

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
Viabilité financière de l'assurance maladie-maternité	14
L'évolution législative et réglementaire	28
L'ASSURANCE PENSION	31
Situation financière du régime de pension	31
L'évolution législative et réglementaire	34
L'ASSURANCE DÉPENDANCE	37
L'organisation de l'assurance dépendance	37
L'évolution de l'assurance dépendance	37
Les activités de la Cellule d'évaluation et d'orientation	40
L'ASSURANCE ACCIDENT	49
Les principales données statistiques	49
Les données financières	53
L'évolution législative et réglementaire	58
LES DOMMAGES DE GUERRE CORPORELS	61
Les attributions du Service des dommages de guerre corporels	61
Les activités du Service des dommages de guerre corporels	61
L'évolution réglementaire	61
LES REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PENSION	63
L'évolution du 2e pilier de l'assurance pension	63
L'évolution de la charge de travail du service Pensions complémentaires	65
L'évolution de la législation en matière de régimes complémentaires de pension	66
LES JURIDICTIONS DE LA SECURITE SOCIALE	69
Les attributions et l'organisation des juridictions de la sécurité sociale	69
Les activités des juridictions de la sécurité sociale	69
CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	71
LA CELLULE D'EXPERTISE MÉDICALE	81
LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL	87
Instruments multilatéraux	87
Instruments bilatéraux	90

INTRODUCTION

Dans un esprit de partenariat constructif et de prévoyance, tous les acteurs ont continué comme par le passé leurs efforts en vue d'une pérennisation du système de santé dans le contexte d'une consolidation budgétaire des finances publiques.

Les prévisions macroéconomiques à la base des estimations des recettes en cotisations de l'assurance maladie-maternité et les estimations récentes des dépenses de la Caisse nationale de santé (CNS) ont permis d'aboutir à une situation financière stable en 2014 et 2015. Une modernisation de l'administration de la CNS est en cours tendant notamment à dégager des moyens supplémentaires.

L'ensemble des mesures prises par les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale au cours des années passées poursuivent un objectif de pérennisation du système, sans pourtant augmenter ni les cotisations, ni les participations personnelles des affiliés et tout en assurant la qualité des services et prestations.

La maîtrise de l'évolution annuelle des dépenses portera sur l'offre et la demande de soins ou encore le périmètre de prise en charge. Le programme gouvernemental 2013 prévoit des mesures immédiates, telles que le gel des tarifs et des valeurs des lettres-clés ou encore le maintien du principe de l'enveloppe budgétaire pour les hôpitaux qui sera limitée à 4%. Il est prévu d'introduire des abattements nouveaux pour les fournitures orthopédiques, orthèses et épithèses à l'instar de la mesure introduite pour les spécialités pharmaceutiques. La substitution ciblée de médicaments à partir du 1er octobre 2014 aura sans doute un impact positif sur les dépenses du régime.

Les efforts en matière de la création d'une centrale d'achat pour tous les hôpitaux continueront. Il en est de même des efforts réalisés en matière des mesures concernant la standardisation des outils, le suivi médical et la documentation centralisée des prestations.

Différentes nomenclatures ont été mises à jour au cours de l'exercice 2014 dans l'optique d'une mise en conformité avec les exigences actuelles, mais des efforts considérables restent à faire dans ce domaine.

La loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension et entrée en vigueur le 1er janvier 2013 vise à assurer la pérennité de notre système de pension à longue échéance. Actuellement, cette branche se porte bien comme le taux de cotisation global de 24% dépasse régulièrement la prime de répartition pure, ce qui permet au régime de dégager d'importants excédents financiers et de consolider une réserve substantielle et ce qui procure aux décideurs un temps précieux pour trouver, le cas échéant, les adaptations futures nécessaires.

Suite à l'adoption par le parlement d'une série d'amendements relatif au projet de loi portant modification du Code du Travail et du Code de la Sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe en 2014, sa mise en vigueur est prévue pour le premier semestre de l'exercice 2015.

Les travaux en matière de la mise en place d'un système " bonus malus " de l'assurance accident se sont poursuivis en 2014. Sa mise en œuvre est prévue en 2015. Le système tend à inciter les cotisants de l'assurance accident d'investir davantage dans la prévention des accidents ainsi que dans la sécurité et la santé au travail.

La réforme de l'assurance dépendance annoncée en 2013 est en cours. Les membres du parlement, les représentants des départements de la Famille et de la Santé et les représentants d'organisations oeuvrant dans le domaine de l'action médicale, sociale et familiale et d'associations représentant les ayants droit se sont entendus sur l'orientation de la réforme tendant à assurer la pérennité du système à longue échéance tout en prévoyant une couverture optimale de la population et une prise en charge complète des bénéficiaires moyennant des prestations de qualité. La coordination autour de la personne a été déclinée comme leitmotiv de la réforme par Monsieur Romain SCHNEIDER, ministre en charge du dossier. Les piliers de la réforme concernent le remodelage du processus d'évaluation et de détermination de la dépendance et du système de prise en charge des bénéficiaires, la révision de la méthodologie de détermination des valeurs monétaires, la qualité des aides et soins et leur contrôle, les prestations en espèces et l'aidant informel, les activités de soutien et de conseil, la documentation des aides et soins et les échanges transparents d'informations, la coordination entre tous les acteurs et les tâches domestiques. Le dépôt d'un projet de loi est prévu au deuxième semestre de l'exercice en cours et la mise en vigueur de la loi réforme est prévue au 1er janvier 2017.

Comme par le passé, le Gouvernement a mené une politique très active en matière de sécurité sociale sur le plan international. Les activités afférentes se sont caractérisées par un effort pour la conclusion d'accords bilatéraux nouveaux, d'une part, et par la collaboration aux travaux de diverses institutions internationales, d'autre part.

Les principales données statistiques concernant les différentes branches de la sécurité sociale sont issues du rapport général sur la sécurité sociale-édition 2013-édité par le Ministère de la Sécurité sociale/Inspection générale de la sécurité sociale en novembre 2014.

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.

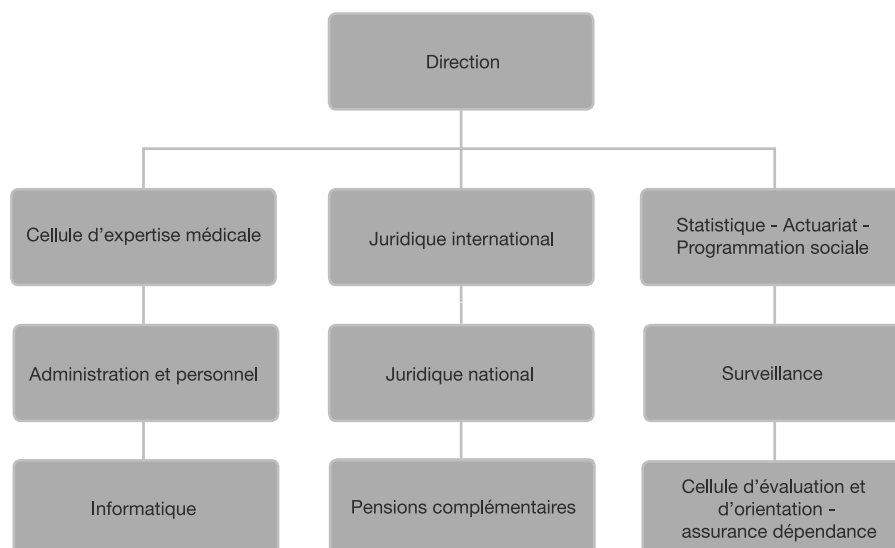
Toute décision d'un organe d'une institution qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts est déferée par son président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension.

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.

Organigramme de l'IGSS



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.

Le projet de loi n°6656 prévoit une redéfinition des missions du Contrôle médical 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. Ce projet se trouve actuellement dans la procédure législative.

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.

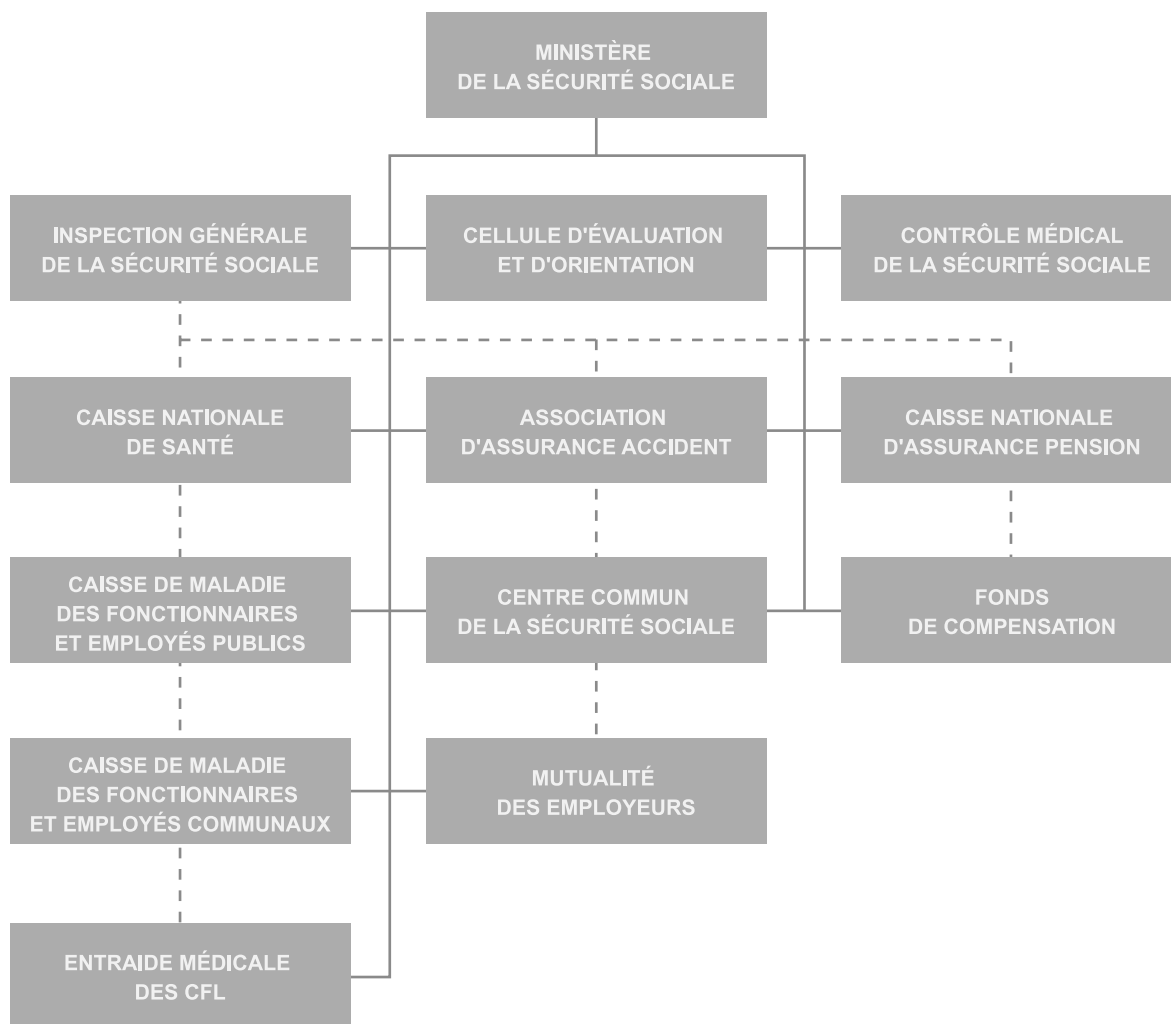
La **Caisse nationale de santé (CNS)** est dotée de la compétence générale pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les caisses de maladie du secteur public sont compétentes pour le remboursement des soins de santé avancés par leurs assurés.

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.

Nombre d'assurés actifs obligatoires à la fois de l'assurance maladie et de l'assurance pension pour 2013 (moyenne annuelle)

	Nombre	dont régimes pension statutaires
Salariés (Statut unique)	339 286	
Fonctionnaires	28 418	28 418
Indépendants	20 330	
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	9 466	
Bénéficiaires d'un congé parental	2 302	239
Bénéficiaires d'une indemnité de préretraite	1 433	57
Total	401 235	28 714

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 résidente et la population protégée globale (résidente et frontalière) témoigne de l'impact socio-économique des travailleurs frontaliers.

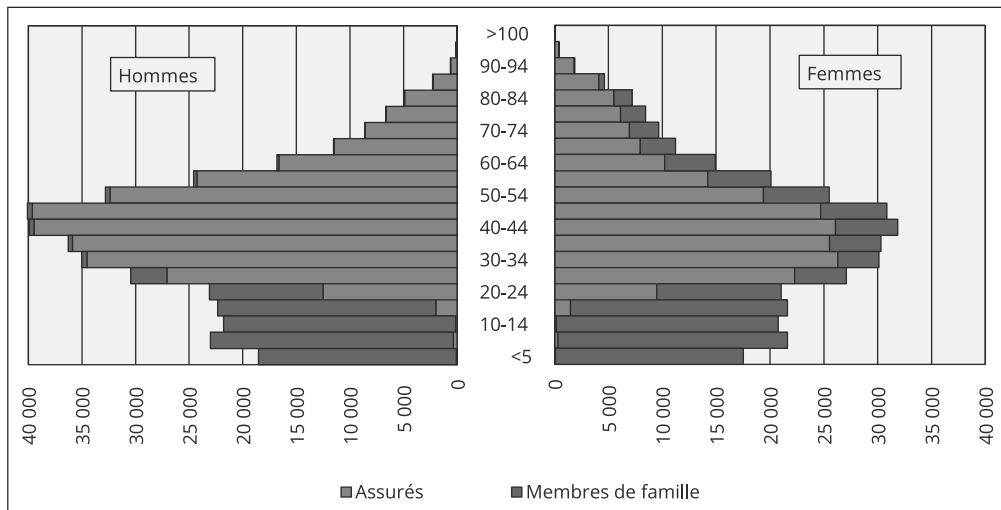
Personnes protégées résidentes depuis 2009 (moyenne annuelle)

	2009	2010	2011	2012	2013
Hommes	235 293	239 501	244 773	250 447	255 199
Femmes	235 367	239 218	243 494	248 829	253 513
Total	470 660	478 720	488 268	499 276	508 712
Taux de croissance	1,6%	1,7%	2,0%	2,3%	1,9%

Evolution de la population protégée résidente et frontalière depuis 2009 (moyenne annuelle)

	2009	2010	2011	2012	2013
Actifs et volontaires	569 929	583 489	600 798	617 317	630 047
Hommes	312 654	319 261	328 097	335 732	341 864
Femmes	257 275	264 229	272 701	281 585	288 183
Pensionnés	112 029	116 049	119 512	122 545	126 138
Hommes	50 054	52 020	53 880	55 657	57 643
Femmes	61 975	64 030	65 632	66 888	68 495
Total	681 958	699 539	720 310	739 862	756 185
Taux de croissance	2,3%	2,6%	3,0%	2,7%	2,2%

Population protégée en 2013 (moyenne annuelle)



En analysant cette pyramide des âges on constate plusieurs choses:

- Au-delà de 25 ans, il n'y a pratiquement plus de membres de famille co-assurés du côté des hommes, ce qui reflète les taux d'activité très élevés de ces derniers comparativement aux femmes.
- Ce n'est qu'au-delà de 64 ans que le rapport numérique hommes/femmes parmi la population protégée commence à changer.

Evolution du nombre des assurés du régime des prestations en espèces

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

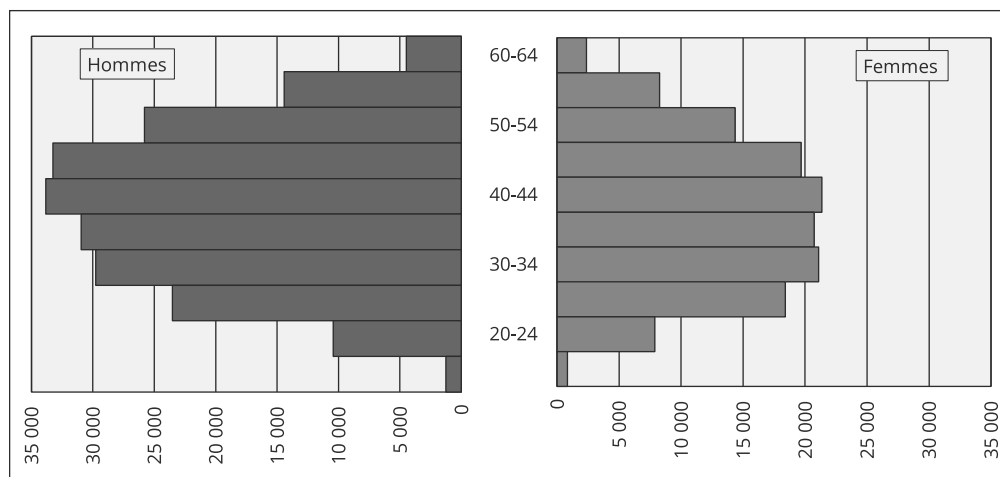
Jusqu'à l'introduction du statut unique au 1er janvier 2009, la gestion ouvriers (Art. 29.1c CSS), dont faisait partie la majorité des ouvriers, intervenait dès le premier jour de maladie. L'employeur pouvait cependant opter pour une affiliation de ses salariés ouvriers auprès de la gestion employés et indépendants (Art. 29.1b CSS), qui avait un taux de cotisation beaucoup plus avan-tageux. 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 graphique suivant représente la répartition des assurés par groupes d'âge en 2013.

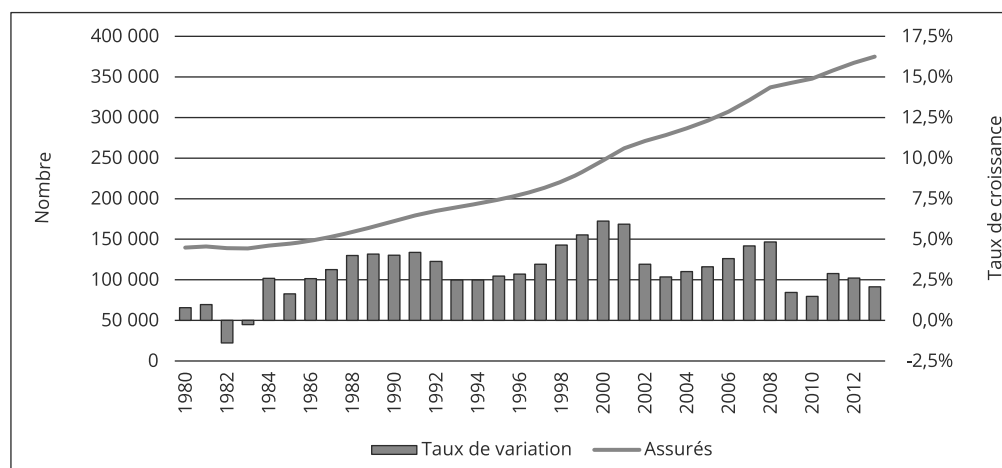
Gestion prestations en espèces: répartition des assurés par groupe d'âge en 2013



Les assurés du régime général des pensions

En 2013, le nombre moyen d'assurés atteint 374 925 personnes (contre 367 292 en 2012), avec un taux de croissance de 2,1% de 2012 à 2013 (contre 2,6% entre 2011 et 2012).

Evolution du nombre moyen des assurés



Le nombre d'assurés obligatoires féminins s'élève, en 2013, à 149 937 femmes (contre 145 873 femmes en 2012), avec un taux de croissance de 2,8%, contre 1,5% pour les hommes.

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

Assurés obligatoires par statut et par sexe

Statut	2012			2013			Taux de variation 2013/2012		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Salariés	207 149	138 872	346 022	210 373	142 822	353 195	1,6%	2,8%	2,1%
Non-salariés	12 056	7 001	19 057	12 166	7 115	19 281	0,9%	1,6%	1,2%
Total	219 205	145 873	365 078	222 539	149 937	372 476	1,5%	2,8%	2,0%

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 2013, le nombre de jours annuel de travail s'élève, compte tenu des calendriers, à 252 pour un salarié travaillant 8 heures par jour et à 5 jours par semaine tandis que pour 2012, il s'élevait à 253. 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	2011	2012**)	2013	Variation 2013/12	Variation moyenne 1995-2013
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	3 928	4 018	4 133	2,9%	3,0%
	Femmes	1 984	2 360	2 902	3 559	3 655	3 761	2,9%	3,6%
	Hommes + Femmes	2 277	2 628	3 143	3 793	3 884	3 994	2,9%	3,2%

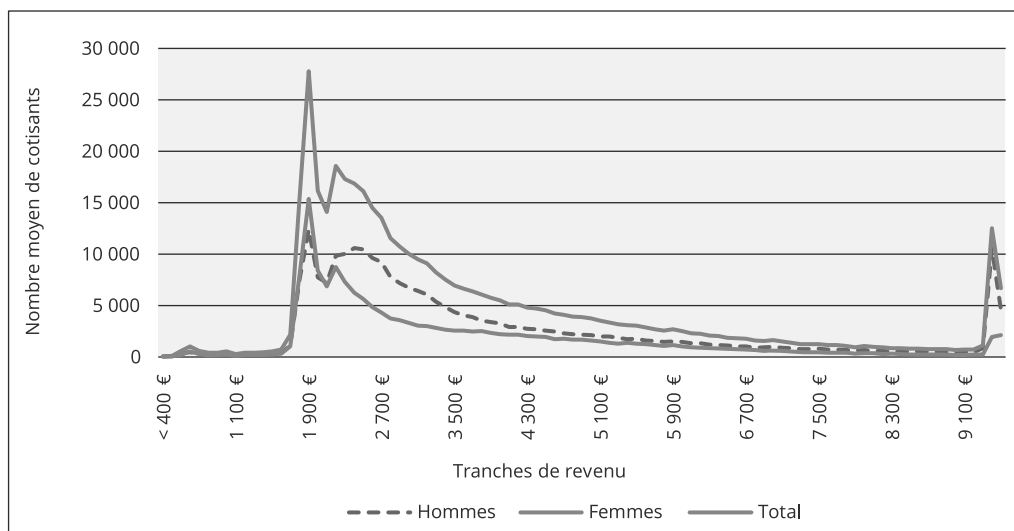
*) A partir de 2000, nouvelle série sans affiliation baby-year.

***) 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 2013 en moyenne à 1 897 EUR par mois, joue avant tout un rôle dans le revenu moyen cotisable des assurés non salariés.

Entre 2012 et 2013, le revenu moyen cotisable a augmenté de 2,9%.

Répartition des assurés par tranches de revenu mensuel cotisable en 2013



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 à des 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 personnels¹⁾ ". A cette fin, l'organisation de l'assurance maladie-maternité vise un taux de couverture optimal de la population²⁾ 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 autres prestations 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-maternité prend en charge des programmes de médecine préventive pour des populations ciblées. Dans ce contexte on peut citer notamment : le suivi médical pour femmes enceintes et des enfants en bas âge, le dépistage prénatal d'anomalies congénitales, des programmes de vaccinations (grippe, Human papilloma virus) pour des groupes de personnes 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 pour les jeunes femmes de moins de 25 ans, etc.

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

Les prestations en espèces

L'assurance maladie-maternité offre également aux assurés sociaux actifs, salariés et non-salariés, un remplacement de salaire en cas de maladie ou lors d'un congé 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 minimum³⁾.

A noter qu'en 2009, les conditions d'attribution et le niveau de remboursement des prestations en espèces ont été harmonisés 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.

1) Droit de la sécurité sociale, Luxembourg, 2014 (chapitre 5, page 129).
http://www.mss.public.lu/publications/droit_securete_sociale/droit2014/droit_2014.pdf

2) Pour 2012, le taux de couverture pour soins de santé a été estimé à 97,0%.

3) Le SSM mensuel a été fixé à 1 921,03 EUR (indice courant) au 1^{er} janvier 2014.

On peut rappeler que 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 les salariés du secteur privé**¹⁾ à partir du 1^{er} 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**²⁾, a amené (parmi d'autres mesures structurelles importantes, présentées un peu plus loin), 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 recettes de l'assurance maladie-maternité³⁾. En effet, il supporte désormais 40% des cotisations de l'assurance maladie-maternité, ainsi qu'une dotation annuelle de 20 millions. Cette disposition est prolongée par loi relative au budget des recettes et des dépenses de l'Etat jusqu'en 2015.

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 :

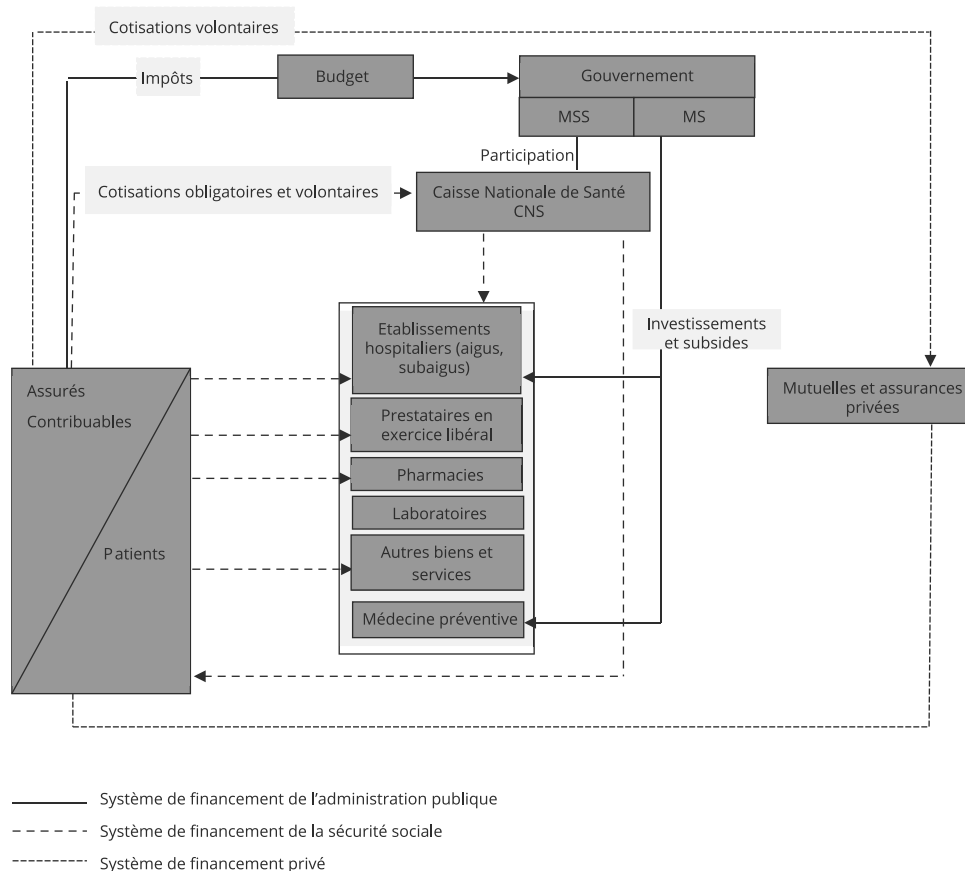
- l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité sur base du budget prévisionnel ;
- l'adaptation du système de santé aux besoins de la population, à l'évolution du progrès médical et des ressources dont dispose le pays.

