



21/09/2016

RAP/Cha/LUX/20(2017)

## **CHARTE SOCIALE EUROPEENNE**

20e rapport sur la mise en œuvre de la  
Charte sociale européenne

soumis par

## **LE GOVERNEMENT DU LUXEMBOURG**

Articles 3, 11, 12, 13 et 14  
pour la période 01/01/2012 – 31/12/2015)

Rapport enregistré par le Secrétariat le  
21 septembre 2017

**CYCLE XXI-2 (2017)**



## ARTICLE 3

### DROIT A LA SECURITE ET A L'HYGIENE DANS LE TRAVAIL

#### Article 3

#### ARTICLE 3 § 1

*«En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail, les Parties contractantes s'engagent:*

*à édicter des règlements de sécurité et d'hygiène;»*

- A. Prière d'énumérer les principales dispositions législatives ou réglementaires qui ont été édictées pour protéger la santé physique et psychique et la sécurité des travailleurs, en indiquant clairement:**
- leur champ d'application matériel (risques couverts et mesures de prévention et de protection prévues) et
  - leur champ d'application personnel (travailleurs quels que soient leur statut juridique – salarié ou non – et leur secteur d'activité, y compris les travailleurs à domicile et les employés de maison).

Prière de préciser les règles adoptées pour assurer aux travailleurs employés dans le cadre de contrats atypiques un même niveau de protection qu'aux autres travailleurs de l'entreprise.

- B. Prière d'indiquer les mesures particulières prises pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs qui accomplissent un travail dangereux ou insalubre.**

#### Ad A.

Tous les salariés travaillant au Luxembourg sous un statut privé et/ou public sont protégés concernant le volet santé, sécurité et hygiène. La plupart des textes de loi se trouvent soit dans le code du travail, soit dans des législations spécifiques pour les fonctionnaires et employés de l'Etat, soit dans certaines législations spécifiques concernant des catégories spéciales de salariés (salariés handicapés ou salariés à capacité de travail réduite). Au Luxembourg les travailleurs à domicile et les employés de maison déclarés aux organismes de sécurité sociale sont couverts.

Le Code du Travail prévoit ainsi dans son livre III:

- la protection de la sécurité et de la santé des salariés,
- l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail,
- l'emploi des personnes enceintes, accouchées et allaitantes,
- l'emploi des jeunes salariés,
- la protection des salariés liés à une exposition des agents chimiques, physiques et biologiques.

Ces textes de loi couvrent la protection de la santé et de la sécurité des salariés et énumèrent bien le rôle et les obligations des employeurs, des syndicats, des salariés, des délégués du personnel, des travailleurs désignés et des médecins du travail. Les risques couverts sont aussi bien la survenue d'un accident du travail et/ou d'une maladie professionnelle.

Concrètement, depuis la désignation de la nouvelle direction de l'Inspection du Travail et des Mines au début de l'année 2015, les directives suivantes dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail ont été transposées en droit national:

**I. Directive 2014/27/UE du Parlement Européen et du Conseil du 26 février 2014 modifiant les directives du Conseil 92/58/CEE, 92/85/CEE, 94/33/CE, 98/24/CE et la directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil**

La directive 2014/27/UE précitée a été transposée en droit national par la loi du 5 décembre 2016 modifiant les annexes 1 et 3 du Code du travail (Journal Officiel A n°247 de 2016 : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2016/12/05/n3/jo>).

En ce qui concerne l'objet et le champ d'application, les dispositions de la loi du 5 décembre 2016 précitée s'appliquent pour toute activité susceptible de présenter un risque spécifique d'exposition des femmes enceintes ou allaitantes aux agents, procédés ou conditions de travail dont la liste figure à l'annexe 1 du Code du travail. L'employeur est tenu d'évaluer la nature, le degré et la durée d'exposition afin de pouvoir :

- apprécier tout risque pour la sécurité ou la santé des femmes enceintes ou allaitantes ainsi que toute répercussion sur la grossesse ou l'allaitement;
- déterminer les mesures à prendre.

Pour effectuer l'évaluation susvisée, l'employeur est tenu de s'assurer de la collaboration du médecin du travail compétent.

Par ailleurs, les dispositions prévoient qu'il est interdit d'employer des jeunes à des travaux les exposant à des risques spécifiques pour leur sécurité, leur santé, leur développement physique, psychique, mental, spirituel, moral ou social ou de nature à compromettre leur éducation ou leur formation professionnelle, résultant d'un manque d'expérience, de l'absence de la conscience des risques existants ou virtuels, ou du développement non encore achevé des jeunes.

Sont notamment interdits, les travaux des jeunes qui:

1. vont objectivement au-delà de leurs capacités physiques ou psychologiques;
2. impliquent une exposition nocive à des agents toxiques, cancérigènes, causant des altérations génétiques héréditaires, ayant des effets néfastes pour le fœtus pendant la grossesse ou ayant tout autre effet néfaste chronique sur l'être humain;
3. impliquent une exposition nocive à des radiations;
4. présentent des risques d'accidents dont on peut supposer que des jeunes, du fait de leur manque de sens de la sécurité ou de leur manque d'expérience ou de formation, ne peuvent les identifier ou les prévenir;
5. mettent en péril la santé en raison de températures extrêmement basses ou élevées ou en raison de bruit ou de vibrations;
6. comprennent des procédés et travaux qui impliquent une exposition nocive aux agents physiques, biologiques et chimiques visés à l'annexe 3 du Code du travail ; et/ou
7. sont visés à l'annexe 4 du Code du travail.

La directive 2014/27/UE précitée a également été transposée en droit national par le règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 concernant la protection de la sécurité et de la santé des salariés contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail : (Journal Officiel A n°235 de 2016 : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2016/11/14/n1/jo>).

En ce qui concerne l'objet et le champ d'application, les dispositions du règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 précité ont pour objet de fixer des prescriptions minimales en matière de protection des salariés contre les risques pour leur santé et leur sécurité résultant ou susceptibles de résulter des effets produits par des agents chimiques présents sur le lieu de travail ou découlant de toute activité professionnelle impliquant des agents chimiques.

Les prescriptions du règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 s'appliquent aux cas où des agents chimiques dangereux sont ou peuvent être présents sur le lieu de travail, sans préjudice des dispositions relatives aux agents chimiques auxquels s'appliquent des mesures de radioprotection.

Les dispositions du règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 s'appliquent à tous les salariés tels que définis à l'article L.121-1, ainsi que les stagiaires, les apprentis et les élèves et étudiants occupés pendant les vacances scolaires.

La directive 2014/27/UE précitée a également été transposée en droit national par le règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 concernant les prescriptions minimales pour la signalisation de sécurité et de santé au travail : (Journal Officiel A n°235 de 2016 : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2016/11/14/n2/jo>).

En ce qui concerne l'objet et le champ d'application, les dispositions du règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 précité ont pour objet de fixer des prescriptions minimales pour la signalisation de sécurité et de santé.

Les dispositions du règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 précité ne s'appliquent pas à la signalisation pour la mise sur le marché de substances et de mélanges dangereux, de produits respectivement d'équipements, à moins que d'autres dispositions légales n'y fassent spécifiquement référence et ne s'appliquent pas à la signalisation utilisée pour la réglementation du trafic routier, ferroviaire, fluvial, maritime et aérien.

Les dispositions du règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 précité s'appliquent à tous les salariés tels que définis à l'article L.121-1, ainsi qu'aux stagiaires, apprentis, élèves et étudiants occupés pendant les vacances scolaires.

La directive 2014/27/UE précitée a également été transposée en droit national par le règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 concernant la protection des salariés contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail : (Journal Officiel A n° 235 de 2016 : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2016/11/14/n3/jo>).

En ce qui concerne l'objet et le champ d'application, les dispositions du règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 précité ont pour objet de fixer les prescriptions minimales particulières, y compris les valeurs limites, pour la protection des salariés contre les risques pour leur sécurité et leur santé, y compris la prévention de tels risques, auxquels ils sont exposés ou susceptibles de l'être du fait d'une exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail.

Les dispositions du règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 précité ne s'appliquent pas aux salariés relevant du traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique et exposés seulement aux rayonnements.

Les dispositions du règlement grand-ducal du 14 novembre 2016 précité s'appliquent à tous les salariés tels que définis à l'article L.121-1, ainsi qu'aux stagiaires, apprentis, élèves et étudiants occupés pendant les vacances scolaires.

-----

**Prière de préciser les règles adoptées pour assurer aux travailleurs employés dans le cadre de contrats atypiques un même niveau de protection qu'aux travailleurs de l'entreprise.**

En matière de protection concernant la santé, la sécurité et l'hygiène au travail, la législation luxembourgeoise ne fait pas de différence en matière de règles à appliquer pour les salariés ayant un contrat type par rapport à ceux ayant des contrats atypiques. Les salariés intérimaires et/ou les salariés saisonniers bénéficient du même niveau de protection.

La protection de la sécurité et la santé dans le cadre du travail intérimaire est assurée par l'article L.131-12 du Code du travail. Pendant la durée de la mission des salariés intérimaires les responsabilités sont partagées.

L'utilisateur (entreprise utilisatrice) est seul responsable

- du respect des conditions de sécurité d'hygiène et de santé au travail; et
- de l'application à ces salariés intérimaires des dispositions légales, réglementaires, administratives et conventionnelles relatives aux conditions de travail et à la protection des salariés dans l'exercice de leur profession.

L'entrepreneur de travail intérimaire est seul responsable

- de la rémunération du salarié intérimaire; et
- des charges sociales et fiscales s'y rapportant.

L'article L.131-12 du Code du travail dispose que :

*« Pendant la durée de la mission des salariés intérimaires, l'utilisateur est seul responsable du respect des conditions de sécurité, d'hygiène et de santé au travail et de l'application à ces salariés des dispositions légales, réglementaires, administratives et conventionnelles relatives aux conditions de travail et à la protection des salariés dans l'exercice de leur profession.*

*L'entrepreneur de travail intérimaire est seul responsable du salaire du salarié intérimaire ainsi que des charges sociales et fiscales s'y rapportant. »*

S'agissant des salariés liés par un contrat à durée déterminée, l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des salariés dans tous les aspects au travail. Conformément à l'article L.311-2 du Code du travail, on entend par salariés : *« tous les salariés tels que définis à l'article L.121-1, ainsi que les stagiaires, les apprentis et les élèves et étudiants occupés pendant les vacances scolaires ».*

Dans un souci d'assurer l'égalité de traitement entre les salariés liés par un contrat à durée déterminée et ceux liés par un contrat à durée indéterminée, l'article L.122-10 du Code du travail dispose que *« sauf disposition légale contraire, les dispositions légales et conventionnelles applicables aux salariés liés par un contrat à durée indéterminée sont également applicables aux salariés liés par un contrat à durée déterminée ».* Compte tenu de ce qui précède, les dispositions législatives et réglementaires relatives à la protection de la sécurité et santé s'appliquent tant aux salariés sous CDD qu'aux salariés liés par un CDI.

## **Ad B.**

La protection de la santé et de la sécurité des travailleurs qui accomplissent un travail dangereux ou insalubre n'est pas seulement couvert par le code du travail, mais aussi par deux législations spécifiques à savoir:

- Loi modifiée du 10 juin 1999 relative aux établissements classés (loi commodo/incommodo)
- Loi du 28 avril 2017 concernant la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses (loi Seveso 3)

Dans le cadre de ces 2 législations le Ministère du Travail et le Ministère de l'Environnement peuvent prévoir des recommandations spécifiques à appliquer en matière de santé, sécurité, hygiène et environnement dans leurs conditions d'autorisation d'exploitation.

Depuis la désignation de la nouvelle direction au début de l'année 2015, l'Inspection du travail et des mines (ITM) s'efforce de rendre les lieux de travail plus sûrs, plus sains et plus productifs, dans l'intérêt des entreprises, des travailleurs et des pouvoirs publics.

A cet effet, l'ITM participe régulièrement aux réunions de travail de l'European Agency for safety and health at work (EU OSHA) et du comité des hauts responsables de l'inspection du travail (CHRIT / SLIC) dont l'objectif est d'encourager une culture de prévention des risques pour améliorer les conditions de travail en Europe.

La Division générale de l'emploi « Health, Safety and Hygiene at Work » de l'UE avait invité l'ITM à participer à la 8<sup>ième</sup> conférence sur la coopération en matière de sécurité et de santé au travail entre les États-Unis et l'Union européenne en date du 17 au 19 septembre 2015 à Fort Worth, Texas, dont le thème de la conférence concernait les « Problèmes critiques dans la sécurité et la santé au travail ».

Depuis le mois d'avril 2015, l'ITM s'est dotée d'une nouvelle structure et a continuellement mis en place des processus et des procédures adaptées à tous ses domaines de compétence en vue de promouvoir l'efficacité, l'efficience et pour garantir l'exécution et l'application de ses différentes missions.

Le service « Inspections, Contrôles et Enquêtes (ICE) », a comme mission d'assurer des actions à court, moyen et long terme. Les inspecteurs en charge des activités de ce service agissent actuellement au sein d'un « pool » selon le système « FIFO » (First In First Out) du fait du manque latent en nombre suffisant d'inspecteurs du travail.

Pour le court terme, des actions sporadiques bien définies en fonction des informations et des réclamations communiquées par le service « Help Center et Call Center (HCC) » sont organisées.

Ainsi, les agents du service « Inspections, Contrôles et Enquêtes (ICE) » ont comme mission principal d'effectuer des contrôles en entreprise en vue de mettre fin aux situations en contradiction avec les dispositions légales, réglementaires, administratives et conventionnelles en matière de travail et de sécurité et santé au travail.

Aussi, au cours de leurs contrôles, les inspecteurs du travail fournissent des informations et des conseils techniques aux employeurs et aux salariés sur les moyens les plus efficaces d'observer les dispositions légales.

A défaut de régularisation de la part des employeurs, les inspecteurs du travail constatent les infractions dans les domaines relevant de leur compétence et infligent des amendes administratives

à l'encontre des employeurs concernés ou bien en aviser le Procureur d'Etat en vue d'éventuelles poursuites pénales.

Pour le moyen terme, des actions ciblées, structurées et préparées à l'avance, alimentées de la part du service « Help Center et Call Center (HCC) » après l'évaluation de leurs statistiques seront mises en place. Pour le long terme, des contrôles réguliers et un développement de stratégies par secteurs économiques seront organisés.

### **Quant aux autres catégories de travailleurs**

En matière de protection concernant la santé, la sécurité et l'hygiène au travail, la législation luxembourgeoise ne fait pas de différence en matière de règles à appliquer pour les salariés ayant un contrat type par rapport à ceux ayant des contrats atypiques. Les salariés intérimaires et/ou les salariés saisonniers devraient bénéficier du même niveau de protection.

Les employés de maison qui sont affiliés à la sécurité sociale luxembourgeoise sous le statut de salariés sont couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité.

## **ARTICLE 3 § 2**

*« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail, les Parties contractantes s'engagent:*

*à édicter des mesures de contrôle de l'application de ces règlements;»*

- A. Prière d'indiquer les modalités selon lesquelles l'Inspection du Travail assure l'application des règlements de sécurité et d'hygiène et de fournir des informations notamment statistiques sur:**
  - a. les lieux de travail, y compris le domicile, soumis au contrôle de l'Inspection du travail, en indiquant les catégories d'établissements qui seraient exemptés de ce contrôle;**
  - b. le nombre de visites de contrôle effectuées;**
  - c. la proportion de travailleurs couverts par ces visites.**
  
- B. Prière de décrire le système de sanctions civiles et pénales qui garantit l'application des règlements de sécurité et d'hygiène et de fournir des informations sur les infractions commises:**
  - a. nombre d'infractions;**
  - b. domaine dans lequel elles ont été relevées;**
  - c. suites données, y compris judiciaires.**
  
- C. Prière de fournir des informations statistiques sur les accidents du travail, y compris les accidents mortels, et sur les maladies professionnelles en précisant la proportion de la population active couverte par ces statistiques. Prière de décrire les mesures préventives prises par secteur d'activité.**

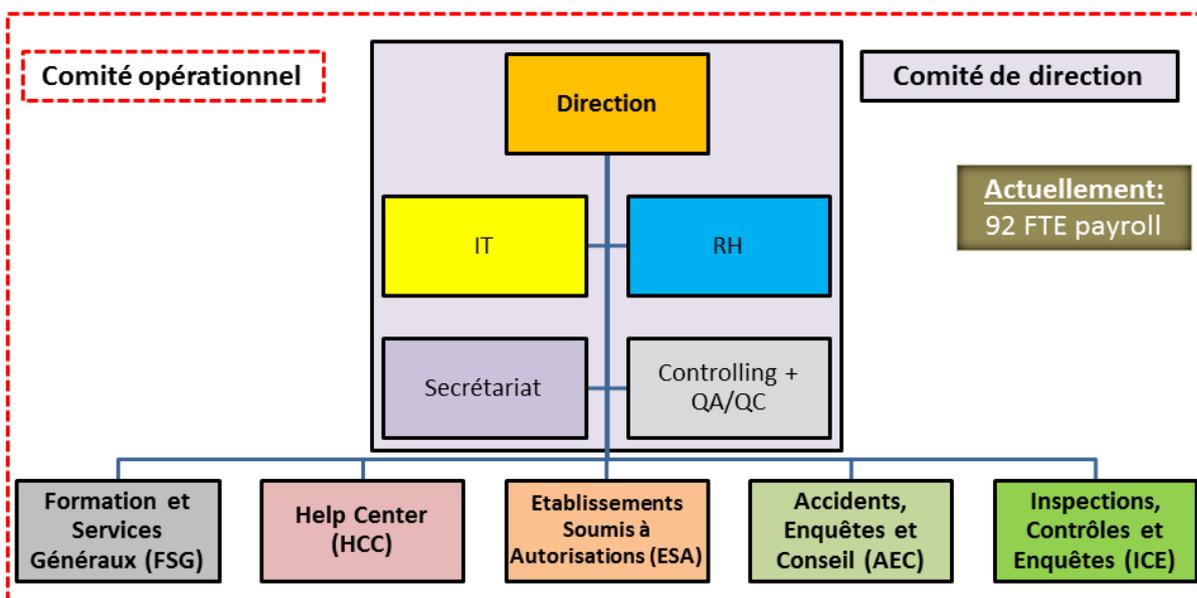
### **Ad A.**

Depuis le début de l'année 2015, l'Inspection du travail et des mines (ITM) dispose d'une nouvelle direction qui a jugé nécessaire d'instaurer une nouvelle structure englobant une hiérarchie claire et une répartition pyramidale des responsabilités qui est impérative pour mettre l'ITM pleinement en ordre de marche et pour permettre un fonctionnement efficient d'une administration de cette envergure et ayant des domaines de compétences aussi étendus que variés.

Par ailleurs, la nouvelle direction de l'ITM a continuellement mis en place des processus et des procédures adaptées à tous ses domaines de compétence en vue de promouvoir l'efficacité, l'efficience de ses services et pour garantir l'exécution et l'application de ses différentes missions.

Pour faire face à tous ces challenges l'Inspection du Travail et des Mines s'est dotée d'une structure qui se compose comme suit :

## Organigramme fonctionnel: chemin vers l'ITM 2020



Au niveau administratif, la direction est soutenue par le secrétariat de direction, le service informatique, le service des ressources humaines, le service budget et le service formation et controlling/qualité.

Au niveau opérationnel, la direction est épaulée par les différents services :

- Accidents, Enquêtes et Conseil (AEC) ;
- Etablissements Soumis à Autorisations (ESA) ;
- Help Center et Call Center (HCC) ;
- Inspections, Enquêtes et Contrôles (ICE) ;

### a) Accidents, enquêtes et conseils (AEC):

Les inspecteurs de ce service assurent une astreinte nationale continue à toute heure du jour et de la nuit et sont chargés de mener des enquêtes en matière d'accidents de travail, d'assurer leur suivi et d'intervenir dans le cadre de situations de dangers imminents qui leurs sont signalés ou qu'ils sont amenés à détecter lors de leurs contrôles sur le terrain.

### b) Etablissements soumis à autorisations (ESA):

Ce service a notamment pour mission de traiter tous les dossiers relatifs à/aux :

- Etablissements classés;
- La maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses SEVESO;
- La convention sur les effets transfrontaliers des accidents industriels;
- La protection des salariés contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques;

- La protection des salariés contre les risques liés à une exposition à l'amiante;
- La sécurité dans les mines, minières et carrières;
- La sécurité dans certains tunnels routiers;
- Transferts d'explosifs à usage civile;

**c) Help Center (HCC) :**

Le HCC se compose des différentes entités :

- Call Center
- HCC Trainers & Trainees
- Guichets
- Détachement de salariés
- Conventions collectives
- Durée du travail (Déclaration heures supplémentaires et travail du dimanche)
- Travailleurs désignés
- Coordinateurs de sécurité et de santé
- Contrôle des dossiers du service « ICE »
- Amendes administratives
- Gestion du courrier
- Attribution des affaires aux différents services
- Réception
- Contrats d'étudiants
- Elections sociales
- Requêtes « IMI »

Le Call Center ou centre d'appel, entité sous tutelle du HCC, qui constitue le premier point de contact de l'administré avec l'ITM, représente un ensemble de ressources, humaines, mobilières et techniques, dont l'unique but est de prendre en charge les appels téléphoniques et de les transférer aux agents compétents qui doivent s'assurer du suivi des demandes.

Les agents du Call Center spécialement formés en cette matière vont prendre en charge les demandes des administrés et enregistrer au préalable les coordonnées de l'appelant et/ou numéro de son dossier, exercice indispensable servant à faciliter par après la communication interne avec les inspecteurs en charge au Help Center ou bien auprès des autres services de l'ITM.

Ayant également comme mission de former les futurs agents de l'ITM, le HCC est composé d'un inspecteur en chef expérimenté, de formateurs et d'inspecteurs stagiaires qui accomplissent leur formation théorique et pratique au sein du HCC.

L'accueil du guichet qui a été auparavant garanti par les inspecteurs des agences régionales a été entièrement repris par le HCC.

#### **d) Inspections, enquêtes et contrôles (ICE):**

Une des principales missions de ce service est de devoir passer du système d'inspection réactif actuel en un système d'inspection proactif moderne.

Ce service devra à l'avenir assurer des actions à court, moyen et long terme.

Pour le court terme, des actions sporadiques bien définies en fonction des informations et des réclamations communiquées par le HCC seront organisées.

Pour le moyen terme, des actions ciblées, structurées et préparées à l'avance, alimentées de la part du HCC après l'évaluation de leurs statistiques seront mises en place.

Pour le long terme, des contrôles réguliers et un développement de stratégies par secteurs économiques seront organisés.

Ce service a également un besoin en ressources humaines supplémentaires, malgré le fait que les inspecteurs du travail n'ont plus besoin de gérer les services relatifs à l'astreinte ainsi que celui des activités de permanence du guichet.

Le processus et les procédures qui ont été mis en place en 2016 permettent désormais d'assurer l'uniformisation des rapports d'inspection et ont permis de réduire considérablement les charge tâches administratives des inspecteurs et ont permis de faciliter la communication interne et externe.

Les inspecteurs en charge de toutes ces activités agissent au sein d'un « pool » selon le système « FIFO » (First In First Out) du fait du manque latent en nombre suffisant d'inspecteurs.

Dès le 1<sup>er</sup> mars 2015, la nouvelle direction a renforcé le service du Help Center en personnel étant donné que ce dernier allait se charger de l'accueil des clients au sein des guichets de l'ITM qui se trouvaient à Diekirch, Esch-sur-Alzette et Strassen.

Pour le 1<sup>er</sup> avril de l'année 2015, l'ensemble des agents des agences d'Esch-sur-Alzette et Strassen ont été rapatriées à Strassen étant donné qu'il a été constaté que l'agence de Diekirch allait sous peu manquer d'agents car ces derniers allaient pouvoir bénéficier de leur pension.

Comme l'accueil du public au sein des guichets serait assuré par le Help Center, cette mesure de rapatriement des agents des agences régionales à Strassen a eu comme effet que ces derniers ont pu se concentrer davantage sur leur « core-business », à savoir l'assistance, les enquêtes et les inspections auprès des employeurs.

Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2016 et en vue d'améliorer encore davantage la proximité et l'offre des clients de l'ITM (salariés et employeurs), un nouveau guichet régional de l'ITM a été ouvert à Wiltz, le mercredi de chaque semaine de 8h30 à 11h30 et de 14h00 à 17h00. Les autres jours de la semaine les usagers peuvent se rendre au guichet régional de Diekirch.

Les deux autres guichets régionaux de l'ITM situés à Strassen et à Esch-sur-Alzette sont ouverts au public du lundi au vendredi de 8h30 à 11h30 et de 14h00 à 17h00 permettant ainsi aux administrés de bénéficier d'un service personnalisé à leur écoute leur conférant ainsi un avantage considérable au niveau de leur flexibilité personnelle.

Actuellement, les administrés ont donc la possibilité de se rendre personnellement auprès des 4 guichets régionaux de l'ITM, dont les locaux sont, dans la mesure du possible partagés avec ceux de l'ADEM, ce qui a pour avantage supplémentaire de réduire au minimum les frais d'exploitation des administrations concernées de l'Etat.

A noter que la durée d'accueil a été multipliée par 4 à partir du 1<sup>er</sup> mars 2015. Auparavant la durée d'accueil au sein des guichets de l'ITM était limitée à une heure et demie par jour.

Pour avoir une gestion efficace au niveau de la prise en charge des appels téléphoniques, il a été décidé de mettre en place un Call Center (centrale téléphonique moderne) avec un numéro de téléphone unique, le 247-76100.

Le regroupement de tous les appels vers le Call Center moyennant un numéro unique ainsi que le regroupement de tous les courriers, fax (247-96100) et e-mails ([contact@itm.etat.lu](mailto:contact@itm.etat.lu)) au sein du Help Center moyennant une adresse unique ont permis de centraliser, de catégoriser et de mesurer le nombre des affaires entrantes auprès de l'administration ce qui a entre autres pour effet de garantir un meilleur suivi desdites affaires et de responsabiliser les différents acteurs impliqués.

Autre effet positif de ces mesures, le développement du « teamspirit » et du « teamwork » entre les différents services de l'ITM.

Le Call Center, qui a finalement pu être mis en place en date du 11 mai 2015 après l'installation du programme informatique y relatif, tient notamment lieu de « carte de visite » de l'ITM et aide essentiellement à contribuer à une image de marque positive de l'administration.

En appelant au numéro 247-76100, les administrés peuvent bénéficier d'un service personnalisé à leur écoute, qui est assuré de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 16h30.

A cet effet, le Call Center est responsable :

- a) d'une première prise en charge de l'administré,
- b) d'une première prise de contact, action à la base de toute création de nouveaux dossiers, de dossiers existants ainsi que pour tous les renseignements.

Pour toute question d'ordre général, le transfert de l'appel se fera du Call Center vers le Help Center où les renseignements nécessaires lui seront fournis. Dans les autres cas, par exemple dans le cadre de dossiers existants, les appels seront déviés vers les autres services en vue d'analyses plus approfondies et interventions éventuelles.

Les emails, fax et/ou lettres sont regroupés au sein du Help Center pour y être traités en ce qui concerne les questions d'ordre général. Toutes les autres affaires qui ne sauraient être traitées par le Help Center, sont transférées vers les autres services compétents.

Dans le cadre de leurs missions qui consistent :

- a) de veiller et de faire veiller à l'application de la législation dont notamment les conditions de travail et la protection des salariés;
- b) de conseiller et d'assister les employeurs et les salariés et de fournir des informations juridiques et techniques pratiques dans la mise en œuvre des dispositions légales, réglementaires, administratives et conventionnelles en matière de travail et de sécurité et santé au travail ainsi que d'assumer une fonction d'interlocuteur commun en vue de prévenir et d'aplanir des conflits sociaux individuels;
- c) de mettre fin aux situations en contradiction avec les dispositions légales, réglementaires, administratives et conventionnelles en matière de travail et de sécurité et santé au travail;
- d) de constater les infractions dans les domaines relevant de sa compétence et d'en aviser le procureur d'Etat;
- e) de porter à l'attention du ministre les déficiences ou les abus de droit constatés en pratique, ainsi que les questions de fait qui ne sont pas spécifiquement couvertes par lesdites dispositions existantes et de lui proposer les moyens d'y remédier moyennant avis circonstancié ;
- f) d'effectuer les inspections afin de contrôler l'emploi de ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier interdit par l'article L.572-1

les membres de l'inspection du travail effectuent des contrôles et des inspections auprès des employeurs de tous les secteurs économiques confondus. Par conséquent tous les lieux de travail sont soumis au contrôle de l'ITM.

Conformément à l'article L.614-3 du Code du travail, s'il existe des indices suffisants ou des motifs légitimes de considérer qu'un contrôle du respect des dispositions légales soumises à la compétence de l'Inspection du travail et des mines s'imposent dans les chantiers, établissements et immeubles ainsi que leurs dépendances respectives, les membres de l'inspection du travail doivent y avoir accès librement et sans avertissement préalable, ceci à toute heure du jour et de la nuit. Les dispositions reprises à l'alinéa qui précède ne sont en principe pas applicables aux locaux qui servent à l'habitation.

Toutefois, et sans préjudice des dispositions de l'article 33 (1) du Code d'instruction criminelle, s'il existe des indices graves faisant présumer que l'origine d'une infraction aux lois soumises à la compétence de l'Inspection du travail et des mines et aux règlements pris pour leur exécution se trouve dans les locaux destinés à l'habitation, il peut être procédé à la visite domiciliaire entre six heures et demie et vingt heures par deux de ces agents agissant en vertu d'un mandat du juge d'instruction.

En 2016, 1.345 dossiers avaient été affectés au service ICE, dont 892 avaient été traités par les agents de ce service et dont 453 dossiers étaient en cours de traitement. L'ITM ne dispose pas du nombre de salariés couverts par ces visites.

#### **Ad B.**

L'ITM est notamment compétente en matière de sécurité et de santé au travail.

Le titre 1<sup>er</sup> (article L.311-1 à L.314-4) du livre III du Code du travail traite plus particulièrement de la sécurité au travail. En vertu de l'article L.314-4 du Code du travail, « toute infraction aux dispositions des articles L.312-1 à L.312-5, L.312-8 et L.314-2, des règlements et des arrêtés pris en leur exécution est punie d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 25.000 euros ou d'une de ces peines seulement. Toute

*infraction aux dispositions de l'article L.313-1, des règlements et des arrêtés pris en son exécution est punie d'une amende de 251 à 3.000 euros. »*

Le titre II (article L.321-1 à L.327-2) du livre III du Code du travail porte sur les services de santé au travail. L'article L.327-2 du Code du travail précise que

*« sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 25.000 euros ou d'une de ces peines seulement:*

- 1. tout employeur qui occupe un salarié qui ne s'est pas soumis à un des examens médicaux prévus aux articles L.326-1 à L.326-9 ou aux règlements grand-ducaux pris en leur exécution;*
- 2. tout employeur qui occupe un salarié visé sous l'article L.326-9 malgré l'interdiction qui lui en est faite en vertu de cet article;*
- 3. tout employeur dont le service n'est pas conforme aux exigences prévues à l'article L.322-1, et notamment tout employeur qui, bien qu'étant dans les conditions prévues audit article, n'organise pas un service;*
- 4. tout employeur, membre d'une association d'entreprises, dont le service n'est pas conforme aux exigences prévues à l'article L.322-1;*
- 5. tout employeur qui refuse ou fait refuser au médecin du travail l'exécution des mesures inscrites à l'article L.325-3;*
- 6. tout employeur ou tout médecin du travail qui contrevient à l'article L.326-3, dernier alinéa.*

*En cas de récidive dans les deux ans, ces peines peuvent être portées au double du maximum. »*

Le titre V (article L.351-1 à L.351-5) du livre III du Code du travail porte sur la protection des salariés contre les risques à une exposition à des agents chimiques, physiques ou biologiques. En vertu de l'article L.351-5 du Code du travail, *« les infractions aux dispositions du présent titre et aux règlements pris en son exécution sont punies d'une amende de 251 à 50.000 euros et d'un emprisonnement de huit jours à un mois ou d'une de ces peines seulement.*

*En outre, la confiscation des agents ou objets ayant servi à commettre l'infraction, peut être prononcée par les tribunaux.*

*En cas de récidive dans le délai de deux ans à partir de la condamnation antérieure, les peines pourront être portées au double du maximum. »*

Conformément à l'article L.614-6 du Code du travail, *« (1) Les membres de l'inspection du travail sont autorisés à ordonner des mesures d'urgence, à des fins de remise en état et de cessation de violations des lois en relation avec la sécurité et la santé des salariés sur le lieu de travail et le droit du travail.*

*Quant aux mesures d'urgence destinées à éliminer les déficiences présumées ou constatées dans une installation, un aménagement ou des méthodes de travail qu'ils peuvent avoir un motif raisonnable de considérer comme une menace à la sécurité ou à la santé des salariés ou si les dispositions légales en matière de droit du travail n'ont pas été respectées, ils ont le droit:*

- d'instituer ou de faire instituer tout contrôle technique d'une installation, d'un appareillage ou d'une machine et, en général, toute inspection, vérification ou examen d'un aménagement, des méthodes ou procédés de travail, afin de s'assurer que les dispositions légales et réglementaires concernant la sécurité et la santé des salariés soient assurées;*

- d’ordonner que soient apportées, dans un délai approprié fixé par eux, les modifications nécessaires pour assurer l’application des dispositions légales, réglementaires, administratives et conventionnelles concernant la sécurité et la santé des salariés ainsi que de rapporter toute pièce prouvant qu’il a été remédié aux infractions en matière de droit du travail;
- d’ordonner que des mesures immédiatement exécutoires, telles que l’arrêt de travail des personnes menacées et l’évacuation des lieux, soient prises dans les cas de danger imminent et grave pour la sécurité et la santé des salariés.

