 576,93	2 826,85
Intérêts moratoires sur prestations	13 534,11	2 075,93	12 970,16	733,83	14 465,04
B. Prestations en nature	30 811 678,86	33 001 435,82	31 193 654,12	32 645 915,03	29 671 297,12
AAA -Dégâts matériel	4 093 347,72	4 338 604,12	3 427 450,10	2 195 815,84	2 038 971,63
AAA -Soins	336 863,40	236 285,62	334 326,00	374 154,10	379 540,77
Indemnité pour dommage moral				320 436,78	-
CNS - Prestations lux.	21 682 417,49	21 636 559,13	21 170 074,12	23 610 965,97	23 008 737,58
CNS - Prestations étrang.	4 364 251,06	6 445 035,08	5 233 866,47	4 869 447,42	3 009 777,55
CNS - Assurance dépendance	334 799,19	344 951,87	1 027 937,43	1 275 094,92	1 234 269,59
TOTAL DES PRESTATIONS	172 271 794,20	175 532 170,54	181 936 577,94	196 636 958,26	196 847 477,07

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	2012
A. Prestations en espèces	6 196 614,32	7 517 615,07	1 922 882,58	2 362 105,66
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	1 173 934,37
Délégués professionnels	-	-	-	-
Travaux en régie	79 683,62	81 008,34	83 298,30	86 177,40
Pompiers volontaires	201 666,49	158 274,60	172 839,68	172 808,07
Protection civile et autres	129 342,56	103 176,14	67 030,17	71 759,74
Action de mise au travail	335 870,27	536 088,29	532 962,90	619 454,94
Mandataires publics	39 659,02	40 318,32	41 457,99	226 759,75
Activités bénévoles	6 731,08	6 842,94	7 036,25	7 279,53
Formation personnes handicapées	-	-	-	0
Ass.Dép. Trajet	-	-	-	3 931,86
B. Prestations en nature	4 444 472,78	4 432 704,68	3 434 009,19	3 627 065,33
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	2 977 527,22
Délégués professionnels	-	-	-	-
Travaux en régie	-	-	245	-
Pompiers volontaires	30 608,08	45 741,00	40 165,43	40 486,48
Protection civile et autres	52 865,25	53 985,45	35 796,14	25 585,39
Action de mise au travail	481 246,71	445 517,22	461 802,24	566 375,00
Mandataires publics	1 014,30	17 376,22	2 998,02	2 751,33
Mesures pénales	-	-	-	864,41
Activités bénévoles	2 395,98	745,96	2 448,57	11 825,48
Formation personnes handicapées	-	16 630,26	535,73	1 650,02
Ass. Dép. Trajet	-	-	-	-
TOTAL	10 641 087,10	11 950 319,75	5 356 801,77	5 989 170,99

A partir de 2011, la diminution des montants pour prestations des régimes spéciaux 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	10 216,81	4,7%
Prestations en espèces	169 538,29	78,3%
Prestations en nature	33 298,36	15,4%
Dépenses diverses	3 570,95	1,6%
TOTAL	216 624,41	100,0%

Les frais d'administration représentent 4,7% des dépenses courantes.

Les recettes courantes

L'assurance accident est financée à raison de 85,9% par des cotisations, de 10,% par des contributions publiques et de 4,1% par des revenus sur la fortune et des recettes diverses.

En 2012 les cotisations ont augmenté de 3,9% au nombre indice 100 par rapport à 2011.

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)

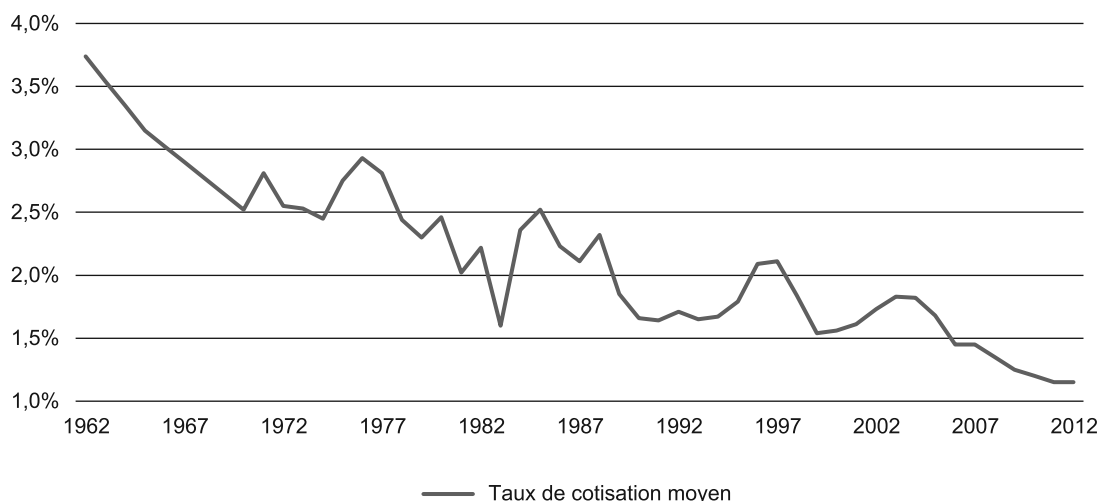
	AAA	En % du total
Cotisations	202 006,10	85,9%
Participation de l'Etat	23 467,75	10,0%
Produits financiers et recettes diverses	9 558,24	4,1%
TOTAL	235 032,09	100,0%

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 2012 comme 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 dû être élaborés. Il s'agit des règlements suivants :

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

A tous ces 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 qui a été mise en place par arrêté ministériel du 1er mars 2013.

Par ailleurs, le règlement grand-ducal définissant le barème médical applicable à l'assurance accident a été mis en vigueur le 10 juin 2013. Il a été pris sur base de l'alinéa 1er de l'article 119 du Code de la sécurité sociale qui dispose que l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément définitif est fonction du taux d'incapacité fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base du barème en question dont devront se servir les médecins-conseils de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale et des juridictions de la sécurité sociale ainsi que les médecins traitants et les experts en vue d'évaluer le taux d'incapacité résultant des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

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. Le texte afférent est sur le point d'être finalisé.

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%. Il est resté fixé à 1,10% pour l'exercice 2014.

LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS

Les attributions du Service des dommages de guerre corporels

Le 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 2013, le service a versé 310 rentes, dont 215 rentes personnelles et 95 rentes de survie. 38 rentes se sont éteintes.

La commission des rentes a siégé une fois en 2013. Elle a fourni un avis concernant une demande de majoration d'une rente.

L'évolution réglementaire

Le règlement grand-ducal du 18 décembre 2013 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 2014.

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 (RCP)

Entre 2012 et 2013, le nombre d'entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension a progressé de 2137 à 2406 unités, soit une augmentation de 12,59%. Le secteur des régimes complémentaires de pension professionnels reste donc en expansion continue.