Le comité quadripartite peut proposer ensuite toutes les mesures qu'il juge opportunes pour améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé.

1) Loi du 13 mai 2008 Mém. A N°60 du 15 mai 2008, p. 790.
<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2008/0060/a060.pdf#page=2>
2) <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2010/0242/a242.pdf#page=24>
3) Art. 31.1 du CSS.

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

Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2014



Les soins de santé

L'évolution des prestations pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité sera analysée sous deux points de vue différents :

Le premier est axé sur les résultats comptables et permet de retracer la liquidation pour soins de santé au cours d'une année donnée. Ces données comptables présentent l'inconvénient de fluctuer considérablement d'un exercice à un autre et se prêtent donc mal à une analyse statistique des prestations sous revue.

Le deuxième point de vue suit l'évolution du coût des soins de santé en se basant sur la date de la prestation d'un acte sans tenir compte du moment de sa liquidation. Cette approche fournit des séries statistiques plus régulières et permet de mieux comprendre l'évolution de ces prestations. Toutefois un certain recul dans le temps s'avère nécessaire pour aboutir à des résultats pertinents.

Les prestations de soins de santé selon le décompte de la CNS

Les données sont issues des décomptes comptables et ont été ajustées, pour les besoins statistiques, sur deux points :

- **Ecritures de provisions :** Suivant les principes comptables, une prestation n'est encodée qu'au moment de sa facturation par le prestataire, et non pas à la date effective de prestation. Ainsi des soins prestés durant un exercice donné, mais non encore facturés au 31.12. sont considérés par le biais des provisions. De même le décompte de l'année contient des prestations qui, bien que facturées durant l'année en question, ont été prestées auparavant. Afin de pouvoir présenter des statistiques plus réalistes sur l'évolution effective des prestations, l'ajustement des données comptables consiste à prendre en compte les soins de santé provisionnés parmi les prestations de l'année et d'éliminer des prestations des années antérieures en retranchant leur contrepartie comptable, les prélèvements aux provisions.

- **Reclassement soins de maternité** : Depuis 2011 les prestations de maternité ont été intégrées dans le régime général des soins de santé. Pendant une période transitoire, ces prestations sont encore présentées séparément dans les décomptes de la CNS. Pour des raisons de cohérence les frais de maternité ont été reclassés dans les différents postes de frais de soins de santé, à savoir : frais hospitaliers, honoraires médicaux, produits pharmaceutiques et honoraires des autres professions de santé. Dès 2013 on ne distingue plus les frais de maternité des frais de soins de santé.

Evolution des prestations de soins de santé (en millions EUR)

Type de prestation	Décomptes ¹⁾			Estimations actualisées ²⁾	
	2011	2012	2013	2014	2015
Frais hospitaliers	723,3	747,4	749,5	785,6	817,3
Honoraires médicaux	287,1	303,4	318,8	338,5	355,8
Honoraires médico-dentaires	64,4	65,9	68,1	72,5	75,4
Produits pharmaceutiques	173,5	187,7	187,2	197,4	215,3
Biens médicaux (en dehors des hôpitaux)	36,0	36,8	39,8	42,9	45,1
Analyses de laboratoire (en ambulatoire)	58,5	70,0	83,1	78,8	69,4
Honoraires des autres professions de santé	81,3	88,7	98,1	107,9	117,2
Autres prestations	31,2	30,0	33,5	34,4	36,5
Total des prestations au Luxembourg ³⁾	1 455,3	1 529,9	1 578,2	1 658,1	1 732,0
Total des prestations à l'étranger ³⁾	320,6	362,2	413,6	369,6	393,6
Total soins de santé	1 775,9	1 892,1	1 991,8	2 027,7	2 125,6
<i>Variation annuelle</i>	<i>2,7%</i>	<i>6,5%</i>	<i>5,3%</i>	<i>1,8%</i>	<i>4,8%</i>

1) Elimination du biais des écritures de provisions pour prestations.

2) Source: estimations CNS octobre 2014.

3) A partir de 2011, les prestations de maternité ont été intégrées dans le régime général et les frais afférents sont compris dans les postes de frais généraux: hôpitaux, frais médicaux etc.

En 2012, on observe une croissance de 6,5% des dépenses pour prestations de soins de santé. Ce taux élevé résulte d'une croissance des prestations au Luxembourg de 5,1% et des prestations à l'étranger de 12,9%.

Le ralentissement observé en 2013 s'explique entre autres par le fait que les soins hospitaliers, les frais pharmaceutiques et les prestations à l'étranger, représentant 67% des dépenses totales, n'ont guère évolué. Ensuite, il faut préciser que les négociations des lettres-clés des différentes professions de santé visées au premier alinéa de l'article 67 du Code de la sécurité sociale pour la période 2013-2014, qui se sont déroulées depuis automne 2012, ont abouti en majeure partie à un échec et au déclenchement de la procédure de médiation. Enfin, ces négociations ont abouti début 2014 de sorte à ne pas avoir eu un effet sur le décompte 2013.

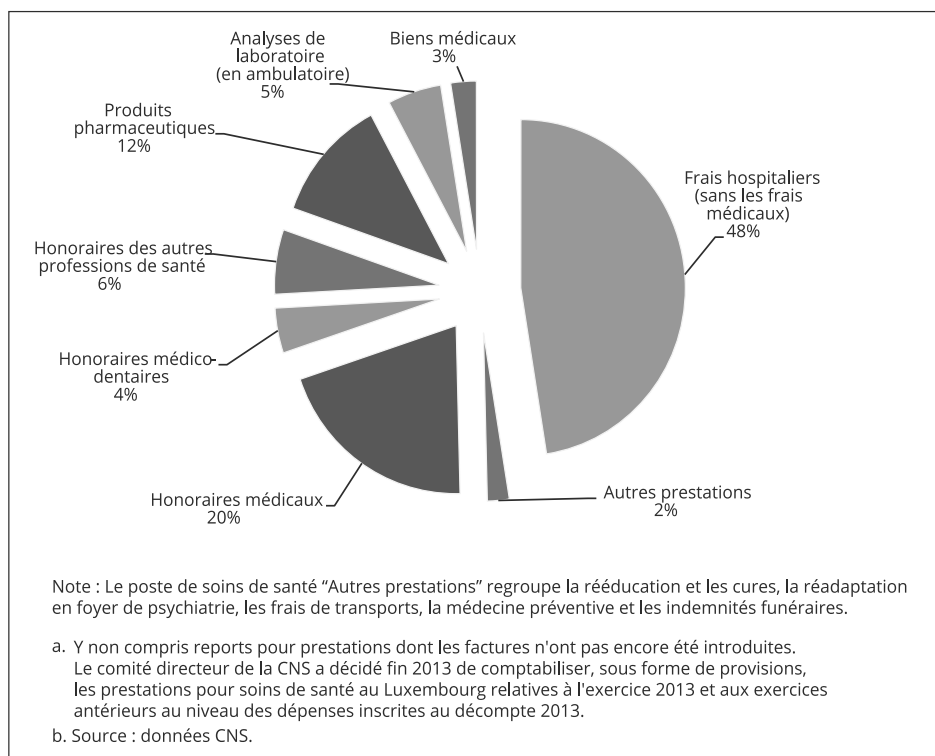
L'évolution de 2013 des frais pour analyses de laboratoire est en majeure partie imputable à la comptabilisation de 9,1 millions EUR supplémentaires pour litiges. En faisant abstraction de ces opérations sur provisions, l'évolution des frais de laboratoires s'élèverait à 5,7% en 2013, et non pas à 18,6%.

Les frais pour les honoraires des autres professions de santé poursuivent leur rythme de croissance soutenue et présentent pour 2013 une augmentation de 10,6%. Exceptionnellement le poste des autres prestations affiche pour 2013 une croissance de 11,8%.

Les prestations de soins de santé au Luxembourg

En 2013, l'assurance maladie-maternité a liquidé 1 991,8 millions EUR pour soins de santé, dont 79,2% soit 1 578,2 millions EUR 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 2013 ^{a b}



Les frais hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (48%) 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 80% de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Luxembourg et 79% des dépenses en soins de santé totales.

Les prestations de soins de santé à l'étranger

Avec 413,6 millions EUR, les prestations à l'étranger représentent 20,2% du total des frais pour soins de santé liquidés en 2013. 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 14,6% en 2013, contre 9,7% en 2012. Cette évolution s'explique par le fait que la période d'introduction des décomptes a été prolongée jusqu'au mois de février 2014 permettant ainsi la régularisation supplémentaire d'un montant de 49,1 millions EUR. Sans cette comptabilisation, la croissance aurait été de 0,6%.

Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger (en millions EUR)

	Décomptes			Estimations actualisées ¹⁾	
	2011	2012	2013	2014	2015
Prestations de soins de santé, dont:	328,8	360,8	413,5	369,6	393,6
- Conventions internationales (tiers payant)	320,3	352,2	404,1	359,7	383,1
- Autres prestations à l'étranger (remboursement de prestations) ²⁾	8,5	8,6	9,4	9,9	10,5
Prestations de maternité ³⁾	-	-	-	-	-
Indemnités funéraires	0,1	0,1	0,1	n.d.	n.d.
TOTAL DES PRESTATIONS	328,9	360,9	413,6	369,6	393,6

1) Source: estimations CNS (octobre 2014).

2) Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.

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

La consommation de médicaments

En 2013 les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 187,2 millions EUR et ont progressé modérément de 0,2% par rapport à l'année précédente. L'abaissement des prix de référence belges a eu des conséquences sur les prix de vente des médicaments au Luxembourg.

Pour 2014 et 2015 les taux de progression sont estimés respectivement à 5,4% et 9,1%.

La liste ci-après énumère les types de médicaments les plus souvent prescrits en milieu ambulatoire. Les quatre groupes ATC suivants présentent 65% du montant net total des médicaments remboursés en 2013 ¹⁾.

Code ATC 1 ^{er} niveau	Montant net total (%)	Variation 2012/2013 de la consommation DDD ¹⁾
Système cardio-vasculaire	21%	1%
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	16%	12%
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	15%	1%
Système nerveux central	14%	2%

1) DDD-Daily Defined Dose. La DDD est une mesure statistique définie par l'OMS qui est utilisée pour rendre comparable des données de consommation de différents dosages d'une même molécule ou de différentes substances d'une même classe de médicaments.

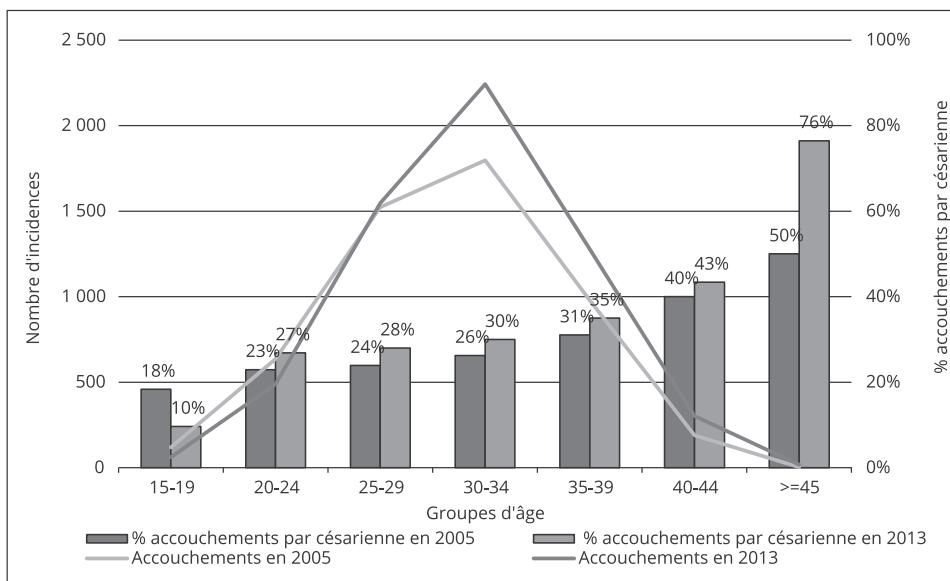
Les soins de maternité

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 2005 et 2013. 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 : Rapport annuel CNS.

Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2005 et 2013



En 2013, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité était de 5 936. Comparé à 2005, ceci représente une augmentation de 13,1%. Deux chiffres sont mis en évidence :

- Diminution importante des accouchements chez les adolescentes ;
- Augmentation considérable des accouchements par césarienne chez les femmes âgées de plus de 45 ans ;
- Transfert des accouchements vers les groupes d'âge 35 ans et plus.

Le taux de césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 30,8% en 2013 contre 26,4% en 2005. Ce taux a diminué de façon considérable (-8 points) chez les adolescentes. La hausse significative du taux des césariennes observées dans la classe d'âge des 45+ ans semble étonnante, mais est à relativiser du fait du faible nombre de cas observés. A noter que dans la classe d'âge 40+ ans le taux augmente de 40% en 2005 à 45% en 2013.

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^{er} janvier 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 de la Mutualité 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. A noter que cette disposition est prorogée, par loi budgétaire, jusqu'en 2015.

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 servies en cas de maladie, par la Mutualité des employeurs, concernent, quant à elles, les arrêts de travail qui interviennent au cours de la période de conservation légale de la rémunération. L'évolution financière de la Mutualité des employeurs est décrite ci-après à la section 4 " Données financières ".

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)

	Décomptes			Estimations actualisées ¹⁾	
	2011	2012	2013	2014	2015
Types de prestations					
Indemnités pécuniaires proprement dites	97,2	112,7	117,9	-	-
(dont anciens cas <2009)	0,0	-	-	-	-
Indemnités pendant périodes d'essais	8,2	8,5	8,1	-	-
Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,1	0,1	0,2	-	-
Total	105,5	121,3	126,2	129,0	129,0
Taux de cotisation	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%

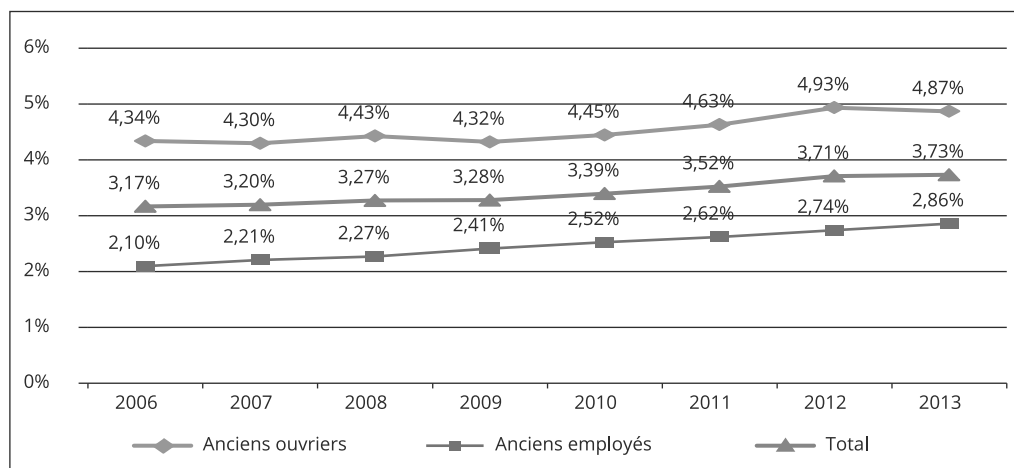
¹⁾ Source : Estimations CNS (octobre 2014).

Absentéisme

Principaux chiffres et évolution récente

Près d'un salarié du secteur privé sur deux (46%) n'a pas été malade au cours de l'année 2013. Ceux qui ont été malades ont connu en moyenne 2,5 épisodes de 8,8 jours chacun. Le taux d'absentéisme des salariés du privé est de 3,7%. Ce dernier n'a quasiment pas augmenté par rapport à l'année passée, ce qui constitue une première depuis 2009, année de la généralisation de la continuation de la rémunération¹⁾. Ce bon résultat provient d'une légère diminution du taux d'absentéisme des travailleurs ayant une occupation à dominante manuelle (anciens ouvriers). Le taux d'absentéisme des anciens employés est resté, quant à lui, ancré dans une tendance linéaire croissante.

Evolution du taux d'absentéisme depuis 2006



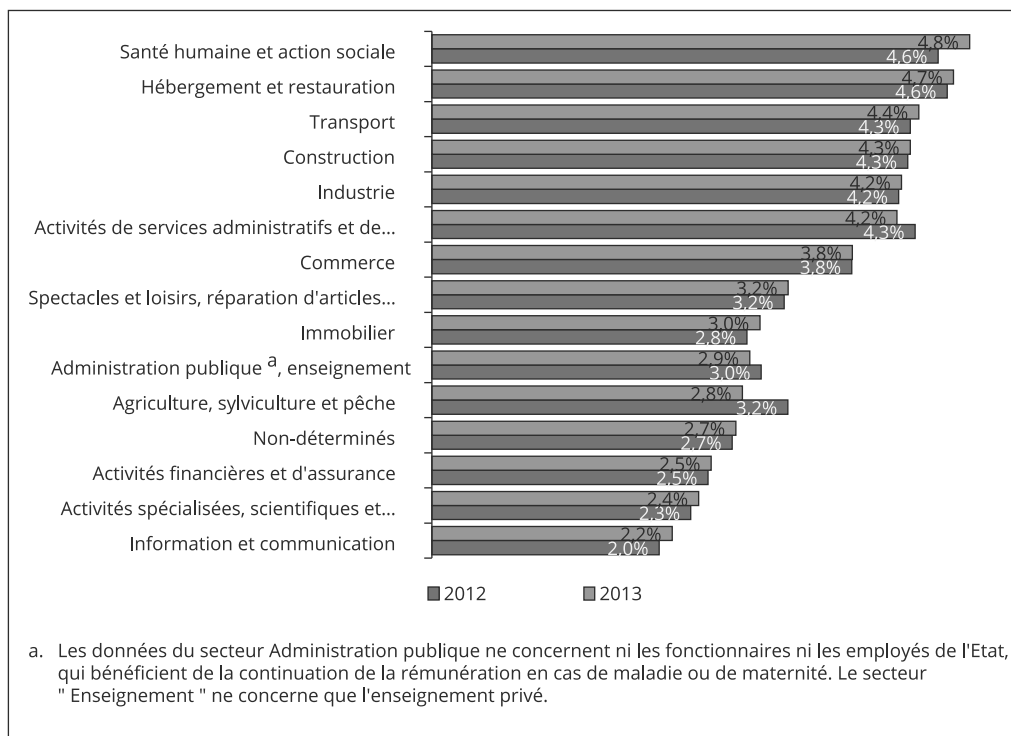
La stabilisation du taux d'absentéisme, après trois années de hausse successives, s'est produite en dépit d'un début d'année marqué par une épidémie de grippe particulièrement longue. Cet événement se reflète dans l'écart observé entre les taux d'absentéisme de janvier et de février 2012 par rapport à ceux de janvier et de février 2013.

¹⁾ Avant 2009, l'intégralité des indemnités pécuniaires de maladie des ouvriers était à charge de la caisse de maladie tandis que pour les employés, l'employeur avait à sa charge les 15 premières semaines de maladie. A partir de 2009, il n'existe plus de distinction entre ouvriers et employés et la charge des 13 premières semaines revient à l'employeur.

Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité

Le taux d'absentéisme varie fortement d'un secteur d'activité à l'autre. Ces variations s'expliquent par une exposition au risque de tomber malade plus ou moins prononcée (les ouvriers qui travaillent en extérieur ont un risque majoré de tomber malade par rapport aux employés de bureau), par des conditions de travail spécifiques ainsi que par certaines caractéristiques individuelles des salariés appartenant aux différents secteurs (p.ex. structure d'âge). Le graphique 32 présente les taux d'absentéisme par secteur pour les années 2012 et 2013.

Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité



Avec un taux d'absentéisme de 4,8%, le secteur de la santé humaine et de l'action sociale présente cette année encore le taux le plus élevé. Il fait d'ailleurs partie des secteurs qui ont présenté les plus fortes augmentations entre 2012 et 2013.

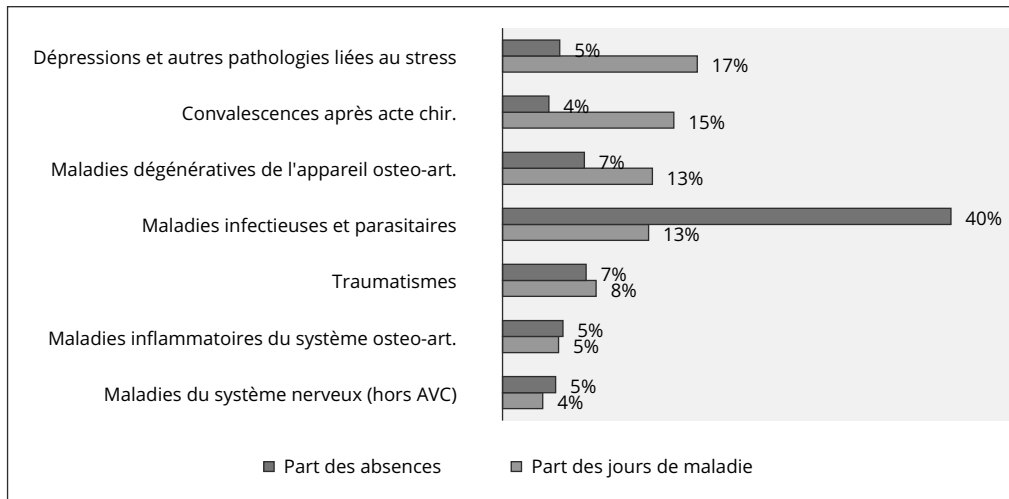
Raisons médicales des absences des résidents¹⁾

En 2013, les absences liées aux dépressions et autres pathologies liées au stress ont représenté 17% des jours de maladie mais seulement 5% des épisodes d'absence ce qui signifie qu'en moyenne, cette pathologie est associée à des durées d'absence relativement longues.

A l'opposé, les absences liées à une maladie infectieuse ou parasitaire (grippe, gastro-entérites, sinusites, otites...) ont représenté 40% des absences mais seulement 13% des jours de maladie.

1) Pour l'analyse des raisons médicales, seuls les salariés résidents sont considérés. Les diagnostics proviennent 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.

Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences



Concernant les absences de courte durée (moins de 21 jours), les principales causes d'absence sont les maladies infectieuses ou parasitaires. Ces dernières ont représenté en 2013 près d'1/3 des jours de maladie de courte durée.

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).

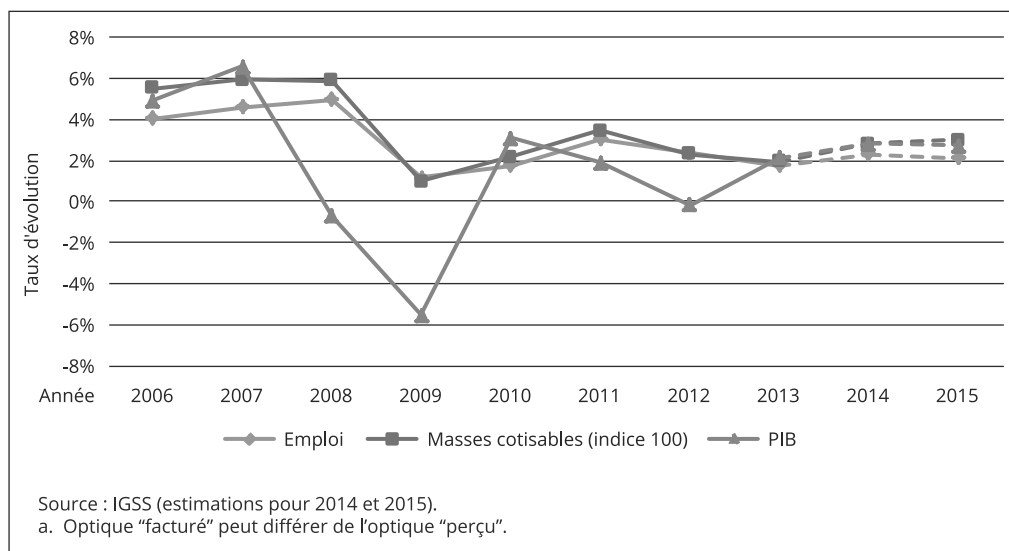
Par dérogation à cette disposition, la loi budgétaire avait abaissé pour 2010 le seuil inférieur de la réserve à 5,5% du montant annuel des dépenses courantes. La loi du 17 décembre 2010 a prorogé cette mesure pour 2011. Le niveau du seuil inférieur de la réserve a été relevé à 6,5% pour 2012, à 7,5% pour 2013 et à 8,5% pour 2014. A partir de 2015 la réserve regagne 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 assurés (actifs et pensionnés) ainsi que des employeurs. Le taux de participation de l'Etat au niveau des cotisations, fixé par la loi, s'élève à 40%.

Contexte économique

Si on fait le bilan de l'évolution économique du Luxembourg de 2006 à 2015, présentée dans le graphique suivant, on constate qu'après chaque crise, la situation économique et l'emploi se sont certes redressés et consolidés, mais sur un palier chaque fois plus bas.

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



La crise financière internationale qui a débuté en 2008 a confronté le Luxembourg à un ralentissement important de la croissance du PIB, une baisse de l'emploi allant de pair avec la diminution de la masse cotisable. En effet, l'évolution du PIB passe de +6,6% en 2006 à -5,9% en 2009. En 2010 le PIB accélère à nouveau. Cette embellie ne sera que de courte durée car à partir de 2011 le PIB se tasse, tendance qui se renforce même pour 2012 (-0,2%), où on frise la récession. Malgré l'évolution négative du PIB en 2012, l'emploi résiste encore relativement bien. L'économie a repris en 2013 et selon les dernières estimations du STATEC, le PIB accélérera de nouveau en 2014. Pour l'année 2015 une évolution en ligne avec celle de 2014 est prévue pour le PIB et l'emploi.

Equilibre financier

Le tableau suivant retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2011 et présente des estimations actualisées pour l'année en cours ainsi que pour l'exercice budgétaire 2015.

Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité ¹⁾ (en millions EUR)

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ¹⁾	
	2011	2012	2013 ²⁾	2014	2015
<i>N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle)</i>	724,34	742,44	761,00	775,17	789,70
Recettes					
Cotisations	1 262,8	1 332,6	1 396,7	1 465,6	1 538,1
Cotisations forfaitaires Etat	841,3	888,2	931,0	977,1	1 025,4
Autres contributions de l'Etat ³⁾	20,1	20,1	20,2	20,1	20,1
Autres recettes	35,9	31,6	32,6	33,9	33,5
TOTAL DES RECETTES COURANTES	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,7	2 617,1
<i>Variation annuelle en %</i>	6,7%	5,2%	4,8%	4,9%	4,8%
Dépenses					
Frais d'administration	67,4	70,9	76,2	80,3	83,5
Prestations en espèces ⁴⁾	232,5	258,9	271,4	282,4	299,5
Prestations en nature	1 775,9	1 892,2	1 991,8	2 027,7	2 125,6
Autres dépenses	5,9	6,5	63,6	125,7	65,8
TOTAL DES DEPENSES COURANTES ⁵⁾	2 081,8	2 228,4	2 403,0	2 516,0	2 574,4
<i>Variation annuelle en %</i>	2,6%	7,0%	7,8%	4,7%	2,3%
Solde des opérations courantes ^f	78,3	44,1	-22,5	-19,4	42,7
Participation de l'Etat (en % des recettes courantes)	39,9%	40,0%	40,0%	39,9%	39,9%
Réserve globale	272,8	317,0	294,5	275,1	317,8
Réserve minimale ⁶⁾	114,5	144,8	180,2	213,9	257,4
Taux réserve globale / dépenses courantes	13,1%	14,2%	12,3%	10,9%	12,3%
Taux réserve minimum / dépenses courantes	5,5%	6,5%	7,5%	8,5%	10,0%
Excédent/découvert cumulé (après opérations sur réserve)	158,3	172,1	114,2	61,2	60,4
Taux de cotisation unique pour PN	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,39%	5,56%	5,75%	5,73%	5,60%

1) Source: Prévisions budgétaires CNS (octobre 2014).

2) En 2013, modifications de la méthode comptable :

- désormais, les reports de prestations des prestataires nationaux sont comptabilisés comme provisions ;
- la période de prise en compte des décomptes étrangers a été prolongée de six semaines.

Ces changements de la méthode comptable ont contribué considérablement à l'augmentation des dépenses 2013.

- 3) L'article 14 de la loi du 27 décembre 2010 a prévu, à titre transitoire jusqu'en 2013, le paiement par l'Etat d'une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général. Cette disposition a été prorogée par la loi relative au budget des recettes et des dépenses de l'Etat jusqu'en 2015.
- 4) Y compris la part patronale dans les prestations.
- 5) La dette prévisible restante envers les institutions de la sécurité sociale étrangères sera comptabilisée entre 2014 à 2016 sous forme de provisions (60% en 2014, 30% en 2015 et 10% en 2016).
- 6) 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%, pour 2014 à 8,5% et pour 2015 elle atteint à nouveau 10%.

En 2013 on observe une hausse des recettes effectives de 4,8% contre une croissance des dépenses effectives de 7,8%. Pour les années 2014 et 2015 la croissance des recettes s'aligne à celle de 2013 tandis que l'évolution des dépenses est revue à la baisse pour 2014 (4,7%) et 2015 (2,3%). Les recettes augmentent en 2015 de 4,8% et évoluent de cette manière plus rapidement que les dépenses (+2,3%, variation corrigée : +4,9%) de manière à générer un écart entre recettes et dépenses de 43 millions EUR.

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

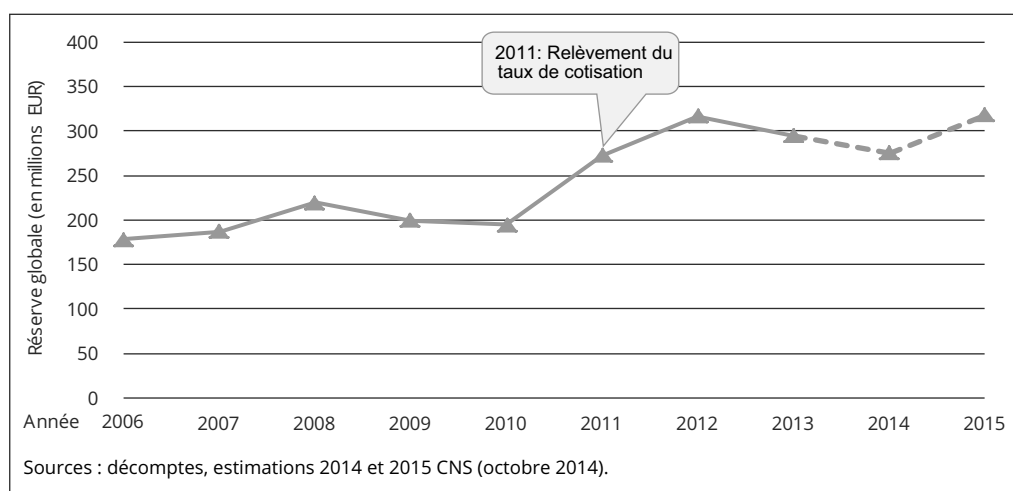
Il y a lieu de noter qu'une vue plus réelle de l'évolution des dépenses est donnée en faisant abstraction de l'adaptation de la méthode comptable en matière de provisionnement de frais de sorte que les dépenses auraient évolué de 3,1% en 2013, de 4,4% en 2014 et de 4,9% en 2015. Et ceci donc contre des recettes qui évoluent à un niveau de 4,8% à 4,9% sur la période 2013 à 2015.

L'année 2013 a clôturé avec un solde des opérations courantes négatif et un excédent cumulé de 114,2 millions EUR. Les prévisions pour 2014 annoncent un déficit annuel de 19,4 millions EUR et une baisse sensible du niveau de l'excédent cumulé.

Pour 2015, les dépenses augmenteront moins rapidement que les recettes et le solde des opérations redeviendra positif.

En 2015 la réserve minimale atteindra de nouveau 10% et l'excédent cumulé comprendra environ 60,4 millions EUR, comparable aux 61,2 millions EUR prévus pour l'excédent cumulé de 2014 (cf. graphique suivant).

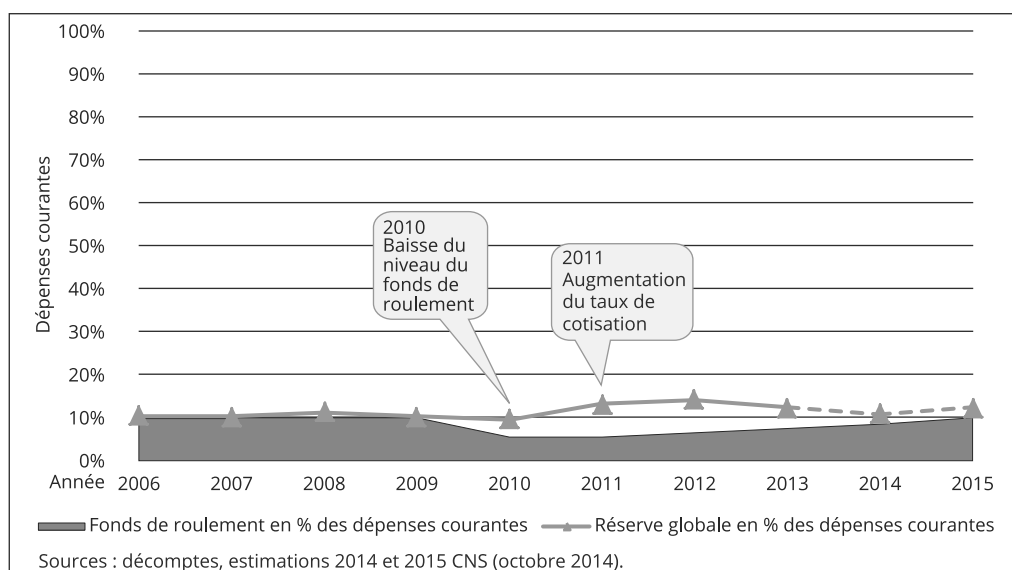
La réserve globale en fin d'année en valeur absolue



En 2009, la crise économique et la situation tendue sur le marché de l'emploi ont provoqué un ralentissement spectaculaire des rentrées en cotisations (voir graphique ci-après) et ont menacé sérieusement l'équilibre financier de la CNS.

Afin de faire face aux problèmes structurels auprès de l'assurance maladie-maternité et d'assainir durablement son assise financière, le Gouvernement a décidé d'engager une réforme en profondeur, votée en décembre 2010. Tout en attendant que les changements structurels prévus par la loi montrent leurs effets, des mesures d'économie quick-win (baisse du fonds de roulement, augmentation du taux de cotisation, stand-still, etc.) ont réussi à redresser la situation financière de l'assurance maladie à court terme.

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



Le graphique précédent visualise l'évolution de la réserve par rapport aux dépenses courantes. Ce rapport illustre qu'un excédent de financement apparemment important en valeur absolue, ne représente qu'un petit pourcentage de la masse des dépenses. Il faut noter également que l'excédent pour les années 2010 à 2014 est surévalué en raison de la diminution du taux de la réserve légale à respectivement 5,5% pour 2010 et 2011, 6,5% pour 2012, 7,5% pour 2013 et 8,5% pour 2014.

Evolution des recettes et des dépenses

Le tableau ci-après retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2011 et présente des estimations actualisées pour l'année en cours ainsi que pour l'exercice budgétaire 2015.

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

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ¹⁾	
	2011	2012	2013	2014	2015
RECETTES COURANTES ²⁾	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,7	2 617,1
DEPENSES COURANTES ^b	2 081,8	2 228,4	2 403,0	2 516,0	2 574,4
Solde des opérations courantes	78,3	44,1	-22,5	-19,4	42,7
Réserve globale	272,8	317,0	294,5	275,1	317,8
Fonds de roulement minimum ³⁾	114,5	144,8	180,2	213,9	257,4
Taux réserve minimum / dépenses courantes	5,5%	6,5%	7,5%	8,5%	10,0%
Excédent/découvert cumulé (après opérations sur réserve)	158,3	172,1	114,2	61,2	60,4

1) Source: Prévisions budgétaires CNS (octobre 2014).

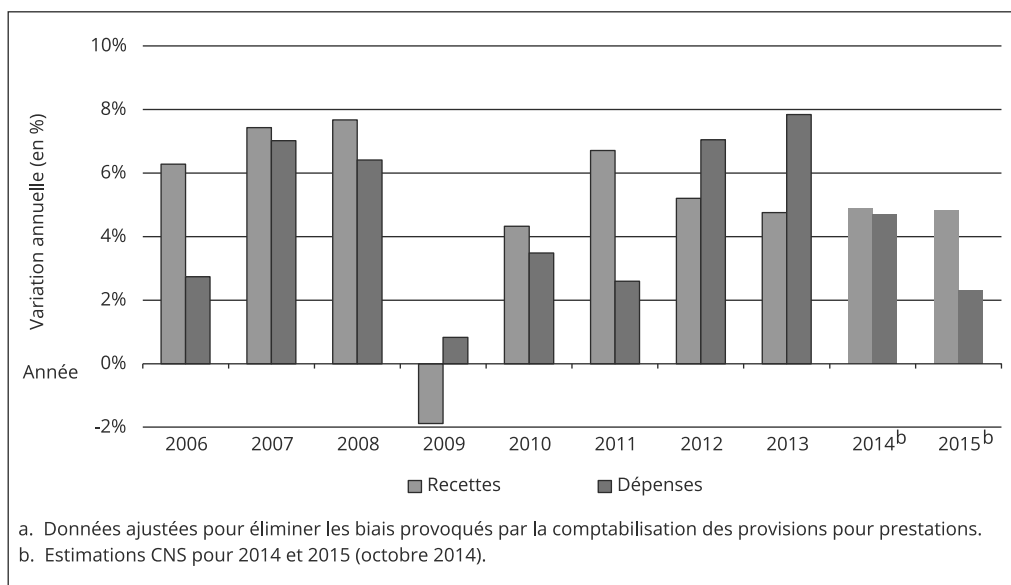
2) Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions.

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%, pour 2014 à 8,5% et pour 2015 elle atteint à nouveau 10%.

L'année 2013 a été clôturée avec un excédent cumulé de 114,2 millions EUR. Pour les exercices 2014 et 2015 cette baisse sensible continuera et cet excédent se situera autour de 60 millions EUR.

Il faut cependant noter que cette décroissance, surtout pour 2013, est due en partie à l'augmentation des dépenses courantes résultant des provisions supplémentaires créées par les adaptations de la méthode comptable (+58,7 millions EUR en 2013) et de la prolongation de 6 semaines du délai d'introduction des décomptes des institutions de sécurité sociale étrangères (+49,1 millions EUR régularisés). S'y ajoute la comptabilisation de la dette prévisible restante envers les institutions de la sécurité sociale étrangères dans les dépenses de 2014 à 2016 (60%, soit 120 millions EUR en 2014, 30% soit 60 millions EUR en 2015 et 10%, soit 20 millions EUR en 2016).

Evolution des recettes et dépenses courantes ^a à partir de 2006

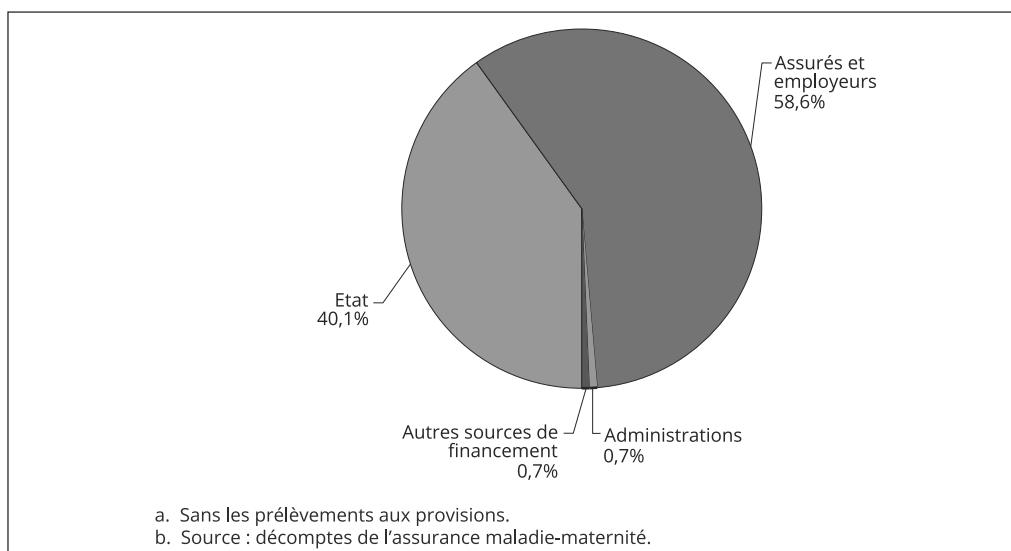


Comme souligné déjà sous le premier tableau (évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité) au début de ce chapitre, l'évolution réelle des dépenses (c.à.d. après abstraction des adaptations de la méthode comptable mentionnées ci-avant), montre un écart entre les recettes et les dépenses pour 2013 en faveur des dépenses. En 2014 le niveau recettes/dépenses est à peu près en équilibre et en 2015 l'écart entre l'évolution des recettes et dépenses se creuse.

En résumé, les estimations actuelles jusqu'en 2015 prévoient donc une situation financière stable avec un résultat cumulé positif.

Comme l'illustrent le graphique et le tableau suivants, l'évolution des recettes est influencée par la participation de l'Etat et les cotisations payées par les assurés et employeurs.

Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2013 (en % du total) ^{ab}



Si on considère le poids des différents intervenants dans le financement, on constate que les rapports demeurent assez stables au fil des années. La participation de l'Etat se limite aux 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 jusqu'en 2015 une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les frais supplémentaires causés à la CNS du fait de l'intégration des frais de maternité dans le régime général.

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

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ¹⁾	
	2011	2012	2013	2014	2015
Etat	864,0	911,0	953,9	999,9	1 048,2
Assurés et employeurs	1 260,1	1 330,0	1 394,0	1 462,9	1 535,4
Administrations	14,2	14,8	16,7	17,6	18,2
Autres sources de financement	21,7	16,7	15,9	16,3	15,3
TOTAL RECETTES COURANTES ²⁾	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,7	2 617,1
En % du total					
Etat	40,0%	40,1%	40,1%	40,0%	40,1%
Assurés et employeurs	58,3%	58,5%	58,6%	58,6%	58,7%
Administrations	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
Autres sources de financement	1,0%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1) Source : Estimations CNS (octobre 2014).

2) Sans les prélèvements aux provisions.

L'augmentation du niveau des cotisations en 2011 s'explique essentiellement par deux facteurs que sont l'augmentation du taux de cotisation ainsi qu'une reprise économique. Pour les années 2012-2015 l'évolution des cotisations est stable et se situe aux alentours de 5%.

L'évolution législative et réglementaire

En 2014, 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 19 décembre 2014 déterminant, en application, de l'article 37 de la loi du 19 décembre 2014 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2015, 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, divers règlements grand-ducaux arrêtant les nomenclatures des actes et services des différents prestataires d'aides et soins pris en charge par l'assurance maladie ont été modifiés.

Ainsi, 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 a été modifié par quatre règlements grand-ducaux, à savoir

- par le règlement grand-ducal du 28 avril 2014, en vue de remplacer l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale y prévue par une autorisation à posteriori pour alléger la procédure du Contrôle médical de la sécurité sociale et pour éviter aux patientes une démarche psychologiquement difficile ;
- par le règlement grand-ducal du 26 mai 2014 portant introduction de nouveaux actes en lien avec la radiothérapie stéréotaxique robotisée implantée au Centre François Baclesse ;
- par le règlement grand-ducal du 1er décembre 2014 en vue de la mise en application d'une sentence du Conseil supérieur de la sécurité sociale et du protocole d'accord entre la Caisse nationale de santé (CNS) et l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) y relatif datant de janvier 2014 ;
- par le règlement grand-ducal du 12 décembre 2014 portant extension de l'application du code E20 aux médecins spécialistes en oncologie médicale et création d'un nouveau code J2 pour la prise en charge des jeunes dans le centre de jour du service national de psychiatrie juvénile.

Le règlement grand-ducal du 14 octobre 2014 a été pris en vue de l'adaptation du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes, cordonniers-bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses prises en charge par l'assurance maladie aux modifications légales qui ont été opérées au niveau de la définition de différentes professions libérales concernées par le règlement grand-ducal du 1er décembre 2011 ayant pour objet d'établir la liste et le champ d'application des activités artisanales prévues à l'article 12(1) de la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales (...).

Le projet de réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale a été soumis début 2014 au Conseil de gouvernement et est actuellement en voie de discussion à la Chambre des Députés.

En 2014, un avant-projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 relatif au fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie a été élaboré et sera introduit dans la procédure législative début 2015.

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.

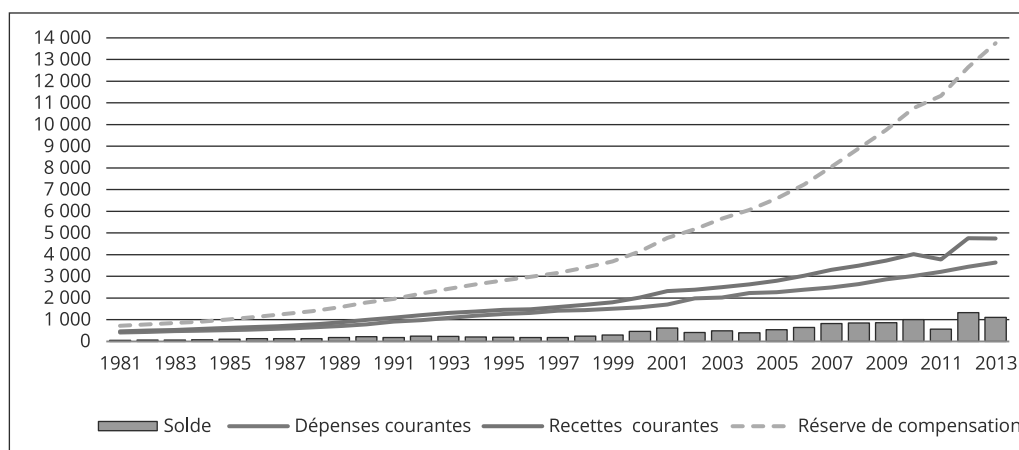
A côté du régime général d'assurance pension, il existe des régimes spéciaux qui concernent :

- 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.

Situation financière du régime de pension

En 2013, les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 1 111 millions EUR. Ce résultat a été obtenu malgré une stagnation des recettes courantes et une progression significative des dépenses, qui se situait à 5,6%. L'historique des principaux paramètres financiers est affiché sur le graphique suivant.

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



L'évolution des recettes et des dépenses entre 2008 et 2013 a été la suivante.

Evolution des recettes et des dépenses globales de l'assurance pension

Exercice	1980	1990	2000	2010	2012	2013
RECETTES						
Cotisations des assurés et des employeurs	2 169	2 231	2 324	2 441	2 581	2 701
		2,9%	4,2%	5,0%	5,7%	4,6%
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1 083	1 115	1 161	1 220	1 290	1 350
Participation de tiers	0	0	0	0	0	0
Transferts provenant d'autres organismes	3	2	3	2	3	5
Revenus sur immobilisation	23	25	26	26	25	23
Produits divers de tiers	6	5	6	6	6	5
Produits financiers	206	344	508	77	859	664
Autres recettes	0	0	0	0	0	0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	3 491	3 722	4 028	3 771	4 764	4 748
Variation annuelle en %		6,6%	8,2%	-6,4%	26,3%	-0,3%
DEPENSES						
Frais d'administration	28	32	32	37	40	40
Prestations en espèces	2 496	2 708	2 849	3 030	3 242	3 438
Transfert de cotisations à d'autres organismes	97	107	112	120	137	138
Décharges et restitutions à d'autres organismes	12	9	18	14	15	12
Frais de gestion du patrimoine	2	3	2	2	3	3
Charges financières	0	0	0	0	0	0
Dotations aux provisions et aux amortissements	6	6	6	7	7	6
Autres dépenses	0	0	0	0	0	0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	2 641	2 865	3 021	3 210	3 443	3 637
Variation annuelle en %		8,5%	5,4%	6,3%	7,3%	5,6%
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	851	857	1 007	561	1 321	1 111
<i>dont estimation du produit financier non réalisé du FDC</i>	<i>-131</i>	<i>148</i>	<i>311</i>	<i>-176</i>	<i>589</i>	<i>387</i>
Réserve globale	8 897	9 754	10 761	11 322	12 643	13 754
Réserve minimale	3 744	4 063	4 274	4 545	4 864	5 157
Niveau relatif de la réserve ¹⁾	3,6	3,6	3,8	3,7	3,9	4,0
Taux réserve minimum / prestations	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Excédent/découvert cumulé (après op.sur réserve)	5 153	5 691	6 487	6 777	7 779	8 597
Taux de cotisation	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%
Prime de répartition pure ²⁾	19,5%	20,6%	20,8%	21,0%	21,4%	21,6%
Coefficient de charge ³⁾	38,6	39,2	39,9	40,1	40,4	40,9

1) Réserve exprimée comme multiple des prestations annuelles.

2) Rapport dépenses courantes / masse cotisable.

3) Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.

Les exercices 2011 et 2012 avaient déjà été marqués par d'importantes fluctuations du rendement du patrimoine qui ont fortement impacté les recettes et, de fait, le solde des opérations courantes. 2013 n'a pas échappé à ce phénomène. Le montant renseigné en recettes concernant les produits financiers a régressé de 22,7% par rapport à 2012, évolution déterminée largement par les résultats de la SICAV-FIS. De prime abord, il faut rappeler que la valeur comptable de cette position ne reflète que les cours boursiers affichés au 31 décembre de l'exercice. Ensuite, il y a lieu de constater qu'en dépit des taux d'intérêts très bas sur le marché monétaire et de performances volatiles des obligations la SICAV un taux de rendement solide de 6,09% en 2013 face à 8,92% fin 2012 a pu être maintenu, performance due à un bon rendement des placements en actions.

Evolution de la situation du régime

Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
1980	48,6	22,8	2,03
1985	49,7	22,6	2,19
1990	47,0	22,7	2,58
1995	48,5	23,9	2,40
2000	43,5	20,8	2,85
2005	40,5	21,0	3,14
2010	39,9	20,8	3,78
2011	40,1	21,0	3,74
2012	40,4	21,4	3,90
2013	40,9	21,6	4,00

Le fait que le taux de cotisation global de 24% dépasse régulièrement la prime de répartition pure, permet au régime de dégager d'importants excédents financiers et de consolider une réserve substantielle dépassant le double du montant légalement requis.

L'évolution dans le temps des principaux indicateurs de santé du régime que sont le niveau relatif de la réserve, la prime de répartition pure ainsi que le coefficient de charge, dégage trois commentaires. La progression, bien que légère, du coefficient indique que la charge des pensions sur les cotisations des assurés actifs augmente. Depuis 2008, la prime de répartition se rapproche du taux de cotisation global, ce qui diminue par conséquent les excédents financiers, hors rendement de la fortune. Néanmoins, le niveau de la réserve a progressé encore, ce qui procure aux décideurs un temps précieux pour trouver les adaptations futures nécessaires à tête reposée et sans devoir brûler les étapes.

L'évolution législative et réglementaire

Réforme de l'assurance pension

L'année 2014 tout comme l'année 2013 ont été marquées par la mise en vigueur 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 (SNCF) ; 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.

En matière d'ajustement des pensions, l'ancienne législation a procédé 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 du 21 décembre 2012 a 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 avait décidé de ne pas procéder à l'ajustement des pensions et rentes en 2013.

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 avait 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 fait selon les modalités prévues par la loi du 21 décembre 2012.

Individualisation des droits

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

Au mois de juillet 2014, le ministère de la Sécurité sociale a fait parvenir au ministère de la Justice une proposition de texte à insérer dans le projet de réforme du droit de divorce. Cette proposition va dans la direction que le conjoint qui a renoncé, interrompu ou limité son activité professionnelle pour des raisons familiales pendant le mariage, a une créance à déterminer par la sécurité sociale envers l'autre conjoint, dont il est tenu compte lors de la liquidation et du partage des intérêts patrimoniaux.

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. Suite à l'avis du Conseil d'Etat du 25 mars 2014, la Chambre des Députés a adopté au mois de juillet 2014 une série d'amendements. En date du 11 novembre 2014, le Conseil d'Etat a émis un avis complémentaire. La mise en vigueur du projet de loi est prévue pour le premier semestre de l'exercice 2015.