*Les mesures d’urgence, exécutoires par provision, stipulées au présent paragraphe, troisième tiret, ont une durée de validité limitée à 48 heures.*

*Toute autre prolongation de la cessation est de la compétence du Directeur de l’Inspection du travail et des mines.*

*Les salariés ne pourront subir aucun préjudice, sauf en cas de faute grave de leur part, d’un arrêt du travail consécutif à une mesure prise conformément aux dispositions du présent article.*

*Les membres de l’inspectorat du travail sont autorisés à emporter toute pièce ayant une valeur probante utile. Ce déplacement ne peut que se faire contre récépissé.*

*(2) Les membres de l’inspectorat du travail ont la faculté :*

- d’ordonner que des contrôles, vérifications ou examens soient effectués par un ou plusieurs organismes spécialement agréés par le ministre. Ils préciseront à cet effet par notification écrite les délais endéans lesquels :
  - lesdites mesures d’instruction complémentaires doivent être effectuées;
  - le rapport des résultats desdites mesures doit être remis à l’Inspection du travail et des mines;
- d’ordonner que soient apportées, dans un délai par eux fixé, les modifications nécessaires pour assurer l’application des dispositions légales, réglementaires, administratives, conventionnelles concernant la sécurité et la santé des salariés. »

*Conformément à l’article L.614-8 du Code du travail, « Lorsque la sécurité ou la santé des salariés sont gravement compromises, ou risquent de l’être par les conditions dans lesquelles ils travaillent, ou par les procédés d’exploitation ou de fabrication appliqués, ou si des infractions graves ont été constatées en matière de droit du travail, le directeur peut ordonner l’arrêt immédiat du travail, l’évacuation des lieux de travail menacés et la fermeture des lieux de travail, après avoir entendu l’employeur ou son représentant en ses observations.*

*En cas de nécessité, le directeur peut procéder à l’apposition de scellés sur celles des parties d’établissement ou d’installation fermées qui sont ou qui risquent de devenir la cause de dangers pour les salariés.*

*Les mesures visées ci-dessus conserveront leurs effets aussi longtemps que la disparition du danger ou des risques de danger ou le respect du droit du travail n’est pas constatée par un membre de la direction ou les inspecteurs en chef du travail.*

*Les salariés ne pourront subir aucun préjudice, sauf en cas de faute grave de leur part, pour un arrêt du travail consécutif à une mesure prise conformément aux dispositions du présent article.»*

L'ITM peut également prononcer des amendes administratives à l'encontre de l'employeur si ce dernier n'a pas redressé la situation irrégulière dans le délai imparti par l'Inspection du travail et des mines dans le cadre d'une injonction. L'article L.614-13 du Code du travail fixe le cadre général de l'amende administrative prononcée par l'Inspection du travail et des mines.

L'article L.614-13 du Code du travail dispose que : « (1) *En cas de non-respect endéans le délai imparti, des injonctions du directeur ou des membres de l'inspection du travail, dûment notifiées par écrit, conformément aux articles L. 614-4 à L. 614-6 et L. 614-8 à L. 614-11, le directeur de l'Inspection du travail et des mines est en droit d'infliger à l'employeur, à son délégué ou au salarié une amende administrative.*

(2) *La notification de l'amende à l'employeur, à son délégué ou au salarié destinataire s'effectue moyennant lettre recommandée ou contre signature apposée sur le double de la décision.*

(3) *En cas de désaccord, l'employeur, son délégué ou le salarié destinataire doit former opposition par écrit motivé endéans un délai de quinze jours à compter de la date de notification de l'amende administrative, moyennant notification, par lettre recommandée ou contre signature sur le double de sa réclamation, au directeur de l'Inspection du travail et des mines.*

(4) *En cas d'opposition, le directeur de l'Inspection du travail et des mines prend au vu de la motivation écrite lui notifiée par l'employeur, son délégué ou le salarié destinataire une nouvelle décision motivée, à caractère contradictoire, qui est à son tour notifiée tel que disposé au paragraphe (2) du présent article.*

*A défaut d'opposition régulièrement notifiée, l'amende administrative devient immédiatement exigible à l'expiration du délai d'opposition.*

*En cas de non-paiement suivant le mode de règlement prescrit, elle fera l'objet d'un recouvrement forcé par exploit d'un agent de l'administration compétente, consécutivement à la signification d'un commandement à toutes fins à charge du contrevenant.*

*Le montant de l'amende administrative est fixé entre € 25.- (vingt-cinq euros) et € 25.000.- (vingt-cinq mille euros). »*

### **Quant aux contrôles et au au nombre d'infractions**

#### Contrôles des entreprises détachantes et des salariés détachés

Au début de l'année 2016, l'Administration des douanes et accises et l'ITM se sont accordées à renforcer leur coopération contribuant à l'élaboration d'un système de contrôle efficace et efficient ayant pour objectif d'intensifier les contrôles notamment en matière de détachement de salariés afin de pouvoir lutter plus efficacement contre le dumping social, de favoriser ainsi la concurrence loyale et de protéger en même temps les droits des salariés détachés.

Suite à une formation en matière de détachement de salariés qui a été dispensée au cours du mois de juillet 2016 par des membres de l'inspection du travail en faveur des agents de terrain de l'Administration des douanes et accises et de l'ITM, cette coopération en matière

de contrôle des entreprises détachantes et des salariés détachés a été entamée à partir du 1er août 2016.

Compte tenu des ressources humaines disponibles, le nombre total de contrôles réalisés en 2016 ciblant spécifiquement des situations de détachement s'élevait à **285 contrôles** d'entreprises étrangères. Par suite des différents contrôles effectués, **148 injonctions de mise en conformité** ont été notifiées à l'encontre des entreprises étrangères.

Suite aux injonctions précitées, 96 entreprises étrangères ont régularisé leur situation en matière de détachement et **52 amendes administratives** pour un montant total de 219.500 euros ont été infligées à l'encontre d'entreprises détachantes n'ayant pas donné de suites endéans le délai imparti aux injonctions qui leur ont été notifiés par l'ITM conformément à l'article L.614-13 du Code du travail qui dispose que : « *En cas de non-respect endéans le délai imparti, des injonctions du directeur ou des membres de l'inspection du travail, dûment notifiées par écrit, conformément aux articles L.614-4 à L.614-6 et L.614-8 à L.614-11, le directeur de l'Inspection du travail et des mines est en droit d'infliger à l'employeur, à son délégué ou au salarié une amende administrative, dont le montant est fixé entre 25 et 25.000 euros.* »

Suite à la notification des amendes administratives, 28 entreprises étrangères ont formé opposition à l'encontre desdites décisions endéans un délai de 15 jours conformément à l'article L.614-13, ce qui a eu pour effet de décharger les entreprises étrangères du paiement un montant total de 49.000 euros.

Par ailleurs, il a été procédé à **24 régularisations salariales** en vue d'aligner les salaires versés aux salariés détachés aux tarifs minimaux légaux et conventionnels en vigueur au Luxembourg.

#### Contrôles dans le cadre du congé collectif

En vue d'assurer le respect de l'application du congé collectif pour les secteurs d'activités concernés, l'ITM a réalisé pour l'exercice 2016 écoulé **142 contrôles sur chantiers**, de sa propre initiative ainsi que sur base de dénonciations.

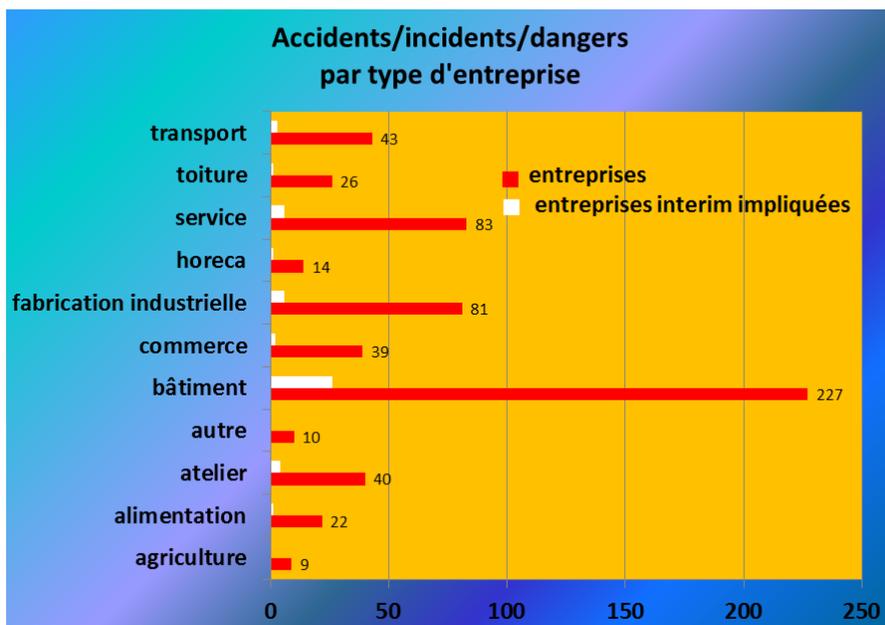
Ces contrôles ont abouti à **2 injonctions de cessation d'activités** sur chantiers pour non-respect du congé collectif par les entreprises contrôlées.

#### Ad C.

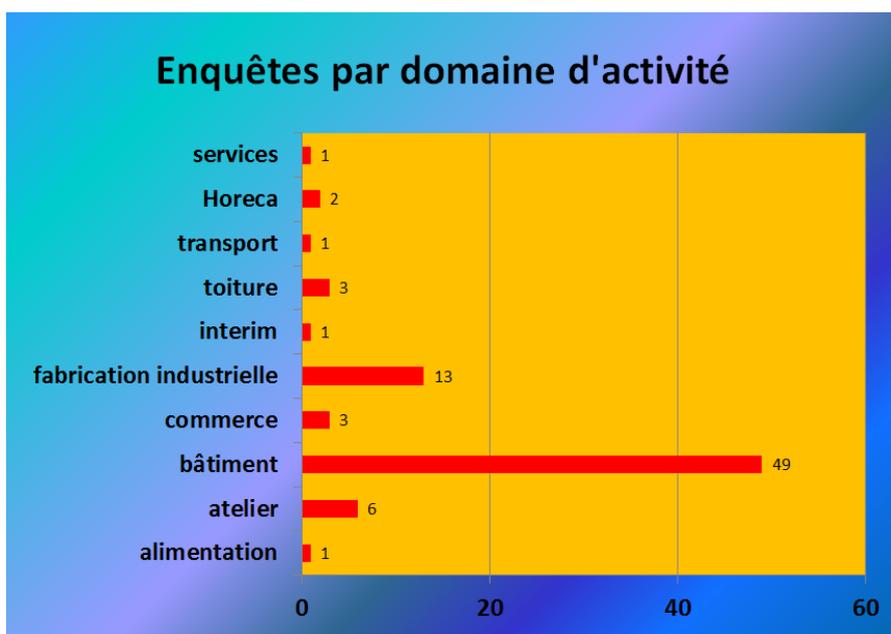
Au courant de l'année 2015, 674 dossiers ont été enregistrés par le service Accidents, Enquêtes et Contrôles « AEC », dont le détail se présente comme suit :

Analyses et enquêtes effectuées	Nombre
Accidents	538
Dangers imminents et incidents	56
Enquêtes proactives	80
<b>Total dossiers</b>	<b>674</b>

Ont été analysées notamment les accidents graves et mortels suivants :



Enquêtes effectuées par domaine d'activité :



Les statistiques détaillées de l'année 2015 relatives aux accidents du travail, y compris les accidents mortels et les maladies professionnelles peuvent être consultées sur le site internet de l'Association d'Assurance Accident « AAA ». (<http://www.aaa.lu/statistiques/>)

## Régime général (évolution 2012-2015)

### Classification par genre d'accident

Année	Accidents (tous)			Accidents du travail proprement dits			Accidents de trajet			Maladies Professionnelles		
	déclarés	reconnus		déclarés	reconnus		déclarés	reconnus		déclarées	reconnues	
		tous	dont mortels		tous	dont mortels		tous	dont mortels		toutes	dont mortelles
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
2014	24.855	20.043	14	18.530	16.384	10	5.847	3.516	4	478	143	0
2015	25.437	19.938	22	18.521	16.151	14	6.468	3.695	8	448	92	0

(Source : Association d'Assurance Accident)

## Régime général (évolution 2011-2015)

### Evolution du nombre des travailleurs-unité et des employeurs

Année	Travailleurs-Unité	Total employeurs	Sans personnel	Employeurs hors ménages	Ménages
2011	354.073	41.576	-	26.742	14.834
2012	360.483	43.280	-	27.343	15.937
2013	364.674	45.429	-	28.035	17.394
2014	372.974	46.033	-	29.118	16.915
2015	384.928	47.476	-	29.627	17.849

\* Travailleurs-Unité: le total des heures de travail déclarées divisé par 2080, le temps de travail moyen annuel (40 heures par semaine, 52 semaines par an)

Le total des heures déclarées est obtenu suite aux déclarations exactes des heures de travail faites par les employeurs pour leurs salariés d'une part et le nombre de mois d'affiliation des indépendants d'autre part. Un temps de travail annuel de 2080 heures est supposé pour chaque indépendant.

## Régime général – Années 2015

### Répartition des accidents reconnus suivant l'âge de la victime

Âge de la victime	Accidents (tous)		Accidents du travail proprement dits et maladies prof.		Accidents de trajet	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 15	8	0,04%	8	0,05%	0	0,00%
16-20	500	2,51%	398	2,45%	102	2,76%
21-25	1.965	9,86%	1.582	9,74%	383	10,37%
26-30	2.595	13,02%	2.070	12,74%	525	14,21%
31-35	2.651	13,30%	2.130	13,11%	521	14,10%
36-40	2.810	14,09%	2.251	13,86%	559	15,13%
41-45	2.919	14,64%	2.394	14,74%	525	14,21%
46-50	2.983	14,96%	2.445	15,05%	538	14,56%
51-55	2.307	11,57%	1.945	11,97%	362	9,80%
56-60	954	4,78%	804	4,95%	150	4,06%
61-65	215	1,08%	186	1,15%	29	0,78%
66-70	19	0,10%	18	0,11%	1	0,03%
71-75	5	0,03%	5	0,03%	0	0,00%
≥ 76	7	0,04%	7	0,04%	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>19.938</b>	<b>100%</b>	<b>16.243</b>	<b>100%</b>	<b>3.695</b>	<b>100%</b>

(Source : Association d'Assurance Accident)

## Quant aux disparités relatives aux statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

Les chiffres qui sont contenus dans le rapport du Luxembourg sur l'application de la charte sociale européenne ont comme unique source l'Association d'Assurance Accident (AAA).

Les statistiques d'Eurostat appliquent une procédure de standardisation afin de faciliter la comparaison des données nationales des différents Etats membres, ce qui pourrait créer des divergences par rapport aux seules données de l'AAA :

1. « Les statistiques présentées pour les accidents du travail se réfèrent aux déclarations présentées à des régimes publics d'assurance (administrations de sécurité sociale) ou à des régimes privés d'assurance, ou bien à d'autres autorités nationales compétentes (par exemple, celles chargées de l'inspection du travail). Les indicateurs relatifs aux accidents du travail peuvent être présentés en valeur absolue, ou bien sous la forme de répartitions en pourcentage ou de taux d'incidence pour 100 000 personnes occupées [le dénominateur étant fourni par les autorités des États membres chargées de la collecte des données SEAT ou par l'enquête sur les forces de travail (EFT) de l'Union européenne] ou encore sous la forme de taux d'incidence standardisés.
2. Les données concernent généralement l'ensemble des activités économiques, sauf indication contraire; par exemple, l'analyse illustrée par les graphiques 3 et 4 porte sur les sections A et C à N de la NACE Rév. 2. Comme la fréquence des accidents du travail varie en fonction des activités NACE (les activités à haut risque incluent l'agriculture, l'industrie manufacturière, la construction et les transports), une procédure de standardisation est appliquée afin de faciliter la comparaison des données nationales. Une méthode de standardisation directe est utilisée, avec des pondérations calculées pour la population de référence européenne (UE-28): les pondérations représentent la proportion de la population (active) de référence dans chaque activité NACE. Pour chaque État membre de l'UE, les taux d'incidence nationaux sont calculés pour chaque activité NACE, puis combinés à l'aide de l'ensemble fixe de coefficients de pondération de l'Union afin d'obtenir un taux d'incidence standardisé global pour l'État membre concerné. Des précisions sont disponibles dans une [note méthodologique](#).<sup>1</sup>

L'Inspection du Travail et des Mines a notamment comme mission de combattre le taux d'accidents du travail, grâce à ses objectifs stratégiques qui sont notamment :

- Faire évoluer les mentalités dans les entreprises et développer une sensibilité et une culture de prévention et de coopération pour prévenir les accidents de travail, les maladies professionnelles et améliorer continuellement les conditions de travail, en s'appuyant sur une présence proactive renforcée de l'ITM sur le terrain ainsi que sur une communication pertinente.
- L'ITM doit à cet effet intervenir régulièrement et en amont en matière de conditions de travail afin de pallier toute situation en contradiction avec les dispositions légales, réglementaires, administratives et conventionnelles, notamment
  - en contribuant à améliorer les conditions de travail,
  - à réduire les accidents de travail et les maladies professionnelles en termes de fréquence et de gravité, grâce à un suivi plus proche et plus régulier des entreprises et grâce à des actions correctrices le cas échéant.
- Accroître le rôle de conseil et de coopération de l'ITM auprès des entreprises et des salariés pour éviter d'avoir un rôle purement répressif.

---

<sup>1</sup> (source : [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents\\_at\\_work\\_statistics/fr#Sources et disponibilit.C3.A9\\_des\\_donn.C3.A9\\_es](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_at_work_statistics/fr#Sources_et_disponibilit.C3.A9_des_donn.C3.A9_es))

- Analyser les évolutions du monde du travail et s'y adapter.
- Identifier d'éventuels besoins d'évolutions légales pour répondre aux nouveaux défis.
- Vivre un processus d'amélioration continue sur base de bonnes pratiques identifiées.
- Mettre en œuvre l'encadrement et les moyens pour former, instruire et équiper le personnel de l'ITM pour qu'il puisse s'acquitter de ses missions en toute sécurité.

### **Activités de l'Inspection du travail**

L'ITM a comme mission de contribuer au développement d'une culture de prévention et de coopération en matière de conditions de travail englobant différents aspects du droit de travail et de la sécurité santé au travail.

Aujourd'hui, ses tâches sont multiples, mais fondamentalement elle doit garantir au sens le plus large la sécurité et la santé des lieux de travail. Une de ses missions essentielles, à côté de son rôle éminent dans la procédure commodo/incommodo, consiste à veiller au respect du droit du travail.

Comme tout service public, l'ITM et ses collaborateurs doivent continuellement répondre aux exigences d'une société en profonde mutation et adapter leurs modes d'action aux évolutions de la fraude et faire face à des situations de contrôle complexes dans un environnement économique et social en changement permanent qui a évolué de manière importante ces dernières années.

C'est dans cet esprit qu'une réforme en profondeur de l'ITM a été lancée. Elle ne se limite pas simplement à telle ou telle modification de la législation de base mais entend revoir de fond en comble le fonctionnement de ce service public. Il est absolument indispensable de moderniser les administrations dans l'intérêt du public en assurant une meilleure accessibilité et un service de qualité.

En vue de promouvoir l'efficacité, l'efficience et pour garantir l'exécution et l'application de ses différentes missions, l'ITM s'est dotée depuis le mois d'avril 2015 d'une structure et a mis en place des processus et, prochainement, des procédures adaptées à tous ses domaines de compétence.

Un élément central de cette réforme consiste à donner à l'ITM les ressources dont elle a besoin. Des progrès énormes sont en train d'être faits en matière d'informatique.

Quant à son personnel, il s'agit d'abord d'augmenter le nombre des agents. Un plan de renforcement des effectifs a été mis en place et les recrutements supplémentaires sont mis en œuvre de façon continue.

Les tâches de l'inspecteur du travail sont variées et complexes. Ses connaissances et ses compétences doivent être adaptées aux changements continus de l'économie et du monde du travail. Il faut qu'il dispose aussi des instruments légaux et autres pour assurer la bonne application du droit. Des changements importants à cet égard sont en cours. Mais ce qui importe avant tout c'est une bonne préparation à ce « métier » par une formation initiale et continue de qualité qui est désormais en train d'être mise en place.

Pour pouvoir remplir ces missions et renforcer les compétences de l'ITM durablement et significativement, une structure rénovée comprenant un nouvel organigramme a été mise en place dès le début de l'année 2015. Par ailleurs, ont été créés de nouveaux services de contrôle, sous l'autorité d'un responsable, permettant ainsi d'agir de manière plus collective avec pour objectif de renforcer l'efficacité de leur action.

**Ainsi, les priorités suivantes ont été fixées :**

- la mise en place à court et moyen terme de systèmes informatiques efficaces et efficients permettant à nos agents d'accomplir convenablement et sereinement leurs missions ;
- le développement de la proximité ainsi que l'accroissement de l'offre d'accessibilité des services du «Help Call Center», qui constitue la porte d'entrée pour tout usager s'adressant à l'ITM ;
- la formation professionnelle des agents de l'ITM, qui constituent le seul capital de l'ITM ; et
- le recrutement de nouveaux agents pour pouvoir surmonter les problèmes relatifs au nombre subséquent de départs en retraite et ceux de la pyramide d'âge relative au personnel de l'Inspection du Travail et des Mines.

Pour faire face à tous ses challenges l'ITM s'est dotée, depuis le mois d'avril 2015, d'un organigramme fonctionnel qui se compose comme suit (Graph. 01) :

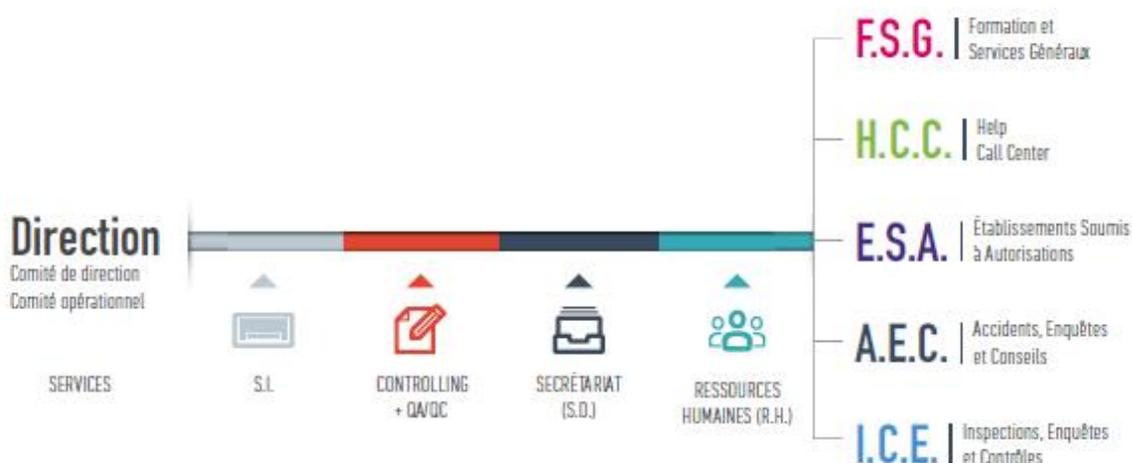
Au niveau administratif, la direction est soutenue par un secrétariat de direction (S.D.), un service informatique (S.I.), un service des ressources humaines (R.H.) et d'un service controlling/qualité.

Le Comité de direction qui se réunit une fois par semaine est constitué par les responsables hiérarchiques des services CONTROLLING+DA/QC, E.S.A., H.C.C., I.T. et R.H. :

- Formations et Services Généraux (F.S.G.) ;
- Help Call Center (H.C.C.);
- Etablissements Soumis à Autorisations (E.S.A.) ;
- Accidents, Enquêtes et Conseil (A.E.C.) ;

Graph. 01

Source: ITM



- Inspections, Enquêtes et Contrôles (I.C.E.) ;

dont les responsables hiérarchiques forment ensemble avec le comité de direction, le comité opérationnel qui se réunit une fois par mois.

Pour faire avancer le processus indispensable de la restructuration, la direction s'est dotée également d'un comité «Thinking process» pour discuter et trouver des solutions à des sujets spécifiques. Parallèlement ledit comité est chargé de mettre en place un système de «T.Q.M.» (Total Quality Management), processus permettant d'assurer le facteur qualité, d'orienter l'ITM vers une

philosophie d'obligation de résultats et de contribuer ainsi finalement à un développement durable de l'administration.

L'organigramme fonctionnel met fin à l'agissement individuel de la direction en vue de promouvoir le travail en horizontal animé par le comité de direction et soutenu par le comité opérationnel.

#### **FORMATIONS ET SERVICES GÉNÉRAUX (F.S.G.) :**

Afin de préserver, développer et valoriser au maximum ses ressources, la formation du personnel de l'ITM sera l'élément clé pour le futur. Pour cela un service a été mis en place afin de garantir l'introduction de l'«Académie du savoir» de l'ITM.

Les services généraux désignent l'ensemble des services nécessaires au fonctionnement normal de l'administration comme par exemple : la gestion du courrier, les achats de fournitures, l'entretien des bâtiments et des espaces verts, la gestion des locaux techniques et des systèmes d'incendie et de sécurité, des droits d'accès, des énergies : électricité, froid, chauffage.

#### **ÉTABLISSEMENTS SOUMIS À AUTORISATIONS (E.S.A.) :**

Ce service a pour mission de traiter tous les dossiers relatifs à des autorisations concernant notamment :

- Etablissements classés ;
- Maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses SEVESO ;
- Protection des salariés contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques ;
- Directive machines ;
- Mines, minières et carrières.

#### **HELP CALL CENTER (H.C.C.) :**

**Le H.C.C. se compose des différentes entités :**

- Call Center ;
- Help Call Center Trainers ;
- Help Call Center Trainees ;
- Guichets.

Le Call Center ou centre d'appel, entité sous tutelle du H.C.C., qui constitue le premier point de contact de l'administré avec l'ITM, représente un ensemble de ressources: humaines, immobilières, mobilières et techniques, dont l'unique but est de prendre en charge les appels téléphoniques et de les transférer aux agents compétents qui doivent garantir le suivi. Les agents du Call Center spécialement formés en cette matière vont prendre en charge les demandes des administrés et enregistrer au préalable les coordonnées, nom de l'appelant et/ou numéro de son dossier, exercice indispensable servant à faciliter par après la communication interne avec les inspecteurs en charge au Help Call Center de l'ITM.

Ayant également comme mission de former les futurs agents de l'ITM, le H.C.C. est composé d'un inspecteur en chef expérimenté, de formateurs et d'inspecteurs stagiaires qui accomplissent leur formation théorique et pratique au sein du H.C.C..

L'accueil du guichet, auparavant garanti par les inspecteurs des agences régionales, a été entièrement repris par le H.C.C..

## **ACCIDENTS, ENQUÊTES ET CONSEILS (A.E.C.)**

Ce service, nouvellement créé, répond à un besoin de longue date exprimé par les membres de l'inspectorat du travail qui est d'assurer une astreinte nationale pour réduire le travail quotidien de ces mêmes inspecteurs. Cette nouvelle entité permettra également à l'avenir de respecter le repos journalier de 12 heures consécutives qui avait jusqu'à ce jour été enfreint suite aux sorties nocturnes fréquentes.

Par ailleurs, une formation spéciale sera mise en place pour encadrer les inspecteurs dans leurs tâches et notamment pour faire face à des situations d'accidents graves, voire même mortels.

Même avec cette formation précitée, tous les inspecteurs du travail ne sont pas capables de pouvoir gérer, au quotidien, des situations aussi stressantes, d'où la nécessité de se doter d'une structure permettant d'offrir un support psychologique aux inspecteurs.

Cette nouvelle entité sera également active dans le domaine du conseil et du coaching et aura comme mission de développer des stratégies proactives communes avec des entreprises à hauts risques.

Les inspecteurs en charge de toutes ces activités devront agir au sein d'un «pool» du fait du manque latent du nombre suffisant d'inspecteurs, fait dû, essentiellement, à une politique de recrutement déplorable durant les années précédentes.

## **INSPECTIONS, ENQUÊTES ET CONTRÔLES (I.C.E.)**

Une des principales missions de ce service est de devoir passer du système d'inspection réactif actuel en un système d'inspection proactif moderne.

Ce service devra à l'avenir assurer des actions à court, moyen et long terme.

Pour le court terme, des actions sporadiques bien définies en fonction des informations et des réclamations communiquées par le H.C.C. seront organisées.

Pour le moyen terme, des actions ciblées, structurées et préparées à l'avance, alimentées de la part du H.C.C. après l'évaluation de leurs statistiques seront mises en place.

Pour le long terme, des contrôles réguliers et un développement de stratégies par secteurs économiques seront organisés.

Ce service a également un besoin en ressources humaines supplémentaire, malgré le fait que les inspecteurs du travail n'ont plus besoin de gérer les services relatifs à l'astreinte ainsi que celui des activités de permanence du guichet.

Le processus, les procédures ainsi que les rapports d'inspection vont être uniformisés et vont ainsi entraîner une réduction importante de la charge administrative et vont faciliter la communication interne et externe.

Les inspecteurs en charge de toutes ces activités devront agir au sein d'un «pool» selon le système «FIFO» (First In First Out) du fait du manque latent en nombre suffisant d'inspecteurs, fait dû, essentiellement, à une politique de recrutement déplorable durant les années précédentes.

## COLLABORATIONS

L'ITM agit en étroite collaboration avec d'autres organismes et services gouvernementaux qui s'intéressent au domaine de la sécurité et la santé sur le lieu de travail.

Ainsi l'ITM collabore entre autres avec l'Association d'Assurance Accidents, les médecins du travail du Ministère de la Santé, l'Administration de l'Environnement, l'Administration des Douanes et Accises, la Police grand-ducale et le Service National de la Sécurité dans la Fonction Publique.

L'ITM collabore et agit au sein du comité permanent du travail et de l'emploi, un organe tripartite mis en place par le Ministère du Travail et de l'Emploi en 2007 et chargé de conseiller le Ministre ayant le Travail dans ses attributions sur des questions relatives au travail en général, y compris les matières liées à la sécurité et à la santé au travail, ainsi que sur l'efficacité de la législation en vigueur dans ce domaine.

## DÉVELOPPEMENT DURABLE

Pour garantir un développement durable englobant une notion de qualité, le «work flow» nécessaire à la restructuration de l'ITM a commencé à être mis en place au sein de l'ITM au 1er mars 2015.

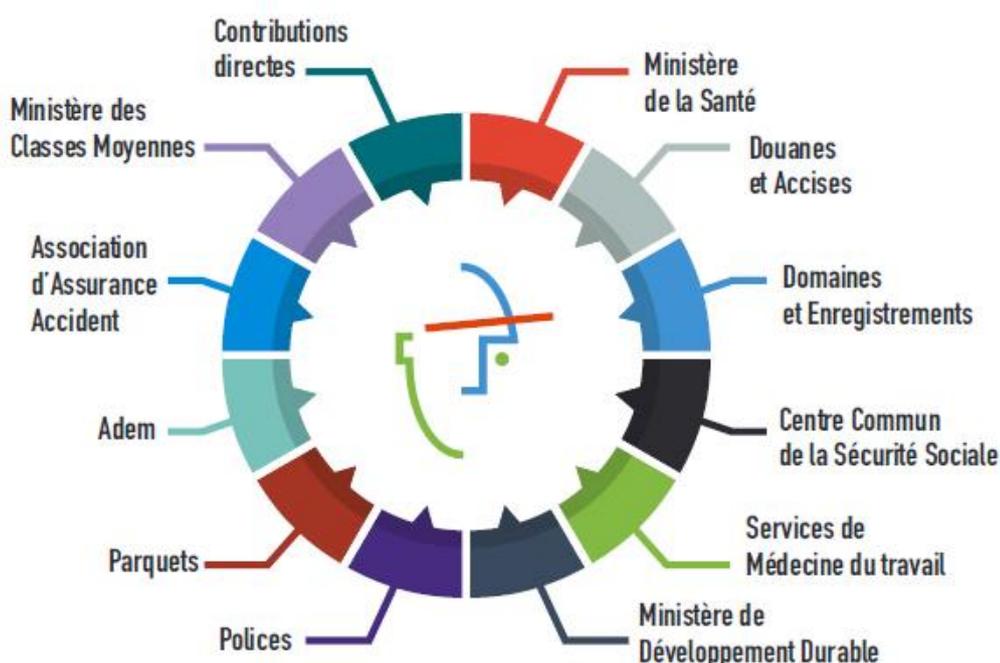
En effet, dès le 1er mars 2015, le personnel du Help Call Center a été renforcé étant donné que ce dernier allait se charger de l'accueil des clients au sein des guichets de l'ITM se trouvant à Diekirch, Esch-sur-Alzette et Strassen.

Pour le 1er avril de la même année, l'ensemble des agents des agences d'Esch-sur-Alzette et Strassen ont été rapatriées à l'administration centrale de Strassen étant donné qu'il a été constaté que l'agence de Diekirch allait, sous peu, manquer d'agents car ces derniers allaient pouvoir bénéficier de leur pension.

Comme l'accueil du public au sein des guichets était assuré par le Help Call Center, cette mesure de

Graph. 05

Source: ITM



rapatriement des agents des agences régionales à Strassen a eu comme effet que ces derniers ont pu se concentrer davantage sur leur «core-business», à savoir l'assistance, les enquêtes et les inspections auprès des employeurs.

Actuellement, les administrés ont donc la possibilité de se rendre personnellement auprès des

Tab. 02

Source: ITM



guichets régionaux, dont le nombre sera encore augmenté prochainement conjointement avec l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) sur les sites de Wiltz et de Wasserbillig en vue d'améliorer encore davantage la proximité et l'offre aux salariés et aux employeurs.