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

Exercice	Entreprises disposant d'un RCP	Entreprises disposant d'un RCP actif	Origine du chiffre	Date de l'observation	Taux de croissance annuel ¹⁾
1995	404		Etude ACD	fin d'année	
1996					
1997					
1998					
1999					
2000					
2001	683		Dossiers IGSS	fin d'année	9,15%
2002					
2003	930		Statistiques renseignées par les gestionnaires	fin d'année	16,69%
2004					
2005					
2006					
2007	1278		Registre IGSS	fin d'année	8,27%
2008	1590		Registre IGSS	fin d'année	24,41%
2009	1731	1545	Logiciel PenCom	fin d'année	8,87%
2010	1938	1706	Logiciel PenCom	fin d'année	10,42%
2011	2110	1893	Logiciel PenCom	fin d'année	11,10%
2012	2305	2137	Logiciel PenCom	fin d'année	12,89%
2013	2493	2406	Logiciel PenCom	fin d'année	12,59%

1) Le taux de croissance est calculé jusqu'en 2009 en tenant compte de toutes les entreprises ayant enregistré un régime complémentaire de pension, indépendamment du fait qu'il soit encore actif ou non. A partir de 2010, le taux de croissance est calculé uniquement en fonction des 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 quasiment été multiplié par 6 en 18 ans et la croissance propre à l'exercice 2013 de 12,59% 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 31/12/2013):

Répartition des plans actifs suivant les différents supports juridiques

Assurances de groupe	Régimes internes ¹⁾	Fonds de pension du CAA ²⁾	Fonds de pension de la CSSF ³⁾	Total des plans
8 907	138	15	32	9 092

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.

Répartition des plans actifs suivant le type de prestation

Vieillesse	Décès	Invalidité	Cotisations personnelles	Total des plans
2 678	2 130	2 028	2 256	9 092

L'augmentation du nombre de plans de 8174 en 2012 à 9092 en 2013 montre l'énorme charge de travail à laquelle l'IGSS est continuellement confrontée.

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

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

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

Affiliation d'entreprises luxembourgeoises au PSVaG

Année	Nombre d'entreprises affiliées ¹⁾	Montant des provisions assurées contre l'insolvabilité (en mio €)	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
2013	147	490	1,7 (+1,5) ²⁾	1,58	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.

Les légères augmentations en 2010 et 2013 du nombre d'entreprises affiliées au PSVaG proviennent essentiellement de scissions d'entreprises et de l'implantation au Luxembourg d'entreprises provenant d'Allemagne, mais elles ne renversent 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 2013 a été fixé à 1,7‰, donc nettement en-dessous du taux moyen de 3,1‰. Au total les 93 765 entreprises (allemandes et luxembourgeoises) affiliées au PSVaG ont cotisé 530 millions d'euros qui ont été répartis en fonction d'un montant total de provisions assurées de 311,5 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.

L'évolution de la charge de travail du service Pensions complémentaires

Evolution des effectifs du service Pensions complémentaires

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

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

Exercice	Nombre d'entreprises	Total des agents	Nombre de vérificateurs	Effectif des vérificateurs à temps plein	Charge de travail effective par poste à temps plein	Besoins en personnel estimés selon EIS ¹⁾
2000	684	6	3	2,25	304	6,75
2001	760	6	3	2,25	602	7,50
2002	845	8	3	2,75	303	8,50
2003	938	9	4	3,25	282	9,50
2004	1 043	9	5	4,25	238	10,50
2005	1 159	9	5	4,25	263	11,50
2006	1 287	10	5	4,25	290	12,75
2007	1 430	11	6	5,25	259	14,25
2008	1 589	12	7	5,75	262	16,00
2009	1 545 ²⁾	14	9	6,75	229	15,50
2010	1 706	14	9	6,75	253	17,00
2011	1 893	14	8	7,00	270	19,00
2012	2 137	15	9	7,00	305	21,25
2013	2 406	15	9	7,00	344	24,00

1) Chiffres estimés par EIS (Esofac International Services SA) sur la base qu'un vérificateur peut être en charge de 100 dossiers d'entreprise pour la vérification de la conformité juridique et actuarielle des régimes complémentaires de pension.

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

Actuellement, la charge de travail d'un vérificateur est donc 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 prévoyait 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 2010 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 2010 a démarré en juin 2012 et environ un tiers des créances a été facturé fin 2013.

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 annuellement à l'IGSS les données relatives aux exercices 2011 et suivants au plus tard pour le 30 juin de l'exercice subséquent. Jusqu'alors en mode de test, le système PenCom est entré en mode de production en juin 2012. 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 et d'établir des certificats de conformité à l'attention de l'Administration des contributions directes ainsi que des factures relatives à la taxe rémunératoire et à la contribution dépendance.

Après un démarrage plutôt poussif, dû principalement au retard pris par les gestionnaires de RCP dans la mise au point de leurs propres systèmes informatiques en vue de la communication des données demandées dans le format requis, les transmissions de données ont progressé en 2013, si bien qu'en début 2014, la base de données PenCom recense quelques 190 000 DAP (données annuelles par affilié et par plan) et 3 650 DER (données annuelles par entreprise et par régime), réparties sur les exercices 2011 et 2012. Étant donné que l'IGSS s'attend à au moins 200 000 DAP et 2 500 DER par exercice, les données reçues ne permettent pas encore de tirer des conclusions probantes sur le marché des RCP.

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 aux programmes gouvernementaux de 2009 et de 2013, 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. Or, au vu de l'avancement des élections législatives, le dépôt de l'avant-projet de loi relatif à cette modification a été reporté à la période législative en cours.

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 a fait 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.

Suite aux études qui ont été réalisées par l'IGSS, 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 (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).

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.

L'IGSS a estimé 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 a proposé de prévoir des dispositions transitoires lors de la transposition de ce changement des bases techniques afin d'étaler le financement supplémentaire requis par ces nouvelles tables sur plusieurs exercices. Or, il est apparu que ces dispositions transitoires nécessitent des modifications de la loi RCP, notamment des dispositions relatives au financement minimum. Comme, suite à l'avancement des élections législatives, le dépôt du projet de modification de la loi RCP n'a plus eu lieu lors de la dernière période législative, les bases techniques prévues au règlement grand-ducal du 15 janvier 2001 précité n'ont pas encore pu être adaptées.

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, le Conseil, le Parlement européen ainsi que la Commission ont obtenu le 26 novembre 2013 un accord provisoire sur la " directive relative aux prescriptions minimales visant à accroître la mobilité des travailleurs en améliorant l'acquisition et la préservation des droits à pension complémentaire ". Cet accord a été approuvé par le Comité des représentants permanents le 4 décembre 2013. Il est prévu que cette directive sera votée par le Parlement européen en début de l'année 2014. Ladite directive aura une conséquence non négligeable sur la durée de la période de stage, qui actuellement fixée à 10 ans par la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension, sera réduite à 3 ans. Les Etats Membres disposeront de 4 années pour transposer cette directive.

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

En ce qui concerne le Conseil arbitral de la sécurité sociale, 2.007 jugements ont été prononcés. Ce nombre entraîne un total d'affaires évacuées de 1.271 unités. Le nombre des audiences, avec 810 séances tenues en 2013, a diminué légèrement pour retomber au niveau des années précédentes. En 2013, 607 affaires ont nécessité une expertise médicale et 163 ont impliqué un avis médical des médecins-conseil du Conseil arbitral, ce qui est normal si l'on considère qu'au cours de l'année passée, le service médical du Conseil arbitral de la sécurité sociale est resté réduit à 2 médecins-conseil.

Des 1.237 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 39,1% ont dit les recours fondés et 60,9 % les ont rejetés ou déclaré irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2013, 251 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 2013 (1.731 recours) à celui de 2012 (1.682 recours), on constate une légère hausse de ce nombre, de sorte qu'il n'a pas été possible de réduire en 2013 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 a été peu sensible au niveau du nombre des recours introduits.

Comme il a été relevé ci-avant, le Conseil supérieur de la sécurité sociale s'est vu soumettre 251 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.

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

Deux sentences arbitrales ont été rendues dans les affaires soumises au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

La première a concerné le fondement de l'article 62 du Code de la sécurité sociale - litige entre deux fédérations au sujet de la représentativité revendiquée pour son compte par chacune des fédérations en cause.

La deuxième a concerné le fondement de l'article 70 du même code - demande tendant à la fixation de la valeur de la lettre-clé des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pour les exercices 2013 et 2014.