Ont été pris au courant de l'exercice 2014 les règlements grand-ducaux suivants :

- ***Le règlement grand-ducal du 19 décembre 2014 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2013***

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 2013 du régime général fait ressortir une prime de répartition pure de 21,56% 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 19 décembre 2014 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2013***

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 2015 aux salaires postérieurs au 1er janvier 2013 est fixé à 1,426.

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

1. L'organisation de l'assurance dépendance

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

Les avis concernant l'attribution des prestations sont émis par la **Cellule d'évaluation et d'orientation**. Elle est aussi chargée d'une mission de contrôle de la qualité des prestations compte tenu de normes définies ainsi que d'une mission de contrôle de l'adéquation des prestations dispensées aux besoins de la personne dépendante. La Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) est en outre, chargée d'une mission d'information et de conseil en matière de dépendance par rapport à toutes les instances concernées par le problème.

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

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

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

La **Commission de qualité** a pour mission de définir des lignes directrices et des standards en matière de qualité pour tous les types de prestations de l'assurance dépendance et de les proposer pour une intégration dans la convention-cadre négociée entre les prestataires et la Caisse nationale de santé.

La mauvaise application ou l'irrespect des normes de qualité pourront être sanctionnés par la **Commission de surveillance** qui est non seulement compétente pour l'assurance maladie mais aussi pour l'assurance dépendance. Dans ce cadre, elle est chargée, depuis les modifications apportées à la loi en 2005, de trancher les litiges qui peuvent survenir entre l'organisme gestionnaire et les prestataires.

Afin de se donner la possibilité d'améliorer l'action en faveur des personnes dépendantes, la loi prévoit la possibilité de réunir les Ministres de la Famille, de la Santé et du Budget, des organisations œuvrant dans les domaines de la santé, de la famille et de l'action sociale ainsi que des représentants des personnes dépendantes. 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.

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.

L'évolution financière est évidemment la conséquence de ce développement.

L'exercice 2013 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse annuelle de 5,9% des recettes courantes et une augmentation de 8,0% des dépenses courantes. Avec un excédent de 2,6 millions EUR, le solde des opérations courantes affiche un équilibre fragile. En effet 1,5 millions EUR des réserves cumulées ont dû être utilisés pour alimenter le fonds de roulement (réserve minimale) au seuil légal.

La situation quasiment équilibrée pour 2013 et l'excédent de l'exercice 2012 sont en larges parties dues aux augmentations successives de la contribution étatique.

La dégradation continue de la situation financière de l'assurance dépendance observée depuis 2008 a ainsi pu être freinée mais non pas arrêtée.

2.1 L'évolution des bénéficiaires de l'assurance dépendance

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

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%	9 984	97,4%
2008	10 621	3,6%	10 327	97,2%
2009	11 159	5,1%	10 859	97,3%
2010	11 847	6,2%	11 512	97,2%
2011	12 388	4,6%	12 033	97,1%
2012	13 006	5,0%	12 625	97,1%
2013 ^b	13 362	2,7%	12 962	97,0%

a Situation au 31 décembre.

b Données provisoires.

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 2008 à 2012

Type de prestataire	2008	2009	2010	2011	2012
Réseaux d'aides et de soins	1 715,2	1 829,7	1 857,1	1 940,6	2 107,3
Personnel d'assistance et de soins	1 558,1	1 652,6	1 681,5	1 755,3	1 914,7
Personnel socio-éducatif	28,5	33,5	33,3	37,2	33,1
Personnel administratif	116,2	129,5	127,6	127,9	133,9
Personnel technique et logistique	12,4	14,1	14,7	20,2	25,7
Centres semi-stationnaires	276,8	321,1	349,0	377,9	399,6
Personnel d'assistance et de soins	157,7	178,3	195,8	210,2	226,0
Personnel socio-éducatif	53,5	70,9	72,2	84,2	87,2
Personnel administratif	15,9	19,4	22,8	22,7	23,4
Personnel technique et logistique	49,7	52,4	58,2	60,8	63,0
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	4 166,5	4 163,2	4 426,0	4 876,4	5 053,9
Personnel d'assistance et de soins	2 702,1	2 728,0	2 918,0	3 432,5	3 569,8
Personnel socio-éducatif	80,4	90,7	104,0	113,3	128,2
Personnel administratif	251,0	215,8	227,0	235,3	258,3
Personnel technique et logistique	1 133,0	1 128,7	1 177,0	1 095,2	1 097,7
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	770,6	813,8	821,9	864,2	917,7
Personnel d'assistance et de soins	309,9	312,7	311,2	328,3	350,8
Personnel socio-éducatif	328,3	353,1	362,3	385,5	414,0
Personnel administratif	39,4	45,1	43,0	46,5	48,0
Personnel technique et logistique	93,0	102,9	105,4	103,9	104,9
TOTAL	6 929,1	7 127,8	7 454,0	8 059,0	8 478,5
Variation en %	0,1	0,0	4,6	8,1%	5,2%
Nombre d'ETP prestant des soins	4 727,8	4 871,6	5 106,5	5 726,3	6 061,3
Nombre d'ETP prestant des soins (en %)	0,7	0,7	68,5	71,1%	71,5%

2.3 L'évolution des valeurs monétaires

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

Année	Etablissements d'aides et de soins	Maintien à domicile	Valeur horaire pour prestations en espèces		
1999	35,2	37,2	18,59		
2000	35,2	37,7	18,84		
2001	33,7	44,6	22,31		
2002	34,5	45,3	22,65		
2003	35,8	47,7	23,85		
2004	35,8	48,0	24,00		
2005	37,8	50,0	24,99		
2006	39,9	51,3	25,00		
	Les établissements d'aides et de soins à séjour continu	Les réseaux d'aides et de soins	Les centres semi-stationnaires	Les établissements à séjour intermittent	
2007	41,4	52,4	53,3	46,0	25,00
2008	43,4	53,2	51,2	47,6	25,00
2009	44,6	57,4	52,1	48,1	25,00
2010	44,9	59,3	51,6	48,2	25,00
2011	44,8	61,6	51,9	50,2	25,00
2012	46,5	63,6	54,5	51,9	25,00
2013	47,7	65,2	55,9	53,2	25,00
2014	48,6	66,4	56,9	54,2	25,00

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		122,5	99,2%
2001	150,7	22,1%	149,4	99,1%
2002	177,5	17,8%	175,7	99,0%
2003	211,1	18,9%	208,9	99,0%
2004	260,0	23,2%	256,9	98,8%
2005	291,1	11,9%	287,4	98,7%
2006	312,5	7,4%	308,4	98,7%
2007	321,9	3,0%	317,7	98,7%
2008	351,8	9,3%	347,4	98,7%
2009	383,2	8,9%	378,5	98,8%
2010	415,2	8,4%	410,1	98,8%
2011	455,3	9,7%	449,8	98,8%
2012	496,9	9,1%	491,2	98,8%

2.5 Les recettes et dépenses de l'assurance dépendance

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

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Taux de cotisation	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
Recettes courantes	382,3	405,5	411,5	421,5	439,9	522,0	552,7
Variation annuelle en %	22,3%	6,1%	1,5%	2,4%	4,4%	18,7%	5,9%
Dépenses courantes	334,3	357,1	404,8	449,0	482,7	509,2	550,1
Variation annuelle en %	1,5%	6,8%	13,3%	10,9%	7,5%	5,5%	8,0%
Solde des opérations courantes	48,0	48,4	6,7	-27,5	-42,8	12,8	2,6
Excédent / découvert de l'exercice	47,5	46,1	1,9	-31,9	-46,2	10,2	-1,5
Réserve	124,0	172,4	179,1	151,6	108,8	121,6	124,3

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

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 début de l'année 2014. Consciente des exigences légitimes des citoyens mais également des contraintes financières et démographiques, la CEO s'est dotée d'une **politique volontariste**, clairement définie, afin d'accompagner les évolutions de la société. Cette politique s'appuie sur ses valeurs et se concrétise par une **carte stratégique**, outil affichant ses priorités pour les prochaines années. Cette carte stratégique (disponible sur le site www.mss.public.lu rubrique dépendance) montre le chemin emprunté par la CEO pour remplir ses missions et apporter son expertise dans l'évolution du système assurance dépendance.

Elle se décline autour de 4 axes prioritaires :

- La satisfaction des citoyens-clients et partenaires : La CEO travaille pour les autres et au sein d'un système regroupant des acteurs multiples
- L'amélioration de ses processus internes : La CEO s'engage à rechercher constamment l'excellence
- La performance financière : Comme toute administration ou entreprise, la CEO doit savoir maîtriser ses coûts
- Le soutien et l'accroissement de ses potentiels de développement ; L'évolution de la société et des technologies entraînent une nécessaire adaptation et stimulent l'innovation.

3.1. SATISFACTION DES CITOYENS CLIENTS ET DES PARTENAIRES

Les actions menées en 2014 ont visé principalement

3.1.1. Les relations de la CEO dans le système assurance dépendance avec les décideurs

Fort de son expertise, la CEO apporte son concours au travail du législateur en portant à sa connaissance l'ensemble des éléments factuels et circonstanciés nécessaires à des prises de décision éclairées.

2014 est une année particulière dans le sens où après avoir participé activement à l'élaboration du bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance et sa présentation, la CEO est un acteur incontournable de la réforme assurance dépendance. Elle participe à ce titre aux différents groupes de travail, au comité de coordination et au comité de pilotage de la réforme. Elle fournit des analyses qualitatives et quantitatives qui permettent d'alimenter les discussions.

3.1.2. La politique de communication

a) Un nouveau formulaire de demande

L'introduction du nouveau numéro d'identification (" matricule ") pour les personnes physiques a été l'occasion de **revoir le formulaire de demande de prestations de l'assurance dépendance**. Le formulaire est composé de deux parties : la partie à remplir par le demandeur ET un rapport médical à remplir par le médecin (R20). La partie à remplir par demandeur a été améliorée dans le but d'offrir un meilleur service et à faciliter le traitement des demandes par l'administration. Le R20 (certificat médical à remplir par les médecins) a été amélioré, en collaboration avec l'AMMD, afin de mieux guider les praticiens dans leurs constats et explication des besoins et d'identifier précocement des demandes hors périmètre assurance dépendance.

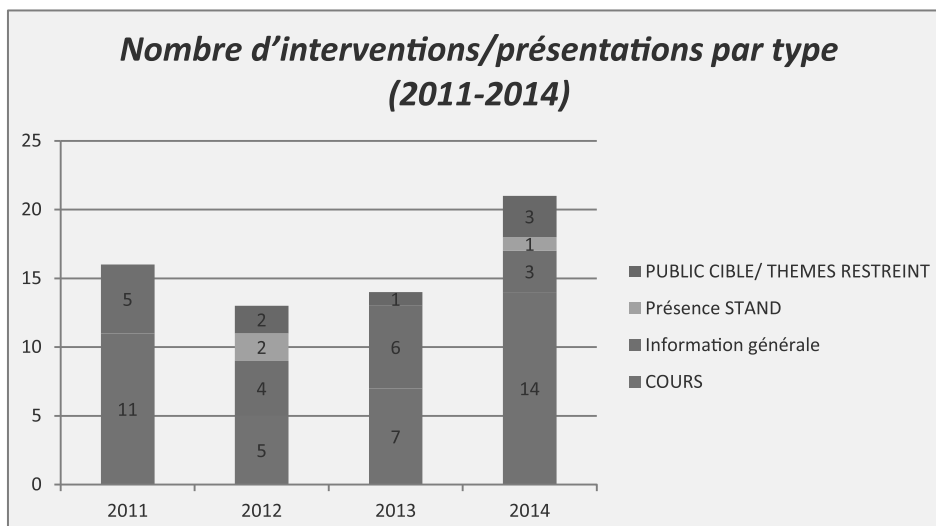
A cette occasion, la CEO a mené une campagne de communication importante centrée vers les professionnels avec en premier lieu les médecins. Ce sont en effet les premiers fournisseurs d'information sur les demandeurs de prestations mais également le principal relais d'informations sur l'assurance dépendance auprès de leurs patients, comme l'a montré une étude de satisfaction réalisée par la CEO en 2013.

Puis, l'information a été diffusée aux différents prestataires via la COPAS ainsi qu'à différents partenaires (centres de rééducation au Luxembourg et en Allemagne, SMA, Adapth, Patientevertriedung asbl, services sociaux des hôpitaux, médecins externes de la CEO,...). Les newsletters des professionnels, les bulletins d'information et présence sur différents sites internet (portail santé, site du ministère de la sécurité sociale) ont contribué à une large diffusion de cette information.

b) Explication sur le système assurance dépendance

En 2014, la CEO a assuré **différents cours ou présentations sur l'assurance dépendance**. Des cours sont proposés annuellement dans le cadre des formations professionnelles notamment au " Lycée technique pour professions de santé " à l'attention des futurs infirmiers et aides-soignants, dans le cadre de la formation aux fonctions d'aide socio-familiale, et pour les cours préparant à l'épreuve d'aptitude pour la reconnaissance du diplôme " Assistant Social ". Deux cours portant sur l'assurance dépendance sont également proposés à l'Ecole supérieure du travail (Ministère du Travail) qui organise chaque année des cours du soir sur la législation de la sécurité sociale.

Tout au long de l'année, d'autres présentations se font sur demande (diverses associations, clubs seniors, commissions des communes, ministères, etc.).



Les besoins en explications sur les prestations, le mode de fonctionnement du système assurance dépendance et les modalités de traitement des dossiers, notamment vers le grand public auront tendance à augmenter dans les années futures dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme assurance dépendance.

Enfin, en 2014, la CEO a participé activement aux réflexions pour la refonte du site internet du ministère de la sécurité sociale qui veut, à terme, devenir le portail de la sécurité sociale. Elle retravaille ses supports d'informations et œuvre dans une mise à disposition adaptée et respectueuse des besoins des citoyens, des informations nécessaires à une bonne compréhension du système assurance dépendance.

3.2. OPTIMISATION DES PROCESSUS INTERNES

L'optimisation des processus passe par une identification des potentiels d'amélioration tant en termes de capacité de traitement que d'allocation des ressources. Dans ce sens, la CEO travaille dans un esprit " Lean management " afin de réinvestir des gains là où se trouvent les potentiels d'amélioration.

Alors que les professionnels de santé ont pour mission d'évaluer l'état de dépendance, il n'en reste pas moins qu'ils ont également un ensemble de tâches administratives à réaliser. Depuis les deux dernières années, la CEO cherche donc à décharger les référents de certaines tâches administratives.

Les objectifs prioritaires pour 2014 se focalisaient sur la répartition de la charge de travail des référents et l'optimisation de l'outil de gestion des dossiers.

3.2.1. Optimisation des capacités de traitement

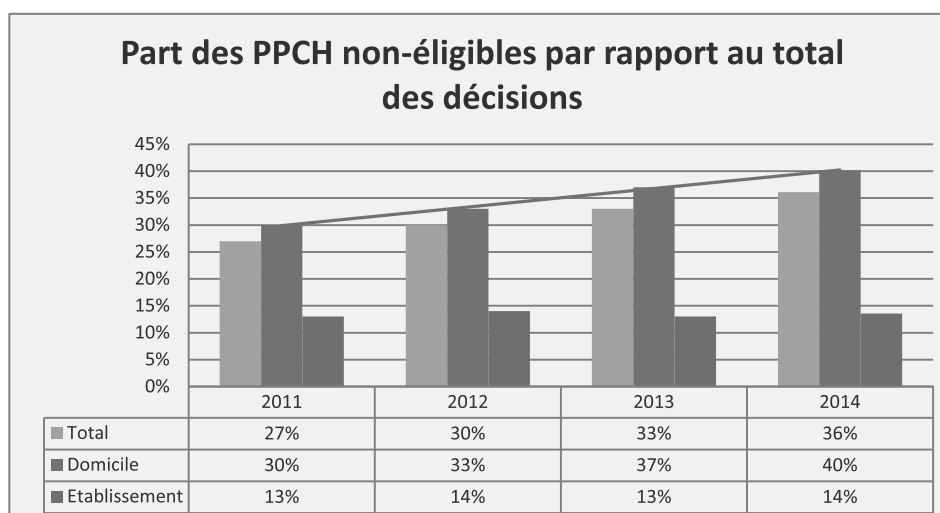
Dans la même logique que l'engagement d'un agent pour assurer exclusivement la Helpline Aides techniques à l'été 2012, le service orientation des dossiers a été rejoint par une infirmière. Sa mission est l'orientation interne des demandes de prestations de l'assurance dépendance. Cette mission était normalement assurée à tour de rôle par l'ensemble des professionnels de santé de la CEO.

Ce nouveau poste au sein de la CEO a pu être concrétisé (après une phase test en CDD) grâce aux résultats positifs générés par ce nouveau mode de fonctionnement.

- Depuis février 2014 : **diminution des refus d'aides techniques** grâce à une clarification systématique de la nature des aides techniques demandées par l'agent qui assure l'orientation des dossiers (en-dessous de 0,6 % du total des commandes AT au SMA)
- **Augmentation (plus du double) des évaluations prévues à l'antenne** et donc une participation à l'optimisation des trajets par une meilleure identification des demandeurs qui ne nécessitent pas une visite du référent sur le lieu de vie (352 dossiers en 2014 par rapport à 158 en 2013)
- **Augmentation du nombre de dossiers traités via la procédure** dite du module préliminaire ; ce qui continue à participer à l'augmentation de la capacité de traitement des dossiers au sein de la CEO.

Depuis plusieurs années, le pourcentage de personnes qui n'atteignent pas le seuil ne cesse d'augmenter. Elles ne sont pas dépendantes au sens de la loi.

Part du pourcentage de décisions négatives = " Plan de prise en charge non éligible " par rapport au total des décisions, par type de lieu de vie



Outre des actions de communication et de sensibilisation, diverses actions ont été réalisées. Entre 2012 et 2014, la CEO a multiplié par 4 (de 50 à > 200) le nombre de dossiers qu'elle clôture par module préliminaire cf l'article 1er du règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance. Cette procédure permet, grâce à un repérage précoce, de prendre contact avec les bénéficiaires pour lesquels la situation correspond à des critères très précis et pour lesquels les besoins exprimés sont clairement hors cadre de l'assurance dépendance ou particulièrement insuffisants au vue du seuil des 3.5h.

Le nombre de dossiers " évalués " de cette façon correspond quasiment au nombre d'évaluations (au lieu de vie) moyen annuelle d'un ETP, alors que ces dossiers bénéficient d'un traitement allégé (flux de traitement administratif très court et procédure réalisable par téléphone).

3.2.2. Une plus grande capacité de traitement ET des durées de traitement plus courtes

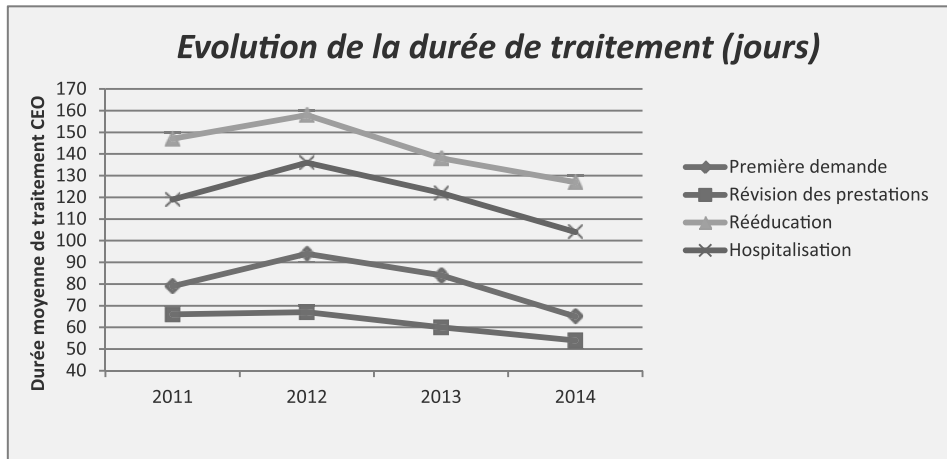
Durée de traitement moyenne des dossiers aides et soins de l'entrée à la CEO à son transfert vers la CNS:

4 types de dossiers

		Durée moyenne de traitement au sein de la CEO (en jours)			
		2011	2012	2013	2014
Flux typique	Première demande	79	94	84	65
	Révision des prestations	66	67	60	54
Flux atypique	Rééducation	147	158	138	127
	Hospitalisation	119	136	122	104

Le **flux typique** signifie que le dossier est passé par chaque étape du traitement du dossier. Il s'agit de la moyenne des durées de traitement pour un dossier qui a subi, dans l'ordre, les différentes étapes du traitement du dossier : de l'entrée à la CEO jusqu'à son transfert pour décision à la CNS. Le **flux atypique** signifie que le dossier, a, pour une raison déterminée, été stoppé dans son traitement normal ou a été traité de manière spécifique. Les deux exemples choisis montrent la durée de traitement des dossiers des **demandeurs qui ont été hospitalisés** lors d'une des étapes de traitement du dossier. Cette hospitalisation a nécessité une mise en suspens plus ou moins longue avant l'évaluation des besoins en aides et soins de la personne. Les dossiers de **personnes en rééducation** sont traités avec un suivi spécifique qui prend en compte la période pendant laquelle la personne fréquente un établissement de rééducation fonctionnelle et vise à préparer au mieux le retour à domicile, le cas échéant.

Evolution de la durée de traitement en jours, pour 4 type de dossiers (2011-2014)

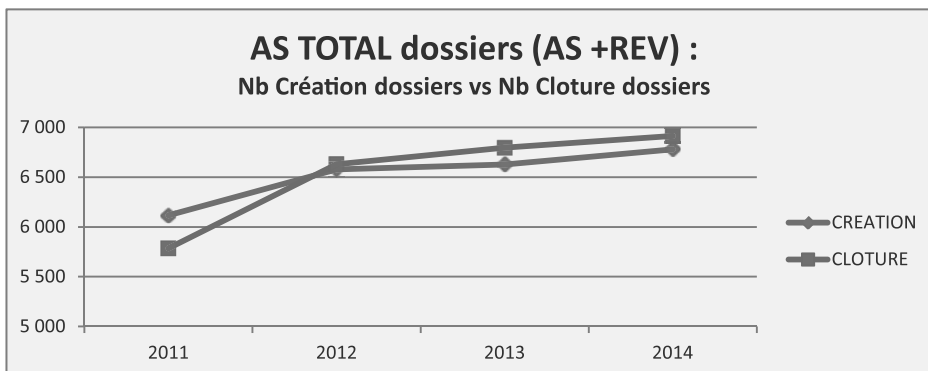


L'ensemble des actions menées ces dernières années montrent que les durées de traitement ont tendance à diminuer.

3.2.3. Des durées de traitement plus courtes mais un nombre de dossiers plus important

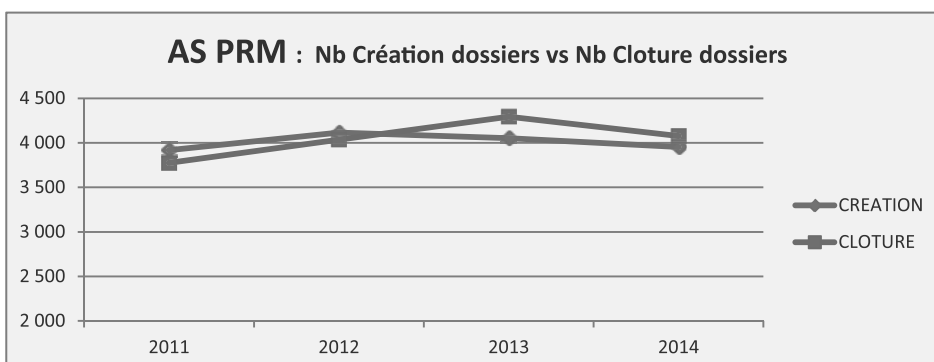
Le nombre de dossiers traités par la CEO n'a cessé d'augmenter depuis 2011 passant de 6 166 dossiers aides et soins en 2011 ouverts à 6 780 dossiers en 2014.

Nombre de dossiers Aides et soins (1ère demande ET Révisions) créés par la CEO versus nombre de dossiers clôturés par la CEO (2011-20114)

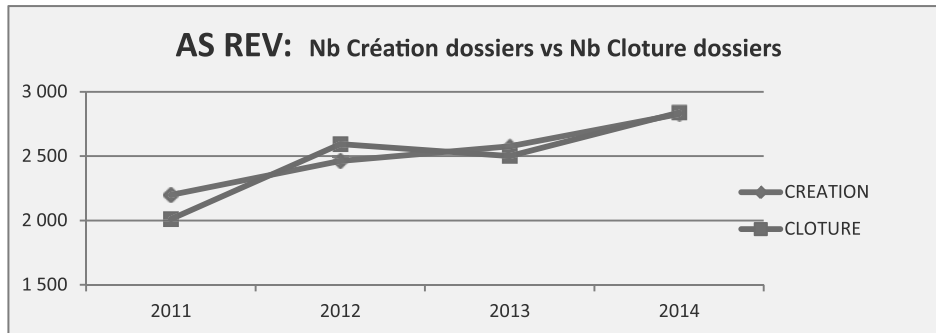


Alors qu'il y a une augmentation globale du nombre de dossiers traités, on note une légère diminution des premières demandes avec une diminution de 2% du nombre de dossiers 1ère demande créés entre 2013 et 2014 mais une augmentation du nombre de dossiers pour révision des prestations (augmentation de près de 10% du nombre Révision entre 2013 et 2014).

Nombre de dossiers Aides et soins (1ère demande) créés par la CEO versus nombre de dossiers clôturés par CEO (2011-20114)



Nombre de dossiers Aides et soins (REVISION) créés par la CEO versus nombre de dossiers clôturés par la CEO (2011-20114)

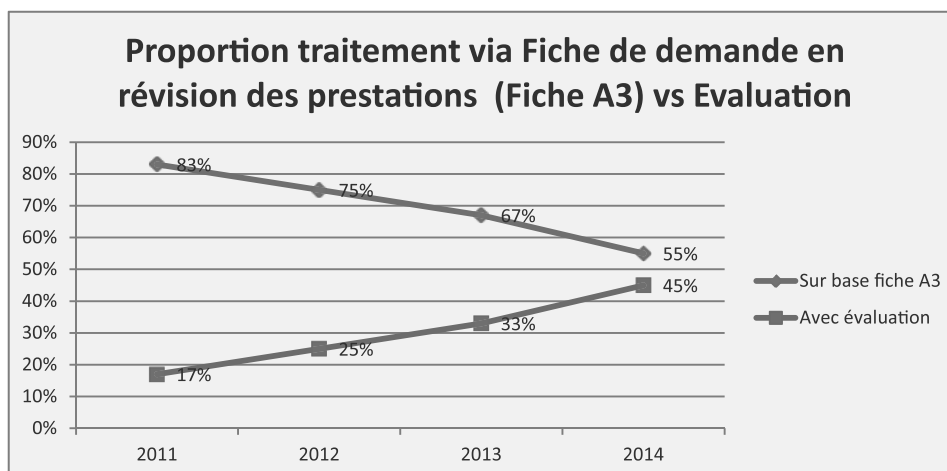


3.2.4. Une augmentation du nombre de dossiers aides et soins liée à une augmentation des révisions des plans de prise en charge

Outre le cycle normal de révisions des dossiers en raison de l'évolution de l'état de santé du bénéficiaire, la CEO a lancé des actions afin de s'assurer que les plans de prise en charge actifs reflètent au mieux l'état de dépendance actuel des bénéficiaires de prestations. La CEO a donc elle-même procédé à une ouverture importante de demandes en révision des prestations afin de s'assurer que les données à sa disposition sont le plus à jour possible. En 2014, la très grande majorité des plans de prise en charge actifs (80%) ont une ancienneté inférieure ou égale à 3 ans.