Ce projet commun avec l'ADEM, qui consiste à vouloir partager les infrastructures de cette dernière, a comme avantage supplémentaire de réduire au minimum les frais d'exploitation des administrations concernées de l'Etat.

Sur place, les administrés peuvent bénéficier d'un service personnalisé à leur écoute, qui est assuré de 8h30 à 11h30 et de 14h00 à 17h00, ce qui donne un avantage considérable à l'administré au niveau de sa flexibilité personnelle.

À noter que la durée d'accueil a été multipliée par 4 à partir du 1er mars 2015. Auparavant la durée d'accueil au sein des guichets de l'ITM était limitée à une heure et demie par jour.

Pour avoir une gestion efficace au niveau de la prise en charge des appels téléphoniques, il a été décidé de mettre en place un Call Center (centrale téléphonique moderne) avec un numéro de téléphone unique.

Le regroupement de tous les appels vers le Call Center moyennant un numéro unique ainsi que le regroupement de tous les courriers, fax (247-96100) et e-mails (contact@itm.etat.lu) au sein du Help Call Center moyennant une adresse unique ont permis de centraliser, de catégoriser et de mesurer le nombre des affaires entrantes auprès de l'administration. Ce qui a, entre autres, pour effet de garantir un meilleur suivi desdites affaires et de responsabiliser les différents acteurs impliqués.

Autre effet positif de ces mesures, le développement du «teamspirit» et du «teamwork» entre les différents services de l'ITM.

Le Call Center, qui a finalement pu être mis en place en date du 11 mai 2015 après l'installation du programme informatique y relatif, tient notamment lieu de «carte de visite» de l'ITM et aide essentiellement à contribuer à une image de marque positive de l'administration.

En appelant au numéro 247-76100, les administrés peuvent bénéficier d'un service personnalisé assuré de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 16h30.

À cet effet, le Call Center est responsable pour :

- a) une première prise en charge de l'administré,
- b) une première prise de contact, action à la base de toute création de nouveaux dossiers, dossiers existants ainsi que pour tous les renseignements.

Pour toute question d'ordre général, le transfert de l'appel se fera du Call Center vers le Help Call Center où les renseignements nécessaires seront fournis. Dans les autres cas, par exemple dans le cadre de dossiers existants, les appels seront déviés vers les autres services en vue d'analyses plus approfondies et interventions éventuelles.

Les emails, fax et/ou lettres sont regroupés au sein du Help Call Center pour y être traités en ce qui concerne les questions d'ordre général. Toutes les affaires qui ne sauraient être traitées par le Help Call Center, sont transférées vers les autres Divisions compétentes.

Actuellement, 63% des appels téléphoniques, 64% des affaires qui sont introduites via les trois guichets régionaux, 71% des courriels et 68% des courriers sont directement traités et clôturés par le Help Call Center à l'aide de plus de 1.200 FAQ disponibles sur le site internet de l'administration.

Le Help Call Center agit également comme centre de compétence en matière de conditions de travail et de sécurité et de santé au travail, dont notamment la durée de travail (heures supplémentaires, travail du dimanche et plans d'organisation de travail), les conventions collectives de travail, des élections sociales, etc., ceci au niveau des jurisprudences, des FAQ, et en tant que centre de formation pour les inspecteurs stagiaires.

Le modèle du Help Call Center va continuer à se développer et ceci dans l'unique but de vouloir élargir ses disponibilités au profit de l'administré.

Le Help Call Center a également comme mission d'orienter et de former les stagiaires dans les différents métiers de l'administration (personnel administratif, inspecteur du travail, etc.). Ceci, permettra aux stagiaires de bénéficier d'une formation spécialisée axée sur la formule « learning by doing » qui leur permettra de se développer au mieux dans leurs activités futures.

Du fait que le Help Call Center agit comme centre de compétence et centre de formation fera fonction de «bouclier protecteur» pour tous les services opérationnels dans les domaines du DDT et du SST.

Par ailleurs, l'ITM envisage de devenir une « learning company » permettant de contribuer davantage au développement durable en tenant compte d'une notion de qualité.

Pour de plus amples informations et statistiques, prière de se référer au rapport d'activité de l'Inspection du Travail et des Mines et à la partie « Inspection du Travail et des Mines » du rapport d'activité 2016 du Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire annexés au présent rapport.

### **ARTICLE 3 § 3**

**« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail, les Parties contractantes s'engagent:**

**à consulter, lorsqu'il y a lieu, les organisations d'employeurs et de travailleurs sur les mesures tendant à améliorer la sécurité et l'hygiène du travail ».**

**Prière d'indiquer si des consultations des organisations d'employeurs et de travailleurs à ce sujet sont prévues par la législation et si elles ont lieu dans la pratique et à quel niveau (national, régional, au niveau du secteur d'activité ou de l'entreprise).**

Conformément à l'article 11, paragraphe 5 de la Constitution, la protection de la santé et des droits des salariés sont des matières réservées à la loi.

*« La loi règle quant à ses principes la sécurité sociale, la protection de la santé, les droits des travailleurs, la lutte contre la pauvreté et l'intégration sociale des citoyens atteints d'un handicap. ».*

La consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs (chambres professionnelles) est assurée dans le cadre de la procédure législative. Au sein de la procédure législative, les chambres professionnelles exercent un rôle consultatif. Le législateur luxembourgeois a institué 5 chambres professionnelles, dont 3 chambres patronales et 2 chambres salariales :

- Chambre des métiers
- Chambre de commerce
- Chambre de l'agriculture
- Chambre des salariés
- Chambre des fonctionnaires et employés publics

Ce sont des organismes de droit public ayant pour mission la défense des intérêts d'une catégorie professionnelle déterminée. Chaque chambre est composée de membres effectifs et des membres suppléants, désignés par voie d'élection. Conformément à l'article 5 de la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles, sont électeurs tous les ressortissants d'une chambre professionnelle âgés de 18 ans accomplis, sans préjudice d'autres conditions d'électorat prévues par les dispositions particulières régissant les différentes chambres. Les membres des chambres professionnelles sont élus pour une durée de cinq ans et seront rééligibles.

En tant que représentations officielles des professions, désignées par voie d'élection, elles sont de par leur composition à même à faire entendre l'avis de tous les groupes formant la collectivité nationale. Les chambres professionnelles remplissent dans le rouage législatif une mission consultative.

En effet, l'avis d'une chambre professionnelle doit être demandé pour tout projet de loi (droit d'*initiative législative gouvernementale*) qui concerne principalement ses ressortissants. Par ailleurs, en présence des amendements gouvernementaux relatifs aux projets de loi pour lesquels leur avis a déjà demandé, ces amendements sont transmis aux chambres professionnelles si le ministre compétent juge opportun de connaître leur avis sur les amendements proposés.

Toute proposition de loi (*droit d'initiative législative parlementaire*), émanant d'un ou plusieurs députés et une fois déclarée recevable, est transmise pour avis aux chambres professionnelles concernées par le sujet. Il incombe au ministre compétent de saisir les chambres professionnelles concernées. Il en est de même des amendements parlementaires.

Les chambres professionnelles concernées sont directement saisies des projets de loi par les soins du Ministère initiateur, après leur approbation par le Conseil de Gouvernement. Dès l'obtention de l'avis requis, celui-ci est communiqué par le Ministre initiateur au Ministre aux Relations avec le Parlement, au Conseil d'Etat et à la Chambre des députés.

Le titre 1<sup>er</sup> (article L.311-1 à L.314-4) du livre III du Code du travail traite plus particulièrement de la sécurité au travail. En vertu de l'article L.314-3 du Code du travail, « l'exécution du présent titre est confiée à l'Inspection du travail et des mines, à la Direction de la Santé, à l'Association d'assurance contre les accidents et à l'Administration des douanes et accises, chacune agissant dans le cadre de ses compétences respectives. Lesdites institutions coordonnent leurs politiques et leurs actions, à l'intérieur du Comité de coordination pour la sécurité et la santé des salariés au travail [...] ». ».

Les membres du Comité de coordination pour la sécurité et la santé des salariés au travail se réunissent en vue de coordonner leurs politiques et leurs actions en matière de sécurité et de santé au travail.

Le titre II (article L.321-1 à L.327-2) du livre III du Code du travail porte sur les services de santé au travail. Ainsi, le Conseil supérieur de la santé et de la sécurité au travail est appelé, en vertu de l'article L.324-2 du Code du travail, « à donner, soit d'office, soit à la demande de l'un des ministres ayant respectivement dans leurs attributions la Santé, le Travail et la Sécurité sociale, des avis sur toutes les questions d'ordre général soulevées par l'application du présent titre, et notamment sur les règlements grand-ducaux à prendre en son exécution.

Ces avis portent notamment sur:

1. les priorités d'intervention en matière de santé des salariés suivant les besoins spécifiques de différentes branches de l'économie et des particularités des postes de travail. Dans ce cadre, il propose des règles de périodicité selon lesquelles les examens médicaux des salariés sont effectués;
2. l'efficacité des interventions dans le domaine de la santé au travail;
3. les programmes d'information et, le cas échéant, de formation dans le domaine de la santé et de l'hygiène au travail ainsi que de l'ergonomie propres aux différentes branches de l'économie, à l'intention des employeurs et des salariés;
4. la liste des normes d'exposition aux nuisances.

Le conseil supérieur coopère avec tout organisme poursuivant des objectifs de sécurité, de santé et d'hygiène au travail. ».

L'article L.324-1 du Code du travail dispose que :

« Le Conseil supérieur de la santé et de la sécurité au travail exerce les fonctions consultatives auprès des ministres ayant la Santé, le Travail et la Sécurité sociale dans leurs attributions. Ce conseil se compose:

- du directeur de la santé et du médecin-chef de division compétent;
- du directeur de l'Inspection du travail et des mines et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de leurs délégués;
- de trois médecins du travail avec une formation telle que prévue à l'article L.325-1, nommés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions pour une durée de cinq ans;
- de trois délégués des syndicats des salariés les plus représentatifs sur le plan national et de trois délégués des organisations professionnelles des employeurs les plus représentatives sur le plan national.

La présidence est assurée par le directeur de la santé ou, en son absence, par le médecin-chef de division compétent. Le conseil établit un règlement d'ordre intérieur à approuver par le ministre ayant la Santé dans ses attributions. »

Le Conseil supérieur de la santé et de la sécurité au travail, au cours sont notamment impliqués les partenaires sociaux, est actuellement en train de mettre en place les modifications nécessaires pour pouvoir aboutir à une meilleure organisation des services de santé au travail.

## ARTICLE 11

### DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE

#### Article 11 § 1

*"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties Contractantes s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment:*

*à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente;"*

**A. Prière d'indiquer quelles sont les atteintes principales à la santé qui, par leur fréquence, leur gravité et éventuellement leurs séquelles, posent actuellement dans votre pays les problèmes de santé publique les plus importants.**

**Prière d'indiquer les maladies qui ont été les principales causes de décès.**

**B. Prière d'indiquer comment les services de santé publique sont organisés dans votre pays et de préciser, dans la mesure du possible:**

**a. quel est le nombre des dispensaires de prévention et de dépistage publics ou privés (à compétence générale ou spécialisée, notamment dans les domaines de la tuberculose, des maladies vénériennes, de l'hygiène mentale, de la protection maternelle et infantile, etc.) et quelle est la fréquentation annuelle de ces dispensaires; prière de mentionner spécialement les services de médecine scolaire ?**

**b. quels sont les examens systématiques de santé organisés au profit de la population en général ou d'une partie de la population et quelle est la périodicité de ces examens ?**

**c. quel est le nombre des hôpitaux généraux et des établissements de soins spécialisés, publics et privés (parmi les spécialisations, notamment : tuberculose, psychiatrie, y compris hôpitaux de jour, cancer post-cure, rééducation fonctionnelle et réadaptation professionnelle). Prière d'indiquer la répartition entre hôpitaux publics et établissements privés.**

**Prière d'indiquer le nombre de lits disponibles (ou de places en ce qui concerne les hôpitaux de jour et les établissements de rééducation recevant des malades externes);**

**d. quel est le nombre pour X personnes (en %) de médecins, dentistes, sages-femmes, infirmières; préciser si possible selon qu'il s'agit de villes ou de régions rurales ?**

**e. quel est le nombre de pharmacies ?**

**C. Prière de décrire toutes mesures spéciales prises pour protéger la santé des:**

**a. mères et tout petits**

**b. enfants et adolescents**

**c. personnes âgées**

**D. Prière d'indiquer dans quelles conditions les différents services de santé sont mis à la disposition de toute la population de votre pays**

## Ad A.

Il est renvoyé aux documents en annexe pour ce qui est des statistiques concernant les données de mortalité, les services de santé scolaire, les hôpitaux, les médecins, infirmières et sages-femmes, les pharmaciens et les pharmacies, le HIV-sida et la vaccination.

- Démographie
- Nombre de décès selon la cause et le sexe, par chapitre de 2011-2015 Distribution des décès selon la cause et le sexe, par chapitre 2011-2015
- Liste européenne succincte pour les causes de décès: Luxembourg 1988-2015

### Causes principales de décès

L'espérance de vie à la naissance reste élevée au Luxembourg et est parmi les plus élevées en Europe. Elle a augmenté de plus de 4 ans entre 2000 et 2015, pour atteindre 82,4 ans.

Il existe toujours un écart entre les hommes et les femmes: l'espérance de vie à la naissance chez les hommes (80.0 ans) est moins élevée de presque de 5 ans que celle des femmes (84.7 ans). La plupart des gains au niveau de l'espérance de vie se trouvent après l'âge de 65 ans et sont le résultat d'une réduction des décès prématurés secondaires aux maladies cardiovasculaires. Toutefois, les maladies cardiovasculaires sont la cause principale de décès chez les femmes au Luxembourg, et la seconde cause de décès chez les hommes, mais les taux standardisés de décès pour ces deux causes de décès ont diminué depuis 2006-2007.

### Décès au Luxembourg en 2015

	Hommes (H)	Femmes (F)	Total
Décès causés par accident	188 (9,7%)	97 (4,9%)	<b>285 (7,2%)</b>
Décès causés par maladie	1749 (90,3%)	1902 (95,1%)	<b>3651 (92,8%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1937</b>	<b>1999</b>	<b>3936</b>

#### 1. Nombre de décès selon la cause et le sexe, par chapitre, en 2015

	H	F	Total
A00-B99 Certaines maladies infectieuses et parasitaires	36	33	69
C00-D48 Tumeurs	578	530	1108
D50-D89 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	12	8	20
E00-E90 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	54	69	123
F00-F99 Troubles mentaux et du comportement	94	137	231
G00-G99 Maladies du système nerveux	82	102	184
I00-I99 Maladies de l'appareil circulatoire	552	635	1187
J00-J99 Maladies de l'appareil respiratoire	151	172	323
K00-K93 Maladies de l'appareil digestif	80	88	168
L00-L99 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1	3	4
M00-M99 Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	8	18	26
N00-N99 Maladies de l'appareil génito-urinaire	36	36	72
O00-O99 Grossesse, accouchement et puerpéralité			
P00-P96 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	3	3	6

Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	7	2	9
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, nca	55	66	121
V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité	188	97	285
<b>Total en 2015</b>		<b>1937</b>	<b>1999</b>	<b>3936</b>

## 2. T01.2 Distribution des décès selon la cause et le sexe, par chapitre, en 2015

		H	F	Total
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1,9%	1,7%	1,8%
C00-D48	Tumeurs	29,8%	26,5%	28,2%
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,6%	0,4%	0,5%
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2,8%	3,5%	3,1%
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	4,9%	6,9%	5,9%
G00-G99	Maladies du système nerveux	4,2%	5,1%	4,7%
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	28,5%	31,8%	30,2%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	7,8%	8,6%	8,2%
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	4,1%	4,4%	4,3%
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,1%	0,2%	0,1%
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	0,4%	0,9%	0,7%
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,9%	1,8%	1,8%
O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité			
P00-P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,2%	0,2%	0,2%
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0,4%	0,1%	0,2%
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, nca	2,8%	3,3%	3,1%
V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité	9,7%	4,9%	7,2%
<b>Total en 2015</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## T01.3 Taux brut de mortalité pour 100 000 habitants, selon la cause et le sexe, par chapitre, en 2015

		H	F	Total
A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	12,6	11,6	12,1
C00-D48	Tumeurs	202,4	186,6	194,5
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	4,2	2,8	3,5
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	18,9	24,3	21,6
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	32,9	48,2	40,6
G00-G99	Maladies du système nerveux	28,7	35,9	32,3
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	193,3	223,6	208,4
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	52,9	60,6	56,7
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	28,0	31,0	29,5
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,4	1,1	0,7
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	2,8	6,3	4,6
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	12,6	12,7	12,6
O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité			
P00-P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	1,1	1,1	1,1
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2,5	0,7	1,6
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, nca	19,3	23,2	21,2
V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité	65,8	34,2	50,0
<b>Total en 2015</b>		<b>678,3</b>	<b>703,8</b>	<b>691,0</b>

Source : [Statistiques des causes de décès pour l'année 2015](#)

Prière de consulter la publication « statistiques des causes de décès pour l'année 2015 » annexée au présent rapport pour d'autres statistiques.

Pour la période considérée, la prévalence des maladies n'a été mesurée au Luxembourg que dans le cadre d'enquêtes de santé couvrant un échantillon représentatif de la population, dans le cadre de registres ou dans le cadre d'études spécifiques.

Le fardeau relatif des problèmes de santé observés ne pouvant être déterminé sur base des informations disponibles, les atteintes principales à la santé ne peuvent être identifiées.

Les éléments d'information disponibles sur les atteintes à la santé pour la période considérée sont:

- L'enquête européenne European Health Interview Survey (EHIS), conduite en 2014 sur un échantillon de 4004 personnes, représentatif de la population générale âgée de 15 ans et plus résidant au Luxembourg donne une image imparfaite de la prévalence de certaines pathologies chroniques, en raison de la question ciblant la présence de ces maladies au cours des 12 derniers mois (cf. tableau ci-dessous).

<b>EHIS 2014- Pathologies chroniques</b>	<b>%</b>
Affection lombaire ou autre anomalie chronique au dos	<b>29,8</b>
Allergies	25,0
Arthrose	17,4
Hypertension artérielle	16,5
Affection du cou ou autre anomalie chronique au cou	15,3
Dépression chronique	9,5
Asthme	6,8
Incontinence urinaire, problèmes de contrôle de la vessie	5,7
Diabète	5,6
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (sauf l'asthme)	5,5
Problèmes rénaux	3,0
Maladie coronarienne ou angine de poitrine	2,5
Accident vasculaire cérébral ou conséquences chroniques d'un AVC	1,2
Crise cardiaque ou conséquences chroniques d'une crise cardiaque	1,0
Cirrhose du foie	0,3

*Source: EUROSTAT database*

Les problèmes musculo-squelettiques (incluant les douleurs du bas du dos et du cou), la dépression et les autres maladies chroniques sont parmi les principaux contributeurs des années de vie corrigées du facteur incapacité.

Selon les données de l'enquête EHIS, environ 1 personne sur 10 au Luxembourg est atteinte de dépression chronique, 1 personne sur 8 a de l'asthme ou d'autres maladies chroniques des voies respiratoires inférieures et 1 sur 6 une hypertension artérielle.

La proportion de la population déclarant être en bonne santé (70,4%) est au-dessus de la moyenne européenne (66,9%) (Source: EUROSTAT database, EU-SILC 2015).

- Le registre national du cancer, fondé en 2013, ne peut donner d'information sur la prévalence, la survie et les séquelles éventuelles du cancer au Luxembourg pour la période considérée. Il n'existe pas de registre national couvrant les maladies chroniques.

### **Quant au commentaire du CEDS au sujet du droit au meilleur état de santé possible**

Suite aux conclusions du CEDS concernant les taux de mortalité infantile et maternelle, il convient d'apporter des remarques sur l'interprétation de ces taux. Concernant le taux de mortalité maternelle, il est important de noter l'importance du « problème des petits chiffres » (c'est-à-dire 0 à 1 cas par an au cours des 30 dernières années). Les taux calculés avec de petits chiffres ont une grande variance et entraînent des estimations instables, peu représentatives et non comparables à d'autres pays.

Le « problème des petits chiffres » vaut également pour le taux de mortalité infantile. Par exemple, la grande variance d'une année à l'autre peut être observée en regardant les chiffres les plus récents des années 2011-2014 :

<b>Année</b>	<b>Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes</b>
2011	3,2
2012	1,7
2013	2,9
2014	2,3

*Source : EUROSTAT database*

Une analyse de la moyenne sur des périodes de 3 ou 5 ans permet de résoudre ce problème, ce qui est d'ailleurs recommandé par l'OMS et d'autre part adopté et présenté de cette façon dans les tableaux d'EUROSTAT et de l'OCDE.

### **Quant à l'accès aux soins et les listes d'attente**

Considérant le système de santé luxembourgeois basé sur le principe du libre choix du médecin traitant, les listes d'attente ne représentent pas un problème majeur de l'accès aux soins. En février 2009 a été commandité par le Ministère de la Santé et réalisé par ILReS un sondage cherchant à mesurer la perception du système national de santé dans un échantillon représentatif de personnes adultes résidentes au Luxembourg. Ainsi plus de 53 % des usagers ont accès au médecin en cas de maladie ou obtiennent des informations médicales dans un délai inférieur à un jour. Le délai d'attente pour une intervention chirurgicale non urgente est inférieur à 1 mois chez 90 % des personnes sondées. Aucune personne sondée n'a déclaré avoir dû attendre 6 mois ou plus. Les listes d'attente ne présentant pas un problème spécifique de l'accès aux soins au Luxembourg, aucune mesure particulière de gestion de liste d'attente n'a été développée.

## **Ad B.**

- a. ***quel est le nombre des dispensaires de prévention et de dépistage publics ou privés (à compétence générale ou spécialisée, notamment dans les domaines de la tuberculose, des maladies vénériennes, de l'hygiène mentale, de la protection maternelle et infantile, etc.) et quelle est la fréquentation annuelle de ces dispensaires; prière de mentionner spécialement les services de médecine scolaire ?***

Au Luxembourg, nous disposons de deux dispensaires de prévention et de dépistage publics ou privés dans le domaine des maladies vénériennes, à savoir

- la HIV Berodung de la Croix-Rouge Luxembourgeoise et
- le Planning Familial.

Le planning familial a réalisé en 2015 8879 consultations médicales dont 24% concernant le dépistage de MST et 17,5% en relation avec des informations sur les différentes maladies. 2115 tests de dépistage pour infections à Chlamydiae, 873 tests VIH et 896 tests pour d'autres MST ont été effectués. (cf. rapport annuel du planning familial:

<http://www.planning.lu/dbfiles/lacentrale/files/200/280/Rapport-activite-2015.pdf>)

En 2016, la HIV Berodung a vu 202 personnes pour un soutien psycho-social. 55 personnes ont profité de l'hébergement proposé par la HIV Berodung. 788 consultations avec tests de dépistage rapides ont eu lieu. Le DIMPS (Dispositif d'intervention Mobile pour la Promotion de la Santé Sexuelle) de la HIV Berodung a vu 257 personnes. (cf. rapport du Comité National de la Surveillance du SIDA, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles qui sera publié prochainement sur [www.sante.lu](http://www.sante.lu))

Le signalement et la notification des maladies sont réglés par le règlement grand-ducal du 10 septembre 2004 portant désignation des maladies infectieuses ou transmissibles sujettes à déclaration obligatoire. Par ce règlement, les médecins et médecins-dentiste doivent notifier toutes les maladies qui se trouvent sur cette liste auprès de la Division de l'Inspection sanitaire de la Direction de la Santé.

## **Médecine scolaire**

La surveillance médico scolaire comprend l'ensemble des mesures préventives, des examens médico- psycho-sociaux et des suivis des enfants à besoins de santé spécifiques ainsi que les interventions de promotion de la santé, l'éducation à la santé en faisant partie intégrante.

Les services de la médecine scolaire s'adressent à tous les enfants et adolescents de l'enseignement fondamental (débutant à l'âge de l'obligation scolaire, c'est-à-dire à 4 ans) et de l'enseignement secondaire du Grand-Duché de Luxembourg (enseignement général, éducation différenciée, formation professionnelle ou enseignement à domicile), enseignement public ou privé.

La surveillance médico-psycho-sociale systématique est réalisée tous les 2 ans, le suivi des enfants à besoins de santé spécifiques (PAi / Projet d'accueil individualisé) s'organise au rythme du besoin de l'enfant, en principe au moins une fois par an.

L'adhérence à la surveillance médico scolaire se situe à plus de 92%, atteignant dans l'enseignement secondaire 98%, ce qui représente pour l'année 2016 environ 40 000 enfants et adolescents examinés dans le cadre de la surveillance médicale systématique.

La surveillance médico scolaire comprend la réalisation des mesures anthropométriques, de tests visuels et auditifs, du contrôle des vaccinations en accord avec les recommandations vaccinales nationales, un bilan de santé général portant attention aux spécificités de l'âge de l'enfant, le suivi de l'évolution de l'état de santé physique et psychique dans le temps, l'identification d'anomalies ou de déficits nécessitant un examen ou un diagnostic approfondi chez un médecin traitant, le suivi des enfants ayant des besoins de santé spécifiques (tels par exemple: diabète, épilepsie, allergie, maladies neuro dégénérative, trouble psychologique ....)

En collaboration avec l'Inspection sanitaire, la Division de la Médecine Scolaire intervient dans les écoles et lycées en cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire (ex TBC, méningite...) et autres (poux, gale....) pour la mise en œuvre des procédures retenues par les autorités sanitaires.

S'ajoutent aux mesures exposées des interventions de promotion de la santé et d'éducation à la santé à un niveau collectif (interventions dans les classes, participation à des initiatives au niveau de l'établissement) et des interventions individuelles dans le cadre de la surveillance médico scolaire ou des suivis. Les thématiques abordées sont très variées, adaptées selon l'âge et les populations ciblées (alimentation saine, activité physique, santé sexuelle, consommation de drogues légales et illégales, maladies sexuellement transmissibles, violence, maltraitance, hygiène, prévention cancer (p.ex ; HIV, cancer des testicules, exposition soleil), prévention suicide, santé mentale, sommeil).

La Division de la médecine scolaire, de la santé des enfants et adolescents est responsable de la bonne mise en œuvre de la médecine scolaire au niveau national et assure la coordination, la cohérence et la mise en réseau des partenaires impliqués. La médecine scolaire de l'enseignement fondamental est réalisée par les équipes de la Ligue médico scolaire, responsables de la grande majorité des communes du pays, et par 5 services-communaux à savoir le service médico-scolaire des villes de Luxembourg, Schifflange, Dudelange, Esch/Alzette et Pétange. La médecine scolaire de l'enseignement secondaire est directement rattachée à la Division de la Médecine Scolaire/ Direction de la santé.

Chaque équipe médico-scolaire est responsable d'un certain nombre d'écoles ou lycées, pour lesquels elle représente le référent santé, étant à disposition pour toute question de santé pouvant préoccuper la collectivité scolaire. Toutefois, n'étant pas affectée uniquement à un seul bâtiment, et n'assurant pas de présence permanente, elles ne fonctionnent pas en tant qu'infirmierie scolaire.

Les services de la médecine scolaire travaillent en étroite collaboration avec les parents et les médecins traitants, avec le personnel pédagogique et éducatif des écoles et maisons relais, le corps enseignant et les services d'orientation psychologique et d'orientation scolaire des lycées, les internats et de nombreuses associations spécialistes des thématiques suivantes : drogues, sexualité, santé mentale...

Depuis 2000, le Luxembourg a fait des progrès notables pour promouvoir la santé des enfants et des jeunes dans le sens que lui attribue l'OMS, c'est-à-dire la santé physique, psychique, sociale et culturelle, la création d'environnements et de circonstances favorables, l'élaboration de politiques et de réseaux soutenant. La prévention et la promotion de la santé, dont l'éducation à la santé fait partie intégrante, sont des éléments renforcés dans les déclarations gouvernementales du GD de Luxembourg de 2004- 2009, 2013.

Les initiatives du Ministère de la Santé se construisent dans une approche interdisciplinaire et multisectorielle, en étroite partenariat avec les professionnels et services médicaux du terrain, ainsi que les autres Ministères concernés, notamment le Ministère de l'Education Nationale de l'Enfance et de la Jeunesse et le Ministère de la Famille et de l'intégration. Le renforcement des services de première ligne et de réseaux à proximité des lieux de vie des enfants et jeunes et de leurs familles sont d'importants objectifs.

***b. quels sont les examens systématiques de santé organisés au profit de la population en général ou d'une partie de la population et quelle est la périodicité de ces examens?***

### **Examens systématiques des femmes enceintes et de la petite enfance**

(Loi 20 juin 1977, Contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge)

Ces mesures couvrent les examens systématiques des femmes enceintes et accouchées et les examens systématiques des enfants jusqu'à l'âge de 24 mois.

Avant la naissance:

- 5 examens médicaux et 1 examen dentaire au cours de la grossesse.

A la naissance :

- Examen à la naissance de tout enfant né-vivant
- 1 examen postnatal de la femme accouchée effectué par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique.

Après la naissance :

- 6 examens médicaux du bébé jusqu'à l'âge de deux ans. Les examens doivent être effectués soit par un médecin spécialiste en pédiatrie soit par un médecin spécialiste en médecine interne, soit par un généraliste.

Le Luxembourg, ayant lié l'attribution de l'allocation de naissance (1740,09 € / 3 tranches de 580,08€) à une série d'examens médicaux préventifs, se jouit, moyennant cet incitatif financier, d'une excellente couverture préventive de la population ciblée, notamment des populations moins privilégiées. La grande adhérence au programme de l'allocation de naissance entraîne des résultats très satisfaisants en ce qui concerne la couverture vaccinale des enfants en bas âge.

Toutes les vaccinations recommandées par le calendrier vaccinal national sont gratuites pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans.

A côté de ce programme il existe au niveau du pays de nombreuses offres de soins primaires gratuites ou dont les services sont pris en charge par la sécurité sociale, le ministère de la Santé, de l'Education nationale, de l'enfance et de la jeunesse ou de la Famille (p.ex. consultations pour nourrissons et jeunes enfants nourrissons au niveau des communes du pays, organisées par la Ligue médico scolaire, des services d'intervention thérapeutique spécialisés dans le domaine de l'enfance: services de diagnostique en cas de retard du développement, d'intervention et de rééducation précoce, d'aide socio pédagogique, d'assistance et d'aide familiale, de trouble psychologique ... les services de nombreuses associations et a.s.b.l, pour soutien et conseils autour de l'allaitement, des problèmes de la parentalité, de la petite enfance, des problèmes socioéconomiques...

### Screening néonatal

Dès le troisième jour de vie, le Grand-Duché de Luxembourg offre gratuitement le dépistage de 4 maladies génétiques chez les nouveau-nés :

- la phénylcétonurie,
- l'hypothyroïdie congénitale,
- l'hyperplasie congénitale des surrénales,
- la déficience en MCAD.

### Dépistage auditif

Dépistage auditif à la naissance

Tous les nouveau-nés du Luxembourg bénéficient d'un dépistage auditif gratuit. Le test est réalisé à partir du 2ème jour de vie.

### Dépistage auditif Bilan 30

Tous les enfants âgés de 30 mois sont invités à réaliser gratuitement un bilan du langage pendant lequel un test auditif est également réalisé.

Dépistage auditif scolaire au Cycle 1.2 (4 ans)

Evaluation de l'audition des enfants scolarisés au cycle 1.2 dans toutes les écoles maternelles du pays, publiques et privées.

### Dépistage de problèmes de la vue

- Dépistage visuel entre 10 mois et 4 ans
- Dépistage visuel gratuit s'adressant à tous les enfants de 10 mois à 4 ans.

Les enfants qui ont participé à ce premier dépistage visuel seront régulièrement convoqués jusqu'à leur entrée au cycle 1.1. de l'école fondamentale pour des dépistages réguliers.

Les enfants qui n'ont pas fait ce premier dépistage visuel pourront toujours intégrer ce système de dépistage visuel. Il suffit de contacter le Service d'Orthoptie.

## Dépistage visuel du 1<sup>er</sup> cycle de l'école fondamentale

Tous les enfants de l'école fondamentale publique ainsi que certaines écoles privées sont examinés 1 fois par an durant les cycles 1.1. et 1.2. (en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année préscolaire).

Dans les classes du cycle 1.1. et 1.2., le bilan orthoptique comprend: une évaluation de l'acuité visuelle et stéréoscopique, un examen de l'état de la motilité oculaire et de la convergence, un examen sommaire de la vision des couleurs chez les garçons du cycle 1.2.

## **Santé au travail**

Conformément à l'article L.326-3 du Code du travail, sont soumis obligatoirement à des examens médicaux périodiques les salariés :

1. âgés de moins de vingt et un ans ;
2. occupant un poste à risques visés à l'article L.326-4 du Code du travail ;
3. pour lesquels, lors de l'examen d'embauchage, le médecin du travail a jugé utile de procéder régulièrement à un examen médical ;
4. les salariés travaillant de nuit tels que définis à l'article L.211-14 du Code du travail.

La fréquence minimale des examens périodiques à réaliser est fixée au règlement grand-ducal du 17 juin 1997 concernant la périodicité des examens médicaux en matière de médecine du travail (<http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/1997/06/17/n1/jo>).