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2013 est de 232 unités.

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

Branches	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Assurance accident	278	446	415	439	586	577	476	477	496	492	535	544	590
Assurance pension	344	324	535	555	364	388	331	352	310	335	347	321	364
Assurance maladie	139	159	248	242	259	323	344	326	313	414	299	169	155
Assurance dépendance	20	20	22	5	15	36	39	21	7	14	14	11	12
Prestations du Fonds National de la Solidarité	73	68	68	86	106	103	117	109	101	122	114	153	203
Autres prestations													
(dont chômage)	70	91	217	191	248	240	289	280	231	234	268	475	402
Affiliation et Cotisations	8	10	15	78	25	69	15	2	5	9	40	9	5
TOTAL	932	1 118	1 520	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567	1 463	1 620	1 617	1 682	1 731

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

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Audiences	534	562	710	765	741	851	768	767	617	715	718	983	810
Affaires fixées	1 995	1 945	2 181	2 541	2 822	2 871	3 095	2 743	2 565	2 925	2 941	2 970	2 979
Jugements prononcés (évacués)	957	987	967	1 187	1 172	1 238	1 356	1 127	934	1 156	1 213	1 094	1 237
Expertises/avis des médecins-conseil	320	280	322	417	435	344	496	617	475	556	671	695	770
Désistements	207	136	167	146	194	207	205	186	163	29	38	42	34
Affaires évacuées	1 164	1 123	1 134	1 333	1 366	1 445	1 561	1 313	1 097	1 185	1 251	1 136	1 271
Recours introduits	932	1 118	1 520	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567	1 464	1 620	1 617	1 682	1 731
Recours déclarés fondés	392	452	344	400	330	515	551	489	397	455	501	419	484
Recours déclarés non fondés	513	478	543	714	708	629	642	520	457	609	644	611	694
Recours déclarés irrecevables/annulation	52	57	80	73	74	94	163	118	80	92	68	64	59

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

Années	Appels déposés	Arrêts rendus
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
2013	251	204

CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. L'assurance maladie

Elle constitue le volet le plus important de l'activité du Contrôle médical de la sécurité sociale. En 2013, onze médecins y étaient attachés et assuraient une permanence pour le compte de la Caisse nationale de santé, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et de l'Entraide médicale des Chemins de fer luxembourgeois.

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 pour autorisation les prestations suivantes:

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

Les caisses de maladie ont consulté les médecins-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 de la Caisse nationale de santé ;
- la constatation de la consommation abusive conformément aux articles 31 et 32 des statuts de la CNS.

Trois médecins-dentiste 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-réviseur 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-inspecteur 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 CNS.

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 de la CNS.

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.

	premiers examens	réexamens	total	Décisions prises après premier examen		
				invalidité permanent	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
2013	3 091	1 162	4 253	1 453	597	1 041

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 161 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 2006 à 2013, il a été procédé à:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
premiers examens et réexamens	1 800	2 161	2 014	2 137	2 015	2 031	2 097	2 057
examens pour maladie professionnelle	52	60	90	78	104	139	130	168

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

Dans ses relations avec l'ADEM, 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 664 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 2013, 4.288 dossiers ont ainsi été traités.

	demandes transmises	certificats non retournés		décisions prises	refus	A	B	C	n. d. *)
2008	2 055	276	13.43%	1 779	2.30%	82.29%	7.14%	3.04%	5.23%
2009	3 134	559	17.84%	2 575	2.56%	60.62%	23.03%	7.65%	6.14%
2010	3 464	454	13.11%	3 010	0.17%	44.39%	44.58%	10.86%	
2011	3 173	434	13.68%	2 739	0.04%	41.66%	47.43%	10.59%	0.29%
2012	3 806	545	14.32%	3 261	4.85%	42.23%	45.94%	6.32%	0.67%
2013	4 288	578	13.48%	3 710	7.15%	39.22%	48.01%	5.62%	

*) information non disponible: décision prise par le médecin-conseil, mais non enregistrée dans la banque de donnée.

L'augmentation fulgurante et constante du nombre de demandes à partir de 2009 s'explique par l'introduction du service " Novabus ", accessible aux détenteurs d'une carte d'invalidité. A partir de janvier 2011, ce service a été limité aux seuls détenteurs d'une carte de type B ou C. La croissance du taux de refus est due au nombre croissant de demandes en obtention d'une carte B ou C, provenant de la part de personnes bénéficiant d'une carte A et désirant profiter du service " Novabus ", sans pour autant remplir les conditions afférentes.

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 2013, 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'ouverture 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

9.7. Commission supérieure des maladies professionnelles

9.8. Commission de nomenclature

Au sein de la commission de nomenclature, trois médecins, dont le médecin-directeur et le médecin-directeur adjoint du CMSS, siègent en tant que membres effectifs et suppléants représentant les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé. La présidence de la commission est assurée par le médecin-directeur du Contrôle médical, remplacé en cas d'absence par le médecin-directeur adjoint.

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

Une assistante sociale s'occupe ensemble avec un médecin-conseil du suivi des dossiers traités dans le cadre des traitements psychiatriques et cures de désintoxication à l'étranger.

	2010			2011			2012			2013		
	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	138	76	214	152	73	225	169	48	217	154	71	225
Traitements psychiatriques	535	144	679	532	110	642	514	120	634	520	121	641
Totaux	673	220	893	684	183	867	683	168	851	674	192	866

11. Les autres activités

Dans un souci d'optimisation de ses ressources, la direction a lancé en juin 2013 le projet GOcmss, visant d'ores et déjà la mise en place de la Gestion par Objectifs au contrôle médical de la sécurité sociale. Depuis lors, les différentes divisions procèdent à la description des processus et procédures dont elles assurent la charge. Un comité de pilotage se réunit mensuellement, ensemble avec les médecins-chef de division, afin de coordonner les travaux et de faire le suivi du projet.

La direction du Contrôle médical a participé activement à

la rédaction de nombreux textes visant une modification des statuts de la Caisse nationale de santé ;

la transposition de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ;

l'élaboration du projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Une fois par mois, les médecins-conseil et le pharmacien-inspecteur se réunissent en conférence, ensemble avec la direction, dans le but de mieux coordonner leur travail.

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, ainsi qu'avec les médecins du travail du Service de santé au travail multisectoriel, respectivement de l'Association pour la santé au travail du secteur financier.