En 2014, l'ouverture importante de demandes de révision des prestations a participé activement à la diminution de l'ancienneté des plans de prises en charge. Cette tendance et objectifs resteront les mêmes pour 2015. De plus, il est important de noter que les actions visant à optimiser la capacité de traitement permettent d'accroître le nombre d'évaluations directes du bénéficiaire avec une présence plus importante des référents sur le terrain et donc de diminuer les révisions des prestations basées sur les seules fiches de demande en révision des prestations (FicheA3).

Proportion Nombre de dossiers Aides et soins (REVISION) traités via évaluation versus proportion de Nombre de dossiers Aides et soins (REVISION) traités sur base d'une fiche de demande en révision des prestations (2011-20114)



Pour 2015, la CEO continuera cette politique pro-active de révisions des prestations visant à diminuer l'ancienneté des plans de prise en charge actifs.

3.2.5. La diminution des stocks conforte les actions entreprises

Les résultats présentés ci-dessus montrent que le soutien administratif et la réorganisation du travail au sein des services évaluation et détermination et orientation des dossiers, soutenus par les services support, participent à l'augmentation de la capacité de traitement de la CEO : on observe ainsi une diminution quasi continue du nombre de dossiers en traitement à la CEO (tous types de traitement et d'actions confondus).

Nombre de dossiers en évaluation à la CEO (2013 et 2014) : Ensemble des dossiers pour lesquels une action est en cours, à la date considérée = STOCK à traiter



Au vue des résultats positifs de différentes décisions prises, les actions visant à alléger la charge administrative continueront en 2015 avec l'engagement d'un nouvel agent administratif qui aura pour tâches notamment la prise de rendez-vous des professionnels de santé et une optimisation des trajets (la CEO parcourt en moyenne 70.000 km par an). La réussite de ce projet ne pourra se faire sans un outil de planification des rendez-vous performant : cet outil sera mis à disposition par le Centre Informatique de la Sécurité Sociale.

3.2.6. L'outil informatique : soutien et participation à l'optimisation du processus de traitement des dossiers

Le recours accru à des échanges de données par voie électronique doit permettre des gains de productivité au niveau des processus internes. Mais c'est également une nécessité pour anticiper la montée en puissance de l'utilisation des nouvelles technologies.

a) Vers une administration " sans papier "

Depuis l'été 2011, **le scanning et l'archivage électronique systématique** du formulaire de demande, du rapport R20 et d'éventuels autres rapports joints est effectué dès réception par la CEO. Ces documents sont numérisés et intégrés automatiquement dans le système informatique de gestion des dossiers.

Un objectif clairement affiché par la CEO est d'étendre l'archivage électronique au dossier complet. Afin d'atteindre cet objectif, la CEO a mis en place en juillet 2014 un système de scanning complet des dossiers clôturés y compris l'ensemble des anciens dossiers d'un demandeur.

Les prévisions visaient une reprise de l'ensemble des dossiers dans les 4 ans. Or, le nombre de dossiers clôturés et scannés entièrement est de 20% au-dessus des prévisions. La **CEO atteindra donc son objectif de disposer d'un archivage électronique complet en 2017**. Outre l'archivage électronique des dossiers traités, la CEO souhaite se diriger vers une absence de circulation de dossiers papiers laquelle sera atteinte avec la mise en production d'une version évoluée de l'application de gestion des dossiers.

b) Des projets informatiques pour soutenir l'optimisation des processus

D'autres actions sont mises en œuvre afin **de centraliser l'ensemble des actions à réaliser dans une seule et même application**, afin de limiter les redondances de traitement de données ou multiplication de sources d'informations.

De plus, en 2014, la CEO a participé à des projets visant à mettre en place une messagerie sécurisée ou des systèmes d'échanges de données, participant à un traitement direct et sécurisé, soit en interne, soit avec des prestataires, de données sensibles. 2015 devrait être l'année de la concrétisation de ces projets.

3.3. LA PERFORMANCE FINANCIERE

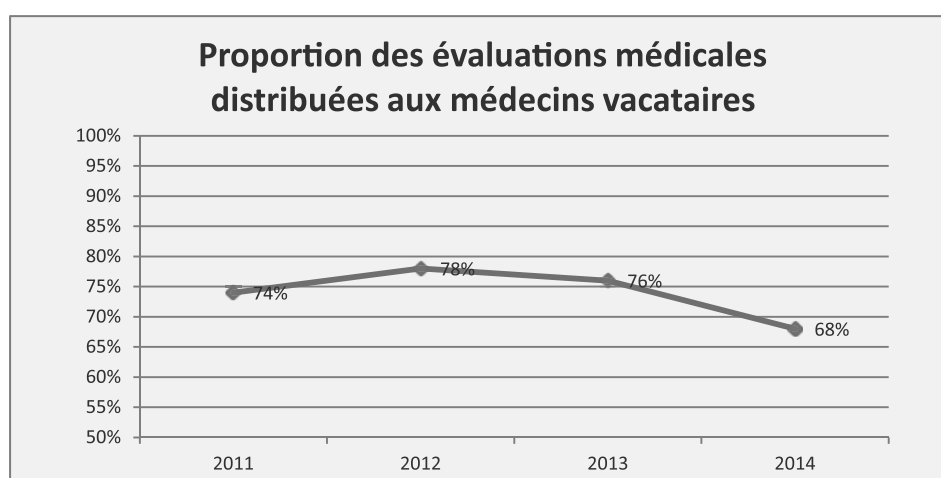
L'objectif de la CEO est de réussir à identifier les coûts associés aux différents types des demandes. Cet objectif ambitieux vise à être concrétisé en 2015 si la CEO arrive à se doter d'une méthodologie adéquate. Cependant comme chaque administration, la CEO suit les coûts générés par son activité et ses décisions.

Ci-après deux exemples de suivi spécifiques en raison de la forte influence de paramètres externes (environnement législatif et statutaire, évolution des besoins de la population, etc..

Le recours à des médecins externes pour soutenir la CEO dans le processus d'évaluation des besoins en aides et soins est particulièrement suivi et constitue une variable d'ajustements budgétaire et stratégique.

En 2014, 68% des évaluations à réaliser par un médecin ont été distribuées aux médecins externes, soit 1244 évaluations. Cela représente **une baisse importante** par rapport à 2013 où 1467 évaluations ont été distribuées aux médecins externes. Vu le manque de ressources internes, le pourcentage des évaluations réalisées par les médecins externes reste élevé. A l'heure actuelle, il est inimaginable de pouvoir traiter toutes ces demandes en interne. Pour 2015, la CEO recrutera un médecin à mi-temps, ce qui viendra renforcer l'effectif de médecins internes, et aura un impact sur le nombre d'interventions si tous les autres paramètres (cf notamment le nombre de dossiers à traiter) restent stables.

Proportion des évaluations distribuées aux médecins vacataires (2011-2014)



Le **paiement des R20, certificat médical** qui accompagne chaque demande fait également l'objet d'un suivi rigoureux. Le tarif des rapports médicaux (R20) est fixé par la nomenclature des actes de l'assurance maladie. Actuellement, ce tarif est de 57,20 Euros et en comparant le nombre de demandes introduites par rapport au prix des R20 (exercices 2003 à 2013), on constate que les deux tendances ne varient pas fondamentalement.

3.4. SOUTENIR ET ACCROITRE LES POTENTIELS DE DEVELOPPEMENT

Les objectifs prioritaires de 2014 se sont axés sur l'accompagnement et le développement des ressources humaines ainsi que l'optimisation de l'outil de gestion des dossiers

3.4.1. Renforcement de la ligne managériale et développement des compétences

Des responsables régionaux ont été désignés lors du découpage en trois équipes régionales du service évaluation et détermination. En 2014, leurs compétences ont été élargies à **la gestion d'équipe**, en raison de leur implication dans le processus d'entretien des collaborateurs. Afin de renforcer leurs compétences managériales, ils ont été formés à la conduite d'entretien et ont donc participé à la réalisation des 45 entretiens menés auprès de l'ensemble du personnel de la CEO de mars à août 2014. Basés sur le référentiel de compétence dont s'est doté la CEO (élaboration entre 2010 et 2012), ces entretiens permettent de déterminer si l'agent, pour son poste spécifique, dispose des compétences définies comme requises et de mettre en place le plan de formation adéquat.

Un outil spécifique, développé en interne par le " service de la gestion administrative " supporte le déroulement de l'entretien. L'ensemble du personnel a été formé à l'utilisation de cet outil en début d'année 2014.

Comme cette démarche est novatrice, tant dans l'outil qui a été construit que dans l'approche d'évaluation des compétences, deux enquêtes de satisfaction ont été menées : une auprès de l'ensemble des collaborateurs de la CEO et l'autre auprès des chefs de services afin de mesurer l'impact de cette démarche dans le management de leur équipe. Les résultats de ces deux enquêtes participeront à la politique de formation et de gestion des ressources humaines que le Comité de direction affinera en 2015.

3.4.2. Optimisation de l'outil électronique de suivi et de gestion des dossiers

En 2014, le renforcement du partenariat avec le Centre informatique de la sécurité sociale (CISS) permet de prévoir un développement de l'outil principal de gestion des dossiers dans une logique de " workflow ". Complémentaire des actions et améliorations menées afin de faciliter le traitement administratif, l'outil calqué sur le flux de traitement des dossiers garantira une meilleure gestion et suivi. Cela ouvrira également la possibilité, à terme, de proposer au citoyen-client de suivre lui-même l'avancement de son dossier.

Sans ce **partenariat fort avec le CISS**, la CEO ne peut espérer consolider son outil mais bien plus anticiper les futurs changements liés à la réforme de l'assurance dépendance.

Alors que **le système de mesure (DataWareHouse = DWH) a été renforcé en 2014** permettant une meilleure connaissance de la performance globale de l'activité la CEO, l'évolution de l'outil de gestion des dossiers permettra dans les deux prochaines années de piloter à un niveau plus individuel : cela augmentera encore la qualité du suivi des dossiers et l'autonomie du gestionnaire de dossier.

4. LE SYSTÈME DE MANAGEMENT DE QUALITÉ DE LA CEO

L'objectif principal de 2014 a été **la consolidation du système de mesure DWH**. Avec l'arrivée d'un nouveau collaborateur au sein du Service qualité, l'accent a été mis sur la gestion et l'exploitation du DWH de la CEO. L'objectif visant à maîtriser et avoir à disposition toutes les données concernant les traitements des dossiers (durées, étapes, intervenants, suspens) permet de construire le système d'indicateurs nécessaires au suivi des actions mises en place et à l'évaluation des performances.

2015 sera l'occasion d'une refonte et simplification du système documentaire de la CEO, participant au système de management de la qualité. La mise en production fin 2014 **d'un nouveau système de gestion et génération des Templates** a amené à s'interroger sur les pratiques administratives et donc sur les procédures en vigueur. Celles-ci sont adaptées au fur et à mesure. De plus, on verra en 2015 que ce nouveau système participe à une diminution des impressions papiers et des opérations de scanning ad-hoc. Il participe également à la diminution des tâches administratives en transférant directement les différents documents nécessaires aux échanges et traitement des dossiers de bénéficiaires dans le système de gestion électronique des dossiers.

5. CONCLUSION

Alors que les actions qui ont été menées montrent des résultats positifs, la CEO ne peut relâcher ses efforts. La feuille de route de la CEO est clairement établie pour les prochaines années.

La **carte stratégique de la CEO** donne la direction et continue à être déployée à tous les niveaux de l'organisation. Pour s'assurer de l'atteinte des objectifs fixés, un suivi biannuel est réalisé au sein du Comité de direction de la CEO afin de réajuster, le cas échéant, les actions en cours.

Pour les années à venir, l'objectif de maintien des durées de traitement quel que soit le flux de demandes sera d'autant plus d'actualité. Cette qualité de service, malgré d'éventuelles nouvelles contraintes, sera à pérenniser et ne pourra se faire sans une adaptation permanente des outils, des collaborateurs et des comportements.

L'année 2015 devra être l'année de la consolidation afin d'accueillir les changements inhérents à une réforme du système assurance dépendance.

L'évolution législative et réglementaire

Le programme gouvernemental de 2013 prévoit une réforme structurelle de l'assurance dépendance permettant la maîtrise globale de l'évolution des dépenses et des prestations.

Une hausse de la contribution dépendance n'interviendra qu'en cas de nécessité avérée. L'introduction de participations des assurés ne constitue pas non plus une option pour Monsieur Romain SCHNEIDER, ministre en charge de la réforme. La coordination autour de la personne a été déclinée comme leitmotiv de la réforme par le ministre.

Le bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance présenté en 2013 fait apparaître que le financement de l'assurance dépendance atteindra ses limites. Le défi de la réforme consiste à assurer la viabilité à long terme de l'assurance dépendance.

Le comité de pilotage institué au sein du département de la Sécurité sociale en vue de la mise en oeuvre de la réforme a réaffirmé le maintien des quatre principes directeurs de la loi relative à l'assurance dépendance, à savoir :

- Priorité des mesures de réhabilitation avant la prise en charge de la dépendance;
- Priorité au maintien à domicile avant l'hébergement en établissement;
- Priorité aux prestations en nature avant les prestations en espèces;
- La continuité dans la prise en charge de la dépendance.

Le comité de pilotage est présidé par Monsieur Romain SCHNEIDER et regroupe ses collaborateurs étroits issus du ministère de la Sécurité sociale, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, de la Cellule d'évaluation et d'orientation et de la Caisse nationale de santé. Ce comité chapeaute un comité de coordination regroupant les représentants des institutions prévisées. Fin 2014, ce comité a été élargi par l'adjonction de représentants des départements de la Famille et de la Santé. Il coordonne tous les travaux mis en oeuvre dans une approche transparente et proactive.

D'un débat de consultation organisé à la Chambre des Députés au mois de juillet 2014, il s'est dégagé que les idées du comité de pilotage sont largement soutenues par les membres du parlement.

Parmi les mesures de réforme prévues, la révision de la procédure d'évaluation des aides et soins requis par les personnes dépendantes constitue le maillon principal. Cette procédure influe directement tant sur les personnes protégées que sur les différents acteurs intervenant dans l'organisation de la prise en charge. Le programme gouvernemental de 2013 prévoit notamment un regroupement et une forfaitisation des actes ainsi qu'une flexibilisation des plans de prise en charge tout en veillant à une simplification des procédures.

Suite à un consensus intervenu en novembre 2014 entre les représentants des départements de la Sécurité sociale, de la Famille et de la Santé et les représentants d'organisations oeuvrant dans le domaine de l'action médicale, sociale et familiale et d'associations représentant les ayants droit sur les faiblesses du système actuel, les parties se sont entendues sur les idées de la mise en oeuvre d'un système de forfaitisation de la prise en charge et du remodelage du système de prise en charge des bénéficiaires et sur l'abandon du système actuel de la facturation à l'acte. Le ministre de la Sécurité sociale a souligné dans ce cadre l'importance d'un développement proactif et transparent des nouvelles mesures de façon coordonnée avec toutes les parties prenantes qui seront soit informées soit associées directement aux différents travaux en cours. Les organisations syndicales feront partie des organisations périodiquement consultées au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

Notons que le groupement professionnel représentatif des prestataires d'aides et de soins (COPAS) s'est engagé très tôt dans les discussions au sujet de la réforme de l'assurance dépendance, notamment en présentant successivement deux notes concernant ses idées aux ministres en charge du dossier en 2012, respectivement 2014. Ces documents ont été discutés tant avec le ministre en charge du dossier en 2012, à savoir Monsieur Mars DI BARTOLOMEO, qu'avec le ministre issu des élections législatives de 2013, Monsieur Romain SCHNEIDER. Une collaboration avec ce groupement est en cours pour tous les sujets qui concernent directement ses membres, gestionnaires de réseaux d'aides et de soins, de centres semi-stationnaires et d'établissements d'aides et de soins à séjour continu et intermittent.

Le remodelage du processus d'évaluation et de détermination de la dépendance par la Cellule d'évaluation et d'orientation entraînera également une révision de la méthodologie de détermination des valeurs monétaires visant notamment à accentuer davantage les efforts des prestataires concernant les aspects qualitatifs de leurs prestations et de leur organisation.

D'autres sujets visés par la réforme concernent la qualité des aides et soins et leur contrôle dont l'importance cruciale a été réaffirmée par le comité de pilotage, les prestations en espèces et l'aidant informel, les activités de soutien et de conseil, la documentation des aides et soins et les échanges transparents d'informations, la coordination entre tous les acteurs et les tâches domestiques.

Le département de la Sécurité sociale n'a pour l'instant identifié aucune opposition de la part des parties prenantes aux différentes mesures envisagées.

La mise en vigueur de la loi réforme est prévue pour le 1er janvier 2017. Le cas échéant, elle pourra s'accompagner de diverses mesures transitoires.

L'ASSURANCE ACCIDENT

La gestion de l'assurance accident est assurée par l'Association d'assurance accident (AAA), 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. Elle a également réformé en profondeur l'indemnisation de l'assurance accident (volet 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 aboutit dès 2011 à un financement solidaire, le régime général de l'assurance accident est financé solidairement des 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 doit être approuvé 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.

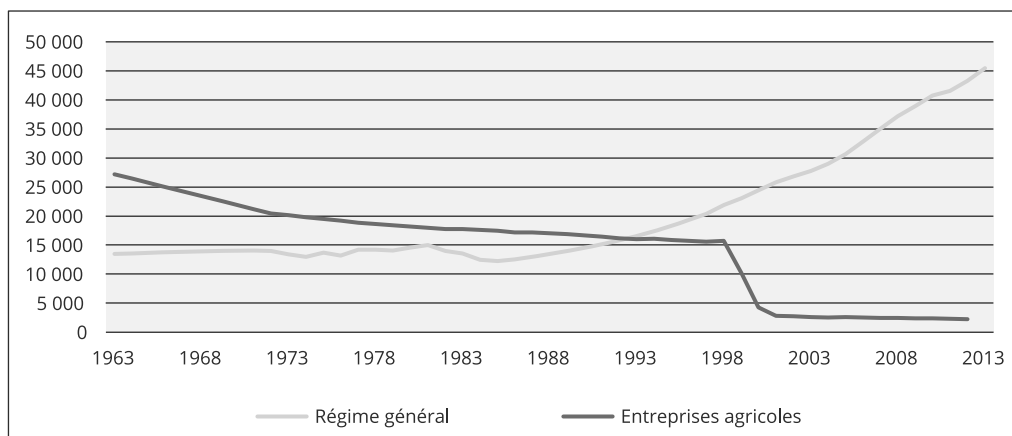
Les régimes spéciaux, qui assurent principalement les écoliers, élèves et étudiants, les activités périscolaires, les personnes participant à des actions de secours, des mesures de mises au travail ainsi que les titulaires d'un mandat public, ont été étendus au bénévolat dans le domaine social, aux bénéficiaires 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 de l'assurance accident en cas d'incapacité de travail totale pendant les premières 52 semaines 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 au début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a ensuite augmenté en moyenne de plus de 5% par année.

La crise financière et économique, qui a marqué le début des années 2000, atténue cette croissance qui ne reprend qu'en 2005.

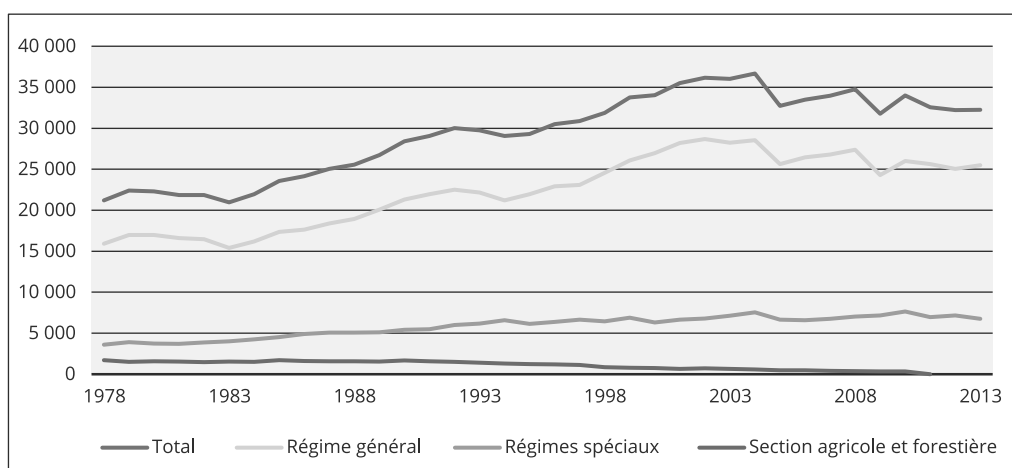
Le nombre des entreprises a ainsi dépassé 45 000 unités en 2013, une augmentation de 5% par rapport à 2012.

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 descendre 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.

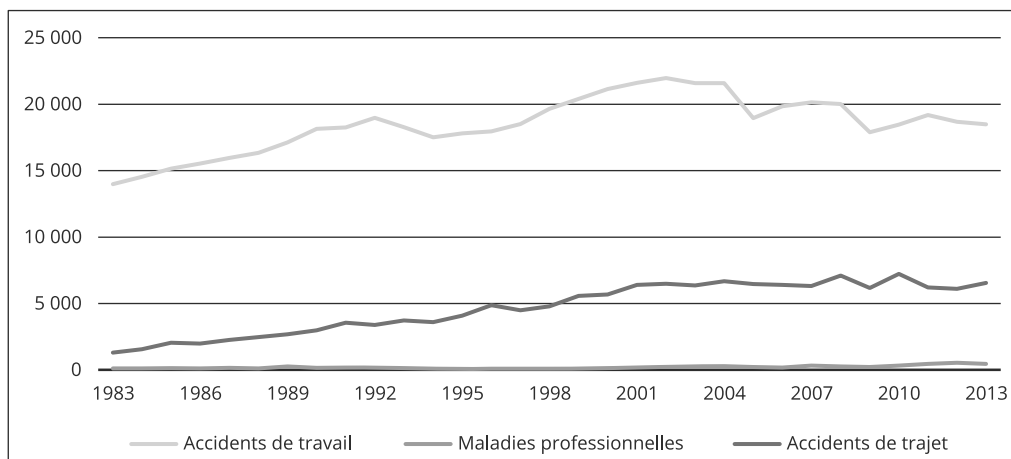
Les statistiques sur les accidents

Evolution du nombre d'accidents déclarés



Le nombre d'accidents déclarés en 2013 s'élève à 32 247 dont 25 477 (79%) pour le régime général, et 6 770 (21%) pour les régimes spéciaux. Le nombre d'accidents mortels est de 22 unités

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



Parmi les cas déclarés au régime général, 72,5% concernent des accidents de travail proprement dits, 25,7% des accidents de trajet et 1,8% des maladies professionnelles.

Evolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général

Année	Accidents (tous)		Accidents du travail proprement dits		Accidents de trajet		Maladies professionnelles					
	déclarés	reconnus	déclarés	reconnus	déclarés	reconnus	reconnus					
		<i>mortels</i>		<i>mortels</i>		<i>mortels</i>		<i>mortels</i>				
2010	26 017	19 524	17	18 459	14 797	12	7 232	4 659	5	326	68	0
2011	25 856	20 519	12	19 193	16 435	11	6 202	3 921	6	461	163	0
2012	25 297	20 264	17	18 670	16 384	14	6 094	3 753	3	533	127	0
2013	25 477	20 766	22	18 478	16 565	6	6 552	4 076	16	447	125	0

Toute personne assurée, victime d'un accident de travail ou de trajet est tenue d'informer sans retard son employeur. Celui-ci doit déclarer l'accident de travail à l'AAA en fournissant toutes les indications demandées sur un formulaire prescrit. Le refus de considérer comme accident de travail, ou de trajet ou maladie professionnelle un accident déclaré se fait par une décision du président de l'AAA. Environ 80% des accidents déclarés seront reconnus comme accident de travail.

Les rentes et les autres prestations

Les prestations accordées sous l'ancienne législation continueront à exister mais connaîtront une réduction rapide dans les années à venir. Les données reprises ci-dessous représentent le nombre des prestations en transition entre l'ancienne législation et l'application des dispositions de la réforme aux nouvelles prestations.

Les rentes (avant 01.01.2011)

Le nombre total des rentes s'élève en 2013 à 13 796 unités, ce qui représente une diminution de 2,2% par rapport aux 14 107 unités en 2012.

Le nombre de rachats de rentes ainsi que les rentes transitoires de l'ancien régime connaîtront une réduction rapide suite aux rachats d'office des rentes inférieures à 10% et des consolidations des anciens cas sous l'ancienne législation.

La répartition de ces rentes suivant la catégorie se présente comme suit :

Répartition des rentes et rachats de rentes par catégorie pour tous les régimes ^a (avant réforme)

Catégorie	2012	2013	Variation en %
Rachats < 10 %	616	267	
Rachats >= 10%	229	211	
Indemnités globales payées aux conjoints survivants	4	3	
Total des rachats	849	481	-43,3%
Rentes viagères	12 884	12 665	
Rentes transitoires pour blessés	315	249	
Rentes pour survivants	908	882	
Total des rentes	14 107	13 796	-2,2%

a Régime général et régimes spéciaux.

Les prestations à partir du 01 janvier 2011

Prestation en nature

Prestations pour soins de santé¹⁾

Les soins de santé et l'assistance régulière pour les actes essentiels de la vie (AEV), suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, sont intégralement pris en charge par l'assurance accident. L'assuré n'aura pas à avancer les frais des prestations. Les frais pour soins de santé ou pour les AEV sont payés directement par la Caisse nationale de santé pour le compte de l'AAA.