- c. *quel est le nombre des hôpitaux généraux et des établissements de soins spécialisés, publics et privés (parmi les spécialisations, notamment : tuberculose, psychiatrie, y compris hôpitaux de jour, cancer post-cure, rééducation fonctionnelle et réadaptation professionnelle). Prière d'indiquer la répartition entre hôpitaux publics et établissements privés. Prière d'indiquer le nombre de lits disponibles (ou de places en ce qui concerne les hôpitaux de jour et les établissements de rééducation recevant des malades externes);*

### Etablissements hospitaliers

- Hôpitaux généraux: 4
- Hôpitaux spécialisés : 7
  - o Chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle : 1
  - o Radiothérapie : 1
  - o Neuro-psychiatrie : 1
  - o Rééducation fonctionnelle : 1
  - o Rééducation gériatrique : 1
  - o Convalescence : 1
  - o Soins palliatifs : 1
- NB: 1 centre thermal et de santé

### Hôpitaux et établissements de soins spécialisés

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Établissements hospitaliers au total	18	19	18	18	18	14	14	13	13	13	13	13	13	13	12	12
Établissements traitant les malades pendant la phase aiguë	11	11	10	10	10											
Établissements spécialisés	6	7	7	7	7											
Établissements et sections de moyen séjour <sup>2</sup>	1	1	1	1	1											
Établissements et sections de long séjour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

<sup>2</sup> Les services de moyen séjour se trouvent soit au sein d'établissements traitant les malades pendant la phase aiguë, soit au sein d'établissements de moyen séjour.

Les établissements et services de long séjour ne sont plus classés comme établissements hospitaliers depuis 1999 (Loi de 1998)

## Lits hospitaliers

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Lits au total</b>	3023	3023	3023	3033	2929	2691	2671	2721	2721	2721	2721	2736	2736	2746	2746	2746
<b>Lits aigus</b>	2481	2481	2481	2481	2301	2112	2112	2112	2112	2098	2098	2105	2101	2332	2332	2332
<b>Lits de rééducation et réadaptation</b>	72	72	72	82												
<b>Lits de moyen séjour<sup>3</sup></b>	102	102	102	102	127	127	127	177	177	177	177	177	177	177	177	177
<b>Lits de neuropsychiatrie<sup>4</sup></b>	368	368	368	368	501	452	432	432	432	446	446	454	458	237	237	237

---

<sup>3</sup> Il s'agit de lits de rééducation fonctionnelle et lits de rééducation gériatrique

<sup>4</sup> A partir de 2013, les lits de psychiatrie aigue ont été reclassés dans les lits aigus pour se conformer à la définition de l'OCDE, seuls sont indiqués ici les lits de réhabilitation psychiatrique.

- d. *quel est le nombre pour X personnes (en %) de médecins, dentistes, sages-femmes, infirmières; préciser si possible selon qu'il s'agit de villes ou de régions rurales ?*

Nombre de professionnels et d'équipements de santé

Ces données sont renseignées via le Joint questionnaire on non-monetary Health care statistics (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database>)

**Médecins, infirmières et sages-femmes praticiens**

		2012	2013	2014	2015
Médecins en total	N	1 489	1 536	1 589	1 656
Médecins généralistes (en PP)	N	441	467	489	498
Médecins spécialistes (en PP)	N	1 048	1 069	1 100	1 158
Médecins dentistes (en PP)		441	472	476	506
Nombre d'infirmières (en PP)	N	6 329	6 481	6 657	6 783
Nombre de sages-femmes (en PP)	N	195	203	195	207

Source : <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database>

**Densité de médecins, infirmières et sages-femmes praticiens, pour 1000 habitants**

		2012	2013	2014	2015
Médecins en total	N	2,8	2,9	2,9	2,9
Médecins généralistes (pour 1000 hab)	N	0,8	0,9	0,9	0,9
Médecins spécialistes (pour 1000 hab)	N	2,0	2,0	2,0	2,1
Médecins dentistes (pour 1000 hab)		0,8	0,9	0,9	0,9
Nombre d'infirmières (pour 1000 hab)		12,1	12,1	12,1	12,0
Nombre de sages-femmes (pour 1000 naissances vivantes)		32,4	33,2	32,1	33,9

- e. *quel est le nombre de pharmacies ?*

**Pharmaciens et pharmacies**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Pharmaciens en activité</b>	325	342	359	371	375	385	401	405	408	423	440	445	447	454	468	487
<b>Pharmacies</b>	79	79	80	83	84	86	86	87	89	91	91	92	93	94	95	95

Source : Direction de la Santé, Division de la pharmacie et des médicaments

## **Ad C. Prière de décrire toutes mesures spéciales prises pour protéger la santé des:**

### **a. mères et tout petits**

#### Examens systématiques Femmes enceintes et petite enfance

(Loi 20 juin 1977, Contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge)

Ces mesures couvrent les examens systématiques des femmes enceintes et accouchées et les examens systématiques des enfants jusqu'à l'âge de 24 mois.

Conditions à remplir pour obtenir les allocations: Femme résidente et affiliée au Luxembourg. Avant la naissance :

- 5 examens médicaux et 1 examen dentaire au cours de la grossesse.

A la naissance :

- Examen à la naissance de tout enfant né-vivant
- 1 examen postnatal de la femme accouchée effectué par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique.

Après la naissance :

- 6 examens médicaux du bébé jusqu'à l'âge de deux ans. Les examens doivent être effectués soit par un médecin spécialiste en pédiatrie, soit par un médecin spécialiste en médecine interne, soit par un généraliste.

Le Luxembourg, ayant lié l'attribution de l'allocation de naissance (1740,09 € / 3 tranches de 580,08€) à une série d'examens médicaux préventifs, se jouit, moyennant cet incitatif financier, d'une excellente couverture préventive de la population ciblée, notamment des populations moins privilégiées. La grande adhérence au programme de l'allocation de naissance entraîne des résultats très satisfaisants en ce qui concerne la couverture vaccinale des enfants en bas âge.

Toutes les vaccinations recommandées par le calendrier vaccinal national sont gratuites pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans.

A côté de ce programme il existe au niveau du pays de nombreuses offres de soins primaires gratuites ou dont les services sont pris en charge par la sécurité sociale, le Ministère de la Santé, de l'Education nationale, de l'enfance et de la jeunesse ou de la Famille (p.ex. consultations pour nourrissons et jeunes enfants nourrissons au niveau des communes du pays, organisées par la Ligue médico scolaire, des services d'intervention thérapeutique spécialisés dans le domaine de l'enfance : services de diagnostic en cas de retard du développement, d'intervention et de rééducation précoce, d'aide socio pédagogique, d'assistance et d'aide familiale, de trouble psychologique ... les services de nombreuses associations et a.s.b.l, pour soutien et conseils autour de l'allaitement , des problèmes de la parentalité, de la petite enfance, des problèmes socioéconomiques...

#### Screening néonatal

Dès le troisième jour de vie le Grand-Duché de Luxembourg offre gratuitement le dépistage de 4 maladies génétiques chez les nouveau-nés:

- la phénylcétonurie,
- l'hypothyroïdie congénitale,
- l'hyperplasie congénitale des surrénales et
- la déficience en MCAD.

## Dépistage auditif

### Dépistage auditif à la naissance

- Tous les nouveau-nés du Luxembourg bénéficient d'un dépistage auditif gratuit. Le test est réalisé à partir du 2ème jour de vie.

## Dépistage auditif Bilan 30

Tous les enfants âgés de 30 mois sont invités à réaliser gratuitement un bilan du langage pendant lequel un test auditif est également réalisé.

## Dépistage auditif scolaire au Cycle 1.2 (4 ans)

Evaluation de l'audition des enfants scolarisés au cycle 1.2 dans toutes les écoles maternelles du pays, publiques et privées.

## Dépistage de problèmes de la vue

### Dépistage visuel entre 10 mois et 4 ans

- Dépistage visuel gratuit s'adressant à tous les enfants de 10 mois à 4 ans.
- Les enfants qui ont participé à ce premier dépistage visuel seront régulièrement convoqués jusqu'à leur entrée au cycle 1.1. de l'école fondamentale pour des dépistages réguliers.
- Les enfants qui n'ont pas fait ce premier dépistage visuel pourront toujours intégrer ce système de dépistage visuel. Il suffit de contacter le Service d'Orthoptie.

## Dépistage visuel du 1er cycle de l'école fondamentale

Tous les enfants de l'école fondamentale publique ainsi que certaines écoles privées sont examinés 1 fois par an durant les cycles 1.1. et 1.2. (en 1ère et 2ème année préscolaire).

Dans les classes du cycle 1.1. et 1.2., le bilan orthoptique comprend:

- une évaluation de l'acuité visuelle et stéréoscopique,
- un examen de l'état de la motilité oculaire et de la convergence,
- un examen sommaire de la vision des couleurs chez les garçons du cycle 1.2.

## **b. enfants et adolescents**

### Surveillance médico-scolaire

Loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire :  
<http://legilux.public.lu/eli/etat/leeloi/1987/12/02/nlho>

Règlement grand-ducal du 24 octobre 2011 déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-scolaire  
<http://legilux.public.lu/eli/etat/leerqd/2011/10/24/nl/lo>

La surveillance médico scolaire comprend l'ensemble des mesures préventives, des examens médico-psycho-sociaux et des suivis des enfants à besoins de santé spécifiques, ainsi que les interventions de promotion de la santé, l'éducation à la santé en faisant partie intégrante.

Les services de la médecine scolaire s'adressent à tous les enfants et adolescents de l'enseignement fondamental (débutant à l'âge de l'obligation scolaire c-à-d 4 ans) et de l'enseignement secondaire du GD de Luxembourg (enseignement général, éducation différenciée, formation professionnelle ou enseignement à domicile), enseignement public ou privé.

La surveillance médico-psycho-sociale systématique est réalisée tous les 2 ans, le suivi des enfants besoins de santé spécifiques (PAi / Projet d'accueil individualisé) s'organise au rythme du besoin de l'enfant, en principe au moins une fois par an.

L'adhérence à la surveillance médico scolaire se situe à plus de 92%, atteignant dans l'enseignement secondaire 98%, ce qui représente pour l'année 2016 environ 40 000 enfants et adolescents examinés dans le cadre de la surveillance médicale systématique.

La surveillance médico scolaire comprend la réalisation des mesures anthropométriques, de tests visuels et auditifs, du contrôle des vaccinations en accord avec les recommandations vaccinales nationales, un bilan de santé général portant attention aux spécificités de l'âge de l'enfant, le suivi de l'évolution de l'état de santé physique et psychique dans le temps, l'identification d'anomalies ou de déficits nécessitant un examen ou un diagnostic approfondi chez un médecin traitant, le suivi des enfants ayant des besoins de santé spécifiques (tels par exemple : diabète-épilepsie-allergie-maladies neuro dégénérative, trouble psychologique ....).

En collaboration avec l'Inspection sanitaire, la Division de la Médecine Scolaire intervient dans les écoles et lycées en cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire (ex TBC, méningite...) et autres (poux, gale....) pour la mise en œuvre des procédures retenues par les autorités sanitaires.

S'ajoutent aux mesures exposées des interventions de promotion de la santé et d'éducation à la santé à un niveau collectif (interventions dans les classes, participation à des initiatives au niveau de l'établissement) et des interventions individuelles dans le cadre de la surveillance médico scolaire ou des suivis. Les thématiques abordées sont très variées, adaptées selon l'âge et les populations ciblées (alimentation saine, activité physique, santé sexuelle, consommation de drogues légales et illégales, maladies sexuellement transmissibles, violence, maltraitance, hygiène, prévention cancer (p.ex. ; HIV, cancer des testicules, exposition soleil), prévention suicide, santé mentale, sommeil).

La Division de la médecine scolaire, de la santé des enfants et adolescents est responsable de la bonne mise en œuvre de la médecine scolaire au niveau national et assure la coordination, la cohérence et la mise en réseau des partenaires impliqués. La médecine scolaire de l'enseignement fondamental est réalisée par les équipes de la Ligue médico scolaire, responsables de la grande majorité des communes du pays, et par 5 services- communaux à savoir le service médico-scolaire des villes de Luxembourg, Schiffflange, Dudelange, Esch/Alzette et Pétange. La médecine scolaire de l'enseignement secondaire est directement rattachée à la Division de la Médecine Scolaire/ Direction de la santé.

Chaque équipe médico-scolaire est responsable d'un certain nombre d'écoles ou lycées, pour lesquels elle représente le référent santé, étant à disposition pour toute question de santé pouvant préoccuper la collectivité scolaire. Toutefois, n'étant pas affectée uniquement à un seul bâtiment, et n'assurant pas de présence permanente, elles ne fonctionnent pas en tant qu'infirmier scolaire.

Les services de la médecine scolaire travaillent en étroite collaboration avec les parents et les médecins traitants, avec le personnel pédagogique et éducatif des écoles et maisons relais, le corps enseignant et les services d'orientation psychologique et d'orientation scolaire des lycées, les internats et de nombreuses associations spécialistes des thématiques suivantes: drogues, sexualité, santé mentale...

Depuis 2000, le Luxembourg a fait des progrès notables pour promouvoir la santé des enfants et des jeunes dans le sens que lui attribue l'OMS, c-à-d la santé physique, psychique, sociale et culturelle, la création d'environnements et de circonstances favorables, l'élaboration de politiques et de réseaux soutenant. La prévention et la promotion de la santé, (dont l'éducation à la santé fait partie intégrante), sont des éléments renforcés dans les déclarations gouvernementales du GD de Luxembourg de 2004-2009, 2013.

Les initiatives du Ministère de la Santé se construisent dans une approche interdisciplinaire et multisectorielle, en étroite partenariat avec les professionnels et services médicaux du terrain, ainsi que les autres Ministères concernés, notamment les Ministères de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle et celui de la Famille et de l'intégration. Le renforcement des services de première ligne et de réseaux à proximité des lieux de vie des enfants et jeunes et de leurs familles sont d'importants objectifs.

Il est important de souligner que l'information et la sensibilisation représentent des axes de première importance dans tous les programmes nationaux cités et qu'ils ciblent notamment des actions d'éducation à la santé.

Les programmes nationaux, accordant une attention particulière aux enfants et adolescents, sont les suivants:

- Gesond iessen, mei bewegen GIMB, alimentation saine et activité physique :
- Politique interministérielle: Ministères de la Santé - de l'Education nationale - de la Famille, des Sports Exemples d'initiatives:
  - Recommandations nutritionnelles nationales pour femmes enceintes, bébés et enfants de groupes d'âges spécifiques
  - Plan d'action spécifique pour la promotion de l'activité physique
  - Guide alimentaire et critères de qualité pour la restauration en maisons relais
  - Grand nombre d'actions pédagogiques pour la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique (modules de promotion de l'alimentation saine, ateliers manger/ bouger actions rentrée - ateliers cuisine- ateliers jardin scolaire, fruit for school, école en mouvement...)
- Programme national de promotion, protection et soutien de l'allaitement Partie inhérente du plan GIMB
- Programme national de la santé affective sexuelle. Politique interministérielle : Ministère de la santé- de l'Education Nationale, de la Famille, de l'Egalité des Chances
  - Création d'un Centre de Référence national pour la promotion de la santé affective et sexuelle,
  - Mise en réseau des principaux acteurs du terrain,
  - Travail sur la cohérence des messages et la complémentarité des actions
  - Renforcement et multiplication des interventions ciblant les enfants et les adolescents,
  - Recrutement et formation de multiplicateurs
- Plan national drogues
- Stratégie et plan nationaux de lutte contre le VIH/SIDA
- Plan national de lutte contre le tabagisme
- Plan National de Prévention du Suicide

### **c. personnes âgées**

Le Programme national interministériel « Gesond lessen, Mei Bewegen » a dédié un axe spécifique « Bien manger et bien bouger en vieillissant » : une brochure informative et des activités sont organisées pour favoriser une alimentation équilibrée et une activité physique régulière afin d'aider les seniors autonomes dans les gestes de la vie quotidienne à se protéger contre certaines maladies (ex: diabète, maladies cardiovasculaires), à limiter les problèmes de fatigue et d'ostéoporose, à réduire les risques de chutes et de fractures, à « bien vieillir », tout en continuant à vivre selon leurs désirs.

Des actions individuelles de prévention primaire et de prévention secondaire sont menées par les médecins généralistes.

De nombreuses actions sont développées par les hôpitaux s'inscrivant dans un processus global de détection, prévention et prise en charge des syndromes gériatriques.

La prévention fait partie des missions de l'hôpital de jour de gériatrie.

Le Plan Prévention Démences qui détaille l'information des proches, le diagnostic précoce et la prise en charge médicale, l'accompagnement de la personne concernée et de son entourage, le maintien à domicile, la prise en charge institutionnelle, l'éthique et le droit.

### **Ad D. Prière d'indiquer dans quelles conditions les différents services de santé sont mis à la disposition de toute la population de votre pays**

- Toute personne qui travaille au Luxembourg est assurée obligatoirement auprès de la Caisse nationale de santé ou auprès d'une des caisses de maladie du secteur public. Pour l'obtention des soins de santé, les personnes protégées sont libres de s'adresser au prestataire de leur choix. La délivrance de soins par un prestataire déterminé, dans le cadre des services de garde ou d'urgence n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée. Pour les soins postérieurs à un traitement d'urgence, les personnes protégées sont libres de s'adresser à un autre prestataire de soins de leur choix.
- La Division de la Médecine Préventive a compétence pour toutes les questions concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies et des infirmités. L'éducation à la santé et la promotion de la santé visent l'adoption de modes de vie sains, et veulent conférer aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, pour améliorer celle-ci.
- Au cours des dernières années, des efforts accrus ont été investis pour développer des programmes nationaux, créer des réseaux de partenaires impliqués, élaborer des outils d'information, d'éducation à la santé et d'évaluation. Le Ministère de la Santé a élaboré plusieurs programmes et plans nationaux de prévention, dans les domaines suivants : l'alimentation saine et l'activité physique, la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle, la santé mentale, les comportements addictifs, les maladies chroniques, la gériatrie, les maladies infectieuses et transmissibles, les accidents, les maladies rares, le don d'organes, le plan canicule.
- La Division de la médecine scolaire, de la santé des enfants et adolescents est responsable de la bonne mise en œuvre de la médecine scolaire au niveau national et assure la coordination, la cohérence et la mise en réseau des partenaires impliqués. La médecine scolaire de l'enseignement fondamental est réalisée par les équipes de la Ligue médico scolaire, responsables de la grande majorité des communes du pays, et par 5 services- communaux à

savoir le service médico-scolaire des villes de Luxembourg, Schiffange, Dudelange, Esch/Alzette et Pétange. La médecine scolaire de l'enseignement secondaire est directement rattachée à la Division de la Médecine Scolaire/ Direction de la santé.

- Chaque équipe médico-scolaire est responsable d'un certain nombre d'écoles ou lycées, pour lesquels elle représente le référent santé, étant à disposition pour toute question de santé pouvant préoccuper la collectivité scolaire. Toutefois, n'étant pas affectée uniquement à un seul bâtiment, et n'assurant pas de présence permanente, elles ne fonctionnent pas en tant qu'infirmierie scolaire.
- Les services de la médecine scolaire travaillent en étroite collaboration avec les parents et les médecins traitants, avec le personnel pédagogique et éducatif des écoles et maisons relais, le corps enseignant et les services d'orientation psychologique et d'orientation scolaire des lycées, les internats et de nombreuses associations spécialistes des thématiques suivantes: drogues, sexualité, santé mentale...

### **Santé au travail**

L'article L.321-1 et suivants du Code du travail ont pour objet d'assurer la protection de la santé des salariés sur les lieux de travail et celle des tiers par l'organisation de la surveillance médicale et de la prévention des accidents et des maladies professionnelles. La mise en œuvre de cet objectif incombe aux services de santé au travail, aux services de santé au travail interentreprises et au service de santé au travail multisectoriel.

En vue de garantir la santé au travail, la prévention des maladies professionnelles ainsi que la protection sanitaire, tout employeur, conformément à l'article L.322-1, paragraphe 1 du Code du travail, occupant régulièrement plus de 5.000 salariés est tenu d'organiser à l'intérieur de son entreprise un service de santé au travail. Cette exigence s'étend également à tout employeur occupant régulièrement plus de 3.000 salariés dont au moins 100 salariés occupés à un poste à risques visé à l'article L.326-4 du Code du travail.

Tout employeur, non visé au paragraphe 1er de l'article précité, dispose des trois options indiqués ci-dessous, parmi lesquelles il doit choisir :

- soit d'organiser à l'intérieur de son entreprise un service de santé au travail ;
- soit de se réunir avec d'autres employeurs en une association d'entreprises organisant un service interentreprises de santé au travail pour l'ensemble des membres de l'association ;
- soit de recourir au service national de santé au travail.

Ainsi, les services sont chargés notamment d'identifier les risques d'atteinte à la santé sur les lieux de travail, d'aider à éviter ces risques et de surveiller la santé des salariés en relation avec le travail et d'effectuer les examens médicaux. Il convient de souligner qu'en vertu de l'article L.326-1 du Code du travail, toute personne brigant un poste de travail est soumise en vue de l'embauchage à un examen médical fait par le médecin du travail.

Actuellement 8 services de santé au travail sont opérationnels dans le secteur privé.

### **Service de Santé au Travail Multisectoriel**

#### **• Service de Santé au Travail Multisectoriel (STM)**

32, rue Glesener

L-1630 Luxembourg

Tél.: (+352) 400 942-1000

### **Services Interentreprises**

- **Association pour la Santé au Travail du Secteur Financier (ASTF)**

45, blvd. Prince Henri  
L-1724 Luxembourg  
Tél.: (+352) 22 80 90-1

- **Service de Santé au Travail de l'Industrie (STI)**

6, rue Antoine de Saint-Exupéry  
L-1432 Luxembourg  
Tél.: (+352) 26 00 61

- **FHL-Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois anc. EHL asbl (SIST-FHL)**

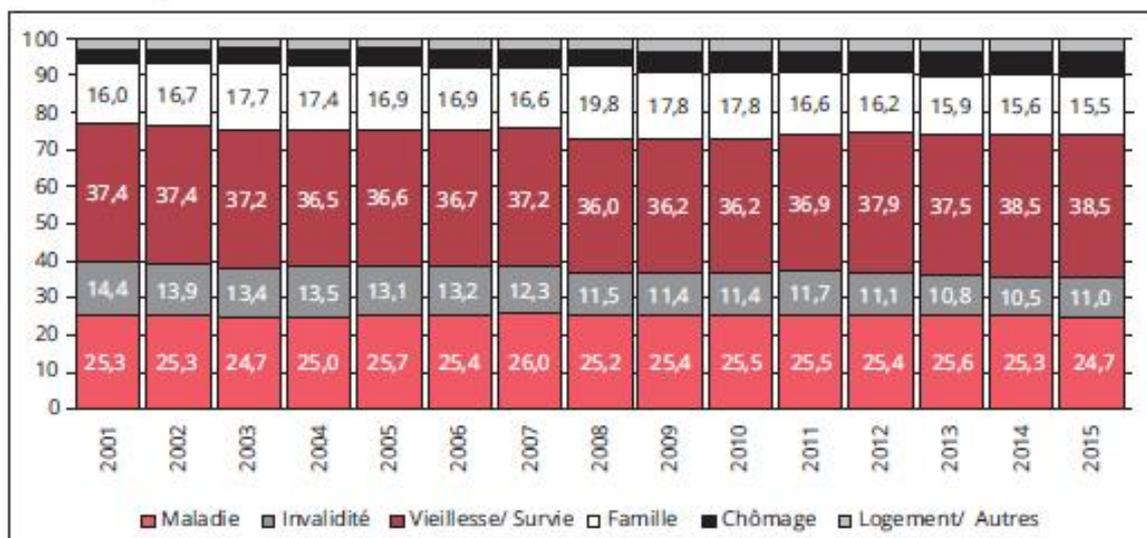
5, rue des Mérovingiens- Zone d'Activité Bourmicht  
L-8070 Bertrange  
Tél.: (+352) 42 41 42-11

### **Services Entreprises**

- DuPont de Nemours
- CFL
- ArcelorMittal
- Groupe Cactus

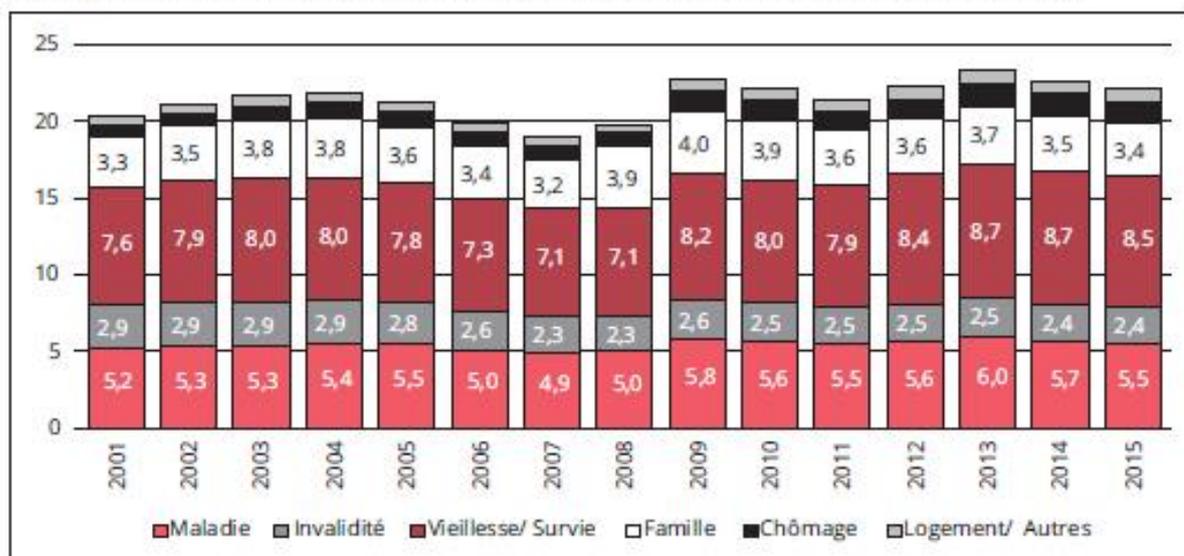
## Quant aux dépenses publiques en matière de soins de santé

**Graphique 6: Evolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)**



En 2015, par fonction et rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut), les dépenses en soins de santé représentent 5,5% du PIB. Source : [Rapport général de la Sécurité sociale 2016](#)

**Graphique 7: Evolution des prestations de protection sociale par fonction (en % du PIB)**



En 2015, la population protégée par l'assurance maladie-maternité pour les soins de santé s'élève à 793 044 personnes en moyenne annuelle. 66% de cette population est résidente, 34% est non-résidente. 341 443 personnes, soit 42,9% de la population protégée a droit aux prestations en espèces payées en cas de maladie ou de maternité. 505 444 personnes protégées résidentes ont bénéficié d'un remboursement de la Caisse nationale de santé (CNS) en 2015.

Le but de l'assurance maladie-maternité est d'assurer l'accès équitable à des soins de santé de qualité pour toute la population, indépendamment du statut social ou du revenu et de garantir la sécurité financière en cas de maladie. Elle vise un taux de couverture optimal de la population ainsi qu'une prise en charge complète des soins de santé dans les limites de " l'utile et du nécessaire ".

Les prestations de l'assurance-maladie comprennent les soins de santé et les prestations en espèces. Les soins de santé et les mesures de médecine préventive suivantes sont pris en charge :

- les soins de médecine et de médecine dentaire ;
- les soins dispensés par les professionnels de santé ;
- le traitement en milieu hospitalier et extrahospitalier ;
- les analyses de laboratoire, l'imagerie médicale et la physiothérapie ;
- les médicaments ;
- les moyens curatifs et produits accessoires ;
- la rééducation, les cures thérapeutiques et de convalescence ;
- les frais de voyage et de transport ;
- les soins palliatifs.

Sur base de conventions avec le ministre ayant dans son attribution la Santé, l'assurance maladie-maternité prend en charge des programmes de médecine préventive pour des populations ciblées : par exemple, le suivi médical pour femmes enceintes et des enfants en bas âge, le dépistage prénatal d'anomalies congénitales et des programmes de vaccinations (grippe, papillomavirus) pour des groupes de personnes à risque.

L'offre de soins de santé couverte par l'assurance maladie-maternité varie avec le temps ; récemment la psychothérapie fait partie des prestations remboursées.

L'assurance maladie-maternité offre également aux assurés sociaux actifs, salariés et non-salariés, des prestations en espèces, c'est-à-dire un remplacement de salaire en cas de maladie ou lors d'un congé maternité. Elles sont servies jusqu'à concurrence du plafond cotisable mensuel qui correspond à 5 fois le salaire social minimum (SSM). A noter que 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 de soins de santé**

Selon les données comptables, les dépenses pour prestations de soins de santé atteignent 2104,6 millions EUR en 2015 contre 2128,2 millions EUR en 2014, soit une diminution de 1,1%.

L'évolution des soins de santé au Luxembourg de 2,7% en 2015 s'explique par une évolution des soins des autres professions de santé à charge de l'assurance maladie-maternité de 15,4% (croissance comptable, comptabilisation de reports), par la croissance des frais pharmaceutiques de 5,2% et par une évolution négative des frais des laboratoires (laboratoires privés et analyses de laboratoires des hôpitaux pour patients en ambulatoire). Suivant l'exercice de prestation, cette évolution négative est estimée à -15,9% et due à la réduction de 20% de la valeur de la lettre-clé fixée par loi budgétaire et à une évolution positive de l'activité de +/-4%. Finalement les soins hospitaliers affichent une progression de 2,2% en 2015.

## Evolution des dépenses pour soins de santé (en millions EUR) de 2011 à 2015

Type de prestation	2011	2012	2013	2014	2015
Frais hospitaliers	723,3	747,4	749,5	764,7	781,4
Honoraires médicaux	287,1	303,3	351,3	343,1	352,8
Honoraires médico-dentaires	64,4	65,9	76,1	71,4	72,0
Produits pharmaceutiques (en dehors des hôpitaux)	173,5	186,8	187,2	195,0	205,1
Dispositifs médicaux (en dehors des hôpitaux)	36,0	37,7	40,5	41,9	44,0
Analyses de laboratoire (en ambulatoire)	58,5	70,0	83,1	77,0	63,5
Honoraires des autres professions de santé	81,3	88,7	113,2	99,6	114,9
Autres prestations <sup>5</sup>	31,2	30,2	34,4	33,2	35,9
<b>TOTAL DES PRESTATIONS AU LUXEMBOURG</b>	<b>1 455,3</b>	<b>1 530,1</b>	<b>1 635,4</b>	<b>1 625,9</b>	<b>1 669,5</b>
<b>TOTAL DES PRESTATIONS A L'ETRANGER</b>	<b>320,5</b>	<b>362,1</b>	<b>413,6</b>	<b>502,3</b>	<b>435,1</b>
<b>TOTAL SOINS DE SANTE</b>	<b>1775,9</b>	<b>1892,2</b>	<b>2049,0</b>	<b>2128,2</b>	<b>2104,6</b>
Variation annuelle	2,4 %	6,5%	8,3%	3,9%	-1,1%

### Quant aux mesures prises pour renforcer les droits des patients

La [loi du 24 juillet 2014](#) relative aux droits et obligations du patient rassemble dans un seul texte les droits et obligations du patient, ceci afin d'assurer plus de cohérence et une plus grande transparence dans les relations entre les patients et les prestataires de soins de santé. Elle met l'accent sur :

- l'importance portée à l'**information** due par les prestataires de santé à leurs patients ;
- l'amélioration de la prise en compte de la **volonté des patients** pour la prestation des soins, y compris par la possibilité de désigner une **personne de confiance** ou un **accompagnateur** ;
- la généralisation et l'accessibilité du **dossier patient** ;
- la création d'un **Service national d'information et de médiation** dans le domaine de la santé au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

La nouvelle loi sur les droits et obligations des patients attribue, entre autres, les droits suivants aux patients:

- Protection de la vie privée, confidentialité, dignité, respect des convictions,
- Egal accès aux soins de santé requis selon l'état du patient,
- Soins de santé conformes aux acquis de la science et aux normes qualité et sécurité légales
- Organisation des soins pour garantir la continuité des soins
- Libre choix du prestataire des soins de santé
- Droit de se faire assister dans ses démarches et décisions de santé par une tierce personne, professionnel de santé ou non, qu'il choisit librement
- Droit aux informations relatives à son état de santé et à son évolution probable
- Droit de prendre les décisions concernant sa santé.

<sup>5</sup> Le poste de soins de santé "Autres prestations" regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive et les indemnités funéraires.

- Droit d'être tenu dans l'ignorance
- Droit de désigner une personne de confiance
- Droit à un dossier patient soigneusement tenu à jour
- Droit d'accès à son dossier de soins et aux données relatives à sa santé.
- Droit de prendre recours auprès du service de médiation.

### **Service national d'information et de médiation santé**

Le service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé constitue une structure d'information, de conseil, ainsi que de prévention et de résolution des conflits entre prestataires de soins et patients. Le recours au service est gratuit. Il est ouvert aussi bien au patient qu'au professionnel de la santé.

#### **Informers les patients et prestataires**

La mission première du service est d'informer tant les patients que les prestataires, de prévenir et d'éviter ainsi les conflits potentiels à travers une meilleure information.

Toute personne peut se renseigner sur les droits et obligations du patient consacrés par la loi du 24 juillet 2014.

Le service informe aussi, d'une façon générale, sur le système de santé luxembourgeois, notamment sur son organisation et sur les prestataires de soins de santé admis à exercer au Luxembourg.

Il remplit finalement la fonction de point de contact national en cas de soins transfrontaliers en étroite collaboration avec la CNS, qui couvre le volet remboursement des soins transfrontaliers.

#### **Résoudre les plaintes**

Afin d'éviter les plaintes, le service du médiateur en santé cherche tout d'abord à promouvoir la communication entre le patient et le prestataire de soins de santé par le biais d'actions préventives.

En cas de difficultés, le rôle du médiateur en santé et de ses collaborateurs est d'entendre les parties et de les aider à trouver par elles-mêmes une solution à leur conflit qui les oppose dans un esprit de dialogue et de compréhension mutuelle.

Le médiateur en santé en tant que tiers par rapport aux parties est omni-partial. Il n'occupe pas la fonction de juge. A travers un processus structuré, il contribue à rétablir le dialogue entre les parties.