ANNEXE

Données statistiques CMSS - 2013

Contrôle médical de la sécurité sociale

Assurance pension

Exercice 2013

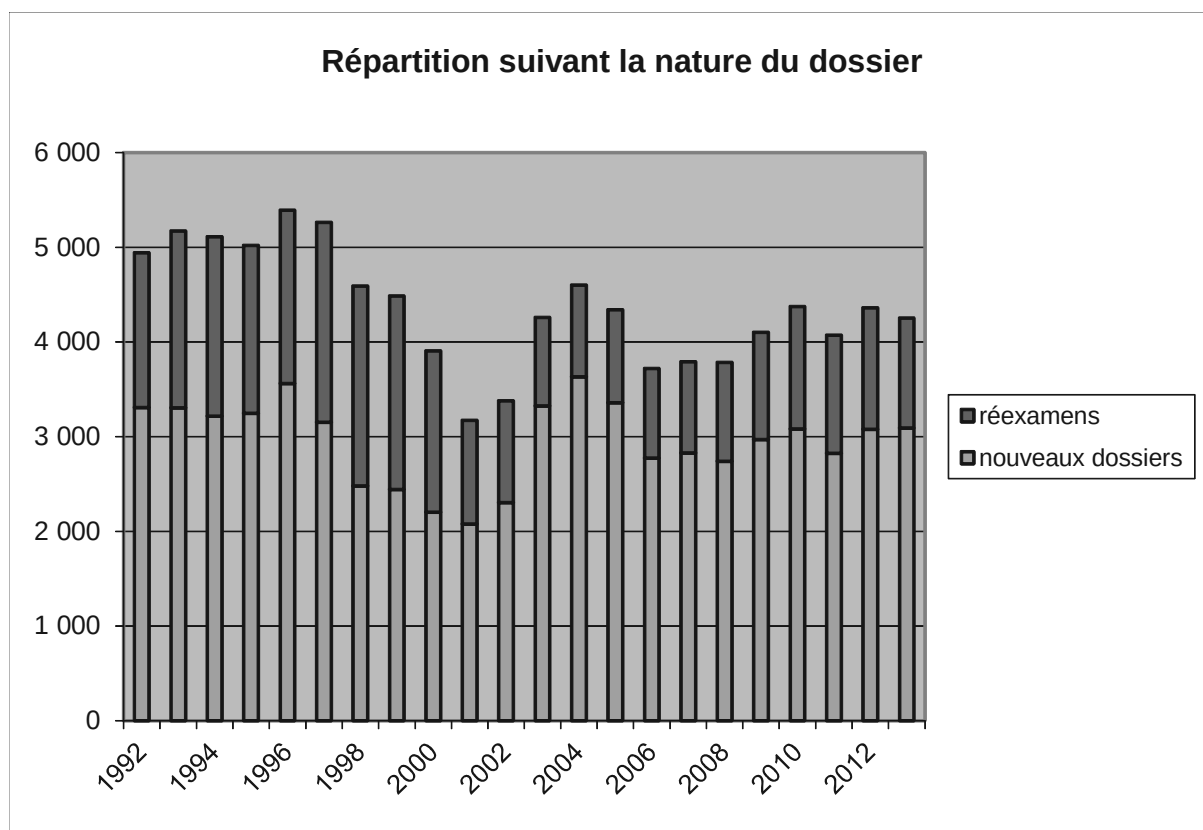
Tranches d'âge :	Femmes				Hommes				Totaux:
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1945 - 1949	11	0	1	12	24	0	2	26	38
1950 - 1954	151	5	33	189	257	8	51	316	505
1955 - 1959	198	32	121	351	347	69	142	558	909
1960 - 1964	88	52	107	247	175	91	158	424	671
1965 - 1969	37	66	76	179	63	79	115	257	436
1970 - 1974	25	44	56	125	40	40	59	139	264
1975 - 1979	11	27	32	70	14	39	33	86	156
1980 - 1984	4	11	17	32	5	16	21	42	74
1985 - 1989	2	4	9	15	1	11	5	17	32
1990 - 1994	0	0	1	1	0	3	2	5	6
Totaux :	527	241	453	1 221	926	356	588	1 870	3 091

Principales causes:	Femmes	Hommes	Total
1 Appareil respiratoire	9	36	45
2 Appareil cardio-vasculaire	25	105	130
3 Appareil locomoteur	356	481	837
4 Appareil digestif	6	14	20
5 Appareil sanguin	3	3	6
6 Appareil génito-urinaire	7	6	13
7 Affection neurologique	45	63	108
8 Affection psychiatrique	94	73	167
9 Organes des sens	5	13	18
10 Affection endocrinienne	2	10	12
11 Suites d'accident de travail	6	27	33
12 Suites de maladie professionnelle	0	1	1
13 Suites d'accident de circulation	0	4	4
14 Suites d'accident domestique	2	0	2
15 Suites d'accident sportif	0	0	0
16 Ethylisme	5	15	20
17 Autres toxicomanies	2	3	5
18 Affection congénitale	4	1	5
19 Divers	650	1015	1 665
	1 221	1 870	3 091

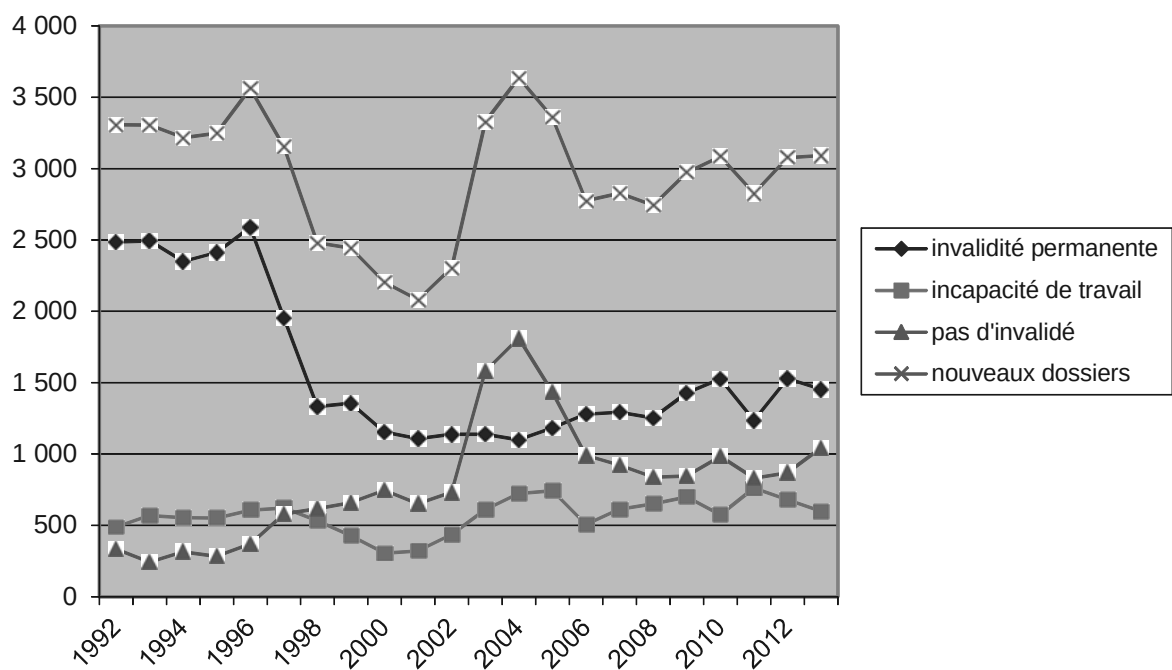
Examens et réexamens	2 939	
Dossiers traités sur le vu des pièces	1 314	
Total des cas traités:	4 253	dont 3 091 cas nouveaux 1 162 réexamens