Indemnisation des dégâts matériels²⁾

Si lors d'un accident de travail, en cas de lésion corporelle, l'assuré a subi un dommage matériel, il a droit à une indemnisation des dégâts matériels accessoires. En outre, même en l'absence de lésions corporelles, l'assuré sera indemnisé des dégâts causés aux prothèses ou au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique sous certaines conditions et dans certaines limites.

Prestations en espèces

Prestations en espèces pendant les 52 premières semaines³⁾

En cas d'incapacité de travail totale temporaire suite à un accident ou à une maladie professionnelle, le salarié a droit au maintien intégral de son salaire.

Cette indemnité pécuniaire est versée pendant un maximum de 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines. Le montant de l'indemnité correspond au salaire cotisable de la victime au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Rentes

Pour les accidents survenus et les maladies professionnelles déclarées à partir du 1er janvier 2011, les rentes accidents y relatives indemnisent la perte totale ou partielle du revenu professionnel et présentent les caractéristiques communes suivantes :

Rente complète⁴⁾

La rente complète est accordée pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenus, alors que l'assuré exerçait une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire ou qu'il était inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM).

Rente partielle⁵⁾

L'assuré qui a subi une perte de revenu professionnel par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit à une rente partielle à partir de la reprise d'une activité professionnelle avant l'âge de soixante-cinq ans à condition :

- qu'il justifie un taux d'incapacité de travail permanente de 10% au moins après consolidation des lésions ;
- que la perte de revenu atteigne 10% au moins ;
- que, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, il soit incapable d'exercer son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail principalement en raison des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Rente d'attente⁶⁾

Si un assuré présente une incapacité de travail pour exercer son dernier poste de travail, principalement imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, et selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, il a droit à la rente d'attente de la part de l'AAA.

1) Art. 98 du CSS.

2) Art. 99 du CSS.

3) Art. 100-101 du CSS.

4) Art. 102-104 du CSS.

5) Art. 105-110 du CSS.

6) Art. 111-114 du CSS.

Rente de survie¹⁾

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie.

Evolution du nombre des rentes par régime (après réforme)

Catégorie ^a	2012		2013	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Rentes complètes	428	4	520	10
Rentes partielles	-	-	-	-
Rentes d'attente	53	-	93	1
Rentes pour survivants	38	1	66	1
TOTAL	519	5	679	12

a. Sont prises en compte les rentes et indemnités dues et liquidées pendant l'exercice.

Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux²⁾

Si, après la consolidation, l'assuré est atteint, par suite d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, d'une incapacité de travail totale ou partielle permanente, il a droit à l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux. Selon ces préjudices, les indemnités sont forfaitaires ou calculées sur base d'un barème d'évaluation médicale.

Prestations des survivants³⁾

Par ailleurs les bénéficiaires d'une rente de survie octroyée suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ayant causé le décès de l'assuré, en l'occurrence le conjoint ou le partenaire ainsi que les enfants de l'assuré, ont chacun droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire.

Evolution des indemnités pour préjudices extra-patrimoniaux par régime (après réforme)

Catégorie	2012		2013	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Préjudices extrapatrimoniaux				
Préjudice physiologique et d'agrément (capital) b	463	9	1 185	32
Préjudice physiologique et d'agrément (mensuel) a	14	-	46	1
Ind. forfaitaires pour douleurs physiques endurées c	473	8	1 212	31
Ind. forfaitaires pour douleurs physiques esthétique c	277	3	665	15
Ind. forfaitaires pour dommage moral (survivants) d	15	2	24	1
TOTAL	1 242	22	3 132	80

a. Sont prises en compte les rentes et indemnités dues et liquidées pendant l'exercice.

b. Art. 119 du CSS

c. Art. 120 du CSS

d. Art. 130 du CSS

Les données financières

L'appréciation globale des opérations courantes

Depuis 2001 les recettes courantes de la section industrielle dépassent régulièrement les dépenses courantes. Pour faire face aux dépenses supplémentaires consécutives à la loi du 21 décembre 2004 et à la décision évoquée de l'assemblée générale du 20 janvier 2006 concernant le rachat des rentes, un prélèvement à la réserve de 17,8 millions EUR a été nécessaire en 2006. Les années suivantes, des prélèvements ou le cas échéant des dotations à la réserve légale ont été effectués pour équilibrer le compte d'exploitation. Pour l'exercice 2013 le montant du prélèvement à la réserve s'élève à 10,4 millions EUR.

1) Art. 131-133 du CSS.

2) Art. 118-120 du CSS.

3) Art. 130 du CSS.

Opérations courantes de l'assurance accident (en millions EUR)

Année	AA section industrielle			AA section agricole		
	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde
1975	28,51	33,96	5,45	2,33	1,36	-0,97
1980	46,03	49,68	3,64	3,69	2,21	-1,49
1990	74,54	86,42	11,87	6,52	3,64	-2,88
2000	146,70	144,84	-1,86	6,40	3,58	-2,82
2005	191,38	214,06	22,68	8,47	5,88	-2,59
2006	218,37	200,58	-17,78	7,56	4,63	-2,93
2007	193,42	204,82	11,40	7,28	4,42	-2,86
2008	202,60	208,91	6,31	7,62	4,80	-2,82
2009	198,51	188,48	-10,03	7,47	4,73	-2,74
2010	207,82	198,84	-8,99	7,80	4,95	-2,85
Année	AAA					
2011	214,65	224,75	10,10			
2012	216,62	235,03	18,41			
2013	229,45	219,06	-10,39			

L'appréciation globale des opérations courantes

Les dépenses courantes représentent 0,5% du PIB en 2013, 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 2000 et 2013 n'atteint que 0,9% (au nombre indice 100) ce qui témoigne, comparé aux autres branches de la sécurité sociale, d'une progression plus lente des dépenses.

Evolution des recettes et des dépenses globales de l'assurance accident (en millions EUR)

	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes					
Cotisations	166,43	173,85	189,71	202,01	200,75
Participations de tiers	11,70	13,06	22,38	23,47	7,02
dont					
Participation aux frais d'administration	0,93	0,90	0,26	0,29	0,35
Participation aux prestations	10,77	12,16	4,91	5,97	6,67
Participation de l'Etat (contribution forfaitaire)			17,20	17,20	
Transfert de cotisations	0,11	0,18	0,00	0,00	0,00
Produits divers provenant de tiers	6,36	9,95	9,50	7,61	10,68
Produits financiers	3,87	1,79	3,15	1,93	0,61
Provision Assurance dépendance					
Recettes diverses	0,01	0,00	0,01	0,02	0,00
TOTAL DES RECETTES COURANTES	188,48	198,84	224,75	235,03	219,06
Variation annuelle en %	-9,8%	5,5%	13,0%	4,6%	-6,8%
Dépenses					
Frais d'administration	9,86	10,35	9,65	10,22	11,23
Prestations en espèces	148,69	158,25	165,90	169,54	171,45
Prestations en nature	37,44	35,63	36,08	33,30	42,78
Transferts de cotisations à d'autres organismes	0,98	1,12	1,28	1,93	2,34
Autres dépenses	1,53	2,48	1,73	1,64	1,65
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	198,51	207,82	214,65	216,62	229,45
Variation annuelle en %	-2,0%	4,7%	3,3%	0,9%	5,9%
Solde des opérations courantes	-10,03	-8,99	10,10	18,41	-10,39

La diminution des recettes courantes observée en 2009 (-9,8%) s'explique, d'une part, par la baisse du taux de cotisation moyen (1,25 % en 2009 par rapport à 1,35% en 2008) et, d'autre part, par le faible rendement des placements de l'assurance accident suite à la diminution du taux moyen des marchés financiers. La régression des dépenses courantes (-2%) s'explique, quant à elle, par une diminution des frais d'administration due à la prise en charge du personnel retraité de l'AAA par la CNAP suivant l'article 35 du règlement grand-ducal du 19 décembre 2008¹⁾.

1) Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2008/0222/2008A3306A.html>

En 2011, la forte augmentation des recettes (+13%) s'explique par le versement forfaitaire de l'Etat de 17 millions EUR à titre de compensation pour l'introduction du taux de cotisation unique. En effet, alors que ce taux aurait dû être de 1,25%, il a été décidé lors de l'accord du 15 décembre 2010 entre l'Etat et l'UEL (Union des entreprises luxembourgeoises) de le fixer à 1,15%.

Le ralentissement des dépenses observé en 2012 (+0,9%) provient d'une diminution des montants relatifs aux rachats des rentes suite à la réforme de l'assurance accident.

La diminution des recettes en 2013 marque le retour à la normalité des recettes de l'AAA après 2011 et 2012 avec les contributions forfaitaires exceptionnelles de l'Etat.

L'augmentation des dépenses en 2013 s'explique principalement par une forte augmentation de 28,5% des prestations en nature. Cette variation importante est en partie due aux prestations transférées à l'étranger. La comptabilisation de ces prestations dépend des décomptes (E125) introduits de manière irrégulière par les institutions étrangères. Ainsi un montant de 7,8 millions d'EUR qui concernait l'année 2012, n'a été liquidé qu'en 2013.

On note aussi une augmentation de 21% du compte transfert en cotisation à autres organismes de sécurité sociale. Celui-ci représente la part de l'AAA dans les cotisations sociales (assurance maladie, pension) dues sur les indemnités pécuniaires (IP) et les rentes tombant sous la nouvelle législation. Il fluctue en fonction du nombre des rentes et des montants des IP.

Les recettes courantes

L'assurance accident est financée à raison de 91,6% par des cotisations, de 3,2% par des contributions publiques et de 5,2% par des revenus sur la fortune et des recettes diverses.

En 2013 les cotisations ont diminué de 3% au nombre indice 100 par rapport à 2012.

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 en 2013 (en milliers EUR)

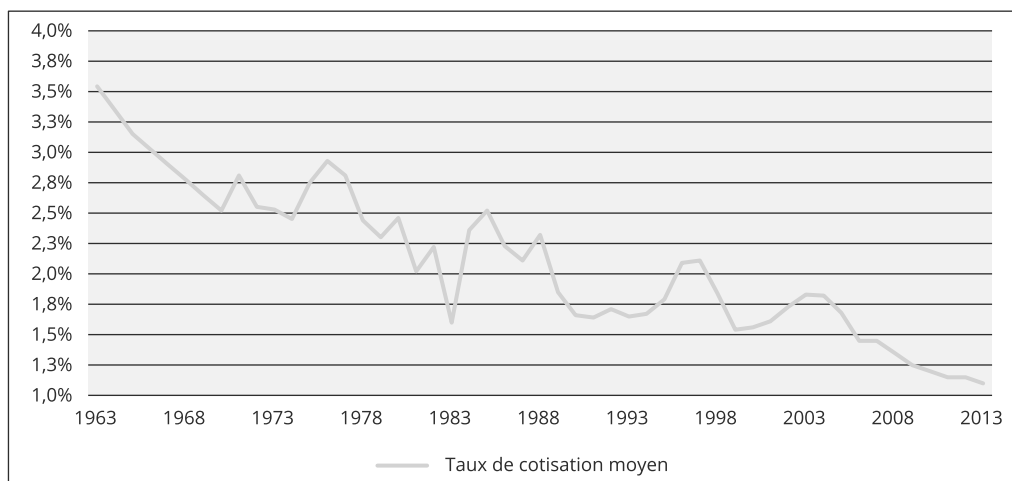
Recettes	Montant	En % du total
Cotisations	200 746,04	91,6%
Participation de l'Etat	7 018,45	3,2%
Produits financiers et recettes diverses	11 291,56	5,2%
TOTAL	219 056,05	100,0%

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 a introduit un taux de cotisation unique dans l'assurance accident. Le comité directeur de l'Association d'assurance accident fixe désormais chaque année un taux de cotisation unique pour l'exercice à venir.

Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAA



Pour 2011 et 2012 le taux s'élevait à 1,15% et pour 2013 il a été fixé à 1,10%.

Les dépenses courantes

Structure des dépenses courantes de l'AAA en 2013 (en milliers EUR)

Dépenses	Montant	En % du total
Frais d'administration	11 227,14	4,9%
Prestations en espèces	171 449,90	74,7%
Prestations en nature	42 775,01	18,6%
Dépenses diverses	3 996,35	1,7%
TOTAL	229 448,40	100,0%

En 2013 les dépenses courantes de l'AAA se composent à 93,3% de prestations, les frais d'administration représentent 4,9% et les dépenses diverses 1,7%.

Les prestations du régime général

Evolution du montant des prestations du régime général (en EUR)

	2011	2012	2013
A. Prestations en espèces	163 991 043,23	167 176 179,95	168 842 623,68
1. Indemnités pécuniaires	29 479 855,99	32 857 379,49	33 956 659,48
Lohnfortzahlung (LFZ)	18 020 109,62	18 825 336,10	19 487 736,04
Indemnités pécuniaires (IP)	10 944 235,93	13 512 467,33	13 849 072,03
Assurance dépendance	515 510,44	519 576,06	619 851,41
2. Rentes	102 644 305,40	105 831 076,30	106 816 359,98
Rentes viagères	72 757 680,53	75 655 619,26	76 841 361,00
Rentes de survie	15 872 447,18	15 989 087,24	15 988 647,34
Rentes transitoires	5 585 140,43	4 502 996,11	3 121 124,23
Paievements uniques	7 238 478,66	5 050 532,25	2 682 737,67
<i>Nouvelle législation</i>			
Rentes complètes	1 186 213,95	4 037 737,80	6 184 981,98
Rentes partielles	-	-	13 936,78
Rentes d'attentes	-	491 544,48	1 753 012,02
Rentes de survie	4 344,65	103 559,16	230 558,96
<i>Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux</i>	<i>170 476,92</i>	<i>5 792 051,01</i>	<i>13 924 133,83</i>
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	137 770,04	3 398 185,23	8 824 269,41
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	3 604,22	110 930,72	499 754,81
Douleurs physiques	22 963,16	976 743,63	2 371 894,85
Préjudice esthétique	6 139,50	277 741,42	581 407,52
Indemnité dommage moral/survivants		1 028 450,01	1 646 807,24
3. Rachats de rentes	31 693 094,16	22 692 846,30	14 144 695,45
Rachats d'office	20 162 845,79	13 261 601,79	5 228 952,95
Rachats sur demande	11 465 044,51	9 347 906,91	8 756 652,58
Autres	65 203,86	83 337,60	159 089,92
4. Autres	3 310,76	2 826,85	774,94
Autres secours en espèces	2 576,93	2 826,85	774,94
Intérêts moratoires sur prestations	733,83		
B. Prestations en nature	32 645 915,03	29 611 906,11	39 273 868,64
AAA -Dégats matériel	2 195 815,84	2 038 971,63	1 823 078,51
AAA -Soins	374 154,10	379 540,77	290 119,38
Indemnité pour dommage moral	320 436,78	-	-
CNS - Prestations lux.	23 610 965,97	23 008 737,58	24 454 231,10
CNS - Prestations étrang.	4 869 447,42	3 009 777,55	11 224 994,15
CNS - Assurance dépendance	1 275 094,92	1 174 878,58	1 481 445,50
TOTAL DES PRESTATIONS	196 636 958,26	196 788 086,06	208 116 492,32

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 des fonctionnaires et employés publics ainsi que des exploitants agricoles dans le régime général.

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 qui vont évoluer vers le bas.

Les prestations des régimes spéciaux

Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux (en EUR)

	2011	2012	2013
A. Prestations en espèces	1 831 322,93	2 362 105,66	2 607 280,21
1. Indemnités pécuniaires	-	280 090,12	245 762,99
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	-	-
Indemnités pécuniaires (IP)	-	220 507,23	190 139,25
Assurance dépendance	-	59 582,89	55 623,74
2. Rentes	1 443 814,72	1 535 644,57	1 580 837,35
Rentes viagères	1 230 801,64	1 308 160,48	1 349 478,37
Rentes de survie	63 595,86	65 793,99	67 438,23
Rentes transitoires	24 562,00	26 314,75	14 736,60
Paiements uniques	118 551,89	53 661,23	34 112,06
<i>Nouvelle législation</i>			
Rentes complètes	6 303,33	21 361,41	80 960,22
Rentes partielles	-	-	2 550,09
Rentes d'attentes	-	-	31 561,78
Rentes de survie	-	60 352,71	-
<i>Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux</i>			
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	-	48 604,11	188 225,08
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	-	-	2 353,28
Douleurs physiques	-	9 815,49	54 594,95
Préjudice esthétique	-	1 933,11	12 186,70
Indemnité dommage moral/survivants	-	123 516,01	44 143,48
3. Rachats de rentes	387 508,21	362 502,25	479 176,38
Rachats d'office	387 508,21	362 502,25	479 176,38
B. Prestations en nature	3 433 919,19	3 686 456,34	3 501 140,43
Prestations de soins	3 433 919,19	3 686 456,34	3 501 140,43
TOTAL DES PRESTATIONS	7 096 565,05	8 130 577,54	8 469 937,86

A partir de 2011, on peut noter que la progression des dépenses en prestations des régimes spéciaux provient principalement des nouvelles dispositions suite à la réforme de l'AAA.

L'évolution législative et réglementaire

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

La principale innovation de cette réforme consiste dans le rapprochement de l'indemnisation avec la réparation en droit commun qui répare séparément la perte de revenu et les autres préjudices.

La rente accident, qui avait auparavant un caractère mixte, ne répare plus que la perte de revenu effective. En effet, il n'existe depuis longtemps plus de corrélation entre cette perte et l'incapacité de travail, appréciée selon des critères exclusivement médicaux, telle que c'était la règle au début du siècle dernier pour les travailleurs manuels dans l'industrie ou l'agriculture.

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

Le but de la réforme était de moderniser l'indemnisation et de la rendre plus juste parce que mieux adaptée aux situations individuelles.

Pour exécuter les différentes dispositions de la réforme, plusieurs règlements grand-ducaux ont été pris. Il s'agit des règlements suivants :

- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant les modalités de fixation et de perception des cotisations de la Chambre d'agriculture ;
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident ;
- Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 119 du Code de la sécurité sociale ;

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

A tous 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 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 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. Le taux de cotisation unique contribue également à assurer la solidarité entre cotisants dans la branche de l'assurance accident. 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.

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

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% et il est resté fixé à 1,10% pour les exercices 2014 et 2015.

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 2014, le Service a versé 269 rentes, dont 182 rentes personnelles et 87 rentes de survie. 41 rentes se sont éteintes.

La commission des rentes n'a pas siégé en 2014.

L'évolution réglementaire

Le règlement grand-ducal du 15 décembre 2014 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 2015.

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 2013 et 2014, le nombre d'entreprises ayant instauré un régime complémentaire de pension a progressé de 2493 à 2633, soit une augmentation de 5,62%. Parmi ces entreprises, il y en a 2432 qui, fin 2014, disposent d'un RCP actif, c'est-à-dire d'un RCP admettant de nouveaux affiliés. La faible croissance entre 2013 et 2014 du nombre d'entreprises avec RCP actif s'explique par le fait que les instaurations de nouveaux régimes ont été compensées en partie par un nombre considérable de résiliations de régimes suite aux efforts intensifiés consacrés par les gestionnaires de RCP à l'identification des régimes sans affiliés en vue d'éviter de se voir obligés de communiquer les données annuelles relatives à ces régimes à l'IGSS. Vu le nombre des créations de nouveaux régimes, le secteur des régimes complémentaires de pension professionnels reste néanmoins 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%
2014	2 633	2 432	Logiciel PenCom	fin d'année	1,08%

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 été multiplié par 6 en 19 ans. 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.

Le recensement sur la base des données issues du logiciel PenCom des entreprises ayant prévu un certain type de prestations dans leurs RCP fournit le tableau suivant :

Nombre d'entreprises par type de prestations (au 31/12/2014)

Vieillesse	Décès	Invalidité	Cotisations personnelles
2 306	1 859	1 719	2 162

Ces différentes prestations peuvent être financées au moyen de différents types de supports juridiques parmi les suivants :

- un contrat d'assurance de groupe souscrit auprès d'une compagnie d'assurance,
- un régime interne avec promesse de pension garantie par des provisions au bilan de l'entreprise,
- un fonds de pension soumis au contrôle prudentiel du Commissariat aux assurances (CAA),
- un fonds de pension soumis au contrôle prudentiel de la Commission de surveillance du secteur financier (CSSF),
- une institution de retraite professionnelle (IRP) de droit étranger.

Suivant les données provenant du logiciel PenCom, la répartition des entreprises par type de support juridique choisi pour le financement des prestations se présente comme suit :

Nombre d'entreprises par support juridique¹⁾ (au 31/12/2014)

Assurances de groupe	Régimes internes ²⁾	Fonds de pension du CAA	Fonds de pension de la CSSF ³⁾	IRP étrangères
2 413	113	1	40	10

- 1) Comme chaque entreprise peut avoir recours à plusieurs supports juridiques pour financer les prestations prévues dans son RCP, la somme des nombres repris dans ce tableau dépasse le nombre total des entreprises disposant d'un RCP actif. Parmi les 2432 entreprises disposant d'un RCP actif, il y en a 131 qui utilisent deux types de supports juridiques et 7 qui en utilisent trois.
- 2) Cette statistique tient uniquement compte des régimes actifs, alors que certaines entreprises affiliées au PSVaG ne disposent que de régimes fermés aux nouvelles recrues ou servant des prestations en cours. Ceci explique que le nombre de régimes internes indiqué ici est inférieur au nombre d'entreprises luxembourgeoises affiliées au PSVaG.
- 3) A noter que le nombre de fonds de pension agréés par la CSSF 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.

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	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) ¹⁾	4,2	0
2010	152	497	1,9 (+1,5) ¹⁾	1,7	0
2011	145	502	1,9 (+1,5) ¹⁾	1,71	0
2012	144	485	3,0 (+1,5) ¹⁾	2,21	0
2013	147	490	1,7 (+1,5) ¹⁾	1,58	0
2014	143	480	1,3	0,62	1

1) 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 2014 a été fixé à 1,3%, donc nettement en-dessous du taux moyen de 3,0%. Au total les quelques 94000 entreprises (allemandes et luxembourgeoises) affiliées au PSVaG ont cotisé 416 millions d'euros qui ont été répartis en fonction d'un montant total de provisions assurées de 320 milliards d'euros.

A remarquer qu'après 12 années sans sinistres depuis la signature en 2002 de la convention bilatérale entre l'Allemagne et le Luxembourg sur l'affiliation à l'assurance insolvabilité par le biais du PSVaG, l'année 2014 fût marquée par le premier cas de faillite d'une entreprise luxembourgeoise affiliée au PSVaG. Heureusement ce premier et seul sinistre ne concernait que deux prestations en cours.

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'entreprises :

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
2014	2 432	13	8	6,50	374	24,25

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

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

Actuellement, la charge de travail d'un vérificateur est donc 3,74 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 prévoit un vérificateur pour 100 entreprises.

A noter qu'un certain nombre de travaux réguliers, comme la vérification actuarielle quinquennale des régimes, ne sont pas encore réalisés 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. En raison des nombreuses incohérences identifiées dans le cadre des vérifications effectuées par les agents de l'IGSS, le recouvrement des taxes pour les années 2006 à 2010 n'a pu démarrer qu'en juin 2012. Fin 2014, le montant global des créances facturées aux entreprises disposant d'un RCP s'élève à quelques 4,3 mio €, ce qui représente à peu près la moitié des recettes attendues pour les années 2006 à 2010. Sur la base des données communiquées par les gestionnaires de RCP pour l'exercice 2011, l'IGSS s'attend, à partir de 2011, à des recettes au titre de la taxe rémunératoire de l'ordre de 1,6 mio € par année.

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 et 2014, si bien qu'en début 2015, la base de données PenCom recense quelques 450 000 DAP (données annuelles par affilié et par plan) et 7 250 DER (données annuelles par entreprise et par régime), réparties sur les exercices 2011, 2012 et 2013. Sur la base des données communiquées pour environ les deux tiers des entreprises disposant d'un RCP actif en 2011, l'IGSS a pu établir de premières estimations concernant le nombre de salariés affiliés à un RCP ainsi que le montant global des dépenses faites par les entreprises dans le cadre du financement des RCP. Ainsi, en 2011, environ 70 000 salariés auraient bénéficié d'un RCP et le montant global des dépenses annuelles relatives aux RCP se serait élevé à quelques 210 millions d'euros.

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

L'expérience de quinze 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 sont en cours et le dépôt de l'avant-projet de loi relatif à cette modification est prévu pour l'automne 2015.

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. Voilà pourquoi les bases techniques prévues au règlement grand-ducal du 15 janvier 2001 précité ne pourront être adaptées avant le vote de la modification de la loi RCP.

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 Parlement européen a voté le 16 avril 2014 la directive 2014/50/UE relative aux prescriptions minimales visant à accroître la mobilité des travailleurs entre les Etats membres en améliorant l'acquisition et la préservation des droits à pension complémentaire. Cette 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, devra être réduite à 3 ans. En outre, cette directive prévoit des mesures pour adapter le traitement des droits à pension dormants des travailleurs sortants à celui des droits acquis des affiliés actifs. De plus, elle précise les conditions sous lesquelles des droits acquis peuvent être transférés et limite le rachat aux seuls cas de montants faibles. Finalement elle met aussi un accent sur l'importance en matière d'information des affiliés. Cette directive sera transposée par le biais de la réforme de la loi RCP.

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, 1.864 jugements ont été prononcés. Ce nombre entraîne un total d'affaires évacuées de 1.242 unités. Le nombre des audiences, avec 747 séances tenues en 2014, a légèrement diminué pour retomber au niveau des années précédentes. En 2014, 435 affaires ont nécessité une expertise médicale et 200 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 2014, l'effectif du service médical comptait deux médecins-conseil. Ledit service a été renforcé par une unité supplémentaire en octobre 2014.

Des 1.229 décisions qui ont donné lieu à un jugement définitif, 35% ont dit les recours fondés et 65% les ont rejetés ou déclaré irrecevables.

Si l'on sait qu'en 2014, 229 appels ont été relevés devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, on peut dire que le rapport jugements/appels est excellent (seulement un sixième des affaires jugées en 1ère instance passent à la 2e instance). 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 2014 (1.816 recours) à celui de 2013 (1.731 recours), on constate une légère hausse de ce nombre, de sorte qu'il n'a pas été possible de réduire en 2014 le solde des affaires qui n'ont pas pu être évacuées au cours des années passées.

Comme il a été relevé ci-avant, le Conseil supérieur de la sécurité sociale s'est vu soumettre 229 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.

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

Deux sentences arbitrales ont été rendues dans deux affaires soumises au Conseil supérieur sur le fondement de l'article 70 du Code de la sécurité sociale (adaptation de la valeur des lettres-clés des actes et services des médecins et médecins-dentistes pour les années 2013 et 2014).