Les parties restent maîtres de leur conflit. Le médiateur, cherche à permettre aux parties de trouver une solution à l'amiable, ce qui présuppose une volonté commune de trouver un arrangement.

Le médiateur en santé, ses collaborateurs, et les parties à une médiation sont tenus de respecter le secret. La confidentialité du processus est garantie par la loi.

### **Quant aux structures d'aide et de réadaptation pour les toxicomanes et l'éventail des possibilités et des traitements offerts**

Les services présentés ci-dessous sont classés selon différents domaines et s'adressent à différents groupes cibles.

- Services du milieu ouvert
- Services de consultation
- Centres thérapeutiques
- Groupes d'entraide

- Groupes thérapeutiques
- Hôpitaux

Les **services du milieu ouvert** s'adressent prioritairement aux consommateurs et offrent:

- accès sans rendez-vous
- streetwork
- aide sans prétention d'abstinence
- salle de consommation de drogues
- réduction des risques par la distribution de seringues, d'eau stérilisée, d'ascorbine
- information et orientation.

Services :

- Fondation Jugend- an Drogenhëllef - Accueil bas seuil
- Abrigado - Centre de jour
- Abrigado - Asile de nuit
- Abrigado - Centre de jour : Salle de consommation de drogues/ Distribution et échange de seringues

Les **services de consultation** s'adressent aux:

- consommateurs
  - leurs partenaires et proches
  - professionnels
- et offrent:
- informations sur les substances et les dépendances
  - orientation vers d'autres structures d'aide
  - thérapie ambulante, consultation ponctuelle...
  - formations et séminaires pour professionnels du domaine psycho-médico-social et éducatif
  - conférences pour le grand-public.

Services :

- Alternativ Berodungsstell
- anonym glécksspiller a.s.b.l. - «ausgespiltt»
- CePT - Centre de Prévention des Toxicomanies
- Fondation Cancer
- Fro No Impuls – Aide aux jeunes consommateurs
- jugend- an drogenhëllef - Centres de consultation / Beratungsstellen
- jugend- an drogenhëllef - Service Parentalité jugend- an drogenhëllef - Logements accompagnés «les niches»
- jugend- an drogenhëllef - Programme de substitution / Substitutionsprogramm ... 38-39 Programme TOX
- Quai 57

Les **centres thérapeutiques** offrent:

- cure résidentielle (après désintoxication)

- suivi, accompagnement et aide après cure résidentielle.

Services :

- Centre Thérapeutique d'Useldange
- Syrdall Schlass - Centre Thérapeutique pour toxicomanes

Les **groupes d'entraide** s'adressent aux:

- consommateurs
  - anciens consommateurs
  - leurs partenaires et proches
- et offrent:
- soutien mutuel.

Services :

Divers groupes d'entraide

Les **groupes thérapeutiques** s'adressent aux:

- consommateurs
- anciens consommateurs
- leurs partenaires et proches.

Contrairement aux groupes d'entraide les groupes thérapeutiques sont le plus souvent accompagnés professionnellement.

Services :

Divers groupes thérapeutiques

Les **hôpitaux** offrent:

- désintoxication.

<b>Fondation Jugend – an Drogenhëllef</b>
---

## **1. Les centres de consultations à Luxembourg, Esch-sur-Alzette et Ettelbruck**

En 2016 les trois centres ont eu un total de 2.731 consultations, qui se répartissent comme suit: 1.040 entretiens à Luxembourg, 1.085 à Esch et 606 à Ettelbruck.

Le nombre total de clients pour l'année 2016 est de 499, dont 310 hommes (62,12%) et 189 femmes (37,88%).

Les nouvelles situations de l'année 2016 se situent autour de 245(49%). Luxembourg : 112 (45%), Esch 78(32%) et Ettelbruck 55 (23%) nouveaux cas.

Environ deux tiers des nouveaux clients étaient des consommateurs (157 = à 64%), un tiers des personnes est en lien familial ou collégial avec un consommateur (88 = à 36%).

Problème évoqué à la 1ère demande	N	%
héroïnomanie monodépendance	25	5,01%
héroïnomanie et polytoxicomanie	140	28,06%
cannabis	76	15,17%
alcool	23	6,46%
cocaïne	40	8,01%
amphétamines, XTC et autres stimulants	7	1,23%
autres substances	2	0,20%
autres comportements addictifs (jeu, boulimie)	4	0,80%
consommation d'un proche	97	18,34%
problèmes psycho-sociaux	53	10,32%
post-cure à définir	12	2,40%
autres	20	4,00%
inconnu	0	0,00%
TOTAL	499	100,00%

## 2. Les offres du secteur « bas seuil » de la Jugend-an Drogenhëllef

Le secteur « bas seuil » est représenté par le Kontakt 28 (ville de Luxembourg), le Contact Esch (Esch/Alzette) et le Contact Nord (Ettelbrück). Les trois centres d'accueil tiennent compte des problématiques spécifiques à la toxicomanie.

Dans le cadre de la réduction des risques, les trois centres échangent des seringues et distribuent du papier d'aluminium, afin de favoriser une consommation par fumée au lieu d'une consommation intraveineuse et des préservatifs.

## 3. Service de Substitution

Les objectifs du Service de Substitution sont l'amélioration de la santé physique et psychique des clients, la diminution et l'arrêt de leur consommation de psychotropes, la réinsertion socio-professionnelle, la diminution de la criminalité, la prévention des overdoses et des maladies en relation avec l'abus de drogues.

Actuellement le Service de Substitution de la JDH propose le Programme Méthadone (PM) et est dans l'attente de la mise sur pied du Programme Tadiam (Traitement Assisté à la diacétylmorphine) qui existe déjà dans de nombreux pays. Le Service de Substitution se compose d'une équipe paramédicale et d'une équipe psychosociale qui travaillent actuellement complémentaires sur deux sites : Esch/Alzette et Luxembourg.

Le service médical du Programme de Substitution est composé de 2 médecins généralistes mi-temps.

#### 4. Le médecin psychiatre/addictologue

Nombre total de patients vus par le psychiatre:

- pour substitution et suivi psychiatrique/addictologique : 21
- pour suivi psychiatrique/addictologique seul : 128

Problématique (n = 149)	
Addictive	Comorbidité psychiatrique
71,1% (n = 106)	28,9% (n = 43)

Hospitalisations au courant de l'année 2016 : 50,3% (n = 75)

Cures à l'étranger au courant de l'année 2016 : 25,5% (n = 38)

#### 5. Les Niches

Initiative de réinsertion sociale par le logement, les niches proposent depuis septembre 2000 un certain nombre de logements mis à la disposition des clients via un contrat d'hébergement. Un accompagnement social personnalisé à long terme est un axe majeur de la prise en charge.

En 2016 un parc de 52 logements a été géré dans lesquels étaient hébergés 30 femmes, 41 hommes et 19 enfants. Il s'agit essentiellement de logements individuels, avec deux exceptions : une maison communautaire pour toxicomanes vieillissants (la Villa Armand, 5 places) et une maison communautaire pour mamans avec ou sans leurs enfants (la Casa Mia, 4 places pour des mamans). Le taux d'occupation des logements est à peu près de 100%. Il peut arriver qu'entre deux occupants il y ait un logement qui reste inoccupé une semaine, le temps de le rafraichir.

#### 6. Le Service Parentalité

Population-cible : femmes enceintes et parents à problématique toxicomane et leurs enfants.

Le service a effectué 947 interventions se répartissent comme suit : 215 ont été effectuées dans les locaux de la JDH (Lux, Esch, Ettelbruck), 732 à l'extérieur dont 539 visites à domicile et 193 en institutions.

#### 7. Les personnes toxicomanes vieillissantes

Comme tous les autres intervenants européens en toxicomanie, un nouveau type de population, avec des besoins spécifiques, à savoir celle des toxicomanes vieillissants est observé. Il s'agit d'une population âgée de 40 ans et plus, présentant des caractéristiques auxquelles les offres traditionnelles de service de prises en charge sont peu ou prou adaptées. Tous les intervenants se retrouvent confrontés à de nouveaux défis, tant ceux de l'aide spécialisée, que ceux de l'aide traditionnellement tournée vers les personnes âgées, à la seule différence près que les personnes dont question ici sont encore relativement jeunes. Les enjeux sont d'ordre médical, social, sociétal et de santé mentale.

La JDH, après avoir participé à un projet européen Leonardo da Vinci 2013-2015 « Sucht im Alter » est coordinateur du projet Erasmus+ 2016-2018 « BETRAD : Better Treatment for Aging Drug User ».

## CNDS – ABRIGADO : Structure d'accueil et d'hébergement / Salle de consommation pour personnes toxicomanes

### *Missions*

#### **Offres de l'Abrigado:**

- centre de jour avec : CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues),
- salle de consommation de drogues,
- service médical bas-seuil,
- asile

Pendant l'ouverture de l'Abrigado, les clients peuvent échanger des seringues et se procurer gratuitement de l'eau stérile, de l'acide ascorbique, des tampons d'alcool et des filtres. En dehors des heures d'ouverture, il existe un échange des seringues jusqu'à minuit.

Le but principal du centre de jour est d'offrir un lieu de repos pour des personnes toxicomanes. L'accueil tient compte des problématiques spécifiques liées à cette population. Le premier contact et l'approfondissement relationnel ont lieu dans une salle de séjour.

L'Abrigado offre aussi un service médical bas-seuil. Trois fois par semaine, les clients toxicomanes peuvent consulter un médecin généraliste. Un infirmier est sur place tous les jours.

Pendant tous les autres jours, les clients peuvent obtenir des petits soins médicaux, des soins de veines et de plaies dans l'infirmerie de l'Abrigado. En 2016, 4.163 passages ont été enregistrés (74% hommes, 26% femmes).

Dans ce cadre ont eu lieu 8.623 interventions de types différents (pansements, paramètres vitaux, injections, conseils, prises de sang, orientations et transferts). En outre l'Abrigado coopère, à raison de deux fois par mois, dans le Projet DIMPS (test rapide HIV et hépatite dans les locaux de l'Abrigado).

#### **L'asile de nuit**

Il s'agit d'une structure d'hébergement d'urgence spécialisée pour les personnes toxicomanes avec une capacité de 42 lits.

L'offre de nuit se distingue par un accueil aisé et sans obligation. Elle représente, comme le centre de jour, un lieu de repos et de protection.

L'asile de nuit avec ses 42 lits, était ouvert pendant 366 jours en 2016 (100%). Le taux moyen d'occupation durant l'année était de 78% (2015 : 84%). En 2016, on enregistrait 12.045 nuitées. Depuis l'ouverture de la structure en décembre 2003, 2.938 clients différents ont bénéficié de cette offre.

L'asile de nuit a accueilli parmi ces clients une proportion de 88% d'hommes et 12% de femmes en 2016. La majorité des usagers avaient entre 35 et 44 (47%) suivis de personnes âgées entre 25 et 34 ans 23%. 3% étaient âgés entre 18 et 24 ans et 23% étaient âgés de 45 ans ou plus. 139 nouveaux clients ont été enregistrés.

• **Activités psychosociales et thérapeutiques**

Nombre de situations en 2015	N	%
• dont anciennes	• 224	• 39,22
• dont nouvelles	• 347	• 60,78
• Total	• 571	• 100.00

**Nombre de situations prises en charge 2016**

Le nombre élevé des anciens clients est lié à la complexité des prises en charge au cours des dernières années.

Les facteurs majeurs sont:

- dépendances et comorbidités liés aux taux élevés du THC,
- relations familiales complexes.

Le service compte 5.600 heures d'interventions dont la majorité des entretiens individuels avec les jeunes. En 2016, en moyenne par thérapeute, 1.412 heures d'interventions thérapeutiques, 164 heures d'intervention en groupe et 56 heures de formation ont été fournis.

Le service IMPULS constate que la majorité des jeunes est envoyé par le secteur judiciaire et la POLICE. Pendant les dernières années le nombre de demandes propres a également augmenté. Par ailleurs, une augmentation considérable du nombre de jeunes à partir de 18 ans dès 2014 peut être notée dû au fait d'une convention avec le Ministère de la Santé de pouvoir prendre en charge également des jeunes majeurs jusqu'à 21 ans. Toutefois, la majorité des jeunes utilisateurs du service sont âgés de 16 à 17.

## Stëmm vun der Strooss a.s.b.l.

En 2016, la Stëmm vun der Strooss c'était :

- 100.130 repas servis (28.710 à Esch-sur-Alzette et 71.420 à Hollerich) soit 26.884 repas de plus qu'en 2015 (+36.7%),
- 137 tonnes de denrées alimentaires redistribuées gratuitement,
- 249 personnes encadrées sur 5 sites, dans les ateliers de réinsertion professionnelle,
- 30 personnes relogées dans le cadre de l'activité Immo Stëmm,
- 575 consultations gratuites offertes par les médecins bénévoles du Docteur Stëmm, soit +9.3% par rapport à 2015.

En 2016, 249 personnes ont été encadrées dans les différents ateliers. La plupart ont bénéficié d'une mesure dans le cadre du Revenu Minimum Garanti, mais l'association propose également d'autres formes de participation :

Site de	Schoenfels	Luxembourg	Esch sur Alzette
Contrat d'insertion dans le cadre du RMG (ATI)	41	78	62
Travailleurs volontaires	6	34	14
Travaux d'intérêt général	0	9	4
Service volontaire d'orientation (SNJ)	0	1	0
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>122</b>	<b>80</b>
1er contact (entretien, visite, ...)	69		
Hébergement	18		
Liste d'attente (au 31.12.16)	4		

Soutenues par le personnel encadrant, les personnes « mises au travail » réapprennent à respecter les règles élémentaires liées à la vie professionnelle (organiser le temps de travail, respecter les horaires de travail, l'hygiène,...).

Les membres de l'association : 558 personnes sont membres de l'a.s.b.l.

### - Atelier de rédaction à Hollerich

Il s'agit d'un atelier thérapeutique proposant des mesures de réhabilitation, de réinsertion professionnelle et de prévention à des personnes défavorisées. Dans un cadre de travail supervisé, elles réapprennent à respecter les règles élémentaires liées à la vie professionnelle.

3 numéros du journal d'Stëmm vun der Strooss, imprimés à raison de 6.000 exemplaires, ont été publiés. Les différents organes de la presse écrite et parlée ont régulièrement diffusé des reportages concernant le thème de l'exclusion sociale. 441 personnes se sont abonnées au journal. Le journal d'Stëmm vun der Strooss a été distribué gratuitement à 317 adresses

différentes sur le territoire de la Ville de Luxembourg, de la Ville d'Esch et dans d'autres villes du pays. Pour ne citer que quelques exemples, le journal est disponible dans tous les ministères, syndicats, lycées et hôpitaux de ces villes.

#### - **Restaurants sociaux à Hollerich et Esch-sur-Alzette**

Dans l'optique des « Restos du cœur », les restaurants sociaux sont un endroit où des personnes défavorisées bénéficient d'un repas équilibré préparé par des personnes bénéficiant d'une mesure de réinsertion professionnelle. Ces personnes travaillant dans le cadre du RMG sont encadrées par des éducateurs gradués et un restaurateur-hôtelier. Il s'agit d'un lieu de « rencontre » ouvert aux personnes issues de toutes les couches sociales. L'objectif est de favoriser les discussions et surtout de permettre aux personnes défavorisées de prendre un repas au prix de 0,50 € et une boisson au prix de 0,25 €. Pour les plus démunis, de la soupe, du jus de fruit et des sandwiches sont gratuits.

Ce sont en moyenne 307 personnes (197 à Luxembourg et 110 à Esch-sur-Alzette) vivant dans l'exclusion sociale qui, quotidiennement, ont eu recours aux services des restaurants sociaux, soit une progression de 19,6 % par rapport à 2015.

Dans les cuisines sont aussi préparés quotidiennement les repas pour les équipes des sites:

- 34 personnes de l'atelier Schweesdrëps de Esch,
- 22 personnes de l'atelier Caddy à Bonnevoie,
- 37 personnes du centre thérapeutique de Schoenfels.

Le restaurant social leur a offert la possibilité de prendre un repas chaud, de se réchauffer ou de se reposer quelques heures. Par la même occasion, on peut lier des contacts sociaux avec des personnes issues à la fois du milieu de l'exclusion sociale et du milieu établi. 100.130 repas (71.420 à Luxembourg et 28.710 sur Esch) y ont été servis, week-end inclus. Au total, 4.417 personnes différentes ont fait appel aux services de la SvdS (3.317 à Hollerich et 1.100 à Esch), dont 3.564 hommes, soit 80.7%. 101 nationalités différentes ont été relevées, avec 3 populations majoritaires : 21% de luxembourgeois, 20% de portugais et 13% de roumains.

#### - **Les Kleederstuff à Hollerich et Esch-sur-Alzette**

Au sein de l'atelier, 8 personnes en moyenne à Luxembourg et 5,3 à Esch-sur-Alzette ont pu chaque jour recevoir gratuitement des vêtements, récupérés auprès de particuliers. L'idée de cet atelier est de permettre aux usagers de se vêtir convenablement, en fonction des saisons, mais surtout, en fonction de différentes occasions, telles un entretien d'embauche, une convocation au tribunal, la recherche d'un logement, pour permettre aux personnes démunies de retrouver leur dignité. Le travail des personnes engagées dans cet atelier consiste à trier les vêtements reçus, à les plier et à les mettre dans les étagères, à faire un inventaire, pour ensuite les distribuer aux usagers. 2 éducatrices graduées gèrent ces ateliers.

#### - **Dokter Stëmm à Hollerich**

Ce service fonctionne grâce au bénévolat de 6 médecins et de 2 ambulanciers. 47 journées de consultation ont été effectuées. 12,24 personnes en moyenne ont bénéficié chaque mercredi de consultations gratuites. Sur l'année 2016, ces personnes ont pu bénéficier de 575 consultations gratuites, soit +9.3% par rapport à 2015. Les soins dispensés étaient d'ordre médico-psycho-social. Le but de ces consultations est aussi d'offrir une meilleure information, des conseils en prévention et une meilleure éducation à la santé.

#### - **Service social à Hollerich et à Esch-sur-Alzette**

La SvdS se veut être complémentaire aux services existants. De nouveaux dossiers ne sont pas créés systématiquement mais les clients sont orientés vers d'autres structures. Le suivi social de longue durée n'est donc pas offert puisque les demandes sont majoritairement ponctuelles. Le rôle des assistants sociaux est d'informer, de conseiller et de soutenir, même financièrement, les 307 personnes qui passent chaque jour les portes de la SvdS. 49 demandes d'allocation vie chère ont été introduites auprès du Fonds National de Solidarité.

#### - **Equipe bénévole**

Dans le cadre des activités socio-éducatives organisées par la SvdS, une quinzaine de personnes ont pu aller gratuitement une fois par mois au cinéma Utopolis. Des bénévoles de la SvdS ont également accompagné des usagers à des sorties culturelles. En outre, ils ont effectué des visites régulières en prison et dans les hôpitaux. L'équipe se compose de 15 bénévoles.

#### - **L'atelier Caddy à Bonnevoie**

Lancé au mois de février 2014, le Caddy est un atelier thérapeutique proposant des mesures de réhabilitation, de réinsertion professionnelle et de prévention à des personnes se trouvant momentanément ou plus durablement dans une situation difficile personnellement, socialement, professionnellement ou pour des raisons de santé.

Les activités du service se composent de 2 parties :

- grâce au partenariat avec un hypermarché, 11,4 tonnes de denrées alimentaires sont collectées, triées, transformées et redistribuées en moyenne chaque mois par une équipe de 22 personnes, AIP ou bénévoles. 137 tonnes de denrées ont été récupérées au cours de l'année 2016. L'atelier produit environ 300 sandwiches (62 800 en 2016), 60 packs alimentaires, 40 litres de jus de fruit frais, tous les jours et ponctuellement, des plats de saisons (confitures ... ) Pour distribuer sa production, le service travaille avec de nombreuses associations dont une majorité s'occupe de personnes défavorisées (Dropln, ASTI, Foyer St. Martin... ),
  - le service assure également des activités rémunérées telles que des catering, du nettoyage extérieur. Pour la deuxième année consécutive, un stand d'emballage de cadeaux de Noël a été mis en place au sein des locaux d'un supermarché au mois de décembre.
- #### - **Douches et buanderie sur les sites de Hollerich et Esch-sur-Alzette**

La majorité des personnes défavorisées vit dans un logement qui est souvent précaire ou insalubre. Il existe rarement une buanderie et la salle de douche est en commun. L'association dispose de 7 machines à laver, de 2 sèche-linges et de 6 douches (4 pour hommes et 2 pour femmes). 3.151 douches ont été prises en 2016 et 526 machines ont été effectuées.

#### - **Atelier « Schweesdrëps » à Esch-sur-Alzette**

Créé au mois de septembre 2005, l'atelier « Schweesdrëps » est un atelier thérapeutique qui propose aux clubs sportifs le nettoyage des vêtements de sport.

Les personnes occupées dans cet atelier lavent les uniformes de 39 clubs sportifs, ce qui correspond à 312 équipes. Chaque semaine, les personnes « mises au travail » récupèrent en moyenne entre 4.000 et 4.500 shorts, tricots et chaussettes qui sont triés, lavés, séchés et redistribués à temps pour le match suivant. Au besoin, des services de couture et de raccommodage sont offerts aux clubs.

Cet atelier à caractère productif permet aux personnes « mises au travail » de réaliser un travail de qualité qui demande une certaine discipline ainsi qu'une bonne organisation, mais aussi une capacité de travailler sous pression, vu le rythme imposé par le calendrier sportif.

#### - **Immo-Stëmm**

Ce service a pour objectif de rendre le marché de l'immobilier accessible aux personnes à revenu modeste en garantissant aux propriétaires le paiement du loyer ainsi qu'un entretien impeccable du logement. Le service « Immo-Stëmm » sert d'intermédiaire entre propriétaires et locataires. 30 personnes ont été logées dans 26 appartements ou studios.

2 personnes ont reçu une aide financière pour location sur le marché privé. De nombreuses demandes de logement ont été introduites, 4 ont été satisfaites, les autres n'ont pas pu l'être pour motif de non-disponibilité de logements adéquats et/ou à loyer abordable. 1 garage mis gratuitement à disposition par un donateur permet de stocker du petit matériel et quelques meubles sont redistribués aux usagers.

#### - **Centre de Post-Thérapie à Schoenfels**

Le centre de Post-Thérapie à Schoenfels s'adresse à des personnes adultes dépendantes (hommes et femmes) qui ont pour objectif de mener une vie sans drogues. Le centre a deux objectifs :

- la réinsertion et réintégration professionnelle, c'est-à-dire l'élaboration d'un projet professionnel réaliste en concordance avec le marché du travail et
- éviter l'hébergement dans des structures d'accueil d'urgence après la fin de la thérapie et offrir un suivi dans un cadre protégé.

Au total 30 personnes peuvent travailler dans trois ateliers différents :

- jardinage (semer, récolter, entretien du jardin et alentours ...),
- protection de la nature et entretien des espaces verts (collaboration avec la Commune de Mersch et l'Administration de la Nature et Forêts, entretien des alentours du site...),
- cuisine (préparation de la récolte du jardin, mise en place, préparation des repas...).

Dans la structure de logement 15 personnes ayant terminé une thérapie stationnaire avec succès peuvent être hébergées pour une durée limitée. Une présence 24 heures sur 24 est assurée par un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

Au niveau des ateliers jardinage et paysagiste, le centre travaille en étroite collaboration avec la Commune de Mersch et avec l'Administration de la Nature et Forêts. Le centre de Post-Thérapie a un bon contact avec les différents services spécialisés dans le domaine des drogues et des toxicomanies au Luxembourg et à l'étranger.

Durant l'année 2016, 69 personnes ont pris contact avec le Centre de Post-Thérapie soit pour venir travailler dans le cadre d'un bénévolat ou sous contrat d'insertion dans le cadre du RMG (AIP) ou introduire leur demande d'admission pour la structure de logement

Durant l'année 2015, 18 personnes différentes ont été hébergées au Centre de Post-Thérapie. A la fin de l'année 2016, 4 personnes étaient sur la liste d'admission et pourront intégrer le Centre de Post-Thérapie en 2017.

### **CePT - Centre de Prévention des Toxicomanies**

- **Le service Fro No - information et orientation**

Le service Fro No (Infos dépendances - drogues - services d'aide) destiné au grand public a été contacté à 194 reprises durant l'année 2016. Il s'agit d'une part, de 89 demandes d'information (dont 67 par téléphone, 17 par mails et 5 visites sur place) et de l'autre, de 105 demandes de matériel (i.e. dépliants, brochures). Les demandes d'information et d'orientation relèvent d'abord de proches de personnes concernées (44), suivi de personnes concernées elles-mêmes (28) puis en dernier lieu de collègues travaillant dans des secteurs connexes ou encore d'étudiants (23).

Le nombre des demandes d'aide provenant de femmes (50) dépasse celui provenant d'hommes (39). Aussi, la principale raison de demande d'information a concerné la consommation de cannabis (32), suivi de la consommation abusive d'alcool (14). 11288 dépliants sur les substances ont été distribués. Afin de rééditer les brochures sur les *Services spécialisés dans le domaine des drogues et des toxicomanies* et les *Services de consultation pour enfants, jeunes et leurs parents*, les données ont été collectées et mises à jour en 2016.

- **Le service Trampoline - formations et conférences**

Des formations continues abordant des thèmes tels que la prévention des dépendances ou les substances psychotropes (alcool, cannabis, NSP) ont été dispensées à des professionnels en collaboration avec différentes institutions. Aussi, 11 formations dont 5 formations internes (SchilW) ont été proposées à travers l'offre de formations de l'IFEN en 2016. Des formations internes ont également été offertes à la demande d'institutions, telles que: CPOS, FNEL, Lëtzebuerger Jugendpompjeën, Institut St Joseph, ASF/Croix-Rouge, Croix-Rouge Jugendhaiser ainsi que la Maison Relais de la commune de Redange pour former leur propre personnel à ces thématiques suivant une méthodologie personnalisée.

En ce qui concerne la formation de futurs professionnels, le CePT est intervenu à l'Université du Luxembourg dans le cursus du Bachelor en Sciences Sociales et Educatives (BSSE) dans 4 blocs et un examen final. D'autre part, 3 cours ont été assurés à l'École de Police.

Quant aux formations pour publics cibles, 2 soirées pour parents ont été organisées à la demande d'établissements scolaires. Au cours de ces formations, les bases de la prévention des dépendances et de la promotion de la santé dans l'éducation des enfants sont posées.

- **Travail de prévention en milieu scolaire**

A côté des formations, le CePT offre des conseils et accompagne des projets de prévention à la demande d'établissements scolaires.

Ainsi, le CePT a proposé 8 ateliers en 2016 dans le contexte de Journées de prévention organisées par différents lycées et 2 représentations théâtrales pour jeunes.

- **Interventions / participations à des conférences**

Le CePT est intervenu au colloque "Suchtprävention an der Jugendarbeit" organisé le 07 juillet 2016 à Luxembourg en partenariat avec le SNJ dans le cadre du dispositif de l'assurance de la qualité pour les structures de l'éducation non-formelle des enfants et des jeunes.

Dans le cadre de "l'European Workshop of Addiction Prevention" (euro net) qui s'est tenu du 06 au 08 décembre 2016 à Münster, le CePT a présenté deux exposés. L'objectif de ce dernier étant d'échanger de bonnes pratiques et de développer des projets de prévention des addictions pour le public-cible des 18-25 ans.

Pour célébrer ses 60 ans d'existence, la Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale a organisé les 14 et 15 octobre 2016 à Esch-sur-Alzette, le premier congrès national « A|Normal » suivant l'approche du triadique (entre les professionnels du domaine de la santé mentale, les patients et leur entourage). Le CePT y était présent avec un stand d'information.

- **Participation à des groupes de travail**

Le 2 mars 2016, le CePT est devenu membre de l'association nouvellement constituée Suchtverband Lëtzebuerg, a.s.b.l.. Cette association a pour but de regrouper les organismes gestionnaires de centres ou de services du secteur social œuvrant dans le domaine de la dépendance. Le CePT a élaboré en collaboration avec le Centre d'Information et de Prévention de la Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale (CIP-LLHM), les panneaux et flyer dépendance destinés à être exposés dans le cadre de l'exposition itinérante « A|Normal ». Cette exposition de sensibilisation sur les troubles mentaux a été présentée le 20 juillet 2016 à Luxembourg par le ministère de la Santé.

Le groupe de travail Cannabiskoffer 2.0 - un outil de travail interactif sur le thème du cannabis, institué en 2015 a poursuivi ses activités en 2016. Ce groupe de travail est composé d'employés du CPOS, d'un certain nombre de SPOS, de la Wunnéngshëllef et du CePT. L'objectif étant d'adapter le matériel didactique du Cannabiskoffer Cannabis - Quo vadis? (de la Villa Schöpflin) au système scolaire luxembourgeois, d'y intégrer de nouvelles méthodes interactives et de fournir plus d'informations de base sur le cannabis. Les textes et les méthodes ont été testés en 2016 dans différents groupes scolaires.

Le CePT a participé en tant que membre au groupe de travail « Plan Tabac », coordonné par le ministère de la Santé afin de parachever la version finale du « Plan Tabac 2016-2020 »

Le groupe de travail multidisciplinaire institué à la demande du ministère de la Santé a poursuivi son travail en vue de réaliser un « Plan d'Action Luxembourgeois contre le Mésusage de l'Alcool ». Aussi, le CePT a participé au groupe de travail élargi et a apporté sa contribution sur les thèmes de la prévention. Face au succès remporté lors des formations organisées par le Groupe de Mondorf en 2014 et en 2015 pour des professionnels d'institutions du secteur social, le CePT a également co-organisé en 2016, un cycle interrégional de 2 formations intitulées: Suchtprävention und Soziale Arbeit mit der Natur - Wildnispädagogik als Impuls für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien.

#### - **Consultations**

- 230 clients dont l'âge moyen se situe autour de 38,6 ans (en 2015, Quai 57 a assuré 1.022 consultations pour un nombre d'utilisateurs s'élevant à 191),
- 1.215 consultations relatives au suivi ambulatoire (en ce y compris son activité d'aide à la réinsertion socioprofessionnelle) et/ou au travail d'orientation ;
- ces données comprennent 7 suivis liés aux centres pénitentiaires de Schrassig et de Givenich,
- l'orientation résidentielle (thérapie à l'étranger et au Luxembourg au nombre de 19) représente à ce jour :
  - admissions dans des centres en Italie (3) ;
  - admissions dans des structures socio-thérapeutiques en Allemagne (6) ;
  - admission dans un centre de post-cure en Belgique (1) ;
  - admissions au sein d'un centre thérapeutique en France (5) ;
  - admissions au sein d'un centre thérapeutique au CTM et au CTU (4).

#### - **Travail de coordination et de réseau**

Le travail d'information, de coordination et de réseau a été poursuivi au cours de l'exercice 2016.

Quai 57 a poursuivi sa rencontre avec la plupart des institutions du secteur psycho-médico-social (Centre post- thérapeutique de Schoenfels, Hôpitaux Robert Schuman – Hôpital Kirchberg, Clinique Ste Marie et la Zithaklinik, Ligue Médico-Sociale de Luxembourg et de Mersch, CHdn, Chnp, SPSE - Givenich et Schrassig).

Quai 57 a aussi eu la possibilité de visiter d'autres centres thérapeutiques en Allemagne (Fachklinik St. Marien – St. Vitus et Fachklinik Zwieselberg), et ce afin d'élargir l'offre résidentielle et de faciliter le transfert des usagers dans ces centres.

Quai 57 a également orienté des usagers (3) au centre Post-thérapeutique de Schoenfels (structure gérée par la Stëmm vun der Strooss). Le Quai 57 assure aussi le suivi de personnes qui bénéficient d'un logement auprès de la Wunnéngshëllef (3) et auprès de l'Agence Immobilière Sociale (3).

Dans le cadre des consultations régionales, le service a été sollicité à plusieurs reprises par des familles souhaitant obtenir des renseignements au niveau des substances légales et/ou illégales et a également rencontré des usagers touchés par des problèmes d'addiction. Les interventions se sont déroulées au sein des différents locaux des Familienhaiser d'arcus a.s.b.l. (Marnach, Grevenmacher, Redange, Esch/alzette, Mersch, Diekirch).

#### **Formations**

- une formation relative aux addictions a été organisée à la demande du service Focus (Formation et Développement) auprès d'assistants parentaux et familles d'accueils en langue française (le 21/01/16 et le 27/10/2016),
- une formation interne sur le même thème a été organisée en interne à tous les collaborateurs d'arcus asbl, le 22/04/2016, le 25/04/16 et le 30/05/2016 en langue française et le 10/03/2016 en langue allemande,

- la formation intitulé « les interactions Enfants-Parents dépendants » a été organisée le 28/05/2016 s'adressant aux familles d'accueils et assistants parentaux.

**Centre Hospitalier Neuropsychiatrique : Maisons de Post Cure de Rosport, Moersdorf , Grevenmacher, Echternach, Berg, Junglinster et Wasserbillig »**

- **Objectifs**

L'équipe se charge de l'encadrement de clients vivant en communauté dans des logements situés à Rosport, à Moersdorf et à Junglinster, et dans des appartements situés à Grevenmacher, Wasserbillig, Berg et Echternach. Les objectifs de cet encadrement sont les suivants :

- abstinence de la consommation de drogues illicites,
- solidarité dans le groupe de vie,
- réinsertion et stabilisation professionnelle et sociale,
- stabilité physique et psychique,
- accompagnement dans l'éducation des enfants des clients,
- accompagnement des clients au-delà de leur séjour en post cure.