Evolution 1994 - 2013

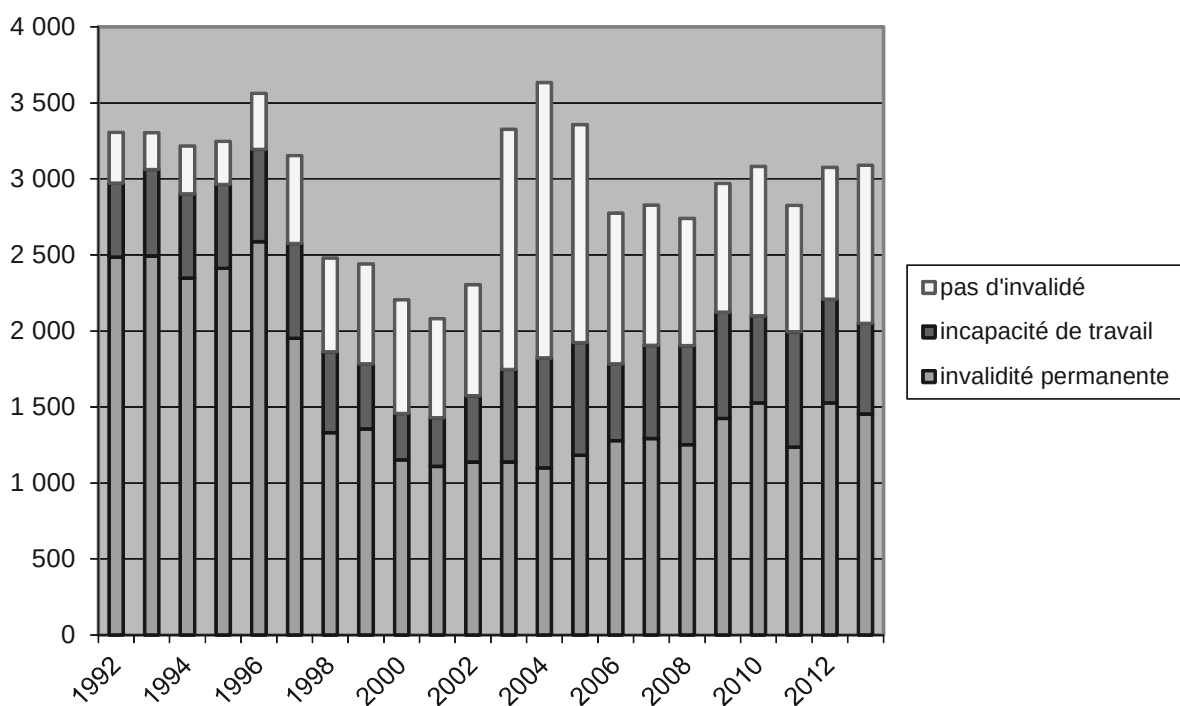
année	nouveaux dossiers	réexamens	total	Décisions prises après premier examen:					
				invalidité permanente	incapacité de travail	pas d'invalidité	invalidité permanente	incapacité de travail	pas d'invalidité
1994	3 216	1 897	5 113	2 348	554	314	73.01%	17.23%	9.76%
1995	3 248	1 775	5 023	2 412	552	284	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%
2013	3 091	1 162	4 253	1 453	597	1 041	47,01%	19,31%	33,68%



Décisions prises après premier examen



Décisions prises après premier examen



Cartes d'invalidité

Exercice 2013

Dossiers transmis au CMSS :	4 288
Dossiers traités :	3 595 dont 3 595 sur base d'un certificat médical et 0 après convocation de l'intéressé.
Dossiers sans suite :	578
(expiration du délai de 40 jours)	
Dossiers en suspens :	115

Cartes d'invalidité attribuées en 2013

Carte A	1 410
Carte B	1 726
Carte C	202
Refus	257
	3 595

Tranches	Carte A	Carte B	Carte C	Refus	Total	%	Carte de priorité
1905 - 1909	0	3	1	0	4	0.1%	0
1910 - 1914	0	15	5	0	20	0.6%	0
1915 - 1919	6	92	13	0	111	3.1%	1
1920 - 1924	48	295	24	0	367	10.2%	0
1925 - 1929	122	384	26	1	533	14.8%	0
1930 - 1934	122	298	17	3	440	12.2%	0
1935 - 1939	157	163	15	18	353	9.8%	0
1940 - 1944	183	121	10	47	361	10.0%	0
1945 - 1949	218	98	8	76	400	11.1%	0
1950 - 1954	199	86	8	37	330	9.2%	0
1955 - 1959	127	50	8	23	208	5.8%	0
1960 - 1964	85	41	6	15	147	4.1%	0
1965 - 1969	48	24	6	17	95	2.6%	0
1970 - 1974	29	20	8	5	62	1.7%	0
1975 - 1979	19	10	4	2	35	1.0%	0
1980 - 1984	10	4	5	2	21	0.6%	0
1985 - 1989	21	10	7	6	44	1.2%	0
1990 - 1994	6	5	8	3	22	0.6%	0
1995 - 1999	8	5	14	2	29	0.8%	0
2000 - 2004	2	0	8	0	10	0.3%	0
2005 - 2009	0	2	1	0	3	0.1%	0
	1 410	1 726	202	257	3 595	100.0%	1

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.

Ses missions sont précisées dans l'article 65bis (1) du Code de la sécurité sociale.

En ce qui concerne l'année 2013, ses activités peuvent être résumées comme suit :

Les saisines

En 2013, 15 saisines, dont 7 au cours du premier trimestre, ont été adressées à la CEM par la Commission de nomenclature. Parmi ces 15, 2 étaient des saisines réitérées par rapport à des saisines de 2012.

La CEM a retourné 4 avis et propositions à la Commission de nomenclature. 5 saisines sont en phase de finalisation et prévues pour être renvoyées à la Commission dans le premier trimestre de 2014. La CEM a sollicité l'avis d'experts pour 4 saisines.

Une saisine par lettre de la CNS adressée en 2012 est en cours. Cette saisine a pour objet d'amorcer une réflexion sur la stratégie pour la mise en place du changement de nomenclatures. Elle a donné lieu à des recherches bibliographiques qui seront formalisées en 2014.

Thèmes des saisines adressées à la CEM :

- 5 saisines concernant la révision complète de nomenclatures avec analyse de propositions de modifications introduites par la CNS ou les prestataires. Il s'agit des nomenclatures suivantes : soins infirmiers, soins palliatifs, actes de kinésithérapie, actes de laboratoire de biologie médicale, actes de thermalisme. Pour chacune de ces saisines, la CEM a sollicité des expertises pour compléter les résultats des recherches bibliographiques et les analyses effectuées à partir des données de consommation disponibles, ceci afin d'éclairer par des études complémentaires ou des expertises de terrain l'avis et propositions qu'elle doit retourner à la Commission de nomenclature.
- Actes techniques médicaux : les dossiers portaient sur l'intérêt et les indications de cumul des actes de mammographie et d'échographie mammaire, la création des actes en lien avec l'utilisation du Cyberknife nouvellement installé au Centre François Baclesse d'Esch-sur-Alzette, l'intégration dans la nomenclature de forfaits techniques de radiologie, les conditions de prise en charge financière et la procédure administrative en lien pour l'acte de réduction mammaire.
- Actes médicaux de prise en charge : Il s'agissait notamment des actes médicaux en lien avec les cures thermales et l'organisation administrative du contrôle post-cure, une demande de forfait pour la psychiatrie juvénile, une demande relative aux actes de gériatrie.
- Actes réalisés par d'autres prestataires de soins : demande pour la prise en charge de chaussures et semelles orthopédiques, mise en conformité avec les textes réglementaires pour les cordonniers - orthopédistes - bandagistes.

Les délais entre la date de réception à la CEM et la date de renvoi de la réponse varient entre 127 et 89 jours pour les saisines finalisées (entre 4 et 6.2 mois).

Avis sur les dispositifs médicaux

Aucun avis sollicité en 2013.

Développement de la méthodologie et travaux au sein des réseaux Health technology assessment (HTA)

Dans le cadre du réseau **EUnetHTA** :

La CEM a participé à l'assemblée générale à Zagreb en mars 2013 et à la mise en place des groupes de travail dans le cadre du Joint Action 2 : un premier sur le développement d'outils et de méthodes d'HTA, un second sur l'élaboration d'analyses et de rapport type. La CEM a soutenu la mise à jour du modèle " Core HTA " comme réviseur des chapitres pour les domaines économiques et éthiques et a participé à sa mise en ligne.