Le nombre des dossiers en suspens au 31 décembre 2014 est de 260 unités.

Nombre de recours introduits devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale par branche

Branches	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Assurance accident	446	415	439	586	577	476	477	496	492	535	544	590	693
Assurance pension	324	535	555	364	388	331	352	310	335	347	321	364	271
Assurance maladie	159	248	242	259	323	344	326	313	414	299	169	155	231
Assurance dépendance	20	22	5	15	36	39	21	7	14	14	11	12	17
Prestations du Fonds National de la Solidarité	68	68	86	106	103	117	109	101	122	114	153	203	189
Autres prestations													
(dont chômage)	91	217	191	248	240	289	280	231	234	268	475	402	409
Affiliation et Cotisations	10	15	78	25	69	15	2	5	9	40	9	5	6
TOTAL	1 118	1 520	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567	1 463	1 620	1 617	1 682	1 731	1 816

Tableau comparatif ayant trait au nombre des audiences et des recours introduits auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Audiences	562	710	765	741	851	768	767	617	715	718	983	810	747
Affaires fixées	1 945	2 181	2 541	2 822	2 871	3 095	2 743	2 565	2 925	2 941	2 970	2 979	3 117
Jugements prononcés (évacués)	987	967	1 187	1 172	1 238	1 356	1 127	934	1 156	1 213	1 094	1 237	1 229
Expertises/avis des médecins-conseil	280	322	417	435	344	496	617	475	556	671	695	770	635
Désistements	136	167	146	194	207	205	186	163	29	38	42	34	13
Affaires évacuées	1 123	1 134	1 333	1 366	1 445	1 561	1 313	1 097	1 185	1 251	1 136	1 261	1 242
Recours introduits	1 118	1 520	1 596	1 603	1 736	1 611	1 567	1 464	1 620	1 617	1 682	1 731	1 816
Recours déclarés fondés	452	344	400	330	515	551	489	397	455	501	419	484	430
Recours déclarés non fondés	478	543	714	708	629	642	520	457	609	644	611	694	697
Recours déclarés irrecevables/annulation	57	80	73	74	94	163	118	80	92	68	64	59	102
Appels du Conseil supérieur												254	229

Conseil supérieur de la sécurité sociale - Evolution du nombre des appels déposés et des arrêts rendus

Années	Appels déposés	Arrêts rendus
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
2014	229	223

CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. L'assurance maladie

Les avis rendus 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, constituent le volet le plus important de l'activité du Contrôle médical.

1.1. Activités en rapport avec les prestations en espèces

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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Assurés convoqués		15 992	14 866	11 593	15 543	16 374
Assurés convoqués et examinés par le CMSS *)					13 110	13 796
Assurés déclarés aptes		1 838	374	148	2 000	1 791
Saisines de la Commission mixte		1 278	1 572	2 229	1 723	965
Rapports R4 envoyés aux assurés	21 705	23 735	21 430	26 088	26 669	27 244
Rapports R4 retournés et traités par le CMSS	18 783	20 909	20 197	22 786	23 529	23 814
Nombre total d'avis émis par le CMSS **)	32 170	38 408	36 829	33 916	40 842	42 361

*) Nombre de convocations diminué du nombre de non-présentations (p. ex. en cas d'une reprise de travail).

**) Avis sur R4, avis sur dossier et avis après examen médical de l'assuré.

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

Étaient soumises pour autorisation les prestations suivantes:

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

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

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

Depuis mai 2014, le cadre du personnel comprend un médecin-conseil spécialiste en médecine dentaire, chargé des contrôles prévus dans le cadre de la prise en charge des prothèses dentaires et des traitements orthodontiques. Jusqu'en avril 2014, ces contrôles étaient assurés par des médecins-dentistes du secteur libéral.

1.2.2. Frais pharmaceutiques

Les pharmaciens-inspecteurs assument les fonctions suivantes:

- collaborer au sein de la commission d'autorisation de mise sur le marché des médicaments
- collaborer à l'élaboration et à la gestion du profil des médecins en matière de prescription médicamenteuse
- conseiller les médecins-conseils (notamment en ce qui concerne la prescription de médicaments non enregistrés au Grand-Duché de Luxembourg)
- collaborer à la mise à jour des fichiers A1, B1 et B2
- collaborer à l'élaboration des protocoles thérapeutiques prévus par les statuts de la CNS.

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

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

Jusqu'en avril 2014, deux pharmaciens-vacataires procédaient pour le compte de la Caisse nationale de santé au contrôle de la concordance entre les prescriptions médicamenteuses et les médicaments délivrés en pharmacie. Considérant qu'un tel contrôle ne rentre pas dans les attributions de l'administration définies à l'article 418 du Code de la sécurité sociale, cette collaboration de même que les contrôles afférents ont été abandonnés à partir de mai 2014.

1.2.3. Transferts à l'étranger

Toutes les demandes de transferts à l'étranger sont traitées au niveau de la Caisse nationale de santé qui les transmet au Contrôle médical pour avis. Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, l'implication de l'administration quant aux dites demandes a sensiblement augmenté.

Les données statistiques 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. Lutte abus et fraude

Le Contrôle médical a assisté activement la Caisse nationale de santé en fournissant une analyse médicale détaillée de l'activité des prestataires de soins visés.

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

	premiers examens	réexamens	total	Décisions prises après premier examen		
				invalidité 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
2014	3 708	1 096	4 804	1 833	749	1 126

Dans le cadre des demandes d'assurance pension facultative, 187 dossiers ont été transmis pour avis aux médecins-conseils.

3. L'assurance accident

Dans le cadre de l'assurance accident, les avis et examens médicaux portent tant sur le volet accident de travail, que sur les maladies professionnelles.

Au cours des années 2007 à 2014, il a été procédé à:

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
premiers examens et réexamens	2 161	2 014	2 137	2 015	2 031	2 097	2 057	2 839
examens pour maladie professionnelle	60	90	78	104	139	130	168	188

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

Dans ses relations avec l'Agence pour le développement de l'emploi, le Contrôle médical procède à l'examen

- des personnes dont le placement s'avère difficile, ayant déjà bénéficié des allocations de chômage pendant un an et demandant une prolongation de prise en charge
- des personnes qui refusent les propositions de placement pour raison de santé
- des personnes se trouvant en période de chômage et présentant une incapacité de travail intercurrente pour cause de maladie.

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

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

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

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

En vue de l'attribution de l'allocation familiale spéciale supplémentaire pour enfants handicapés le Contrôle médical a examiné 676 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 2014, 4 543 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%	
2014	4 543	390	8.58%	3 928	9.50%	36.63%	51.17%	2.70%	

*) 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 2014, le Contrôle médical de la sécurité sociale a participé aux travaux des 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 de l'Agence pour le développement de l'emploi

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, 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.

9.9. Commission permanente pour le secteur hospitalier

9.10. Plateforme nationale cancer et groupes de travail afférents

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 des cures de désintoxication à l'étranger.

	2011			2012			2013			2014		
	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	152	73	225	169	48	217	154	71	225	126	53	179
Traitements psychiatriques	532	110	642	514	120	634	520	121	641	523	85	608
Totaux	684	183	867	683	168	851	674	192	866	649	138	787

11. Les autres activités

Dans un souci d'optimisation de ses ressources, la direction avait 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 ont procédé à la description des processus et procédures dont elles assurent la charge. Un comité de pilotage s'est réuni mensuellement, ensemble avec les médecins-chefs de divisions, afin de coordonner les travaux et de faire le suivi du projet.

En fin d'année, le projet GOcmss a été mis en veilleuse et ne saura être finalisé que lorsque le projet de loi portant réforme du Contrôle médical de la sécurité sociale, de même que ceux portant réforme de la Fonction publique auront été votés.

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-conseils et le pharmacien-inspecteur se sont réunis 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 de différents services de santé au travail.

ANNEXE

Données statistiques CMSS - 2014

Contrôle médical de la sécurité sociale

Assurance pension

Exercice 2014

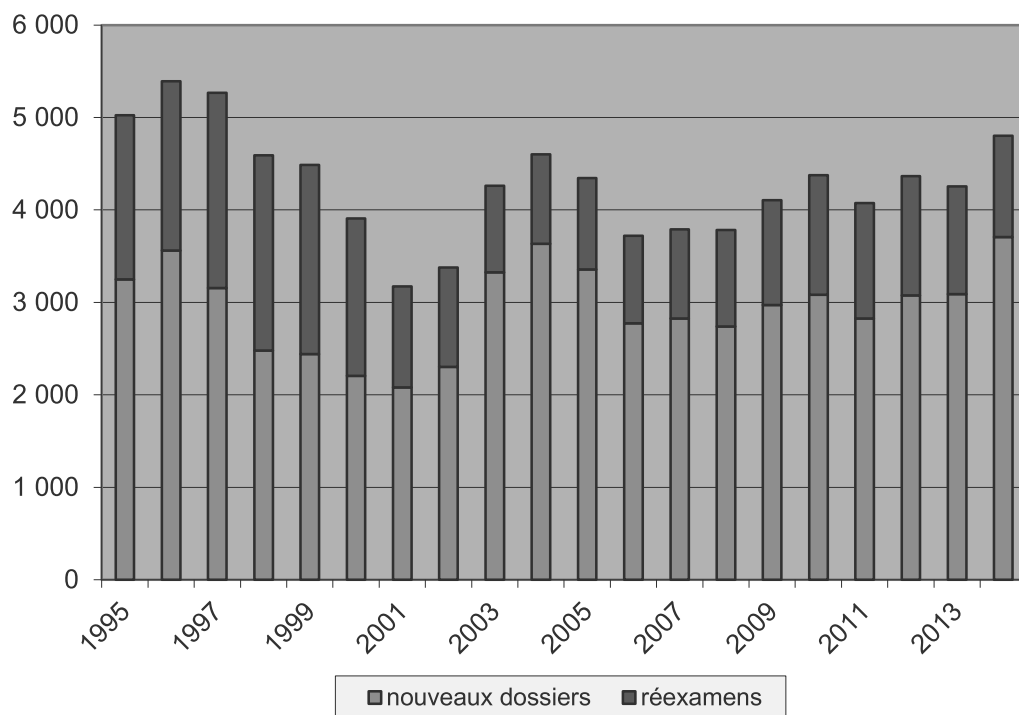
Tranches d'âge :	Femmes				Hommes				Totaux:
	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	Invalidité permanente	Incapacité de travail	pas invalide	total	
1945 - 1949	3	0	0	3	14	0	2	16	19
1950 - 1954	167	4	23	194	227	13	54	294	488
1955 - 1959	287	26	101	414	488	44	139	671	1 085
1960 - 1964	153	75	134	362	243	141	167	551	913
1965 - 1969	58	71	95	224	97	102	119	318	542
1970 - 1974	19	50	60	129	35	72	90	197	326
1975 - 1979	10	39	34	83	16	36	50	102	185
1980 - 1984	10	21	18	49	2	29	19	50	99
1985 - 1989	0	11	9	20	4	13	9	26	46
1990 - 1994	0	2	0	2	0	0	3	3	5
Totaux :	707	299	474	1 480	1 126	450	652	2 228	3 708

Examens et réexamens	3 185
Dossiers traités sur le vu des pièces	1 616
Total des cas traités:	4 801 dont 3 708 cas nouveaux 1 096 réexamens

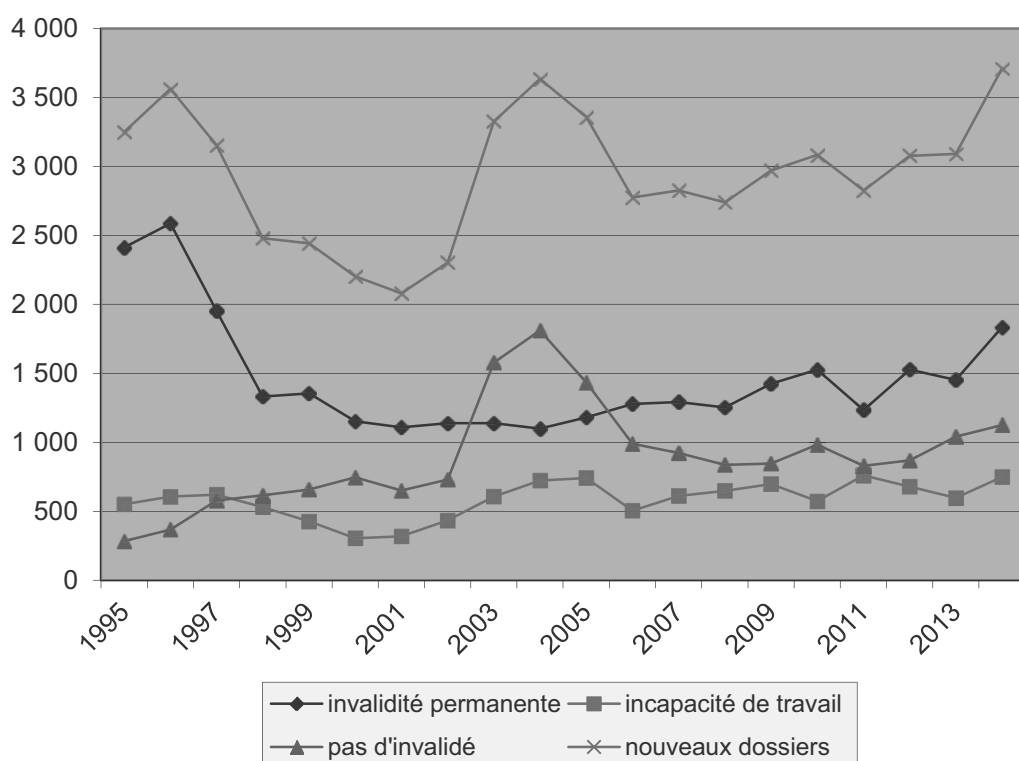
Evolution 1995 - 2014

année	nouveaux dossiers	réexamens	total	invalidité permanente	incapacité de travail	pas d'invalidité	Avis rendus après premier examen		
							invalidité permanente	incapacité de travail	pas d'invalidité
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%
2014	3 708	1 096	4 804	1 833	749	1 126	49.43%	20.20%	30.37%

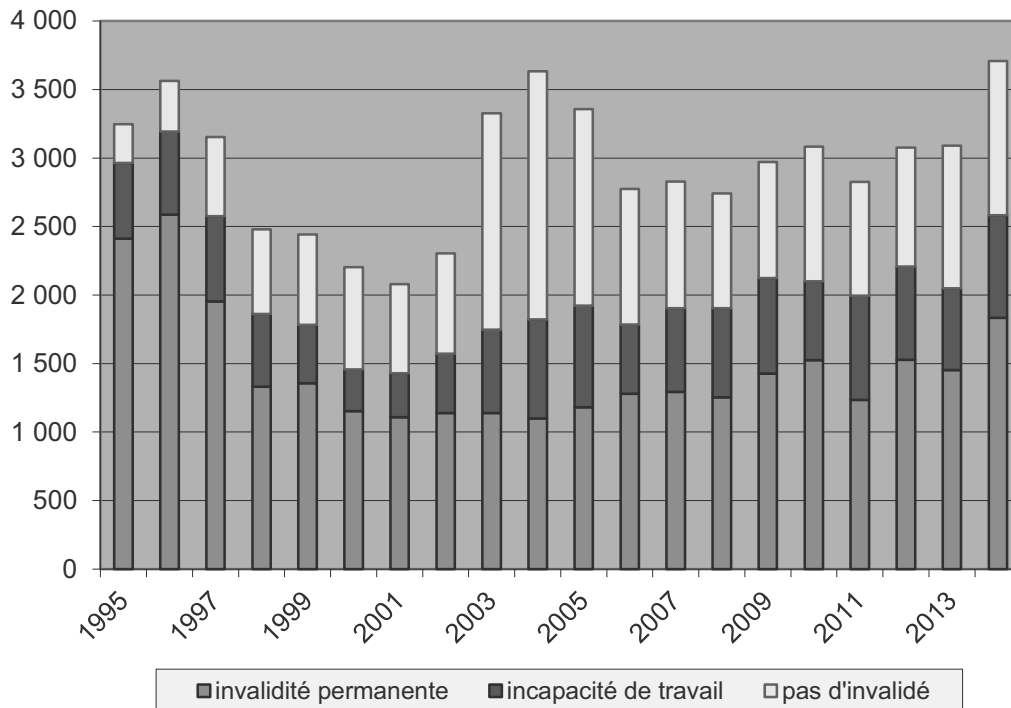
Répartition suivant la nature du dossier



Avis rendus après premier examen



Avis rendus après premier examen



Cartes d'invalidité

Exercice 2014

Dossiers transmis au CMSS :	4 543
Dossiers traités :	3 928 dont 3 928 sur base d'un certificat médical et 0 après convocation de l'intéressé.
Dossiers sans suite : (expiration du délai de 40 jours)	390
Dossiers en suspens :	225

Cartes d'invalidité attribuées en 2014

Carte A	1 439
Carte B	2 010
Carte C	106
Refus	373
	3 928

Tranches	Carte A	Carte B	Carte C	Refus	Total	%	Carte de priorité
1910 - 1914	0	1	0	0	1	0.0%	0
1915 - 1919	0	9	1	0	10	0.3%	0
1920 - 1924	1	98	5	0	104	2.6%	0
1925 - 1929	20	320	5	1	346	8.8%	11
1930 - 1934	73	529	16	5	623	15.9%	41
1935 - 1939	179	327	12	8	526	13.4%	79
1940 - 1944	166	199	5	23	393	10.0%	43
1945 - 1949	186	103	5	65	359	9.1%	53
1950 - 1954	192	76	4	81	353	9.0%	23
1955 - 1959	188	96	2	99	385	9.8%	25
1960 - 1964	158	63	7	38	266	6.8%	29
1965 - 1969	112	47	2	31	192	4.9%	14
1970 - 1974	47	37	3	8	95	2.4%	8
1975 - 1979	31	20	2	7	60	1.5%	7
1980 - 1984	23	13	2	6	44	1.1%	2
1985 - 1989	20	8	4	0	32	0.8%	0
1990 - 1994	38	12	5	1	56	1.4%	0
1995 - 1999	2	20	5	0	27	0.7%	0
2000 - 2004	2	18	13	0	33	0.8%	0
2005 - 2009	1	11	5	0	17	0.4%	0
2010 - 2014	0	3	3	0	6	0.2%	0
	1 439	2 010	106	373	3 928	100.0%	335

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 (CEM), rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale et 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.

Pour l'année 2014, ses activités peuvent être résumées comme suit :

Les saisines

En 2014, **15 nouvelles saisines ont été adressées par la Commission de nomenclature à la CEM, 9 saisines adressées en 2012 et 2013 étaient encore en cours.**

La CEM a retourné en 2014 15 avis et propositions à la Commission de nomenclature. 3 saisines sont en phase de finalisation et prévues pour être renvoyées à la Commission durant le premier trimestre de 2015.

Une saisine par lettre de la CNS avait été adressée en 2012. Une note de synthèse méthodologique tenant compte des expériences issues des travaux menés en 2014 devra être formalisée en 2015.

Thèmes des saisines adressées à la CEM :

Proposition de révision de la nomenclature des actes et services des infirmiers

Cette saisine a fait l'objet d'une analyse visant à démontrer dans quelle mesure l'application de durées normatives pour les actes techniques serait scientifiquement possible. Pour ce travail, la CEM a confié une partie des travaux à l'Université de philosophie et de théologie de Vallendar en Allemagne. Dans une étude empirique menée sur un échantillon aléatoire, les données de 313 participants de 20 antennes de soins ont été recueillies et évaluées. Un rapport final présente les résultats de l'étude ainsi que des propositions reprenant des pratiques relevées dans le domaine dans les pays limitrophes.

Proposition d'une nouvelle nomenclature en matière de soins palliatifs

Le droit aux soins palliatifs est ancré dans la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs. Conformément à l'article 65 du CSS, le remboursement des prestations extrahospitalières demande l'application d'un tarif forfaitaire. Une proposition présentée par la CNS a fait l'objet d'une analyse de plausibilité sur la base des données administratives enregistrées de 2004 à 2012 pour les soins infirmiers délivrés auprès de patients bénéficiant du statut soins palliatifs et pris en charge par l'assurance maladie et l'assurance dépendance. En parallèle de cette étude, la CEM a réalisé une recherche de littérature qui a montré les diversités d'organisation et de financement qui existent en Europe. Cette saisine a été réalisée également en partenariat avec l'Université Vallendar en Allemagne.

Proposition d'une révision de la nomenclature des actes et services des kinésithérapeutes

Pour répondre à cette saisine, la CEM a mené une recherche de littérature et l'a complétée par un avis d'expert fourni par la Haute école de sciences appliquées de Zurich (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, ZHAW). Une extrapolation pour estimer l'impact financier de certaines mesures organisationnelles a été réalisée avec la participation de la caisse d'assurance maladie allemande " BIG direkt gesund ".

Analyse et propositions relatives à la demande concernant la prise en charge des chaussures thérapeutiques, des chaussures orthopédiques et des semelles orthopédiques pour pieds diabétiques et des semelles proprioceptives dans le cadre du traitement des problèmes neuromusculaires

La CEM a été saisie d'une demande de la Fédération des Orthopédistes-Cordonniers-Bandagistes et des Cordonniers-Réparateurs visant à introduire 3 nouvelles positions dans leur nomenclature, ceci dans le cadre de la prise en charge de la prévention des troubles trophiques des pieds chez les patients diabétiques. La CEM a recherché dans les données de la littérature les études scientifiques permettant d'identifier l'efficacité des différentes propositions et les conditions dans lesquelles celles-ci doivent être envisagées et prises en charge par la CNS.

Analyse et propositions relatives à la demande concernant l'introduction d'un forfait par demi-journée pour un adolescent pris en charge au centre de jour du service national de psychiatrie juvénile (J2)

La CEM a été saisie par la CN d'une demande de l'Association des médecins et des médecins-dentistes (AMMD) visant à introduire une nouvelle position dans la nomenclature des actes et services des médecins, ceci dans le cadre de la prise en charge des adolescents nécessitant un traitement psychiatrique au centre de jour du service national de psychiatrie juvénile. Une attention particulière a été portée dans les recherches sur les définitions de l'enfance et de l'adolescence ainsi que sur les différentes pratiques professionnelles en psychiatrie adaptées aux besoins spécifiques de cette patientèle.

Analyse et propositions relatives aux demandes de la Société médicale luxembourgeoise de gériatrie et de gérontologie concernant l'adaptation de la nomenclature gériatrique et de la Société luxembourgeoise de médecine physique et de réadaptation concernant la révision de la nomenclature relative à la médecine physique et de réadaptation (MPR)

La CEM a été saisie par la CN de deux demandes de l'Association des médecins et des médecins-dentistes (AMMD) visant à adapter les nomenclatures dédiées aux médecins spécialistes en gériatrie et en MPR. Sur demande de la CN, ces deux demandes sont traitées ensemble. L'analyse de cette saisine a débuté en 2014 et va être conclue en 2015. Les détails méthodologiques de ces deux saisines vont ainsi être publiés dans le rapport d'activité 2015.

Demande d'introduction d'actes en lien avec l'utilisation d'un appareil CyberKnife® nouvellement installé au Centre Baclesse

La CEM a réalisé une revue de la littérature concernant les indications du CyberKnife®. Ont été pris en compte les différents rapports d'évaluation en technologie de santé (Health technology assessment, HTA) déjà publiés par les agences européennes ainsi que les revues systématiques de la littérature. La CEM en a réalisé une synthèse plus particulièrement sur les domaines HTA relatifs à la définition de la technologie, l'efficacité et l'efficience clinique, les aspects organisationnels, ceci afin de fournir à la Commission de nomenclature les éléments scientifiques attendus. La CEM a contacté plusieurs centres des pays limitrophes ainsi que des industriels afin de recueillir des informations techniques et organisationnelles (procédures existantes, organisation et responsabilité aux différents temps de la prise en charge, durée des examens).

Demande pour la création de forfaits techniques pour des actes de radiologie diagnostiques

Cette demande est en lien avec la possibilité de forfait dont le contenu est précisé dans l'article 65 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale. Ce forfait n'est pas associé à un coefficient. Cette saisine n'ayant pas de lien avec des thématiques HTA, la CEM a recherché les éléments relatifs à l'organisation des soins et aux textes juridiques en vigueur dans le domaine de l'imagerie médicale diagnostique, les besoins et attentes de la population, l'accès aux soins, les modalités de prise en compte tarifaire existantes dans les pays limitrophes.

Mise en conformité de textes législatifs concernant les cordonniers-orthopédistes-bandagistes

Cette saisine a pour objectif la mise en conformité à des textes réglementaires suite à la reconnaissance des métiers d'orthopédiste-cordonnier-bandagiste et de podologue. La CEM a pris en compte les différents documents juridiques existants pour formaliser son avis.

Changement de type d'autorisation (APCM en ACM) pour la prise en charge financière de l'acte de réduction d'une hyperplasie mammaire

Pour cette saisine, la CEM a recherché dans la littérature les critères médicaux d'indication et les modalités de prises en charge existantes à l'étranger. Les qualités des critères proposés (critères en lien avec la gravité ou l'impact de l'hyperplasie mammaire, objectivité, reproductibilité, fiabilité et faisabilité) ont été recherchées.

Activité de pédiatrie en maternité et lors de la période prénatale

Cette saisine englobait différentes demandes relatives à la reconnaissance des consultations prénatales par le pédiatre, la création d'un forfait maternité pour la prise en charge pédiatrique des nouveau-nés en bonne santé, ainsi que la définition des grossesses à risque. Pour chaque thématique, la CEM a recherché dans la littérature scientifique les définitions, les organisations existantes et l'efficience des prises en charge. Pour le forfait et à partir des données disponibles, une hauteur de forfait a été estimée. Là aussi, des informations ont été recherchées dans les pays limitrophes sur les modalités financières proposées.

Saisines en lien avec le résultat de négociations tarifaires menées entre la CNS et l'AMMD

Six saisines ont été adressées dans ce contexte à la CEM. Les thématiques étaient les suivantes : création d'un acte consultation majorée en dermatologie, demande de majoration pour certains traitements stationnaires effectués les dimanches et jours fériés, revalorisation de la visite et de la visite majorée du médecin généraliste ou du médecin spécialiste en gériatrie, des actes d'exams prénatals (acte E3, E4, E5, E6 et E7), possibilité de mise en compte de l'acte E20 dans le cadre du programme de dépistage précoce du cancer du sein par le médecin spécialiste en oncologie médicale. Pour chacune de ces saisines, la CEM a recherché la littérature existante en lien avec les thématiques et a examiné les pratiques existantes à l'étranger ainsi que l'impact de la mesure par rapport à l'existant et notamment aux règles de fonctionnement de la nomenclature des actes et services des médecins et médecins dentistes. Pour chaque saisine, un avis a été proposé à la CN.