- **Activités réalisées**

- entretiens individuels, de sous- groupe (par maison) et de groupe régulier,
- auto - évaluation de la vie quotidienne,
- organisation de la vie en communauté (charges ménagères ; activités de loisirs e.a.),
- confrontation avec d'éventuelles rechutes, problèmes d'agressivité et de solitude,
- intervention de crise en cas de besoin,
- réalisations de screenings périodiques afin de garantir l'abstinence,
- réunions d'équipe,
- les responsables des foyers font partie de l'équipe du CTM et participent entre autre aux réunions du personnel, aux supervisions et aux séances de groupe des clients en phase de détachement, ceci pour garantir une meilleure transition des futurs résidents de la post cure,
- collaboration avec des institutions nationales en ce qui concerne l'encadrement des enfants des usagers,
- collaboration avec des institutions nationales concernant l'encadrement professionnel des usagers,
- réunions avec les administrations comme Bâtiments Publics ou les administrations communales,
- visites de la post cure et séances d'information sur la post cure avec les pensionnaires du CTM,
- organisation d'emménagements et de déménagements.

## Centre thérapeutique d'Useldange

### Offre thérapeutique

- séjour de réhabilitation en hospitalisation complète
- fin de séjour en hôpital de jour/ nuit ou en foyer de réadaptation
- plan thérapeutique avec adaptations individuelles
- concept thérapeutique orienté abstinence
- encadrement psychiatrique et médico-psychosocial individuel
- psychothérapies de groupe
- thérapies complémentaires (ergo, kiné, etc.)
- groupes spécifiques: pour femmes, pour francophones
- vie communautaire
- rencontres avec les groupes d'entraide
- partenariats avec les hôpitaux généraux.

### Groupes cibles :

- personnes adultes alcoolo-dépendantes (m/f)
- personnes avec des problèmes psychologiques et sociaux associés.

Les frais d'hospitalisation sont remboursés par la Caisse Nationale de Santé.

Admissions sur indication médicale, après sevrage alcoolique.

Groupe de postcure ambulatoire

Équipe pluridisciplinaire: médecins, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, ergo- et kinésithérapeutes.

## Syrdall Schlass - Centre thérapeutique pour toxicomanes

### Offre thérapeutique

- thérapie stationnaire
- thérapie à court terme
- offre pour femmes enceintes
- accompagnement et encadrement social
- thérapie de groupe centrée sur des sujets spécifiques
- entretiens individuels

- séances thérapeutiques à thèmes spécifiques pour femmes respectivement pour hommes
- séances d'information et/ou séances de thérapie avec la famille et/ou les proches
- aide à l'apprentissage (formation de base en ébénisterie).

Le travail du Syrdall Schlass est axé sur des objectifs réalistes et concrets, ce qui exige un réel engagement avec prise de responsabilité individuelle des clients. Dans la mesure du possible, les parents, respectivement la famille proche, sont intégrés dans le processus thérapeutique du client.

Groupes cibles :

- Personnes majeures toxicomanes et polytoxicomanes.
- possibilité d'admettre des clients substitués à la méthadone
- pour être admis, il faut avoir achevé le sevrage physique.

Contre-indication à une admission:

- états psychotiques, patient avec idéation suicidaire, avec troubles de personnalité majeurs type borderline,
- patient alcoolique.

Durant les deux premiers mois le projet thérapeutique est défini de façon spécifique avec chaque patient. La durée globale de la thérapie peut s'étaler sur une durée de 4 mois à 1 an.

Plusieurs logements sont à disposition pour le suivi post-thérapeutique.

Les coûts sont pris en charge par la Caisse Nationale de Santé (CNS).

Équipe pluridisciplinaire.

## **Article 11 § 2**

*"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties Contractantes s'engagent:*

*à prendre soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé;"*

- A. Prière d'indiquer quelles sont les mesures qui ont été prises en vue de développer l'éducation sanitaire.**
- B. Prière d'indiquer quels sont les services de consultation et de dépistage:**
- a. en milieu scolaire;**
  - b. pour les autres groupes.**

### **Ad A**

#### **Plans d'action**

- Le plan Cancer (2015-2020): Il définit comme objectifs généraux : la réduction du nombre des malades du cancer; la réduction du nombre de décès dus au cancer; l'amélioration de la qualité de vie des malades. Le plan cancer traite des aspects suivants : information, dépistage, détection précoce, traitement et prise en charge, épidémiologie, recherche et évaluation.
- Le plan national tabac (2009-2015, 2016-2020) : a pour but de prévenir et de réduire le tabagisme et sa morbidité et mortalité consécutives, en poursuivant trois grands objectifs : prévenir le tabagisme, réduire la consommation de tabac chez les usagers actuels, et protéger les non-fumeurs du tabagisme passif. Il inclut l'organisation de campagnes d'information et de sensibilisation, l'optimisation du programme de sevrage tabagique, et des mesures législatives pour renforcer la lutte anti-tabac.
- Le plan national alcool (2016-2021), en cours de validation, a pour priorité la protection des enfants et des jeunes, et la prévention de la consommation nocive d'alcool. A cette fin, deux mesures sont d'ores et déjà d'application depuis 2008: l'interdiction de vente d'alcool aux moins de 16 ans, et la surtaxation des alcoops. D'autres domaines d'intervention de ce plan concernent l'alcool sur le lieu de travail, l'alcool au volant, le bingedrinking, la réduction de la consommation nocive chez les adultes, la réduction des risques chez les seniors, le dépistage précoce et l'intervention brève, la prise en charge thérapeutique, l'épidémiologie et la recherche.
- Le plan « Drogues » (2005-2009, 2009-2014, 2014-2019) : Le plan d'action repose sur deux piliers, à savoir la réduction de la demande et la baisse de l'offre, et d'autre part sur quatre axes transversaux, à savoir la réduction des risques, des dommages et nuisances, la recherche, l'information, les relations internationales, et finalement les mécanismes de coordination. Le plan d'action envisage d'approcher le phénomène des drogues et des addictions dans leur globalité en incluant aussi les dépendances générées par l'usage de substances légales (certains produits licites, parmi lesquels figurent généralement l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes) ainsi que certains comportements, tels que l'addiction au jeu.

- Le plan national de lutte contre le VIH/sida (2011-2015, 2017-2021) vise à développer des actions préventives en adaptant et en ciblant les méthodologies d'intervention, à élargir les réseaux de collaboration, et à améliorer les mécanismes de coordination, à accroître l'accès au dépistage et aux traitements, à garantir une prise en charge psychosociale adéquate, et à promouvoir les mesures de réinsertion.
- Le plan d'action national « Démence » (2014-2019): les propositions d'actions tiennent compte du parcours de la personne atteinte d'une démence et de son entourage. Elles traitent les aspects suivants: l'information des proches, le diagnostic précoce et la prise en charge médicale, l'accompagnement de la personne concernée et de son entourage, le maintien à domicile, la prise en charge institutionnelle, l'éthique et le droit.
- Le plan gériatrie: en cours d'élaboration, ce plan prévoit la prise en charge de la personne âgée à l'hôpital et propose des mesures pour ajouter des années à la vie et de la vie aux années (« Active aging » ou « vieillir en bonne santé »)
- Le plan Antibiotiques (2018-2022) : en cours d'élaboration, prévoit des mesures transversales et multidisciplinaires visant à combattre le phénomène des antibiorésistances. L'information et la sensibilisation de la population générale et du personnel de soins et de santé sont des priorités de ce plan.
- Le plan maladies rares: Dans le programme européen 2015 - 2020 les maladies rares ont été retenues, ensemble avec les maladies chroniques et les cancers, comme priorités. Depuis 2008 déjà, Eurordis, Alliance Européenne pour les maladies rares, organise annuellement la Journée Maladies Rares, à laquelle un nombre croissant de pays adhèrent, dont le Luxembourg. Un plan « maladies rares » est en voie de préparation.

## **Ad B.**

### **a. en milieu scolaire**

La surveillance médico scolaire comprend l'ensemble des mesures préventives, des examens médico-psycho-sociaux et des suivis des enfants à besoins de santé spécifiques, ainsi que les interventions de promotion de la santé, l'éducation à la santé en faisant partie intégrante.

Les services de la médecine scolaire s'adressent à tous les enfants et adolescents de l'enseignement fondamental (débutant à l'âge de l'obligation scolaire c'est-à-dire **4 ans**) et de l'enseignement secondaire du GD de Luxembourg (enseignement général, éducation différenciée, formation professionnelle ou enseignement à domicile), enseignement public ou privé.

La surveillance médico-psycho-sociale systématique est réalisée tous les 2 ans, le suivi des enfants à besoins de santé spécifiques (PAi / Projet d'accueil individualisé) s'organise au rythme du besoin de l'enfant, en principe au moins une fois par an.

L'adhérence à la surveillance médico scolaire se situe à plus de 92%, atteignant dans l'enseignement secondaire 98%, ce qui représente pour l'année 2016 environ 40 000 enfants et adolescents examinés dans le cadre de la surveillance médicale systématique.

La surveillance médico scolaire comprend la réalisation des mesures anthropométriques, de tests visuels et auditifs, du contrôle des vaccinations en accord avec les recommandations vaccinales nationales, un bilan de santé général portant attention aux spécificités de l'âge de l'enfant, le suivi de l'évolution de l'état de santé physique et psychique dans le temps, l'identification d'anomalies ou de déficits nécessitant un examen ou un diagnostic approfondi chez un médecin traitant, le suivi des enfants ayant des besoins de santé spécifiques (tels par exemple : diabète - épilepsie- allergie - maladies neuro dégénérative, trouble psychologique ....)

En collaboration avec l'Inspection sanitaire, la Division de la Médecine Scolaire intervient dans les écoles et lycées en cas de maladies infectieuses à déclaration obligatoire (ex TBC, méningite...) et autres (poux, gale...) pour la mise en œuvre des procédures retenues par les autorités sanitaires.

S'ajoutent aux mesures exposées des interventions de promotion de la santé et d'éducation à la santé à un niveau collectif (interventions dans les classes, participation à des initiatives au niveau de l'établissement) et des interventions individuelles dans le cadre de la surveillance médico scolaire ou des suivis. Les thématiques abordées sont très variées, adaptées selon l'âge et les populations ciblées (alimentation saine, activité physique, santé sexuelle, consommation de drogues légales et illégales, maladies sexuellement transmissibles, violence, maltraitance, hygiène, prévention cancer (p.ex ; HIV, cancer des testicules, exposition soleil), prévention suicide, santé mentale, sommeil).

La Division de la médecine scolaire, de la santé des enfants et adolescents est responsable de la bonne mise en œuvre de la médecine scolaire au niveau national et assure la coordination, la cohérence et la mise en réseau des partenaires impliqués. La médecine scolaire de l'enseignement fondamental est réalisée par les équipes de la Ligue médico scolaire, responsables de la grande majorité des communes du pays, et par 5 services- communaux à savoir le service médico-scolaire des villes de Luxembourg, Schifflange, Dudelange, Esch/Alzette et Pétange. La médecine scolaire de l'enseignement secondaire est directement rattachée à la Division de la Médecine Scolaire/ Direction de la santé.

Chaque équipe médico-scolaire est responsable d'un certain nombre d'écoles ou lycées, pour lesquels elle représente le référent santé, étant à disposition pour toute question de santé pouvant préoccuper la collectivité scolaire. Toutefois, n'étant pas affectée uniquement à un seul bâtiment, et n'assurant pas de présence permanente, elles ne fonctionnent pas en tant qu'infirmerie scolaire.

Les services de la médecine scolaire travaillent en étroite collaboration avec les parents et les médecins traitants, avec le personnel pédagogique et éducatif des écoles et maisons relais, le corps enseignant et les services d'orientation psychologique et d'orientation scolaire des lycées, les internats et de nombreuses associations spécialistes des thématiques suivantes : drogues, sexualité, santé mentale...

Depuis 2000, le Luxembourg a fait des progrès notables pour promouvoir la santé des enfants et des jeunes dans le sens que lui attribue l'OMS, c'est-à-dire la santé physique, psychique, sociale et culturelle, la création d'environnements et de circonstances favorables, l'élaboration de politiques et de réseaux soutenant. La prévention et la promotion de la santé, (dont l'éducation à la santé fait partie intégrante), sont des éléments renforcés dans les déclarations gouvernementales du GD de Luxembourg de 2004-2009, 2013.

Les initiatives du Ministère de la Santé se construisent dans une approche interdisciplinaire et multisectorielle, en étroite partenariat avec les professionnels et services médicaux du terrain, ainsi que les autres Ministères concernés, notamment les Ministères de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle et celui de la Famille et de l'intégration. Le renforcement des services de première ligne et de réseaux à proximité des lieux de vie des enfants et jeunes et de leurs familles sont d'importants objectifs.

## **b. pour les autres groupes**

### Programmes de dépistage de masse disponibles:

- Le dépistage du cancer du sein : le "Programme Mammographie" (PM) est le programme national de dépistage du cancer du sein au Luxembourg. En 1992 le Ministère de la Santé a initié ce programme, en partenariat avec la CNS et la Fondation Luxembourgeoise contre le

Cancer. Depuis ses débuts, ce programme s'est attaché à suivre de près les recommandations européennes élaborées par des experts reconnus. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 70 ans, et les invite à réaliser tous les 2 ans une mammographie pour dépister le cancer du sein. La mammographie est gratuite et bénéficie d'une double lecture et d'un programme d'assurance qualité. Le programme bénéficie également d'évaluations périodiques.

- Le dépistage du cancer colorectal : le dépistage consiste en un test de recherche de sang occulte dans les selles pour les personnes à risque normal ou moyen, suivi d'une coloscopie pour les personnes dont le test est positif; une coloscopie de première intention est proposée d'emblée aux personnes à risque élevé de cancer colorectal. Ce programme de dépistage cible les personnes de 55 à 74 ans et a commencé le 15.09.2016.
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus : depuis le 1er mars 2008 a débuté un programme de vaccination des jeunes filles contre le Human Papilloma Virus (HPV), virus qui est responsable de la quasi-totalité des cancers du col de l'utérus. Cette vaccination est offerte gratuitement à toutes les jeunes filles assurées, âgées de 11-13 ans accomplis, et consiste en deux injections du vaccin. Des guidelines nationales en matière de dépistage et de suivi du cancer du col de l'utérus sont en voie de publication.

## Article 11 § 3

*"En vue d'assurer l'exercice du droit à la protection de la santé, les Parties Contractantes s'engagent:*

*à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres;"*

- A. Prière d'indiquer quelles sont les mesures, autres que celles mentionnées ci-dessus, prises pour prévenir les maladies épidémiques, endémiques ou autres (vaccination obligatoire ou facultative, désinfection, police des épidémies).**
- B. Prière d'indiquer quelles sont les mesures générales de protection prises en matière d'hygiène publique, telles que:**
- a. i. prévention de la pollution de l'air
  - ii. prévention de la pollution de l'eau
  - iii. protection des éléments contre les substances radioactives
  - b. lutte contre le bruit
  - c. contrôle des denrées alimentaires
  - d. hygiène de l'habitat
  - e. mesures de lutte contre l'alcoolisme et les stupéfiants et notamment mesures restrictives de leur consommation et éventuellement du tabac pour les mineurs
- C. Prière de fournir toutes statistiques ou autres informations pertinentes sur la proportion de fumeurs l'évolution de la consommation d'alcool, ainsi que sur les taux de maladies infectieuses et épidémiques.**

### Ad A.

Le programme de vaccinations national (depuis 1983-aujourd'hui): les vaccinations ne sont pas obligatoires au Luxembourg, elles sont néanmoins fortement recommandées. Les vaccinations proposées dans le calendrier vaccinal national luxembourgeois sont offertes gratuitement par l'état. Les nouveau-nés et les nourrissons sont systématiquement vaccinés contre 13 maladies à prévention vaccinale par les pédiatres, dans le cadre des visites médicales prévues dans le programme de santé maternelle et infantile. Les taux de vaccination évalués par une enquête nationale tous les 5 ans sont excellents (>95%).

Le programme national de vaccination est accessible sous <http://www.sante.public.lu/fr/prevention/vaccination/calendrier-vaccinal/index.html>

En résumé, ce programme très complet comprend :

- La primo-vaccination universelle du nourrisson dès l'âge de 2 mois contre la diphtérie (D), le tétanos (T), la coqueluche (aP), les infections invasives à Haemophilus Influenzae de type b (HiB), la poliomyélite (IPV), l'hépatite B (HBV), le rotavirus et les infections invasives à pneumocoques (PCV13), avec rappel au cours de la 2ème année de vie pour D, T, aP, HiB, IPV, HBV et PCV13

- La vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle (RORV) dès l'âge de 12 mois, avec rappel entre 15 et 23 mois
- Une vaccination contre les infections invasives à méningocoques C (MenC) à l'âge de 13 mois
- Un rappel D, T, aP, IPV à l'âge de 5-6 ans, puis des rappels tous les 10 ans contre ces maladies, tout au long de la vie
- La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez la jeune fille âgée de 11 à 14 ans
- La vaccination contre la grippe saisonnière pour les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes à risque, y compris les femmes enceintes
- La vaccination contre les infections invasives à pneumocoques chez les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes à risque.
- La dernière enquête de couverture vaccinale chez les enfants de 25-30 mois, menée en 2012, a montré un taux de couverture de plus de 95% pour D, T, aP, IPV, PCV, MenC et RORV (1ère dose), de 94,9% pour Hib et de 93,6% pour HBV. Ces taux de couverture sont excellents et stables au cours du temps. Le rapport de cette enquête, qui inclut des recommandations visant à maintenir et améliorer l'adhésion au programme vaccinal de la première enfance, sont disponible sous <http://www.sante.public.lu/fr/publications/e/enquete-couverture-vaccinale-lux-2012/index.html>.

La couverture vaccinale des jeunes filles et femmes contre le HPV a été évaluée en 2016 sur les données de remboursement de ce vaccin provenant de la CNS. L'analyse du taux de couverture a été réalisée chez les jeunes filles âgées de 12 à 25 ans ayant fait l'achat d'un vaccin contre le HPV entre le mois de mars 2008 et le 31 décembre 2015 et est basé sur le nombre de doses délivrées.

Au 31 décembre 2015, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 66,2% pour les jeunes filles âgées entre 15 et 18 ans. Elle s'élève à 65,1% pour celles nées en 1997 (18 ans), 68,6% celles nées en 1998 (17 ans), 66,5% pour celles nées en 1999 (16 ans) et 64,5% nées en 2000 (15 ans).

La couverture vaccinale pour au moins deux doses est de 61,1% pour les jeunes filles âgées entre 15 et 18 ans. Elle s'élève à 61,2% pour celles nées en 1997 (18 ans), 63,1% celles nées en 1998 (17 ans), 61,8% pour celles nées en 1999 (16 ans) et 58,4% nées en 2000 (15 ans).

La couverture vaccinale pour au moins trois doses est de 52,9% pour les jeunes filles âgées entre 15 et 18 ans. Elle s'élève à 56,2% pour celles nées en 1997 (18 ans), 56,5% celles nées en 1998 (17 ans), 53,6% pour celles nées en 1999 (16 ans) et 45,3% nées en 2000 (15 ans).

La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière des personnes âgées de 65 ans et plus pour les années considérées est d'un peu plus de 40% (c.f. tableau ci-dessous). Ces chiffres sont issus des données de remboursement des vaccins.

<b>Années</b>	<b>Vaccination contre la grippe</b> <b>% de la population âgée de 65 ans et plus</b>
2012	44,7
2013	43,3
2014	41,8
2015	41,2 (P)

Cf. tableaux excel joints :

- Couverture vaccinale 1996-2002-2007-2012
- Couverture vaccinale 2015 — vaccin contre HPV
- Le programme d'aide au sevrage tabagique (2008-aujourd'hui) : a pour but de fournir une prise en charge adaptée à toutes les personnes désirant arrêter de fumer. Ce programme s'adresse à tous les fumeurs ou fumeuses assuré(e)s auprès de la CNS, et leur offre une cure de sevrage de 8 mois, dont la consultation initiale et finale sont totalement gratuites, et dont une partie des médicaments nécessaires au sevrage sont remboursés par la CNS.
- Prévention du cancer de la peau: tous les ans, la division de la médecine préventive, en collaboration avec la société luxembourgeoise de dermatologie, mène des actions de terrain et une campagne d'information pour sensibiliser la population générale au cancer de la peau. Elle s'aligne aux campagnes de Euromelanoma et traduit les différents supports mis à disposition dans les différentes langues demandées (FR, DE, EN, PT). Souvent, un visuel propre luxembourgeois est utilisé, mais reprenant et illustrant les messages de Euromelanoma.
- Le programme "Gesond iessen, Méi bewegen" (2006 - aujourd'hui) poursuit trois objectifs: la sensibilisation et l'information sur l'importance de l'adoption de modes de vie favorables à la santé physique, psychique et sociale; la promotion du « manger sain et équilibré », et l'augmentation en quantité et en qualité de l'activité motrice de la population, surtout des enfants et des adolescents.
- Le « Programme National - Promotion de la Santé Affective et Sexuelle » s'engage à mettre en œuvre un plan d'action couvrant la période 2013-2016. Cinq axes d'intervention ont été retenus: la gouvernance, l'information, la sensibilisation et l'éducation en matière de santé affective et sexuelle, l'amélioration des compétences, l'égal accès pour tous aux méthodes contraceptives et aux traitements, la diversification et durabilité de l'offre, et l'évaluation.
- Le programme de promotion de l'allaitement maternel (2006-aujourd'hui) a pour objectifs: augmenter le taux d'allaitement en général au Luxembourg, augmenter le taux d'allaitement exclusif, maintenir ce taux jusqu'à l'âge de 6 mois et éviter les abandons précoces.
- Le programme de santé maternelle et infantile : un système de surveillance de la santé prénatale, périnatale et maternelle a été mis en place au début des années 1980 au Luxembourg; il s'agit d'un programme national continu de surveillance et de dépistage prénatal, qui a pour but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge et de la santé des mères et des nourrissons au Luxembourg.
- Le programme national de vaccination contre le HPV (2008-aujourd'hui) s'adresse aux jeunes filles âgées de 11 à 13 ans accomplis. (voir ci-devant)
- Le Programme de santé cardio-cérébrovasculaire : chaque année une campagne est organisée afin de sensibiliser et d'informer le grand public aux facteurs de risques des maladies cardia et -cérébrovasculaires. Cette campagne est complétée par des conférences, table-rondes, cours de formation, des journées-santé, des stands, pour rencontrer le public et lui offrir des séances d'éducation à la santé. La journée mondiale du cœur, le 29 septembre, est célébrée à un niveau national par le ministère et ses partenaires, comme p.ex. la société luxembourgeoise de cardiologie, le LIH (Luxembourg Institute of Health),...
- Prévention du diabète : tous les ans des actions sont organisées avec la maison du diabète et l'ALD (Association Luxembourgeoise du Diabète), afin de sensibiliser le public à cette maladie et à ses facteurs de risque. Un test pour évaluer son propre risque de développer le diabète au cours des 10 prochaines années a été rendu disponible sur le site [www.sante.lu](http://www.sante.lu). Plusieurs actions de

terrain sont organisées, et une campagne de sensibilisation est lancée chaque année à l'occasion de la journée mondiale du diabète, le 14 novembre.

- La prévention de l'ostéoporose: tous les ans une campagne pour prévenir l'ostéoporose est organisée. Le site [www.sante.lu](http://www.sante.lu) offre également l'opportunité de calculer soi-même son risque ostéoporotique et son risque fracturaire au cours des 10 prochaines années. Cette campagne annuelle s'articule autour de la journée mondiale de l'ostéoporose, le 20 octobre, et est menée conjointement avec la société nationale de rhumatologie et l'IOF (International Osteoporosis Foundation).
- La promotion du don d'organes: au Luxembourg, la loi prévoit le « Consentement présumé », c'est-à-dire que chaque citoyen est considéré comme donneur potentiel, à moins de s'y être opposé de son vivant par écrit. Le Ministère de la Santé met à disposition du public un dépliant d'informations sur le sujet, ainsi que le « passeport de vie », une petite carte au format de carte bancaire qu'on peut compléter et porter toujours sur soi. Les listes d'attente des personnes en attente d'un organe à greffer sont longues. C'est pourquoi, chaque année, une campagne d'information et de sensibilisation est lancée à ce sujet, pour encourager au don d'organes, un acte de générosité et de solidarité qui sauve des vies. Cette campagne est complétée par une action de terrain et menée conjointement avec l'association Luxtransplant, responsable pour la coordination des actions de prélèvement et de transplantation d'organes, et s'articule autour du 17 octobre, journée mondiale du don d'organes.
- La prévention des accidents domestiques : une enquête nationale a été menée en 2013, visant à recueillir le nombre d'accidents, ainsi que des renseignements précis sur les circonstances des accidents et blessures subies par les personnes; Elle a eu pour objectif de rassembler des informations afin d'élaborer des programmes de prévention appropriés pour réduire le nombre et la gravité des blessures par accidents domestiques au Luxembourg. Des campagnes de sensibilisation à la thématique ont déjà eu lieu.

## **Ad B.**

### **a.**

#### ***i. prévention de la pollution de l'air***

Les valeurs limites concernant les principaux polluants dans l'air sont données par le règlement grand-ducal modifié du 29 avril 2011 portant application de la directive 2008/50/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2008 concernant la qualité de l'air ambiant et un air pur pour l'Europe.

Un plan de qualité de l'air pour la Ville de Luxembourg et les alentours a été élaboré et actualisé en 2011 pour la période 2010 – 2020 (cf. [http://www.environnement.public.lu/air\\_bruit/dossiers/plan\\_qual\\_air\\_ville\\_lux/pdf\\_plan\\_qual\\_air\\_ville\\_lux.pdf](http://www.environnement.public.lu/air_bruit/dossiers/plan_qual_air_ville_lux/pdf_plan_qual_air_ville_lux.pdf)).

En complément au plan de qualité de l'air pour la Ville de Luxembourg et environs, un programme national de qualité de l'air (PNQA) a été élaboré par l'Administration de l'environnement du Ministère du Développement durable et des Infrastructures pour l'ensemble du territoire du Grand-Duché de Luxembourg et fut approuvé le 21 juin 2017 par le Conseil de Gouvernement.

(cf. [http://www.environnement.public.lu/air\\_bruit/dossiers/Programme-national-de-qualite-de-lair/2017-PNQA-layout.pdf](http://www.environnement.public.lu/air_bruit/dossiers/Programme-national-de-qualite-de-lair/2017-PNQA-layout.pdf))

Ce programme vise en premier lieu le respect des valeurs limites pour le dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>) et la limitation de la pollution par les particules fines (PM<sub>10</sub> et PM<sub>2,5</sub>) qui est directement liée à la pollution par les oxydes d'azote.

Le PNQA procède sur une évaluation de la qualité de l'air ainsi qu'une analyse des sources d'émissions responsables. En outre, le programme propose des mesures potentielles d'amélioration tant au niveau local (« Hotspots ») que national ainsi que des mesures à court-terme (en cas de pics de pollution) et long-terme.

A l'aide de stations pour mesurer les taux en continu, la Division de la Santé au Travail et de l'Environnement procède au mesurage des particules fines à l'extérieur. Cependant, ces mesurages n'analysent pas l'identité chimique des particules fines, mais se contentent de déterminer la concentration totale en particules fines (PM<sub>10</sub> ou PM<sub>2,5</sub>). La Division de la Santé au Travail et de l'Environnement est régulièrement appelée à interpréter les résultats de ces mesurages, notamment lorsqu'il y a des pollens dans l'air. Dans ce cas, elle émet des messages de protection spécifiques. Généralement ces messages sont plutôt liés au froid ou à la chaleur extrêmes.

En ce qui concerne l'impact sanitaire, il est difficile de le mesurer étant donné la nature chimique très diversifiée.

- **ii. *prévention de la pollution de l'eau***

Le Ministère de la Santé procède ensemble avec le Département de l'Environnement à des prélèvements visant à analyser la qualité l'eau. Le mesurage du Ministère de la Santé analyse l'effet éventuel de certaines substances relevées dans l'eau potable sur la santé humaine.

#### **Loi modifiée du 19 décembre 2008 relative à l'eau**

En transposant la directive-cadre européenne sur l'eau (→ 5.1 *La directive-cadre européenne sur l'eau*), le législateur a adapté les lois relatives à l'eau en vigueur jusqu'alors aux exigences européennes, ce qui est allé de pair avec un certain nombre de modifications fondamentales. La transposition a débouché sur la loi luxembourgeoise du 19 décembre 2008 relative à l'eau qui constitue donc une forme de législation moderne. Des modifications à la loi modifiée du 19 décembre 2008 relative à l'eau ont été apportées récemment par la loi du 20 juillet 2017 modifiant la loi relative à l'eau.

La loi contient entre autres des dispositions relatives au calcul du prix de l'eau ainsi que des instructions relatives à l'alimentation en eau potable et à l'élimination des eaux usées. L'article 22 de la loi relative à l'eau interdit par ailleurs toute altération de l'état physico-chimique ou biologique des eaux de surface et des eaux souterraines et ce, conformément aux dispositions de la DCE. L'article 23 de ladite loi énumère des travaux et activités qui sont soumis à une autorisation, tels par exemple le prélèvement en eau de surface ou en eau souterraine. Par ailleurs, cette loi détermine quand et comment les fonctionnaires de l'Administration de la gestion de l'eau sont autorisés à statuer sur les infractions à la même loi et comment sanctionner et réprimer ces infractions. Elle comprend en outre des dispositions relatives à la protection contre les inondations au sens de la directive relative à l'évaluation et à la gestion des risques d'inondation (→ 4.4 *La directive relative à l'évaluation et à la gestion des risques d'inondation*).

Conformément aux dispositions des articles 28, 38 et 52 de la loi modifiée du 19 décembre 2008 relative à l'eau, le programme de mesures, le plan de gestion des risques d'inondation et le plan de gestion de district hydrographique sont approuvés par le Gouvernement en conseil et publiés dans le Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le plan de gestion des risques d'inondation et le plan de gestion des districts hydrographiques du Rhin et de la Meuse sont réexaminés et mis à jour tous les six ans.

En ce qui concerne le programme de mesures établi pour le Grand-Duché de Luxembourg en 2009, il y a lieu de souligner que ce dernier comprend des mesures en matière de gestion des eaux urbaines et des mesures hydromorphologiques à mettre en œuvre jusqu'en 2027. Les mesures complémentaires et les mesures agricoles sont applicables sur l'ensemble du territoire du Grand-Duché.

Etant donné que l'ensemble des mesures prévues dans le programme de mesures ne peut pas être réalisé à court terme, une priorisation des mesures a été effectuée visant à atteindre le bon état des masses d'eau identifiées. Des cycles de gestion de 6 ans sont définis pour les périodes 2009-2015, 2015-2021 et 2021-2027. Un contrôle d'efficacité et un état des lieux est réalisé tous les 6 ans et une actualisation des programmes de mesures est nécessaire en cas de non-atteinte des objectifs environnementaux.

Conformément aux dispositions de l'article 44 de la loi modifiée du 19 décembre 2008 relative à l'eau, des zones de protection doivent être délimitées pour « les masses d'eau ou parties de masses d'eau servant de ressource à la production d'eau destinée à la consommation humaine ». Au Grand-Duché de Luxembourg, l'exploitant du point de prélèvement doit adresser une demande de création d'une zone de protection au ministre et la création des zones de protection se fait par règlement grand-ducal. Le règlement grand-ducal du 9 juillet 2013 relatif aux mesures administratives dans l'ensemble des zones de protection pour les masses d'eau souterraine ou parties de masses d'eau souterraine servant de ressource à la production d'eau destinée à la consommation humaine arrête des mesures applicables à l'ensemble des zones de protection. Il arrête la liste des activités, installations ou dépôts qui, en raison du fait qu'ils sont susceptibles de porter atteinte à la qualité de l'eau ou au débit exploitable de la ressource hydrique, sont interdits ou réglementés dans l'ensemble des zones de protection. Chaque règlement grand-ducal portant création de zones de protection autour du captage d'eau souterraine prévoit également l'élaboration d'un programme de mesure visant à protéger l'eau. Ce programme de mesure est à mettre en place par l'exploitant d'un point de prélèvement.

Les eaux du lac de la Haute-Sûre sont protégées par la loi du 27 mai 1961 concernant les mesures de protection sanitaire du barrage d'Esch-sur-Sûre. Par ailleurs le règlement grand-ducal modifié du 16 décembre 2011 détermine les installations, travaux et activités interdites ou soumises à autorisation dans la zone de protection sanitaire II du barrage d'Esch-sur-Sûre.

En ce qui concerne le principe de la récupération des coûts des services liés à l'utilisation de l'eau, ce principe est inscrit aux articles 12 à 17 de la loi modifiée du 19 décembre 2008 relative à l'eau. Selon ces dispositions, les coûts liés à l'utilisation de l'eau sont calculés au moyen d'un schéma unitaire. Les communes luxembourgeoises, opérateurs des services d'approvisionnement d'eau destinée à la consommation humaine et d'assainissement, ont procédé à la détermination des coûts des services liés à l'utilisation de l'eau par le biais d'une méthode harmonisée à partir d'octobre 2009. Les formulaires mis à disposition des communes devant faciliter aux communes et syndicats de communes la tâche de déterminer les coûts des services liés à l'utilisation de l'eau et d'assurer une approche harmonisée pour l'ensemble des communes, ont distingué les consommations d'eau des secteurs des ménages, de l'industrie et de l'agriculture, ainsi que les coûts y afférents. La modification de la loi relative à l'eau a introduit un quatrième secteur, à savoir le secteur Horeca dont relèvent les hôteliers, restaurateurs et cafetiers et le secteur des campings.

Les communes, qui sont autonomes pour ce qui concerne la gestion de leur patrimoine et de l'établissement de leurs impositions y afférentes, en l'occurrence la tarification des services sous leur tutelle, procèdent à l'établissement d'un tarif de l'eau au niveau communal pour chacun des 4 secteurs qui contribuent par conséquent de façon appropriée aux coûts.