Dans le cadre du **réseau permanent HTA** de la Commission européenne :

La CEM participe à ce réseau avec un mandat national. Elle collabore au groupe de travail visant à produire un document stratégique sur les dispositions de la coopération européenne dans ce domaine

Dans le cadre du réseau **INAHTA** :

La CEM a participé à l'assemblée générale de l'INAHTA à Séoul en juin 2013 et collabore ponctuellement au programme d'échange et de mentorat au bénéfice de jeunes agences d'HTA dans les pays en développement.

Dans le cadre du congrès international de l'HTAi

La CEM a participé au congrès international de l'HTAi à Séoul en juin 2013. Un article scientifique de la CEM sur la protection des données dans le cadre de l'HTA a été accepté par le comité scientifique pour une présentation orale.

Pour les bonnes pratiques médicales

La CEM reste membre du G-I-N (Guidelines international network) mais n'a pas réalisé de travaux spécifiques dans cette thématique en 2013. Elle assure une veille scientifique par l'intermédiaire du réseau G-I-N et transmet les informations en sa possession au Conseil scientifique lorsque ces dernières sont en lien avec les thématiques en cours.

Documentation hospitalière :

Le règlement grand-ducal instituant la Commission consultative sur la documentation hospitalière (CCDH) a été publié le 26 décembre 2012. La CEM y est membre. Cette instance a pour mission de piloter la mise en place de la phase test de la documentation hospitalière et d'en assurer l'évaluation. La CCDH s'est réunie 4 fois en 2013 pour assurer ces missions.

La CEM avec le soutien du CMSS et de la direction de la Santé a assuré les travaux suivants :

- préparation des référentiels et règles de codage des actes et diagnostics pour la phase test avec l'aide des experts internationaux ;
- réunion de coordination avec les partenaires institutionnels : CNS, Agence e-santé, service informatique de l'IGSS pour le soutien technique de la phase test.
- mise en place d'un groupe de travail constitué avec les médecins DIM des hôpitaux pour préparer le déploiement du projet (3 réunions entre juin et décembre 2013).
- prise de contact avec les administrations internationales : ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) et Ministère de la Santé français pour la CCAM (classification commune des actes médicaux), OMS pour la mise à jour de la CIM 10 (classification internationale des maladies) en langue française.
- participation aux travaux de communication institutionnelle autour du projet : rédaction d'articles pour les 2 numéros Insight SantéSécul consacrés au projet, présentation du projet luxembourgeois lors du congrès " EMOIS " (Evaluation, management, organisation, information, santé).

La CEM a organisé deux séminaires de travail avec les experts internationaux afin de finaliser les documents nécessaires pour la phase test (séminaires en avril et juillet 2013). Des formations à l'utilisation de la CCAM (une journée) et à la gestion des nomenclatures (0.5 journée) ont été proposées en juillet 2013 à l'ensemble des partenaires institutionnels et aux professionnels de la CNS. La participation était de 20 respectivement 14 personnes.

Au 31 décembre 2013, l'ensemble des documents permettant la mise en place de la phase test était validé par la CCDH. Le protocole d'étude a été enregistré à la CNPD (Commission nationale pour la protection des données) et était ratifié par les 4 centres hospitaliers participant à la phase test.

Les activités de support logistique et administratif

- 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 des comptes rendus des réunions etc.) jusqu'au 28 février 2013. A partir de cette date, la CEM se limite à tenir à jour les dossiers des réunions de la Commission de nomenclature avec classement des documents y relatifs.

- Pour le Conseil scientifique

La CEM assure le secrétariat pour le Conseil scientifique (CS) qui consiste à donner un appui administratif, logistique et technique aux membres et aux groupes de travail. En 2013, outre les réunions plénières du CS, 7 groupes de travail se sont réunis de façon plus ou moins régulière. Le CS a eu une entrevue avec le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, en présence de représentants de la CNS et du CMSS. 6 recommandations de bonne pratique médicale ont été publiées au courant de l'année 2013.

- Pour la médiation

Les négociations pour la fixation de la valeur des lettres-clés 2013-2014 entre la CNS et les médecins et médecins-dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les sages-femmes n'ont pas trouvé d'accord et ont abouti dans un litige. Les procédures de médiation ont été engagées au début du mois de février 2013 pour ces 5 litiges. Les 5 médiations étaient encore en cours à la fin du mois de décembre 2013. La fin des médiations et la clôture des dossiers y relatifs est à prévoir pour la fin du premier trimestre 2014. La CEM assure le secrétariat administratif pour les médiations.

Congrès et journées scientifiques

La CEM était présente aux événements suivants :

Health outcomes in Europe - the QALY controversy le 25 janvier 2013, Bruxelles.

Congrès EMOIS, les 21 et 22 mars 2013, Nancy.

10ème congrès annuel de l'HTAi les 17 - 20 juin 2013, Séoul.

Conference of the European Society Cardiology les 01 - 03 septembre 2013, Amsterdam.

11. Kongress der Fachgruppe Gesundheitspsychologie les 05 - 07 septembre 2013, Luxembourg.

Social security and fraud les 19 - 20 septembre 2013, Luxembourg.

Translational medicine, les 14 - 16 octobre 2013, Mondorf.

Journées luxembourgeoises sur la recherche clinique et la médecine personnalisée organisées par le CRP santé le 23 octobre 2013, Luxembourg.

2nd annual health economics and personalized medicine symposium, les 28 et 29 octobre 2013, Luxembourg.

Congrès de l'AEHM (European association of hospital managers) les 28 - 29 novembre 2013, Luxembourg.

Conférence SemiLux - Monthly seminar on social inequalities and public policies, organisé par l'université de Luxembourg, Luxembourg.

Publications 2013 dans lesquelles la CEM est référencée

Insight SantéSécu : infoletter 2013 - 2 et 2013 - 3 (publications proposées en allemand et en français)

Romano Girard F, Rolland Portal I, Segouin C, Berthet F La documentation hospitalière dans une perspective de santé publique - Démarche au Luxembourg. Journées EMOIS Nancy 2013.

Hohmann J, Benzschawel S (2013): Data Protection in eHealth Platforms. In: Beran (ed.). Legal and Forensic Medicine, Springer Publishing, pp 1633-1658.

Hohmann J, Benzschawel S, Gangan G: Data protection in HTA: Why eHealth is more than an issue for assessment. 10ème congrès annuel de l'HTAi, Seoul 2013.2013:

Chernichovsky D, Chernichovsky M, Hohmann J, Schramm B: (2013): Accountability and Choice. In: Preker et al. (eds.). Scaling Up Affordable Health Insurance. World Bank. pp. 467-494.

Berndt N, Bolman C, Lechner L, de Vries H, Giepmans L, Feenstra T. (2013). Telephone- and face-to-face delivered counselling interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: results of a randomized controlled trial and a Markov model. German conference of Health Psychology (11th), Luxembourg.

Berndt N, Lechner L, de Vries H, Van Acker F, Froelicher E, Mudde A, Bolman C. (2013). High Intensity Smoking Cessation Interventions: Cardiac Patients of Low Socioeconomic Status and Low Quit Intentions Profit Most. European Conference on Cardiology, European Society of Cardiology, Amsterdam, the Netherlands.

Berndt N. (2013). Effectiveness of intensive smoking cessation interventions in patients with coronary heart disease. 3rd SemiLux Seminar, University of Luxembourg, Luxembourg.

Berndt, N., Bolman, C., Max, W., Lechner, L., Mudde, A., De Vries, H., Evers, S. (2013). Cost-effectiveness of a telephone-delivered and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in patients with coronary heart disease. European Journal of Health Economics, submitted for publication.

LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Au cours de l'exercice 2013, 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 MULTILATÉRAUX

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

Le règlement (UE) no 517/2013 a adapté les règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 pour tenir compte de l'adhésion de la Croatie à l'Union européenne avec effet au 1er juillet 2013. En outre, le règlement (UE) no 1372/2013 de la Commission a apporté des modifications à plusieurs annexes des règlements de coordination devenues nécessaires suite aux changements dans les législations de certains Etats membres.