Saisines relatives à la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique

Il s'agit de trois saisines différentes adressées à la CEM mais portant sur une même thématique. Une des saisines a été réitérée en juillet 2014 suite à un problème de représentativité du demandeur initial. Les travaux sont en cours.

Thématiques des saisines en cours de traitement au 31 décembre 2014

Il s'agit des saisines suivantes : actes réalisés avec un PET-scan, algologie, indication de la latéralité dans les actes de la nomenclature, actes en arthroscopie, stimulation électrique neuromusculaire, actes de la fédération des orthopédistes.

Avis sur les dispositifs médicaux

Aucun avis sollicité en 2014.

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

Les événements stratégiques du réseau

La CEM a participé à l'assemblée générale qui s'est tenue à Madrid en avril 2014. Les orientations stratégiques de l'EUnetHTA à court terme (2014-2015) et à moyen terme dans le cadre de la phase 3 d'un plan d'action commun (2015-2020) y ont été discutées. Elle a également participé à la conférence " HTA 2.0 : Teaming up for Value" à Rome les 30 et 31 octobre 2014. Les thématiques suivantes ont été discutées : HTA, les instruments réglementaires, les politiques de remboursement, les champs possibles de contribution de la recherche.

Les groupes de travail du réseau EUnetHTA

La CEM participe à 2 groupes de travail (GT2 et GT4) :

- Le GT 2 concerne le développement d'outils et de méthodes d'HTA. Sous la conduite du centre norvégien de connaissance pour les services de santé, la CEM a participé à l'élaboration d'une stratégie de diffusion des informations au moyen d'outils techniques et des bases de données de l'EUnetHTA (HTA Core Model, POP-Database, Evident-Database) ceci dans l'objectif de faciliter la collaboration scientifique entre les Etats membres. Des formations ont été développées et réalisées en janvier 2014 à Bruxelles et en novembre 2014 à Paris.
- Le GT 4 concerne la production de rapports d'HTA en partenariat avec plusieurs agences du réseau ainsi que l'adaptation des résultats au plan national. Les activités sont coordonnées par l'agence nationale italienne d'HTA, Agenas. La CEM a participé en 2014 à la production de deux rapports HTA sur les thèmes suivants :
 - l'utilisation de l'immunoglobuline intraveineuse comme traitement de la maladie d'Alzheimer : la CEM a participé comme investigateur du domaine technique et comme réviseur du domaine économique ;
 - les services de télésurveillance à domicile destinés aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique : la CEM participe comme investigateur du domaine " Health Problem and Current Use of the Technology " et comme réviseur du domaine économique. Dans ce cadre, la CEM participera à la 3ième assemblée générale qui se tiendra à Rome en mai 2015.
- En relation avec d'autres activités de l'EUnetHTA : 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 était membre du groupe de travail qui au cours de l'année 2014 a élaboré une stratégie définissant la vision du réseau HTA (créé en octobre 2013) pour la coopération européenne en matière d'HTA. Cette stratégie a été approuvée lors du congrès " HTA 2.0 : Teaming up for Value " le 29 octobre 2014 à Rome.

Dans le cadre du réseau **INAHTA et de l'organisation scientifique HTAi** :

En 2014, la CEM a maintenu l'affiliation à ces deux structures internationales dans le domaine de l'HTA. Néanmoins, elle n'a pas pu participer ni à l'assemblée générale de l'INATHA, ni au congrès de l'HTAi, qui se sont déroulés à Washington en juin 2014.

Dans le cadre de la **Société internationale de pharmaco-économie et de recherches sur les résultats (ISPOR)** :

En 2014, la CEM a été invitée par l'ISPOR à participer pour la première fois comme représentant du Luxembourg à la table ronde sur l'HTA en Europe. Cette table ronde est un événement régulier qui s'inscrit dans le cadre des congrès européens annuels de l'ISPOR. Elle s'est tenue en novembre 2014 et avait pour sujet " New Challenges for Improving European Health Care ".

- *Les bonnes pratiques médicales*

La CEM est membre du G-I-N (Guidelines international network). 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.

Un membre de la CEM participe à un groupe de travail interministériel dont la mission est d'élaborer un plan d'action pour une meilleure mise en œuvre des recommandations en imagerie médicale. Ce groupe de travail inclut des représentants du Ministère de la Santé, de la Direction de la Santé, de la Caisse nationale de santé, du Contrôle médical de la sécurité sociale et de l'Inspection générale de la sécurité sociale. La CEM a été officiellement mandatée par Monsieur le Ministre comme représentant pour l'IGSS.

- La documentation hospitalière

La CEM avec le soutien du Contrôle médical de la sécurité sociale et de la Direction de la santé a assuré les travaux suivants durant l'année 2014 dans le cadre de ce projet :

- suivi du déroulement de la phase test du projet documentation hospitalière ;
- organisation de réunions pour le suivi technique du projet avec les médecins des départements d'information médicale des établissements hospitaliers sur demande de la CCDH et visite sur sites ;
- préparation d'une proposition méthodologique pour l'évaluation de la phase test ;
- organisation technique et logistique de cette évaluation : organisation de la venue des experts, recueil des données, tirage au sort des dossiers pour l'évaluation ;
- information auprès des différentes instances demandeuses dont le Ministère de la Sécurité sociale ;
- maintien des liens avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en charge en France de la documentation médicale.

La CEM a organisé deux séminaires de travail avec les experts internationaux, un pour les visites sur site pour l'évaluation du projet selon la méthodologie validée par la CCDH et le second pour analyser les résultats de cette phase test. Les travaux d'évaluation ont fait l'objet de rapports d'expertises détaillés présentés aux membres de la CCDH le 22 septembre 2014. Il a été conclu à la faisabilité du projet pour les objectifs initialement retenus et pris en compte dans le RGD du 26 décembre 2012, instituant la CCDH dans ses missions moyennant un déploiement pas à pas et la rédaction de textes réglementaires.

Les activités de support logistique et administratif

- Pour la Commission de nomenclature

La loi du 1er juillet 2014 a modifié le texte de l'article 65bis al.5) du CSS dans le sens que la CEM n'assure plus le secrétariat et l'appui technique de la Commission de nomenclature. La CEM assure néanmoins la mise à jour des dossiers des réunions de la Commission de nomenclature avec classement des documents y relatifs en attendant la nomination d'un nouveau secrétariat.

- Pour le Conseil scientifique

La CEM assure le secrétariat pour le Conseil scientifique (CS) qui consiste à apporter un appui administratif, logistique et technique aux membres de ce Conseil 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 les Ministres de la Santé et de la Sécurité sociale, en présence de représentants de la CNS et du CMSS. Six recommandations de bonne pratique médicale ont été publiées au courant de l'année 2014, ainsi que les 2 documents " Comment rédiger une guideline " et " Comment accéder à la bibliographie disponible au Luxembourg ". Toutes les publications sont accessibles sur le site internet du CS www.conseil-scientifique.lu. Pour plus de détails, le rapport d'activité 2014 du CS peut également être consulté sur ce même site.

- Pour la médiation

En cas de médiation, un des collaborateurs de la CEM se voit détaché pour assurer la mission de secrétariat administratif. Cette mission est placée sous l'autorité du directeur de l'IGSS.

Les 5 médiations dans le cadre des litiges concernant la négociation des valeurs des lettres-clés pour les exercices 2013 et 2014 entre la CNS et les médecins et les médecins-dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les sages-femmes, en cours depuis l'année 2013, ont été terminées vers la fin du premier trimestre 2014.

La renégociation des dispositions obligatoires de la Convention entre la CNS et les médecins et médecins-dentistes a abouti à un litige. La procédure de médiation a été engagée au courant du mois de mai 2014 avec nomination du médiateur au 15 septembre 2014. A la fin de la période légale de médiation (15 décembre 2014), le médiateur a dû constater la non-conciliation. Le procès-verbal de non-conciliation a été transmis au Ministre de la Sécurité sociale en date du 15 janvier 2015. Le dossier de la médiation Convention CNS-AMMD a été clôturé au début du mois de février 2015.

Congrès et journées scientifiques

La CEM était présente aux événements suivants :

- Conférence SemiLux - Monthly seminar on social inequalities and public policies, organisé par l'université de Luxembourg, Luxembourg
- Conférence " Inequality and ... ? " - Lecture series on socio-economic inequalities, coordinated by the Institute for Research on Socio-Economic Inequality (IRSEI) and the Faculty of Language and Literature, Humanities, Arts and Education, Université du Luxembourg
- Workshop discrete choice experiments, organised by the student chapter of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), University of Maastricht, Maastricht, le 28 février 2014
- Sitzung Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) Berlin-Brandenburg über Hilfsmittelversorgung (Orthopädie, Reha-technik, Innovative Hilfsmittel), MDK, Berlin, le 18 mars 2014 auf Einladung der BIG direkt gesund
- Colloque ADELFF-EMOIS (Association des épidémiologistes de langue française et Evaluation, management, organisation, information, santé), Paris, France les 03- 04 avril 2014,
- Colloque APEMAC: Maladies chroniques, adaptation et santé perçue : enjeux et prospective - Faculté de Médecine, Nancy - France, les 04 - 06 juin 2014
- 28th Conference of the European Health Psychology Society - Beyond prevention and intervention, University of Innsbruck, Innsbruck, Austria, les 26 - 30 août 2014
- 8e conférence Nationale Santé organisée par la Ministère de la Santé du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, le 05 novembre 2014.
- 17th annual European congress of the ISPOR, New Challenges for Improving European Health Care, Amsterdam, les 08 - 12 novembre 2014
- Conférence "1000 jours plus tard : les DRG redessinent-ils le paysage hospitalier ", Genève, Suisse, le 26 novembre 2014
- Workshop multicriteria decision analysis via Annalisa, organised by the ISPOR student chapter of the University of Maastricht, Maastricht, le 10 décembre 2014

Publications 2014 dans lesquelles la CEM est référencée

Bakker, E.C., Nijkamp, M.D., Sloop, C., Berndt, N.C. & Bolman, C.A. (2015) Intention to Abstain From Smoking Among Cardiac Rehabilitation Patients: The Role of Attitude, Self-efficacy, and Craving. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(2), pp. 172-179. doi: 10.1097/JCN.000000000000156 [E-pub ahead].

Berndt, N., van Riet, J., Lechner, L. & Bolman, C. (2014) Determinants of cardiac nurses' intentions towards initiating smoking cessation care to their patients. Poster presentation at the 28th Conference of the European Health Psychology Society, Innsbruck, Austria (presented the 28th august 2014).

Pour rappel : les avis rédigés par la CEM en réponse aux saisines ne sont pas publiés. Ils peuvent être adressés sur demande et après avis favorable des instances.

LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Au cours de l'exercice 2014, 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) Application du règlement (UE) 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

Les représentants du Ministère de la Sécurité sociale ont participé aux travaux d'élaboration et de modification des instruments juridiques en relation avec l'application la réglementation européenne en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale.

Le règlement (UE) no 1368/2014 a modifié l'annexe 1 du règlement (CE) no 987/2009, notamment la citation de l'accord sur l'apurement des créances entre le Luxembourg et la France, en ajoutant les dates du dernier échange de lettres entre les autorités française et luxembourgeoise qui concerne la réduction du montant des acomptes à verser.

La décision no 1/2014 du comité mixte institué par l'Accord entre l'Union européenne et la Suisse sur la libre circulation des personnes a modifié l'annexe II sur la coordination des systèmes de sécurité sociale pour tenir compte des nouveaux actes législatifs intervenus, notamment les règlements (UE) nos 1244/2010, 465/2012 et 1224/2012 qui ont modifié les règlements (CE) nos 883/2004 et 987/2009, afin de rendre ses dispositions applicables aux relations avec la Suisse. Cette décision rend également applicables à la Suisse les décisions nos E2, E3, H6, S8 et U4, ainsi que la recommandation S1 de la commission administrative.

ii) Commission administrative

Les représentants du Ministère de la Sécurité sociale ont assisté à toutes les 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.

A part de ses activités courantes, la commission administrative a adopté des mesures pour améliorer ses méthodes de travail, en vue d'accélérer les procédures d'adoption de décisions et rendre le déroulement des réunions plus efficace.

Deux groupes de travail ont eu lieu, le premier en mars, pour évoquer des questions liées au détachement et puis en octobre au sujet de l'interaction du règlement (CE) 883/2004 avec la directive 2011/24 concernant les droits des patients aux soins de santé transfrontaliers.

Le recensement de données sur l'application de certaines dispositions du règlement a été organisé moyennant l'élaboration de questionnaires, notamment sur les traitements à l'étranger sur base du document S2, l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie et l'exportation des prestations de chômage.

Dans le cadre du Forum sur la dimension internationale de la coordination de la sécurité sociale, dont l'objectif est de créer une plate-forme de discussion entre les Etats membres sur la dimension extérieure de la coordination en matière de sécurité sociale dans l'Union en vue de définir éventuellement des domaines où la coopération avec des Etats tiers pourrait être renforcée, un forum a eu lieu en date du 11 mars 2014 et deux sujets sont à relever :

d'une part, l'impact de l'arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne dans l'affaire Gardella qui concerne la totalisation des périodes accomplies dans des régimes d'organisations internationales avec les périodes accomplies sous la législation des Etats membres,

et, d'autre part, l'harmonisation des règles de coordination de la sécurité sociale contenues dans les Accords d'association conclus par l'Union européenne et ses Etats membres avec des Etats tiers.

En outre, un Forum de réflexion sur les défis de la coordination de la sécurité sociale dans la perspective 2020 et au-delà a été mis en place. Ce forum est organisé dans le cadre des réunions normales de la commission administrative et il permet aux délégués de discuter d'une manière informelle de certains sujets problématiques, choisis par les Etats membres sur la base d'un rapport établi par le réseau trESS (devenu FreSsco). La commission administrative a adopté la liste des thèmes retenus, ainsi que le calendrier et le plan de travail pour le Forum. Lors du premier Forum sous présidence italienne, les arrêts de la Cour de justice dans les affaires Dano et Brey figuraient à l'ordre du jour pour analyser l'interaction des règlements de coordination avec la directive 2004/38 relative au droit des citoyens de circuler et de séjourner librement sur le territoire des Etats membres.

Finalement, les travaux ont continué en vue de mettre en place un système d'échange électronique des données et documents entre les Etats membres. Ainsi, la commission administrative a déclaré que la phase de planification du projet EESSI - Electronic Exchange of Social Security Information - est clôturée et que le projet est désormais prêt pour entamer la phase d'exécution.

b) Politique sociale européenne

Durant cette année, la Commission européenne a lancé un processus de consultation publique en vue d'une revue mi-parcours de la Stratégie Europe 2020. Ce processus vise à faire un état des lieux global de la mise en œuvre de cette stratégie lancée en 2010 et à cerner les principaux obstacles qui se profilent, pour une action plus efficace et plus concertée durant les prochaines années. Il convient de rappeler que la visée fondamentale de la Stratégie est d'aboutir à une croissance intelligente, durable et inclusive. Cela implique une meilleure intégration des implications sociales des politiques menées à l'échelle de l'Union au tryptique " Croissance, Investissements, Emplois " qui vise à l'amélioration de la compétitivité de l'UE.

Le Luxembourg a profité des nombreux conseils EPSCO pour toujours clamer le caractère prioritaire de la lutte contre la pauvreté, les inégalités, l'exclusion sociale du marché du travail et le maintien de cet objectif comme une dimension cruciale de la stratégie. En outre, la convergence vers des standards sociaux élevés, la prise en compte des groupes vulnérables, l'investissement dans le capital humain et l'éducation, l'activation dans le marché du travail et la déclinaison de la dimension de l'égalité des genres dans toutes ces thématiques sont des sujets qui ont caractérisé la position du Luxembourg.

Par ailleurs et sur le front de la gouvernance sociale, le Luxembourg a accueilli favorablement la volonté de la Commission européenne d'entamer une rationalisation du semestre européen. Il s'est également félicité que celle-ci mette en relief dans son examen annuel de croissance trois piliers prioritaires qui sont : (i) la stimulation des investissements, (ii) la nécessité de réformes structurelles et (iii) une responsabilisation en matière budgétaire orientée vers la croissance.

Dans cette optique, le Luxembourg, en soulignant les progrès réalisés en termes de gouvernance sociale, tient néanmoins à insister particulièrement sur une meilleure coordination entre les politiques économiques et financières d'un côté et les politiques sociale et d'emploi de l'autre. Une coopération plus accrue et plus équitable entre les différentes formations du Conseil impliqués dans le cycle du semestre pour les politiques à compétences partagées considérerait les politiques sociales comme un maillon intégré à l'ensemble des politiques européennes et mettrait en valeur l'impact social des réformes structurelles.

c) Politique sociale européenne

Dans l'élan du renforcement de la dimension sociale de l'Union économique et monétaire et sous l'impulsion de la présidence du comité et du soutien d'une vaste majorité des Etats membres, le comité de protection sociale (CPS) a connu certaines évolutions positives en conformité avec le mandat qui lui est conféré par le Traité (article 160 du TFUE). Les statuts du CPS sont actuellement en cours d'amendement dans les instances préparatoires du Conseil pour refléter sa contribution croissante au processus de gouvernance sociale. Un objectif additionnel est de modifier son fonctionnement interne pour plus d'efficacité et de continuité dans le cycle du semestre européen et pour un alignement sur le fonctionnement interne des autres comités impliqués dans le processus du semestre.

Le Ministère de la Sécurité sociale a contribué activement aux travaux du comité-mère (CPS), ainsi que les sous-groupes des indicateurs et celui qui traite de la problématique du vieillissement de la population en matière de protection sociale. Il convient de rappeler que le CPS se base dans ses travaux sur la méthode ouverte de coordination (MOC), qui représente un ensemble d'échange de bonnes pratiques entre les Etats membres, respectant le principe de subsidiarité. Cette méthode " soft law " confère la compétence nationale aux Etats membres de gérer leur système de protection sociale. Ces Etats membres se livrent donc à une collaboration non-contraignante dans la coordination de leurs politiques sociales. De nombreuses approches sont utilisées telles que les échanges par les paires (Peer-Review) et des échanges thématiques approfondis (Thematic in-depth review). Des outils de monitoring social sont également appliqués à cette fin. Notons à ce titre que suite aux conclusions du Conseil Européen du 19/20 décembre 2013, le tableau de bord pour les indicateurs clés sociaux et d'emploi a été utilisé pour la première fois dans le semestre européen de 2014. De surcroît, le CPS a recours à d'autres outils analytiques tels que le SPPM (Social Protection Performance Monitor) pour détecter les tendances sociales, ou le cadre d'évaluation conjoint JAF (Joint Assessment Framework). Dans ce contexte, l'utilisation de ces outils dans le comité-mère et les sous-groupes est faite en étroite collaboration avec le Ministère de la Famille, le Ministère de la Santé et le Centre de Recherche public CEPS/INSTEAD pour le sous-groupe indicateur.

En 2014, et en ligne avec son mandat du Traité et le règlement 1175/2011, le CPS a participé aux discussions sur les recommandations spécifiques par pays dans les thématiques de l'inclusion sociale, des pensions et des soins de longue durée et a délivré un rapport au Conseil EPSCO. Le comité a également élaboré un avis conjoint avec le comité de l'emploi (EMCO) sur la revue mi-parcours de la Stratégie Europe 2020 ainsi qu'une évaluation du semestre européen. Aussi, le CPS a établi un rapport sur les réformes de la politique sociale pour une Europe plus équitable et compétitive. L'avis conjoint EMCO/CPS et les messages clé du rapport ci-avant ont été adoptés lors du Conseil EPSCO d'octobre. Le tableau de bord social susmentionné a également alimenté le Rapport Conjoint sur l'Emploi (RCE) et a été présenté par la Commission européenne lors du Conseil EPSCO de décembre pour un échange de vue entre les ministres compétents de l'UE.

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 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 31 décembre 2013 le comité européen pour la cohésion sociale (CDCS) a cessé ses activités et un nouveau comité pour la cohésion sociale, la dignité humaine et l'égalité (CDDECS) a pris la relève. Il s'agit d'un comité directeur multidisciplinaire regroupant plusieurs partenaires. En 2014, le nouveau comité 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 CDDECS 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, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie, Turquie, Roumanie et Royaume-Uni.

Chaque année le Ministère de la Sécurité sociale est appelé à établir un rapport sur l'état et l'évolution de la législation sociale permettant aux instances de contrôle (à savoir le BIT à Genève) d'apprécier si le Luxembourg remplit toujours ses obligations issues de la ratification du Code. Les conclusions pour 2014 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 d'échanger sur les règles de protection sociale appliquées à un secteur souvent délaissé au sein d'instances à vocation plus générale. Il continue de se réunir régulièrement à Strasbourg afin d'affiner encore les règles de détermination de la législation applicable aux bateliers rhénans et d'en évaluer la bonne application dans un contexte européen. Le CASS constitue une instance de réflexion utile permettant de dégager des solutions adaptées à un secteur d'activité souvent méconnu malgré son importance pour la croissance économique européenne.

En 2014, les travaux ont continué pour mieux fixer des critères servant à déterminer l'exploitant du bateau et, par voie de conséquence, la législation applicable. Le CASS travaille à une extension au niveau européen de la règle rhénane d'affiliation des personnels de la navigation intérieure à la sécurité sociale.

5. ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

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

En 2014, les activités phares de l'AISS ont concerné l'établissement de lignes directrices dans différents domaines de la sécurité sociale, ainsi que la création et le bon fonctionnement d'un centre pour l'excellence qui est à disposition des institutions membres.

Instruments bilatéraux

En application du programme gouvernemental, le Ministère de la Sécurité sociale s'est efforcé d'étoffer encore plus 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.

En 2014, les activités suivantes dans le contexte bilatéral sont à relever.

1. Luxembourg - France

Un accord entre les deux pays pour le développement de la coopération et l'entraide administrative en matière de sécurité sociale, signé sous forme d'échange de lettres, est entré en vigueur le 1er novembre 2014 suite à la clôture de la procédure de ratification parlementaire en France.

2. Luxembourg - Maroc

Une convention bilatérale regroupant l'ensemble des branches de la sécurité sociale est en vigueur à l'égard des deux parties contractantes depuis le 1er février 2013. Cependant, des difficultés d'application concrètes sont apparues et une ronde de négociations pour aplanir ces difficultés est planifiée pour 2015 à Luxembourg. A cette occasion, une révision des formulaires sera aussi opérée.

L'arrangement administratif est paraphé, mais doit encore être signé durant l'année 2015.

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.

Elle est entrée en vigueur le 18 février 2013.

Dans ce contexte une deuxième ronde de négociations s'est tenue du 16 au 20 juin 2014 à Tunis et a permis d'arrêter les formulaires nécessaires à l'application de la convention.

4. Luxembourg - Japon

Après plusieurs rondes de négociations, la signature d'une convention bilatérale de sécurité sociale entre le Luxembourg et le Japon a pu avoir lieu le 10 octobre 2014 à Tokyo lors d'une mission économique luxembourgeoise au Japon.

Désormais, la procédure de ratification parlementaire est engagée dans les deux pays.

Des initiatives en vue de relancer les négociations pour conclure un arrangement administratif sont prévues pour 2015.

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.

Après deux rondes de négociations, une nouvelle convention bilatérale de sécurité sociale a été signée le 22 juin 2012 à Luxembourg. Elle a été ratifiée par le Parlement luxembourgeois par une loi du 30 juillet 2013 ; la procédure de ratification parlementaire est toujours en cours au Brésil.

Une troisième ronde de négociations a eu lieu du 10 au 13 février 2014 à Brasilia et a permis de parapher un arrangement administratif. La signature est planifiée pour 2015. Par ailleurs, les formulaires nécessaires à l'application devront encore être arrêtés.

6. Luxembourg - Argentine

La convention bilatérale entre le Luxembourg et l'Argentine, signée le 13 mai 2010 à Alcalá de Henares, est entrée en vigueur le 1er décembre 2014 suite à la clôture de la procédure de ratification en Argentine.

Les formulaires nécessaires pour l'application de la convention ont été finalisés définitivement suite à des échanges de messages électroniques entre les services des Ministères compétents en Argentine et au Luxembourg.

L'arrangement administratif devra encore être signé, des initiatives en ce sens seront prises en 2015.

7. Luxembourg - Serbie

Une nouvelle convention bilatérale avec la Serbie est entrée en vigueur le 1er novembre 2014 suite à la clôture de la procédure de ratification parlementaire au Luxembourg.

Les formulaires nécessaires à l'application de cette nouvelle convention ont été retenus lors d'une ronde de négociations qui s'est tenue du 15 au 19 septembre 2014 à Belgrade.

Des initiatives seront prises en 2015 afin de permettre l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie (EHIC) dans le cadre de cette convention bilatérale Serbie/Luxembourg.

8. Luxembourg - Uruguay

La nouvelle convention de sécurité sociale signée à Luxembourg le 24 septembre 2012 est entrée en vigueur le 1er septembre 2014 suite à la clôture de la procédure de ratification parlementaire en Uruguay.

Il reste à signer l'arrangement administratif paraphé le 24 mai 2013 à Montevideo ; des initiatives en ce sens seront prises en 2015.

9. Luxembourg - Albanie

Après trois rondes de négociations, dont la dernière a eu lieu du 27 janvier au 1er février 2014 à Luxembourg, le texte d'une convention bilatérale de sécurité sociale avec l'Albanie a été signé le 27 octobre 2014 à Luxembourg par les ministres responsables pour la sécurité sociale des deux pays. Les procédures de ratification parlementaires sont désormais en cours.

En plus une ronde de négociations a eu lieu à Tirana du 11 au 14 novembre 2014. A cette occasion le texte d'un arrangement administratif a été paraphé.

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.

La signature est prévue pour début de l'année 2015.

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 à plusieurs reprises, 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.

Une première ronde de négociations qui a eu lieu à Luxembourg du 12 au 16 mai 2014 a permis de trouver un accord sur les principes de base à retenir dans une convention bilatérale.

Les pourparlers seront continués en 2015.

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 positive et les travaux commenceront en 2015.

15. Luxembourg - Israël

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

Une première ronde de négociations est prévue pour 2015.

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.

Des avancées concrètes n'ont pas encore pu être réalisées.

17. Luxembourg - Philippines

Il a suffi d'une ronde de négociations en décembre 2014 à Luxembourg pour permettre aux autorités compétentes de se mettre d'accord sur un texte de convention bilatérale de sécurité sociale entre les Philippines et le Luxembourg et de le parapher.

La procédure de signature sera lancée en 2015.