D'autres textes de loi et de règlements luxembourgeois qui sont importants dans le domaine de l'eau sont les suivants :

- le *Règlement grand-ducal modifié du 13 mai 1994 relatif au traitement des eaux urbaines résiduaires* (mise en œuvre de la directive européenne « eaux résiduaires urbaines » (directive 91/271/CEE)),
- le *Règlement grand-ducal modifié du 24 novembre 2000 concernant l'utilisation de fertilisants azotés dans l'agriculture* (mise en œuvre de la directive européenne « nitrates » (directive 91/676/CEE));
- le *Règlement grand-ducal modifié du 7 octobre 2002 relatif à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine* (mise en œuvre de la directive européenne « eau potable » (directive 98/83/CE));

A l'heure actuelle, toutes les communes et les syndicats d'eau potable ont réalisé le dossier technique I conformément à l'article 14 dudit règlement et ont réalisé par conséquent un grand pas vers une gestion de l'eau potable par « water safety plan » préconisé par la WHO. Grand nombre d'infrastructures sont actuellement rénovées et les études hydrogéologiques formant la base pour la délimitation des zones de protection de l'eau potable entamées. 11 zones de protection sont délimitées par règlement grand-ducal et 14 projets de règlement sont actuellement en phase de consultation du public.

- Surveillance sanitaire de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine (loi du 27 juin concernant la protection de la santé publique, loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la direction de la santé).
- Le Règlement grand-ducal du 9 juillet 2013 relatif aux mesures administratives dans l'ensemble des zones de protection pour les masses d'eau souterraine ou parties de masses d'eau souterraine servant de ressource à la production d'eau destinée à la consommation humaine
- Le Règlement grand-ducal du 12 décembre 2016 relatif à la protection des eaux souterraines contre la pollution et la détérioration
- Le Règlement grand-ducal du 8 juillet 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mai 2009 déterminant les mesures de protection spéciale et les programmes de surveillance de l'état des eaux de baignade.
- Etablissement de zones de protection sanitaire autour des eaux du lac d'Esch-sur-Sûre destinées à la production d'eau alimentaire (loi du 27 mai 1961 et ses règlements d'exécution)
- Surveillance de l'exploitation et de la mise dans le commerce des eaux minérales naturelles (règlement grand-ducal du 8 octobre 1983).
- Loi du 1er août 2001 portant approbation du Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et les lacs internationaux, fait à Londres, le 17 juin 1999 (Mémorial A 98)
- Règlement grand-ducal du 1er août 2001 portant interdiction de la pêche dans la partie de la Sûre comprise entre le pont de Reisdorf et le barrage de Moestroff (Mémorial A 106)
- Règlement grand-ducal du 18 mars 2000 déterminant les modalités de fonctionnement du comité de gestion du Fonds pour la gestion de l'Eau.
- Loi modifiée du 28 juin 1976 portant réglementation de la pêche dans les eaux intérieures.

Les textes suivants sont entrés en vigueur durant la période d'observation :

- Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 déclarant obligatoire le plan de gestion des districts hydrographiques du Rhin et de la Meuse du Grand-Duché de Luxembourg.
- Règlement grand-ducal du 5 février 2015 déclarant obligatoires les cartes des zones inondables et les cartes des risques d'inondation pour les cours d'eau de l'Alzette et de la Wark
- Règlement grand-ducal du 5 février 2015 déclarant obligatoires les cartes des zones inondables et les cartes des risques d'inondation pour les cours d'eau de l'Attert, de la Roudbaach et de la Pall
- Règlement grand-ducal du 5 février 2015 déclarant obligatoires les cartes des zones inondables et les cartes des risques d'inondation pour les cours d'eau de la Mamer et de l'Eisch

- Règlement grand-ducal du 5 février 2015 déclarant obligatoires les cartes des zones inondables et les cartes des risques d'inondation pour les cours d'eau de la Moselle et de la Syre
- Règlement grand-ducal du 5 février 2015 déclarant obligatoires les cartes des zones inondables et les cartes des risques d'inondation pour les cours d'eau de la Sûre inférieure, de l'Ernz blanche et de l'Ernz noire
- Règlement grand-ducal du 5 février 2015 déclarant obligatoires les cartes des zones inondables et les cartes des risques d'inondation pour les cours d'eau de la Sûre supérieure, de la Wiltz, de la Clerve et de l'Our
- Règlement grand-ducal du 15 janvier 2016 relatif à l'évaluation de l'état des masses d'eau de surface
- Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 7 octobre 2002 relatif à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine.
- Règlement grand-ducal du 16 décembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal du 7 octobre 2002 relatif à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine
- Règlement grand-ducal du 12 décembre 2016 relatif à la protection des eaux souterraines contre la pollution et la détérioration;
- Règlement grand-ducal du 12 avril 2015 portant a) interdiction de l'utilisation de la substance active S-métolachlore et b) interdiction ou restriction de l'utilisation de la substance active métazachlore.
- Règlement grand-ducal du 25 août 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 juillet 1976 portant introduction d'un permis de pêche touristique pour les eaux intérieures.
- Règlement grand-ducal du 9 juillet 2013 a) relatif aux mesures administratives dans l'ensemble des zones de protection pour les masses d'eau souterraine ou parties de masses d'eau souterraine servant de ressource à la production d'eau destinée à la consommation humaine, et b) modifiant le règlement grand-ducal modifié du 24 novembre 2000 concernant l'utilisation de fertilisants azotés dans l'agriculture
- Règlement grand-ducal du 12 décembre 2014 portant création de zones de protection autour du captage d'eau souterraine Doudboesch et situées sur le territoire de la commune de Flaxweiler
- Règlement grand-ducal du 12 décembre 2014 portant création de zones de protection autour du captage d'eau souterraine François et situées sur le territoire des communes de Tuntange et de Septfontaines
- Règlement grand-ducal du 12 décembre 2014 portant création des zones de protection autour du captage d'eau souterraine Kriepsweiren et situées sur les territoires des communes de Junglinster, Niederanven et Steinsel
- Règlement grand-ducal du 5 novembre 2015 portant création des zones de protection autour du captage d'eau souterraine Brickler-Flammang et situées sur le territoire de la commune de Hobscheid
- Règlement grand-ducal du 5 novembre 2015 portant création des zones de protection autour du captage d'eau souterraine Fischbour 1 et Fischbour 2 et situées sur le territoire de la commune de Hobscheid
- Règlement grand-ducal du 8 juillet 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mai 2009 déterminant les mesures de protection spéciale et les programmes de surveillance de l'état des eaux de baignade
- Règlement grand-ducal du 7 juillet 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 7 octobre 2002 relatif à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine.

Les règlements grand-ducaux suivants et portants création des zones de protection autour des captages d'eau souterraine seront publiés au cours de l'été 2017 :

- Règlement grand-ducal du XX/XX/XXXX portant création des zones de protection autour des captages d'eau souterraine Dreibuieren, Débicht et Laangegronn et situées sur les territoires des communes de Mersch, Fischbach, Larochette et Lintgen

- Règlement grand-ducal du XX/XX/XXXX portant création des zones de protection autour du captage d'eau souterraine Meelerbur et situé sur le territoire de la commune de Berdorf
- Règlement grand-ducal du XX/XX/XXXX portant création des zones de protection autour des captages d'eau souterraine Schiessentümpel 1, Schiessentümpel 2 et Härebur 1 et situés sur les territoires des communes de Waldbillig et de la Vallée de l'Ernz
- Règlement grand-ducal du XX/XX/XXXX portant création de zones de protection autour du captage d'eau souterraine Weierchen et situé sur le territoire de la commune de Redange-sur-Attert
- Règlement grand-ducal du XX/XX/XXXX portant création des zones de protection autour du captage d'eau souterraine Weilerbach et situé sur le territoire de la commune de Berdorf
- Règlement grand-ducal du XX/XX/XXXX portant création des zones de protection autour des captages d'eau souterraine Lampbour, Giedgendall 1, Giedgendall 2, Lampicht, Auf Setzen 1 et Auf Setzen 4 et situés sur le territoire des communes de Betzdorf et Flaxweiler.

- **iii. protection des éléments contre les substances radioactives**

1. Surveillance de la radioactivité du territoire national par un réseau de mesure et d'alarme automatique de la radioactivité dans l'air atmosphérique, l'eau de la Moselle et des échantillons prélevés dans l'environnement et les milieux biologiques.
2. Détermination de la teneur en radium, thorium et potassium naturel dans des échantillons de matériaux de construction, interdiction de l'importation et de la vente des matériaux dépassant la limite réglementaire.
3. Mesure du radon radioactif naturel dans les habitations et sur les lieux de travail potentiellement exposés.
4. Surveillance des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants dans l'industrie et la médecine.
5. Autorisation et surveillance des sources radioactives et des installations radiologiques utilisées dans l'industrie et en médecine.
6. Contrôle du transport et du transit de substances radioactives.

Il est confirmé que les limites de doses sont conformes aux recommandations de 1990 de la Commission internationale de protection contre les radiations (CIPR) et aux normes fixées par la directive 96/29/Euratom relative à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants.

Référence réglementaire :

Règlement grand-ducal modifié du 14 décembre 2000 concernant la protection de la population contre les dangers résultant des rayonnements ionisants.

**Pollution des sols**

La prévention de la pollution des sols due aux activités industrielles est réglée aux moyens des conditions d'exploitation fixées en application de la législation sur les établissements classés. Le cas échéant, il en est de même lors de la cessation d'activité d'une entreprise industrielle.

Un cadastre des sites contaminés et potentiellement contaminés a été mis en place. Il est tenu compte de ces informations notamment lors de la soumission de dossiers de demandes d'autorisations dans le cadre des établissements classés.

Par ailleurs, un avant-projet de loi relative à la protection des sols est en préparation.

## **b. lutte contre le bruit**

Conformément aux dispositions de la directive 2002/49/CE, des cartographies de bruit stratégiques pour les axes routiers, les axes ferroviaires ainsi que pour l'aéroport de Luxembourg ont été établies et publiées. (cf. [http://www.environnement.public.lu/air\\_bruit/dossiers/BR-bruit/index.html](http://www.environnement.public.lu/air_bruit/dossiers/BR-bruit/index.html))

Une mise à jour des cartes de bruit stratégiques est effectuée tous les cinq ans.

Sur base de ces cartes, un plan d'action comprenant un régime d'aides financières pour l'amélioration de l'isolation acoustique des bâtiments d'habitation contre le bruit aérien en provenance de l'aéroport du Luxembourg a été mis en place en 2010. Les modalités d'obtention des aides financières sont déterminées par le règlement grand-ducal du 18 février 2013 relatif à l'octroi des aides financières en vue de l'amélioration de l'isolation acoustique des bâtiments d'habitation contre le bruit aérien en provenance de l'aéroport du Luxembourg. Actuellement, une évaluation et une analyse de l'opportunité d'extension du régime d'aides à l'amélioration de l'isolation acoustique existant sont en cours.

(cf. [http://www.environnement.public.lu/air\\_bruit/dossiers/Aides\\_financieres/index.html](http://www.environnement.public.lu/air_bruit/dossiers/Aides_financieres/index.html))

Selon les dispositions de la loi du 2 août 2006 modifiant la loi modifiée du 21 juin 1976 relative à la lutte contre le bruit et du règlement grand-ducal du 2 août 2006 portant application de la directive 2002/49/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 juin 2002 relative à l'évaluation et à la gestion du bruit dans l'environnement, quatre avant-projets de plans d'action de lutte contre le bruit (grand axes routiers, grands axes ferroviaires, aéroport, agglomération) ont été élaborés.

(cf. [http://www.environnement.public.lu/air\\_bruit/dossiers/BRbruit/bruit\\_plans\\_action/index.html](http://www.environnement.public.lu/air_bruit/dossiers/BRbruit/bruit_plans_action/index.html)).

Trois de ces plans (grand axes routiers, grands axes ferroviaires, aéroport) sont une mise à jour des plans de 2010 tandis que le plan d'action contre le bruit dans l'agglomération (Ville de Luxembourg et périphérie) est un nouveau plan d'action.

Les avant-projets de plans d'action relatifs à la lutte contre le bruit font actuellement l'objet d'une mise à jour des cartes de bruit stratégiques. Une finalisation des plans est prévue pour fin 2017.

En matière de santé, plusieurs mesures ont été retenues dans le cadre d'un plan d'action élaboré lors de la campagne de sensibilisation du Ministère de la Santé concernant la musique amplifiée « Save Your Ears » active de 2010 à 2015 :

- Distribution de bouchons auriculaires et de flyers d'information lors de 12 grands concerts de 2010 à 2012;

Mise à disposition de 308.000 paires de bouchons auriculaires et de 100.000 flyers d'information pour les 3 grandes salles de concert au Luxembourg (Rockhal, Atelier et KuFa) et pour plusieurs concerts ponctuels (Knuedler, RAF, FFYS, E-Lake, et beaucoup d'autres) ;

Collaboration intensive avec les responsables des grandes fêtes de musique et des salles de concert pour le respect officieux d'une limite d'intensité et un affichage des dangers encourus; Collaboration avec le Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT) et pipapo.lu pour la formation des jobistes présents aux festivals d'été;

Collaboration avec l'enseignement fondamental et l'enseignement secondaire pour l'inclusion de l'aspect « protection auriculaire » dans les cours d'enseignement musical;

Elaboration détaillée d'une mise à jour des dispositions légales en matière des seuils de bruit maximaux dans les établissements publics en 2010. Cette mise à jour est basée sur les exemples de nos voisins européens et les recommandations de l'OMS.

Juillet 2017: Première présentation d'une structure d'une telle mise à jour de la part du MDDI et lancement de l'élaboration de textes.

**c. *contrôle des denrées alimentaires***

Afin de permettre une meilleure application des règlements communautaires dans le domaine de la sécurité et de l'hygiène alimentaire et de garantir l'efficacité et la qualité des mesures de contrôle effectuées dans ce domaine, le Gouvernement considère comme prioritaire la finalisation à brève échéance du projet de loi 6614, instaurant un système de contrôle et de sanctions relatif aux denrées alimentaires. Il sera par-là mis en place un système de contrôle et de sanctions efficace et dissuasif concernant plusieurs règlements européens relevant du domaine de l'hygiène et de la qualité.

**d. *mesures de lutte contre l'alcoolisme et les stupéfiants et notamment mesures restrictives de leur consommation et éventuellement du tabac pour les mineurs***

**Lutte contre le tabagisme**

De manière générale, au Luxembourg, la prévention du tabagisme est constituée d'un ensemble de mesures ayant pour objectif:

- d'empêcher les jeunes à toucher à leur première cigarette,
- de limiter l'accès au tabac,
- d'interdire la publicité en faveur du tabac et de ses produits,
- de sensibiliser le public sur les risques de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac,
- de motiver les tentatives d'arrêt,
- de faciliter l'arrêt du tabac,
- de protéger les non-fumeurs.

Ces mesures passent par l'interdiction de la publicité, l'interdiction de vente de tabac aux moins de 16 ans, la protection contre la fumée passive notamment dans les lieux publics.

Les campagnes de prévention visent:

- à informer la population sur les risques du tabagisme pour la santé,
- aider les jeunes et les enfants à résister à la cigarette et,
- aider les fumeurs à arrêter de fumer,
- responsabiliser les responsables d'entreprises, de restaurants et autres lieux publics sur les risques du tabagisme pour la santé.

**Mesures**

Plusieurs mesures ont été mises en place au Luxembourg pour lutter contre le tabagisme tant au niveau publicitaire qu'au niveau de la vente du tabac et de ses produits et des actions de prévention.

- Le Conseil de Gouvernement, en sa séance du 22/07/2016, a donné son feu vert au « Plan national de lutte contre le tabagisme » (PNLT 2016-2020). Il a pour but de prévenir et de réduire le tabagisme et sa morbidité et mortalité consécutives, en se fixant les objectifs globaux suivants : offrir à la population un environnement favorable pour prévenir le tabagisme et obtenir un sevrage tabagique durable; protéger les jeunes et prévenir l'entrée dans le tabagisme; aider les personnes désireuses d'arrêter de fumer à se sevrer du tabac durablement; offrir une prévention et une prise en charge du sevrage tabagique grâce à des pratiques professionnelles basées sur les acquis scientifiques dans le domaine de la tabacologie; acquérir de meilleures

connaissances ; évaluer régulièrement les étapes réalisées, et adapter le plan national et ses actions d'après les résultats de son évaluation épisodique.

- Le programme d'aide au sevrage tabagique (2008-aujourd'hui) : a pour but de fournir une prise en charge adaptée à toutes les personnes désirant arrêter de fumer. Ce programme s'adresse à tous les fumeurs ou fumeuses assuré(e)s auprès de la CNS, et leur offre une cure de sevrage de 8 mois, dont la consultation initiale et finale sont totalement gratuites, et dont une partie des médicaments nécessaires au sevrage sont remboursés par la CNS.

Cette prise en charge par la Caisse nationale de santé (CNS) de deux consultations spécifiques de tabacologie pour les personnes désireuses d'arrêter de fumer permet d'élargir l'offre d'aide au sevrage tabagique. Les médicaments nécessaires au sevrage tabagique, actuellement pris en charge par la CNS à hauteur de 100€ par cure de sevrage de 8 mois, seront dorénavant entièrement remboursés.

- Au 1er janvier 2017, le ministère de la Santé a lancé une campagne de motivation au sevrage tabagique, sous le slogan « 2017 : j'arrête ! », avec un taux de participation au programme de sevrage tabagique national, sensiblement plus élevé que les années précédentes. En automne 2017 une nouvelle campagne est prévue pour sensibiliser la population aux dangers du tabac et informer sur les nouvelles dispositions de la nouvelle loi anti-tabac.
- Depuis 1989, la législation luxembourgeoise a apporté des restrictions à la publicité en faveur du tabac. En 2006, de nouvelles mesures ont été introduites interdisant toute publicité directe et indirecte en faveur du tabac. Tout parrainage en faveur du tabac ou des produits du tabac est également interdite.

A partir du 1er janvier 2014, une nouvelle loi antitabac généralise l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Dorénavant, on ne pourra plus fumer :

- dans les cafés, les bistrotts et les bars,
- dans les discothèques,
- dans les salons de consommation de pâtisseries,
- dans les restaurants, brasseries, snacks et tous les établissements où la nourriture peut être servie ou consommée (déjà en vigueur depuis 2006),
- dans les galeries commerciales ou marchandes,
- dans les établissements couverts où sont pratiqués des sports ou des activités de loisir,
- dans les locaux à usage collectif des établissements d'hébergement (hôtels, auberges,...),
- dans tous les lieux publics déjà concernés par la législation en matière de lutte antitabac du 11 août 2006.

#### Interdit aux moins de 16 ans

Il est interdit de vendre du tabac à des mineurs âgés de moins de 16 ans. Les exploitants d'appareils automatiques de distribution délivrant du tabac doivent prendre les mesures nécessaires pour empêcher les moins de 16 ans d'avoir accès à ces appareils.

#### Avertissements sanitaires sur les produits de tabac

Depuis 1990, les fabricants de tabac sont obligés d'apposer des avertissements sanitaires visibles sur les produits de tabac:

- Fumer tue.
- Fumer provoque le cancer.
- Fumer provoque des maladies cardiovasculaires.
- Chaque année, le tabagisme fait plus de victimes que les accidents de la route.

- Pour être en bonne santé, ne fumez pas.
- Rauchen verursacht Krebs.
- Rauchen verursacht Herz- und Gefässkrankheiten.
- Jedes Jahr verursacht der Tabakmissbrauch mehr Opfer als der Strassenverkehr.
- Nichtraucher leben gesünder.

Outre ces avertissements de base, les paquets de cigarettes doivent mentionner un avertissement complémentaire:

- Les fumeurs meurent prématurément.
- Fumer bouche les artères et provoque des crises cardiaques et des attaques cérébrales.
- Fumer provoque le cancer mortel du poumon.
- Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant.
- Protégez vos enfants: ne leur faites pas respirer votre fumée.
- Votre médecin ou votre pharmacien peuvent vous aider à arrêter de fumer.
- Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas.
- Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires.
- Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse.
- Faites-vous aider pour arrêter de fumer.
- Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoque l'impuissance.
- Fumer provoque un vieillissement de la peau.
- Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité.
- La fumée contient du benzène, des nitrosamines, du formaldéhyde et du cyanure d'hydrogène.

D'autre part, tous les acteurs de la société sont appelés à participer à la lutte anti-tabac et plus particulièrement les professionnels de la santé au contact des personnes dans les cabinets ou à l'hôpital, mais également les parents à l'égard de leurs enfants.

#### Protection des non-fumeurs

Il y a quelques années, les sensibilisations aux méfaits du tabac visaient principalement les fumeurs. Aujourd'hui, on pense aux effets du tabac sur les personnes exposées involontairement au tabac, au droit des non-fumeurs à respirer de l'air sain.

En-dehors de la période d'observation du présent rapport, une nouvelle loi modifiant la loi modifiée du 11 août 2006 et transposant en droit national la directive 2014/40/UE du Parlement européen a été votée le 13 juin 2017, et est entrée en vigueur le 1er août 2017.

De nouvelles mesures y figurent, comme : interdiction de fumer ou de vapoter dans les voitures privées si des mineurs de moins de 12ans sont présents, interdiction de fumer ou de vapoter sur les aires de jeux, interdiction de fumer ou de vapoter dans les enceintes sportives ouvertes lorsque des mineurs de moins de 16ans accomplis y font du sport, interdiction de vendre des produits du tabac et des cigarettes électroniques aux moins de 18 ans, interdiction de vapoter aux mêmes endroits où s'applique l'interdiction de fumer. La commercialisation des produits de l'e-cigarette et des e-liquides a été régulée.

Ces nouvelles restrictions et interdictions ajoutées à la loi modifiée du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac, visent à renforcer la lutte contre le tabagisme passif, en protégeant d'avantage l'exposition de la population la plus fragile, dont les enfants, à la fumée, et à prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes.

## Quant à lutte contre la consommation d'alcool

Législation applicable en matière de consommation d'alcool :

- Boissons alcooliques - boissons confectionnées (règlement grand-ducal 2005)

Règlement grand-ducal du 28 décembre 2005 relatif aux boissons alcooliques confectionnées (Mémorial A - N°225, 30 décembre 2005, p. 3767-3768)

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2005/2253012/2005A3767A.html>

Les boissons alcooliques confectionnées, qui sont mises à la consommation dans le pays, sont passibles d'un droit d'accise autonome, appelé surtaxe, de 600 € par hectolitre de produit fini.

- Boissons alcooliques - interdiction de vente à des mineurs (loi 2006)

Loi du 22 décembre 2006 portant interdiction de la vente de boissons alcooliques à des mineurs de moins de seize ans (Mémorial A - N°237, 29 décembre 2006, p. 4621)

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2006/0237/2006A4621A.html>

Dans tous les débits de boissons, dans tous les commerces et dans tous les lieux publics il est interdit de vendre ou d'offrir à titre gratuit à des mineurs de moins de seize ans des boissons alcooliques ou des mélanges de boissons alcooliques avec d'autres boissons, titrant plus de 1,2% d'alcool en volume, à consommer sur place ou à emporter.

Toute infraction à la loi est punie d'une amende de 251 à 1.000 euros.

- Alcoolémie - abaissement du taux d'alcoolémie, dépistage général de drogues et autres mesures visant l'amélioration de la sécurité routière (loi 2007)

Loi du 18 septembre 2007 modifiant a) la loi modifiée du 14 février 1955 concernant la réglementation de la circulation sur toutes les voies publiques b) la loi modifiée du 16 avril 2003 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs c) la loi

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2007/1802709/2007A3348A.html>

Au Luxembourg, il est interdit de conduire avec une alcoolémie supérieure à 0,5 g d'alcool par litre de sang.

Ce seuil a été fixé à 0,2g d'alcool par litre de sang pour :

- les conducteurs de moins de 18 ans,
- les candidats au permis de conduire,
- les conducteurs en stage,
- les instructeurs auto-école,
- les accompagnateurs en conduite accompagnée,
- les chauffeurs professionnels.

Une alcoolémie supérieure ou égale à 1,2g d'alcool par litre de sang entraîne un retrait immédiat du permis de conduire

- Alcotest - conducteur et piéton (règlement ministériel 1992)

Règlement ministériel du 1er juillet 1992 concernant les modalités d'application des vérifications prévues pour déterminer l'état alcoolique d'un conducteur ou d'un piéton (Mémorial A - N°45, 1er juillet 1992, p. 1479-1482)

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/1992/0450107/1992A14791.html>

- Le **plan national alcool**, (2016-2021). en cours de validation, a pour priorité la protection des enfants et des jeunes, et la prévention de la consommation nocive d'alcool. A cette fin, deux mesures sont d'ores et déjà d'application depuis 2008: l'interdiction de vente d'alcool aux moins de 16 ans, et la surtaxation des alcopops. D'autres domaines d'intervention de ce plan concernent l'alcool sur le lieu de travail, l'alcool au volant, le bingedrinking, la réduction de la consommation nocive chez les adultes, la réduction des risques chez les seniors, le dépistage précoce et l'intervention brève, la prise-en-charge thérapeutique, l'épidémiologie et la recherche.
- Du 13 au 21 mai 2017 s'est déroulée la première édition de la semaine d'action « L'alcool ? Moins c'est mieux ! », organisée par le ministère de la Santé, en collaboration avec le ministère du Développement durable et des Infrastructures et la Sécurité Routière. La semaine a été lancée le 13 juin avec un stand dans la Grand-Rue de la capitale où le citoyen avait la possibilité de se familiariser avec l'objectif de cette initiative et avec le matériel d'information élaboré spécialement pour l'occasion.

Cette campagne de prévention mise avant tout sur l'engagement des citoyens et la participation, grâce à l'affichage, la distribution de matériel de sensibilisation et l'initiation au questionnement propre sur la consommation de tout un chacun.

La semaine d'action alcool 2017 a eu lieu pendant la même période en Allemagne, en Autriche, en Suisse et au Liechtenstein. Les ministres de la Santé de ces pays s'étaient en effet engagés lors d'une réunion en août 2016 au Luxembourg à unir leurs forces en faveur de cette initiative de mobilisation par l'organisation d'une semaine d'action commune.

- Quant aux statistiques relatives à la consommation d'alcool, quelques données sont disponibles suite à une étude européenne sur la consommation de tabac et d'alcool - « EUROPEAN HEALTH INTERVIEW SURVEY (EHIS) »<sup>6</sup>

#### Age de la 1ère consommation d'alcool

L'âge médian de la 1ère consommation d'alcool s'élève à 15,9 ans, avec une différence selon le sexe : 15,6 ans pour les garçons et 16,6 ans pour les filles.

#### Fréquence de la consommation d'alcool

La fréquence de la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois chez les résidents luxembourgeois âgés de 15 ans ou plus est :

- quotidienne pour 9,6%
- hebdomadaire pour 40,6% (au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours)
- mensuelle pour 23,5% (au moins une fois par mois, mais pas chaque semaine)

---

<sup>6</sup> Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une enquête européenne et a été conduite en 2014 auprès de 4 004 hommes et femmes âgés de 15 ans et plus résidant au GDL.

<http://www.statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2017/06/20170609/Fact-sheet-Tabac-Alcool.pdf>

- occasionnelle pour 8,7% (moins d'une fois par mois) - nulle pour 17,7%

**La fréquence de consommation d'alcool varie beaucoup selon le sexe** : les consommations hebdomadaires et quotidiennes sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes :

- consommation quotidienne : 13,7% des hommes et 5,5 % des femmes
- consommation hebdomadaire : 47,2% des hommes et 34,1% des femmes

### **Quant à lutte contre les drogues et autres substances psychotropes**

La législation luxembourgeoise en matière de drogues est basée sur la [loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie](#).

Ce texte régit la production, la consommation, la détention, la livraison, le commerce et le trafic des drogues contrôlées.

En 2001, une loi vient modifier la loi de 1973. Cette loi de 2001 introduit pour la première fois une différenciation des peines en fonction du type des substances concernées. Le cannabis et ses dérivés se différencient des autres drogues contrôlées.  
<http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2001/04/27/n1/jo>

La loi de 2001 introduit également une réduction des peines en cas de consommation simple ou de détention pour usage personnel de drogues contrôlées autres que le cannabis.

Elle apporte des distinctions notamment en fonction :

- du type d'infractions (consommation simple, consommation en présence de mineur(s), production, vente, ...);
- du statut professionnel de l'inculpé (médecins, enseignants,...);
- et du lieu du délit (à l'intérieur ou dans la proximité d'écoles, lieux de travail, prison, etc.).

Au Luxembourg, le cannabis dispose d'une législation spécifique, en partie distincte de celle des autres drogues illégales.

Depuis 2001, aucune peine d'emprisonnement n'est prévue pour la consommation simple ou la détention pour usage personnel de cannabis (seulement des amendes et sanctions administratives). Par contre, la vente de cannabis, son importation, sa culture et sa consommation associée à des circonstances aggravantes, comme en présence ou avec des mineurs, sont passibles de peines de prison et d'amendes très lourdes.

La loi de 2001 institue un cadre légal pour les traitements de la toxicomanie par substitution. Elle régit la création de locaux d'injection et d'autres moyens dûment agréés par le ministre de la Santé, qui visent à protéger les usagers contre les risques de la drogue.

C'est dans cet objectif de réduction des risques pour les usagers de drogues illicites, que le gouvernement luxembourgeois a mis en place des salles de consommation et des lieux de distribution et d'échange de seringues.

## Législation

- [Substances médicamenteuses - lutte contre la toxicomanie \(loi 1973\)](#)  
Loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mémorial A - N°12, 03 mars 1973, p.319-324)
- [Substances médicamenteuses - lutte contre la toxicomanie \(texte coordonné 1992\)](#)  
Texte coordonné du 29 octobre 1992 de la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, telle qu'elle a été modifiée (Mémorial A - N°83, 29 octobre 1992, p.2457-2463)
- [Substances médicamenteuses - lutte contre la toxicomanie \(rectificatif loi 2001\)](#)  
Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mémorial A - N°61, 17 mai 2001, p.1179-1182)
- [Substances médicamenteuses - lutte contre la toxicomanie \(règlement grand-ducal 2012\)](#)  
Règlement grand-ducal du 21 juillet 2012 modifiant - le règlement grand-ducal modifié du 19 février 1974 portant exécution de la loi du 19 février 1973 sur la vente des substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie; - l'annexe du règle
- [Substances médicamenteuses - lutte contre la toxicomanie \(loi 2014\)](#)  
Loi du 30 mai 2014 portant modification de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie (Mémorial A - N° 97, 10 juin 2014, p.1487-1488)
- [Substances psychotropes \(règlement grand-ducal 1974\)](#)  
Règlement grand-ducal du 20 mars 1974 concernant certaines substances psychotropes (Mémorial A - N°25, 12 avril 1974, p.468-469)
- [Substances psychotropes \(règlement grand-ducal 2014\)](#)  
Règlement grand-ducal du 24 janvier 2014 modifiant l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 20 mars 1974 concernant certaines substances psychotropes (Mémorial A - N°16, 30 janvier 2014, p.163)
- [Convention UCM - programme traitement de la toxicomanie par substitution \(2006\)](#)  
Convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des caisses de maladie portant organisation de la liquidation et du mode de paiement par l'Union des caisses de maladie, pour compte de l'Etat, des honoraires et fournitures des pharmacies ouvertes au public dans le cadre de l'application: 1° de l'article 8, point 2 de la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie et 2° du règlement grand-ducal du 30 janvier 2002 déterminant les modalités du programme de traitement de la toxicomanie par substitution (Mémorial A, N°135, 10 août 2006, p. 2282-2283)  
Date de l'acte: 04.07.2006
- Le plan « Drogues » (2005-2009, 2009 -2014, 2015-2019) : Le plan d'action repose sur deux piliers, à savoir la réduction de la demande et la baisse de l'offre, et d'autre part sur quatre axes transversaux, à savoir la réduction des risques, des dommages et nuisances, la recherche, l'information, les relations internationales, et finalement les mécanismes de coordination. Le plan d'action envisage d'approcher le phénomène des drogues et des addictions dans leur globalité en incluant aussi les dépendances générées par l'usage de substances légales (certains

produits licites, parmi lesquels figurent généralement l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes) ainsi que certains comportements, tels que l'addiction au jeu. Pour plus d'informations : [Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015–2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées](#)

- **Chiffres-clés - Consommation de drogues au Luxembourg**

Selon le rapport annuel 2016 sur « L'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg », la prévalence et le taux de prévalence d'usagers problématiques de drogues (UPD) sont estimés respectivement à: 2.070 personnes, 6,16 par mille personnes issues de la population nationale âgée entre 15 et 64 années.

Depuis 2003, on observe une tendance à la baisse du taux de prévalence d'usagers problématiques de drogues (UPD) illicites au Luxembourg.

L'usage intraveineux d'opiacés et de cocaïne associé à une [poly consommation](#) généralisée constitue le comportement le plus observé au sein des UPD au Luxembourg.

Globalement, un nombre croissant d'UPD suivent des traitements spécialisés ou profitent des offres bas-seuil.

Le taux de mortalité par [surdose](#) de drogues illicites au Luxembourg est en baisse:

- 12 cas en 2015,
- 27 cas en 2007.

L'intégralité du rapport peut être consultée sous le lien suivant :

<http://www.sante.public.lu/fr/publications/e/etat-drogue-gdl-rapport-revis-2016-fr-en/index.html>

## ARTICLE 12

### Droit à la sécurité sociale

#### Article 12 § 1

*"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties Contractantes s'engagent :*

*à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale;"*

- A. Prière d'indiquer les mesures donnant effet à cet engagement, en précisant la nature du système existant et les catégories de personnes couvertes<sup>(1)</sup>.
- B. Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.
- C. Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.
- D. Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

#### Ad A. - Nature du système de sécurité sociale

Le régime luxembourgeois de protection sociale obligatoire comprend les assurances maladie-maternité, dépendance, invalidité, vieillesse et survivants, la couverture en cas d'accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que les prestations familiales et l'assurance chômage. À côté du régime de base obligatoire, il existe des régimes complémentaires comme les mutuelles de sociétés de secours mutuel qui assurent un rôle complémentaire au régime obligatoire. Le régime d'assurance pension est complété par des régimes complémentaires de pensions institués par les entreprises. Enfin, les personnes ne disposant pas de ressources suffisantes peuvent bénéficier d'un droit à une assistance financière publique (cf. chapitre 8. *Revenu minimum garanti*).