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 règlement (CE) 883/2004 concernant la coordination des systèmes de sécurité sociale en Europe.

La commission administrative s'est notamment penchée sur la question de la prise en charge des frais liés au recouvrement de cotisations ou à la répétition de prestations indûment servies, dans le cadre de l'assistance mutuelle des Etats membres et a adopté la décision no R1 à ce sujet. En plus, elle a adopté une nouvelle décision no S9 concernant les modalités de remboursement des frais liés aux prestations en nature servies par l'Etat de séjour ou de résidence à un assuré d'un autre Etat membre, ainsi qu'aux membres de sa famille. Deux recommandations ont été adoptées pour préciser l'impact des conventions bilatérales sur l'application des règlements de coordination :

- La recommandation no H1 concernant la jurisprudence Gottardo a été révisée pour élargir son champ d'application au-delà du domaine des pensions, à toutes les dispositions réglées par des conventions bilatérales, ainsi qu'aux ressortissants des Etats membres d'une manière générale. En effet, les avantages dont bénéficient les ressortissants d'un Etat membre en vertu d'une convention bilatérale de sécurité sociale entre cet Etat et un pays tiers doivent également être accordés aux ressortissants d'autres Etats membres.
- La recommandation no S2 concerne le droit aux soins de santé des assurés et des membres de leur famille au cours d'un séjour dans un pays tiers, en vertu d'une convention bilatérale entre l'Etat membre compétent et ce pays tiers.

D'ailleurs, le sujet de la dimension internationale de la coordination de sécurité sociale a continué à être débattu au sein de la commission administrative, notamment en ce qui concerne les dispositions de coordination dans les accords d'association conclus par l'UE avec certains pays tiers, la collaboration des Etats membres dans le domaine de la négociation de conventions bilatérales avec certains pays comme la Chine et un rapprochement des activités avec les pays d'Amérique latine.

A noter que dans la matière des détachements, le " guide pratique sur la législation applicable " a été enrichi d'une partie sur la détermination du lieu de résidence, afin de faciliter la détermination de la législation applicable à certaines personnes qui travaillent dans plusieurs pays ou aux personnes non actives comme les étudiants et les pensionnés. En plus, le document portable A1 sur la législation applicable a été révisé.

Finalement, il faut mentionner la continuation des travaux à tous les niveaux sur le projet EESSI - Electronic Exchange of Social Security Information -, notamment l'élaboration d'un nouveau plan de mise en place et d'un nouveau comité exécutif, du choix d'un nouveau fournisseur pour la plateforme centrale EESSI IT avec la technologie Microsoft et l'adoption de la version 3 des SED - Structured Electronic Documents.

b) Directives

Transfert des droits à pension complémentaires

En suspens depuis le blocage intervenu en 2008 en raison d'un veto émis par le Luxembourg, les Pays-Bas et l'Allemagne, cette proposition, dont la version initiale remonte à 2005, a été réactivée suite aux nombreuses invitations du Conseil européen, lancées en 2012, désireux de faire disparaître toutes les entraves éventuelles à la mobilité des travailleurs européens susceptibles de naître de la diversité des règles régissant les régimes de pension complémentaire à travers l'UE. La volonté des Etats membres d'avancer a, en outre, été facilitée par le fait qu'au fil des compromis, le texte ne prévoyait plus le transfert des droits acquis, mais simplement le maintien des droits "dormants" chez l'ex-employeur pour en réclamer le bénéfice au moment de la retraite.

Lors de ces nouvelles négociations, le Luxembourg a renoncé à revendiquer l'exclusion des régimes internes à prestations définies en raison de la tendance régressive de leur développement constaté depuis quelques années. La durée de la période d'acquisition des droits était dès lors la plus grande pierre d'achoppement pour le Luxembourg. La loi luxembourgeoise prévoit en effet une durée de 10 ans maximum, nettement supérieure à la durée de deux ans prévue par la proposition.

Le Conseil de juin a finalement réussi à dégager un accord entre Etats membres et Commission, tous pressés d'en finir une fois pour toutes avec ce dossier qui commençait à gêner. Les négociations subséquentes avec le Parlement ont failli chavirer en raison de divergences de vues concernant l'étendue du champ d'application à la seule mobilité entre Etats membres, un point que le Luxembourg a, par ailleurs, formellement regretté en raison du risque de traitement inégal auquel cette situation expose les travailleurs internes de certains pays par rapport aux travailleurs transfrontaliers, notamment lorsque la loi nationale prévoit une période de stage plus longue que celle retenue par la directive, comme cela est le cas au Luxembourg. Concernant la période d'acquisition, l'accord finalement retenu avec le Parlement en décembre a retenu une durée de trois ans. A partir de la finalisation de la procédure d'adoption, prévue pour 2014, les Etats membres disposeront de quatre ans pour transposer ce texte.

c) Politique sociale européenne

Depuis le Conseil européen de Lisbonne qui, en 2000, a mieux établi les bases du modèle social européen par l'échange d'expériences et de meilleures pratiques, la réalité européenne a changé. Aujourd'hui, avec le Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance, les Etats membres contractants se sont prononcés en faveur du renforcement de la coordination des politiques économiques et de l'amélioration de la gouvernance de la zone euro par la réalisation des objectifs de l'Union européenne en matière de croissance durable, d'emploi, de compétitivité et de cohésion sociale.

Rappelons que le Traité de l'Union Européenne prévoit à l'article 3 que l'Union " [...] œuvre pour le développement durable de l'Europe fondé sur une croissance économique équilibrée et sur la stabilité des prix, une économie sociale de marché hautement compétitive, qui tend au plein emploi et au progrès social, et un niveau élevé de protection et d'amélioration de la qualité de l'environnement. [...] Elle promeut la cohésion économique, sociale et territoriale, et la solidarité entre les Etats membres. "

Au sein du Conseil EPSCO le Luxembourg soutient activement la position que la " dimension sociale " devrait être présente à tous les niveaux et ne pas se limiter à quelques domaines. Le Luxembourg plaide que face aux défis de la crise et la perte de confiance de nos citoyens en Europe, l'Union économique et monétaire doit être complétée pour assurer les valeurs sociales du modèle économique européen. Il est important qu'un consensus puisse être trouvé sur le juste rééquilibrage entre, d'un côté, les politiques financières, économiques et budgétaires et, de l'autre côté, les politiques sociales.

La délégation luxembourgeoise a toujours défendu la position que l'Union européenne doit veiller à ce que les politiques favorisant la croissance économique, en renforçant la convergence et la compétitivité, soient compatibles avec le modèle social européen et ne remettent pas en cause l'acquis social. Plus particulièrement, l'accès à des emplois durables, l'universalité des services de qualité et des prestations adéquates devront être assurés par les politiques économiques et sociales.

Le Luxembourg est d'avis qu'une consolidation de la coordination des politiques sociales par le Conseil EPSCO dans le cadre du semestre Européen, sur base des valeurs sociales communes et de la méthodologie développée au sein des comités de protection sociale et de l'emploi, contribuera à promouvoir le fonctionnement du marché intérieur, en évitant une compétition économique biaisée par des systèmes de protection sociale divergents et en renforçant la participation de tous les citoyens à une croissance inclusive et intégrée.

- 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'informations, prises de position et rapports, échange par les pairs (Peer-Review) et surtout les plans d'actions nationaux (utilisés jusqu'alors dans le domaine de la lutte contre la pauvreté).

En 2013, les travaux du comité de protection sociale ont porté sur la participation active à la discussion sur les recommandations par pays dans les domaines de l'inclusion sociale, des pensions et des soins de santé et de longue durée, notamment en préparant un rapport y relatif au conseil EPSCO. De même, le comité était la force motrice en ce qui concerne la mise en place d'une stratégie de réforme de la dimension sociale de l'UEM, y inclus le scoreboard sur l'emploi et la protection sociale.

Les travaux dans le cadre du CPS ont eu lieu en étroite collaboration avec les responsables du Ministère de la Famille et de la Solidarité, ainsi qu'avec le Ministère de la Santé.

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 en juin 2012 à Genève, une recommandation en matière de socles de protection sociale (" social protection floors "), a été adoptée 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.

Des stratégies nationales sont désormais à appliquer et qui 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.

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 2013, 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.

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 contrôle de l'application du Code européen de sécurité sociale revient 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, Slovaquie, 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 2013 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

Le Centre administratif de la Sécurité sociale pour les bateliers rhénans (CASS) est un organe issu de l'Accord du 30 novembre 1979 concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans.

Le CASS est une institution tripartite où délégués gouvernementaux et partenaires sociaux ont la possibilité de s'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 2013, les travaux ont continué pour mieux fixer des critères pour déterminer l'exploitant du bateau et, par voie de conséquence, la législation applicable. Il est prévu d'établir des lignes directrices pour la définition de la notion d'exploitant et des documents à présenter en vue de se faire délivrer un certificat d'exploitation.

Un représentant du Ministère a, par ailleurs, assisté au 5e congrès de la Commission centrale pour la navigation sur le Rhin à Strasbourg où les thèmes de sécurité sociale étaient débattus.

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

Depuis 2005 et jusqu'en 2013, un représentant luxembourgeois a siégé comme membre du bureau de l'AISS.

Des représentants luxembourgeois ont participé, par ailleurs, à l'Assemblée générale et au Conseil de l'AISS qui ont eu lieu du 10 au 15 novembre 2013 à Doha.

INSTRUMENTS BILATÉRAUX

Comme c'était le cas les années passées, le Ministère de la Sécurité sociale s'est efforcé d'étoffer le réseau de ses conventions bilatérales. Ces conventions bilatérales présentent un double avantage car elles permettent à des assurés de réaliser leurs droits en matière de sécurité sociale quand ils sont couverts par les systèmes de protection sociale des deux pays en cause. Par ailleurs, ces conventions bilatérales permettent aux entreprises d'opérer dans un contexte juridique sécurisé du fait que le régime du détachement est prévu.

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. Par loi du 26 février 2013, le Parlement luxembourgeois a ratifié le texte de la convention.

La procédure de ratification est toujours en cours en France et la convention entrera en vigueur dès l'échange des instruments de ratification prévu en principe pour 2014.

2. Luxembourg - Maroc

Une 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. Comme les formalités de ratification parlementaire ont été terminées au Maroc le 10 décembre 2012, la convention est entrée en vigueur à l'égard des deux parties contractantes le 1er février 2013.

L'arrangement administratif est paraphé mais doit encore être signé durant l'année 2014.

3. Luxembourg - Tunisie

Une nouvelle convention bilatérale signée le 30 novembre 2010 à Tunis est destinée à remplacer l'ancien instrument 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 a été clôturée en Tunisie à la fin de l'année 2012 et la nouvelle convention est entrée en vigueur à l'égard des Parties contractantes le 18 février 2013.

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

4. Luxembourg - Japon

Lors de la quatrième ronde de négociations à Tokyo en 2011, le texte d'une 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 sont prévues pour 2014.

5. Luxembourg - Brésil

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

Une nouvelle convention bilatérale a été signée le 22 juin 2012. Elle a été ratifiée par le Parlement luxembourgeois par une loi du 30 juillet 2013.

Au Brésil, le texte de la convention se trouve en cours d'analyse au bureau du secrétariat Général de la Présidence de la République, dans la perspective de son renvoi au Congrès national du Brésil.

Une troisième ronde de négociations est prévue au Brésil en 2014 en vue de négocier l'arrangement administratif.

6. Luxembourg - Argentine

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

La procédure de ratification est en cours en Argentine.

Une troisième ronde de négociations a eu lieu du 26 au 27 août 2013 à Luxembourg, et les formulaires nécessaires pour l'application de la convention ont été retenus ; ils devront encore être finalisés par la suite.

Par ailleurs, l'arrangement administratif devra encore être signé.

7. Luxembourg - Serbie

La convention bilatérale du 27 octobre 2003 avec la Communauté d'état 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.

En 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 a eu lieu le 7 juin 2013 à Luxembourg.

La convention a été ratifiée par la Serbie au mois de novembre 2013 ; au Luxembourg la procédure de ratification est en cours.

Une ronde de négociations est prévue en 2014 à Belgrade pour arrêter les formulaires

8. Luxembourg - Uruguay

La procédure de ratification pour une convention bilatérale de sécurité sociale avec l'Uruguay a été achevée au Luxembourg par une loi du 30 juillet 2013. La procédure de ratification est en cours en Uruguay.

Lors d'une quatrième ronde de négociations qui a eu lieu du 25 au 29 novembre 2013 à Montevideo, les formulaires nécessaires pour l'application de la convention ont été convenus.

Par ailleurs l'arrangement administratif devra encore être signé.

9. 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 9 au 13 septembre 2013 une deuxième ronde de négociations a eu lieu à Tirana. Un accord a pu être trouvé sur les principes à retenir et le texte de la convention a été paraphé.

La convention devra être signée en 2014 par les autorités compétentes des deux pays et les négociations pour l'arrangement administratif vont être entamées.

10. Luxembourg - Belgique

Après plusieurs rondes de négociations, une convention d'entraide administrative et de lutte contre la fraude sociale avec la Belgique a été paraphée le 7 novembre 2013.

A l'instar de l'instrument que nous aurons bientôt avec la France, il s'agit d'intensifier la coopération administrative dans certains domaines de la sécurité sociale, de réaliser un meilleur échange des informations, de régler les procédures de contrôle notamment en ce qui concerne l'incapacité de travail.

11. Luxembourg - Ukraine

Il y a eu un accord politique de régulariser nos relations de sécurité sociale avec l'Ukraine par le moyen d'une convention bilatérale entre les deux pays.

Les travaux de négociations, planifiés pour 2013, ont dû être reportés.

12. Luxembourg - Algérie

Il est projeté 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.

Des initiatives diplomatiques ont été lancées, mais les négociations n'ont pas encore pu commencer.

13. 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 devrait avoir lieu en 2014.

14. Luxembourg - Chine

La Chine a introduit avec effet au 1er janvier 2012 un régime général de sécurité sociale avec des charges sociales d'un ordre de grandeur de 40%. La France, l'Allemagne et la Belgique ont déjà entamé des discussions pour faire une convention bilatérale prévoyant notamment la matière du détachement.

Par décision du Ministère des affaires étrangères du 4 octobre 2013, il a été demandé à notre Ambassade en Chine de requérir l'ouverture de négociations. La réponse des autorités chinoises a été en principe positive, mais avec la restriction que les responsables chinois devront planifier leur agenda 2014 avec les différents pays.

15. Luxembourg - Israël

Il est envisagé de conclure une convention bilatérale permettant une application aisée de l'accord d'association UE-Israël qui prévoit uniquement des principes généraux applicables.

16. Luxembourg - Monaco

Etant donné que le règlement 883/2004 de l'UE sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ne peut être appliqué avec Monaco, des solutions devront être trouvées aux problèmes signalés en matière de totalisation des périodes d'assurance et de détachement.