Le code de la sécurité sociale reprend toutes les règles et normes en vigueur en matière de sécurité sociale au Luxembourg.

#### Soins médicaux

Sont protégées toutes les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui.

Sont également protégés les membres de famille, à savoir

- le conjoint et le partenaire déclaré
- le parent et allié en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré qui à défaut de conjoint ou de partenaire déclaré tient le ménage de l'assuré principal
- les enfants légitimes, naturels et adoptifs de l'assuré principal pour lesquels il obtient une modération d'impôt

---

<sup>(1)</sup> Conventions internationales du Travail n° 102 (Sécurité sociale. Norme minimum), n° 121 (Prestations en cas d'accidents et maladies du travail), n° 128 (Prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants) et n° 130 (Soins médicaux et indemnités de maladie).

- les enfants recueillis d'une manière durable dans le ménage de l'assuré et auxquels celui-ci assuré l'éducation et l'entretien, pour lesquels l'assuré, son conjoint ou son partenaire obtient une modération d'impôt
- les ayants droit âgés de moins de 30 ans pour lesquels la modération pour enfants n'est plus accordée, s'ils disposent de ressources inférieures au revenu minimum garanti pour une personne seule (1.348,18 €).

Toutefois la protection des membres de famille est soumise aux conditions suivantes:

- l'intéressé ne doit pas être affilié personnellement et
- il doit résider au Grand-Duché de Luxembourg, sauf en cas d'études ou de formation professionnelle.

Une dispense de la condition d'âge ou de la condition de résidence est prévue pour les cas exceptionnels et pour des motifs graves.

Chaque membre de famille n'est protégé que dans le chef d'un seul assuré principal, à savoir celui vivant en communauté domestique avec le membre de famille ou en assurant l'éducation et l'entretien.

Si ces conditions sont remplies à l'égard de plusieurs assurés principaux, la protection opère dans le chef de l'assuré principal le plus âgé.

### Renseignements statistiques

Nombre des salariés protégés en 2015

- en vertu du régime général : 399 274
- en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires : 28 992

Total : 

---

 428 266

Nombre total des salariés en 2015 428 266

Pourcentage du total des salariés protégés par rapport au total des salariés: **100%**

Le droit aux prestations médicales s'étend aux membres de famille des salariés. Le nombre des membres de famille s'élève à 206 489.

Les relations entre l'assurance maladie et les prestataires de soins sont réglées par des conventions conclues entre la Caisse nationale de santé (CNS) et les groupements professionnels représentatifs des médecins et des diverses professions de santé, ainsi que le groupement représentatif des hôpitaux.

La prise en charge des prestations par l'assurance maladie est assurée de façon différente pour le secteur extrahospitalier et pour le secteur hospitalier.

### Secteur extrahospitalier

Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires sont pris en charge par l'assurance maladie sur base de nomenclatures. Ces nomenclatures indiquent chaque acte ou service avec une lettre-clé et un coefficient correspondant.

La valeur de la lettre-clé en unité monétaire est négociée et fixée par les parties signataires des conventions respectives. Si les parties ne trouvent pas d'accord dans certains délais, une procédure de médiation est déclenchée. Si celle-ci n'aboutit pas, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale qui rend une sentence arbitrale sans recours. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans les nomenclatures. Les tarifs des actes et services sont déterminés en multipliant les coefficients par la valeur des lettre-clés respectives.

Les nomenclatures sont déterminées par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la commission de nomenclature qui est composée de membres désignés par les ministres de la sécurité sociale et de la santé, le comité-directeur de la CNS et les groupements signataires des conventions pour les médecins et les autres prestataires de soins.

Une Cellule d'expertise médicale de composition pluridisciplinaire :

- propose, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, une définition complète des actes et les indications et les conditions d'application ;
- s'enquiert de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et procède à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bienfondé de la prise en charge par l'assurance maladie ;
- collabore à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale et à leur promotion auprès des professionnels de la santé ;
- analyse des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'un service, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier;
- assure le secrétariat et l'appui technique du Conseil scientifique.

Le Conseil scientifique du domaine de la santé a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales c.à.d. des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Le Conseil scientifique collabore étroitement avec la Cellule d'expertise médicale en ce qui concerne la documentation et la recherche en matière de bonnes pratiques médicales, leur promotion auprès des professionnels de santé ainsi que la désignation d'experts et la conclusion de conventions dans le domaine des bonnes pratiques médicales.

#### Secteur hospitalier

Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir. Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques, en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.

La Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital, sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Sont uniquement opposables à l'assurance maladie les activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière.

Les prestations comprennent dans une mesure suffisante et appropriée :

- en cas d'état morbide:
  - les soins de médecine et de médecine dentaire
  - les traitements effectués par les professionnels de santé
  - les analyses de biologie médicale
  - les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires
  - les médicaments, le sang humain et les composants sanguins
  - les dispositifs médicaux
  - les traitements effectués en milieu hospitalier
  - les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation, sauf pour le cas de simple hébergement
  - les cures thérapeutiques et de convalescence
  - les soins de rééducations et réadaptations fonctionnelles
  - les frais de transport des malades
  - les soins palliatifs
  - les psychothérapeutes visant le traitement d'un trouble mental.

En cas de décès d'un assuré, il est alloué une indemnité funéraire.

A noter que la loi ne distingue pas entre la médecine curative et la médecine préventive, mais il est prévu que la médecine préventive peut faire l'objet de programmes spécifiques qui font l'objet d'une convention entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la CNS et le cas échéant, des services spécialisés.

La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts de la CNS.

Les assurés atteints d'une pathologie chronique grave qualifiée d'affection de longue durée, peuvent désigner un médecin référent. La désignation du médecin référent est faite sur une base volontaire et sur un commun accord entre l'assuré et le médecin. Le médecin référent a comme mission

- d'assurer le premier niveau de recours aux soins;
- d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé;
- de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré;
- de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de sensibiliser le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires;
- de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée;
- d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.

Le dossier de soins partagé est géré par l'agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé. Dans le respect du secret médical, l'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

Chaque patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé et a un droit d'information sur les accès et l'identité des personnes ayant accédé à ce dossier. Il peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.

- en cas de grossesse, d'accouchement et de leurs suites :
  - les soins d'une sage-femme, l'assistance médicale, les médicaments et les produits diététiques pour nourrissons,
  - les frais de séjour à l'hôpital
  - et, si nécessaire, toutes les autres prestations énumérées sous a).

La participation directe pour les prestations figurant à l'article 10 du code est de 20% pour les visites médicales en milieu extrahospitalier. Pour les autres actes médicaux réalisés en dehors d'un traitement stationnaire et pour les consultations médicales la participation est de 12%. Cette participation n'est pas applicable aux traitements par la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hémodialyse, aux examens à visée préventive et de dépistage, aux actes techniques dans le cadre de programmes de médecine préventive, ainsi qu'aux forfaits médicaux dans le cadre d'un traitement dans un centre de jour ou un service régional de psychiatrie ou dans le centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation.

Le traitement dans un hôpital est remboursé sans participation. L'entretien à l'hôpital donne lieu, sauf pour les enfants de moins de 18 ans, à une participation de 20,93 € par journée d'hospitalisation, jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 journées par année de calendrier. Les personnes admises en hôpital de jour participent à leur entretien à raison de 10,46 €, sauf en cas de traitement en hôpital de jour de psychiatrie.

Les médicaments ne sont dispensés et pris en charge que sur ordonnance. Ne sont remboursés que les médicaments inscrits sur une liste positive des médicaments. Ne peuvent être inscrits que les médicaments qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché, d'un prix au public et pour lesquels le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché a introduit une demande auprès de la CNS. Certains médicaments homéopathiques peuvent aussi être inscrits dans cette liste.

Les médicaments figurant dans la liste positive sont rangés en trois classes:

- le taux de remboursement normal de 80% s'applique à tous les médicaments pour lesquels les statuts ne prévoient pas un autre taux

- le taux de remboursement préférentiel de 100% s'applique aux médicaments avec les caractéristiques suivantes
  - a) avoir une indication thérapeutique précise
  - b) ne contenir qu'un seul principe actif
  - c) être irremplaçable ou présenter un intérêt vital dans le traitement de pathologies particulièrement graves ou chroniques
  - d) être susceptible d'engendrer pour la personne protégée une participation statutaire inappropriée.

Le taux de 100% s'applique également aux vaccins pris en charge par l'assurance maladie.

- le taux de remboursement réduit de 40% s'applique aux catégories de médicaments qui présentent un intérêt modéré dans la pratique médicale et qui sont destinés au traitement symptomatique de pathologies bénignes.

Les taux de 40% et 80% peuvent être relevés à 100% lorsque les médicaments sont prescrits dans le traitement des maladies longues et coûteuses ou sont administrés par voie intraveineuse à la suite immédiate d'un traitement hospitalier et génèrent une participation inappropriée pour le patient.

Médicaments remboursés	2011	2012	2013	2014	2015
Taux normal 80%	82,0	84,6	84,0	81,7	80,3
Taux préférentiel 100%	77,1	82,9	82,6	81,6	84,8
Taux réduit 40%	5,0	5,1	5,4	5,4	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>164,1</b>	<b>172,6</b>	<b>171,9</b>	<b>168,8</b>	<b>170,4</b>

Source(s): CNS - décomptes Unité(s): millions EUR

Au-delà d'un montant annuel de 60 € intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services médico-dentaires inscrits dans la nomenclature des médecins-dentistes sont pris en charge à raison de 88% des tarifs conventionnels applicables au moment de leur délivrance.

Les frais pour prothèses dentaires sont pris en charge à raison de 80%, sauf pour les prothèses restauratrices maxillo-faciales qui sont prises en charge à 100%. La participation personnelle n'est pas mise en compte pour les personnes protégées qui justifient avoir consulté un médecin-dentiste annuellement à titre préventif au cours des deux années de calendrier précédant la délivrance de la prothèse. La participation personnelle n'est mise en compte non plus en cas de renouvellement ou de réparation d'une prothèse totale.

Le traitement d'orthodontie n'est pris en charge que s'il est fait sur autorisation préalable et sous surveillance du Contrôle médical et le remboursement des frais ne se fait que dans la mesure du traitement effectivement accompli.

En principe l'assuré doit régler les factures relatives aux soins obtenus et s'adresser ensuite à sa caisse pour en obtenir le remboursement, compte tenu du montant de la participation personnelle éventuelle. Toutefois, si le paiement d'une prestation constitue une charge insurmontable pour l'assuré, la Caisse nationale de santé peut établir un titre de prise en charge à signer par l'intéressé et l'avance est faite par chèque barré tiré sur un compte bancaire de la CNS au nom du prestataire destinataire des fonds. D'autre part, si les frais avancés par l'assuré dépassent un certain montant, il peut être remboursé au guichet de la caisse moyennant un chèque tiré sur un compte bancaire de la CNS.

Dans le système du « tiers payant » les assurés n'ont qu'à payer leur participation et la CNS règle directement les frais aux prestataires pour les prestations suivantes

- frais de traitement en milieu hospitalier, à l'exception des honoraires médicaux
- médicaments
- analyses de biologie médicale
- rééducation dans un établissement spécialisé
- transfusion sanguine
- actes des professionnels de la santé.

La prise en charge directe est aussi accordée en cas d'indigence de la personne protégée sur attestation de l'office social.

Au cours d'une année civile, la participation aux prestations de soins de santé des personnes protégées ne peut dépasser 2,5% du revenu cotisable annualisé de l'année précédente, à moins que cette participation ne résulte d'une consommation abusive. En cas de dépassement du seuil, l'assuré a droit, sur demande annuelle, au remboursement des participations dépassant le seuil en question.

Les prestations de soins de santé sont accordées dès le premier jour de l'affiliation, sans stage.

### Indemnités de maladie

Sont protégées toutes les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui.

#### Renseignements statistiques

Nombre des salariés protégés en 2015

- |   |         |
|---|---------|
| - en vertu du régime général :                      | 399 274 |
| - en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires: | 28 992  |

<u>Total :</u>	<u>428 266</u>
----------------	----------------

Nombre total des salariés en 2015	428 266
-----------------------------------	---------

Pourcentage du total des salariés protégés par rapport au total des salariés : **100%**

#### Calcul du montant des prestations :

Le salarié incapable de travailler a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77<sup>e</sup> jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs (en moyenne 13 semaines)<sup>7</sup>. Un nouveau droit à la conservation du salaire n'est ouvert qu'au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte. L'indemnité pécuniaire n'est accordée qu'aux personnes assurées à titre obligatoire du chef d'une activité professionnelle, âgées de moins de soixante-huit ans.

Au-delà du 77<sup>e</sup> jour, la CNS verse une indemnité de maladie<sup>8</sup> qui est calculée sur la base du revenu professionnel soumis à cotisations (assiette cotisable) relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail, c'est-à-dire la rémunération de base ainsi que les compléments et accessoires, à condition qu'ils soient payables mensuellement en espèces, à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires.

Sont portées en compte séparément :

- la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des 3 mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la caisse
- la moyenne des compléments et accessoires de la rémunération qui font partie des assiettes des 12 mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail; si cette période de référence n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base des mois de calendrier entièrement couverts.

---

<sup>7</sup> Les fonctionnaires bénéficient de la continuation du paiement de leur salaire pendant toute la durée de l'éventualité

<sup>8</sup> idem

Toutefois l'indemnité ne pourra dépasser par mois le maximum cotisable en matière d'assurance maladie, soit le quintuple du salaire social minimum (9.614,82 €), montant dépassant de loin le salaire brut intégral gagné par un ouvrier masculin qualifié.

Le montant des salaires de base ne pourra être inférieur au salaire minimum légal (1.922,96 €), à moins d'une cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis la base de calcul est constituée par l'indemnité d'apprentissage.

La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

Aucun stage n'est exigé pour l'octroi de l'indemnité pécuniaire de maladie. L'indemnité pécuniaire prend cours le premier jour de l'incapacité de travail à condition qu'elle soit déclarée à la caisse de maladie au plus tard le troisième jour moyennant un certificat médical.

Un stage de 6 mois d'assurance au cours de l'année précédant le congé de maternité est requis pour l'obtention des indemnités de maternité.

L'indemnité de maladie (salaire + indemnité CNS) est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'appréciation du contrôle médical de la sécurité sociale, pour un total de 52 semaines pour une période de référence de 104 semaines. Toutefois, le droit au maintien du salaire ou à l'indemnité pécuniaire de maladie peut cesser avant la 52<sup>ème</sup> semaine, si le Contrôle médical de la sécurité sociale estime, sur base d'un rapport médical circonstancié, que l'assuré est capable de reprendre son travail ou si l'assuré a refusé de se soumettre au contrôle médical. Dans ce cas la CNS prend une décision de non-paiement du salaire ou de l'indemnité pécuniaire de maladie. Cette décision est susceptible d'un recours auprès des juridictions sociales.

En cas de déclaration tardive de l'incapacité de travail, l'indemnité pécuniaire n'est due qu'à partir du jour de la déclaration à la caisse de maladie.

L'indemnité pécuniaire de maladie n'est pas payée tant que le bénéficiaire se soustrait sans motif valable au contrôle médical ou aux examens médicaux prévus par la loi. Il en est de même s'il séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la caisse de maladie compétente ou se trouve en état de détention.

### **Prestations de chômage**

Est à considérer comme chômeur involontaire le travailleur sans emploi qui a perdu son dernier poste de travail sans faute grave de sa part ou qui a abandonné son dernier poste de travail pour des motifs exceptionnels, valables et convaincants.

Sont protégés :

- tous les travailleurs salariés habituellement occupés à plein temps par un employeur;
- les travailleurs habituellement occupés à temps partiel par un employeur, à condition qu'ils aient effectué régulièrement 16 heures de travail au moins par semaine;
- les travailleurs au service de plusieurs employeurs, à condition qu'ils aient perdu un emploi qu'ils occupaient régulièrement pendant 16 heures de travail au moins par semaine et que le revenu de travail mensuel qui leur reste soit inférieur à 2.884,44€.

### **Renseignements statistiques :**

Nombre de salariés résidents	218 870
Nombre de salariés frontaliers	170 399
<u>Nombre de salariés protégés en 2015 :</u>	<u>389 269</u>
Nombre total des salariés en 2015 :	389 269
Pourcentage des salariés protégés par rapport au total des salariés :	<b>100%</b>

Le taux de l'indemnité de chômage est de 80% du salaire brut antérieur du travailleur sans emploi. Ce taux est porté à 85% pour les chômeurs ayant des enfants à charge. Le maximum prescrit est de 250% du salaire social minimum (4.807,41 €) pour les premiers 6 mois et pour les 6 mois subséquents de 200% (3.845,93 €).

Lorsqu'un dépassement de la durée normale d'indemnisation de 12 mois est autorisé, le plafond est ramené pour la période subséquente de 6 mois à 150% du salaire social minimum (2.884,44€). Le pourcentage prescrit de 50% par rapport au salaire-type est donc toujours dépassé (60%).

La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

Répondent à la condition de stage, le travailleur occupé à plein temps et le travailleur occupé habituellement à temps partiel sur le territoire luxembourgeois à titre de salarié lié par un ou plusieurs contrats de travail, pendant au moins 26 semaines au cours des 12 mois précédant le jour de l'inscription comme demandeur d'emploi. Lorsque la période de référence de 12 mois comprend des périodes d'incapacité de travail ou de capacité de travail réduite de 50% au moins, celle-ci est prorogée, si nécessaire, pour une période d'une durée égale à celle de l'incapacité de travail ou de la capacité de travail réduite. La même règle est applicable lorsque ladite période de référence comprend des périodes de détention, des périodes de chômage indemnisé ou des périodes d'attente d'une décision portant sur l'octroi d'une pension d'invalidité à prendre par les juridictions sociales.

La durée de l'indemnisation est égale à la durée de travail, calculée en mois entiers, effectuée au cours des 12 mois précédant le jour de l'inscription comme demandeur d'emploi. L'indemnité de chômage ne peut dépasser les 12 mois par période de 24 mois. Cette durée d'indemnisation est prolongée pour les chômeurs âgés de 50 ans accomplis de respectivement 12, 9 ou 6 mois suivant qu'ils justifient de 30, 25 ou 20 années au moins d'assurance obligatoire de l'assurance pension. Pour les chômeurs qui ne remplissent pas ces conditions et qui sont particulièrement difficiles à placer le bénéficiaire de l'indemnité de chômage peut être prorogé pour une période de 182 jours de calendrier.

Le droit à l'indemnité de chômage prend cours au plus tôt à partir de la première journée de l'expiration de la relation de travail, à condition que le travailleur se fasse inscrire comme demandeur d'emploi le jour même de la survenance du chômage et qu'il introduise sa demande d'indemnisation dans les deux semaines au plus tard de l'ouverture du droit à l'indemnité. En cas d'inscription tardive le droit à l'indemnité prend cours le jour même de l'inscription.

Il n'existe pas de règles spéciales ayant trait aux prestations revenant aux travailleurs saisonniers.

Le droit aux prestations de chômage peut être refusé ou suspendu lorsque le travailleur :

- ne réside pas ou ne réside plus sur le territoire luxembourgeois, sous réserve de l'application de la réglementation européenne en la matière
- a été licencié pour faute grave ou lorsqu'il a abandonné son dernier poste de travail
- néglige de se présenter aux bureaux de placement ou refuse sans justification un emploi approprié qui lui est offert
- est inapte au travail
- touche une rente professionnelle d'attente de l'assurance accident
- atteint la limite d'âge de 65 ans.

### **Prestations de vieillesse**

L'âge prescrit pour donner droit aux prestations de vieillesse est de 65 ans. Cependant la pension de vieillesse sera accordée anticipativement dès l'âge de 60 ans aux assurés justifiant de 40 années d'assurance ou de périodes assimilées. Outre cette pension de vieillesse anticipée, une pension peut être accordée à partir de l'âge de 57 ans, sous réserve de l'accomplissement d'un stage de 40 années d'assurance obligatoire.

Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse anticipée peut exercer une activité salariée insignifiante ou occasionnelle, c'est à dire toute activité continue ou temporaire rapportant un revenu qui, repart sur une année civile, ne dépasse pas par mois un tiers du salaire social minimum soit 640,99€. Si le revenu dépasse ce seuil, la pension est réduite si et dans la mesure où elle dépasse ensemble avec les salaires un plafond fixe à la moyenne des cinq salaires les plus élevés de la carrière d'assurance. Sont protégées toutes les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui.

#### Renseignements statistiques

Nombre des salariés protégés en 2015	
- en vertu du régime général:	370.027
- en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires :	28 992
<b>Total :</b>	<b>399.019</b>
Nombre total des salariés en 2015:	399.019
Pourcentage du total des salariés protégés par rapport au total des salariés :	<b>100%</b>

La pension de vieillesse annuelle (attribuée en 2015) à l'indice 100 se compose de

- majorations proportionnelles s'élevant à 1,832% des salaires mis en compte, réduits à l'indice 100 et ajustés au niveau de vie d'une année de base servant de référence pour le calcul des pensions (1984). A cet effet, ils sont multipliés par des coefficients d'ajustement, qui expriment la relation entre le niveau moyen brut des salaires de l'année de base et le niveau moyen brut de chaque année de calendrier; de majorations forfaitaires s'élevant à 497,02 € après une carrière d'assurance de 40 ans;
- les majorations forfaitaires s'acquièrent par quarantième par année d'assurance, sans que le nombre des années mises en compte ne puisse dépasser celui de 40.
- Une allocation de fin d'année de 66,80 € est allouée pour une carrière d'assurance complète de 40 années.

Aucune pension annuelle, ajustée au niveau de vie de 2015 et adaptée à l'indice du coût de la vie 775,17, ne peut être inférieure à 20.713,56 € lorsque l'assuré a couvert au moins un stage de 40 années d'assurance. Si l'assuré n'a pas accompli ce stage, mais justifie de 20 années d'assurance au moins, la pension minimum se réduit de 1/40<sup>e</sup> pour chaque année manquante.

Pour une carrière d'assurance de 30 ans, la pension minimum s'élèverait à 20.713,56 x 30/40 = 15.535,17 €. Pour autant que de besoin un complément est alloué. Aucune pension annuelle ne peut être supérieure à 95.896,32€. Le maximum cotisable est 115.377,84 € par an.

Les pensions calculées à l'indice 100 du coût de la vie et pour l'année de base sont ajustées à l'évolution du niveau réel des salaires (facteur d'ajustement 1,424) et adaptées à l'évolution de l'indice du coût de la vie (nombre indice 775,17).

La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

En vue d'assurer le maintien du pouvoir d'achat, les pensions calculées à l'indice 100 du coût de la vie sont adaptées au coût de la vie. L'adaptation automatique est déclenchée si pour la période semestrielle écoulée la variation de l'indice se chiffre à 2,5% par rapport à la cote d'échéance précédente. En dehors de l'adaptation au coût de la vie, les pensions sont réajustées annuellement à l'évolution du niveau réel des salaires (augmentation du pouvoir d'achat). En fonction de la situation financière du régime de pension, le réajustement pourra ou devra le cas échéant être réduit ou neutralisé par voie législative.

Aura droit à la pension de vieillesse tout assuré âgé de 65 ans qui justifiera de 120 mois d'assurance au moins. Les périodes d'assurance sont comptées par mois de calendrier. Compte pour un mois entier la fraction de mois représentant au moins 64 heures de travail. Les fractions de mois inférieures à ces seuils sont réparties aux mois suivants et mises en compte le premier mois ou le

total des heures d'activité aura, compte tenu du report, atteint le seuil prévisé, alors que les salaires, traitements et revenus sont portés en compte pour le mois auquel ils se rapportent.

Les pensions sont suspendues pendant la durée d'une peine privative de liberté supérieure à un mois. Dans ce cas la pension sera dévolue aux personnes qui, en cas de décès du titulaire, auraient droit à une pension de survie à condition qu'elles résident au Luxembourg et que le pensionné ait contribué d'une façon prépondérante à leur entretien. En outre la pension est suspendue lorsque l'intéressé a essayé frauduleusement d'obtenir une prestation. Les prestations mentionnées aux articles 28 et 29 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité.

### **Prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles**

L'assuré a droit à la réparation du préjudice résultant d'une lésion ou d'une maladie professionnelle. La réparation consiste dans l'octroi

- des prestations en nature,
- des prestations en espèces en cas d'incapacité de travail totale pendant les cinquante-deux premières semaines,
- d'une rente complète en cas d'incapacité de travail prolongée,
- d'une rente partielle en cas d'incapacité de gain partielle,
- d'une rente professionnelle d'attente en cas de reconversion professionnelle,
- d'une indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément, d'une indemnité pour les douleurs physiques endurées et d'une indemnité pour préjudice esthétique.

La législation luxembourgeoise ne prévoit aucune limitation dans le sens visé pour l'ouverture du droit aux prestations prévues aux articles 34 et 36.

Sont protégées toutes les personnes exerçant une activité salariée.

### **Renseignements statistiques**

Nombre des salariés protégé en 2015 en vertu du régime général:	360 532
- en vertu du régime général:	
- en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires publics :	28 992
<b><u>Total :</u></b>	<b><u>389 532</u></b>
Nombre total des salariés en 2010:	389 532
Pourcentage du total des salariés protégés par rapport au total des salariés :	<b>100%</b>

Les prestations de soins de santé imputables à un accident ou une maladie professionnelle sont prises en charge par la Caisse nationale de santé pour le compte de l'Association d'assurance accident, d'après les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables en matière d'assurance maladie, sans que l'assuré ne soit tenu d'en avancer les frais.

Aucune participation aux frais n'est laissée à la charge du bénéficiaire, sauf convenances personnelles, telle que séjour en première classe en milieu hospitalier.

Les prestations sous A sont accordées dans une mesure suffisante et appropriée. Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour dans le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (CNRFR) ou dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital sont prises en charge intégralement par l'Association d'assurance accident suivant les modalités prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé, et sans limitations de durée, à l'exclusion des frais relatifs à des convenances personnelles telle que séjour en première classe.

Des services spécifiques de l'agence pour le développement de l'emploi s'occupent de la réinsertion professionnelle des travailleurs à capacité de travail réduite ou handicapés.

L'assuré qui justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanent de dix pour cent au moins du chef d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et qui bénéficie d'un reclassement professionnel externe principalement imputable, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, aux séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle en cause, est inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'agence pour le développement de l'emploi. Tant que le reclassement professionnel n'est pas possible il a droit, à la place de l'indemnité de chômage, à une rente professionnelle d'attente dont le montant est fixé à quatre-vingt-cinq pour cent de la rente complète.

La rente professionnelle d'attente peut être suspendue si les conditions ayant motivé son octroi ne sont plus remplies, notamment si l'assuré ne reste pas inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'agence pour le développement de l'emploi, si l'assuré se soustrait aux mesures de reclassement professionnel ou s'il refuse toute tentative de reconversion professionnelle. Ces mesures de reconversion professionnelle sont prises en charge par l'Association d'assurance accident.

### Incapacité de travail

L'indemnisation en cas d'incapacité de travail pour cause d'accident de travail ou maladie professionnelle est la même que celle décrite à la partie III, article 16. Le salaire est avancé par l'employeur qui est remboursé par la Mutualité des employeurs, l'indemnité de maladie est avancée par la CNS, mais à charge de l'Association d'assurance accident qui rembourse les frais avancés à ces deux institutions.

### Perte totale de la capacité de gain

#### *Rente complète*

A partir de l'expiration du droit à l'indemnité pécuniaire ou à défaut de droit à l'indemnité pécuniaire, l'assuré a droit à la rente complète pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenus alors qu'il 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 ou auprès d'un organisme étranger compétent.

La rente complète correspond au revenu professionnel cotisable au titre de l'assurance pension réalisé avant la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle.

Est prise en compte l'assiette cotisable des 12 mois de calendrier précédant celui de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle, à moins que, dans ce dernier cas, l'assiette cotisable des 12 mois de calendrier précédant la fin de l'exposition au risque ne soit plus favorable à l'assuré.

La rente complète annuelle ne peut être ni inférieure à 12 fois, ni supérieure à 60 fois le salaire social minimum applicable le mois de l'accident.

Les rentes sont ajustées périodiquement au niveau des salaires. Indépendamment de l'ajustement, les rentes sont adaptées automatiquement au nombre indice du coût de la vie.

La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

## Décès du soutien de la famille

### *Indemnité pour dommage moral*

Si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident ou une maladie professionnelle, son conjoint survivant ou son partenaire déclaré, ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs, ses père et mère, ainsi que toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins, ont droit, en dehors des prestations nées dans le chef de l'assuré, à l'indemnisation du dommage moral. Le conjoint ou partenaire survivant et les enfants ont chacun droit à un forfait de 28.285,95 €, les pères et mères à 16.968,47 € et 11.309,73 € pour toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins (montants 2015).

### *Rente de survie*

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

Si le décès est survenu après l'âge de 55 ans, les rentes de survie sont calculées sur base du montant résultant de la multiplication de 1,85 % du revenu professionnel annuel par le nombre d'années restant à courir du décès jusqu'à la date à laquelle l'assuré aurait atteint l'âge de 65 ans.

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 55 ans, les rentes de survie sont calculées sur base du montant résultant de la multiplication de 1,85 % du revenu professionnel annuel par 10 années.

La rente du conjoint ou du partenaire survivant correspond à trois quarts et la rente d'orphelin à un quart du montant ainsi déterminé. L'ensemble des rentes de survie ne peut pas dépasser ce montant. En cas de dépassement de ce maximum, la réduction s'opère proportionnellement aux montants des différentes rentes.

La rente d'orphelin est accordée jusqu'à l'âge de 18 ans et, si l'enfant est empêché de gagner sa vie par suite de sa préparation scientifique ou technique à sa future profession, jusqu'à l'âge de 27 ans. La rente du conjoint ou du partenaire cesse d'être payée à partir du mois suivant celui du nouvel engagement par mariage ou partenariat.

Les rentes de survie sont également ajustées au niveau des salaires et adaptées à l'indice du coût de la vie.

La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

L'assuré subissant 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 65 ans à condition

- qu'il justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanente de 10 % au moins,
- que la perte de revenu atteigne 10 % au moins et
- que, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré 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.

Par consolidation il faut entendre le moment où, à la suite de la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère définitif, tel qu'un traitement n'est en principe plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et révisions possibles.

La rente partielle correspond à la différence entre le revenu professionnel cotisable réalisé avant la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle et celui déterminé selon les mêmes modalités au cours d'une période de référence de 12 mois de calendrier suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle.

Si après la consolidation l'assuré est atteint par suite de l'accident ou de la maladie professionnelle d'une incapacité totale ou partielle permanente, il a droit à des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux (physiologique, d'agrément, douleurs physiques endurées, esthétique).

L'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément définitif est fonction du taux d'incapacité fixe par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'un barème. Elle est payée mensuellement, sauf si le taux de l'incapacité permanente est inférieur ou égal 20%, alors l'indemnité est versée sous forme d'un capital.

Les indemnités réparant les douleurs physiques endurées jusqu'à la consolidation et le préjudice esthétique sont accordées sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Elles consistent dans des forfaits fixes par règlement grand-ducal sur base de deux échelles différentes tenant compte de la gravité des préjudices. Les forfaits ne sauraient dépasser 56.564,15 €.

Les prestations sont accordées pendant toute la durée de l'éventualité.

Il n'y a pas de délai d'attente en cas d'incapacité de travail.

La réparation pour dégâts matériels et les prestations en espèces (salaire et indemnité pécuniaire de maladie), les rentes et les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux ne sont pas payées ou sont suspendues tant que l'assuré se soustrait sans motif valable aux contrôles et examens médicaux et qu'il ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par l'Association d'assurance accident.

Les rentes et l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément accordées ou liquidées par suite d'une erreur matérielle ne peuvent être supprimées ou réduites qu'à partir du mois qui suit celui de la notification de la décision rectificative. Les prestations octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution.

Ni l'assuré ni les ayants droit n'ont droit à des prestations si l'assuré a provoqué intentionnellement l'accident ou la maladie professionnelle. Il en est de même si l'accident survient pendant la perpétration d'un crime ou d'un délit intentionnel et si l'assuré a été condamné de ce chef irrévocablement à une peine d'emprisonnement de huit jours au moins.

### **Prestations aux familles<sup>9</sup>**

Tout enfant élevé d'une façon continue au Luxembourg, et y ayant son domicile légal, a droit aux allocations familiales jusqu'à l'âge de 18 ans.

Tout enfant âgé de moins de 18 ans, atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins 50 % de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge a droit à une allocation spéciale supplémentaire. Ce droit cesse à partir du mois suivant celui au cours duquel il est constaté médicalement que la diminution de la capacité de l'enfant, telle que définie ci-avant, est inférieure à 50 %.

Le droit aux allocations familiales est maintenu jusqu'à l'âge de 27 ans accomplis au plus pour les élèves de l'enseignement secondaire et secondaire-technique, ainsi que pour la personne handicapée depuis sa minorité au sens de l'alinéa précédent et qui suit une formation adaptée à ses capacités dans un institut, service ou centre d'éducation différenciée ou dans tout autre établissement spécialisé agréé, pour autant que cette personne ne soit bénéficiaire ni du revenu pour travailleurs handicapés (salaire social minimum) ou du revenu pour personnes gravement handicapées ou de revenus de toute nature égaux ou supérieurs à ce revenu (1.348,18€). Le comité directeur de la Caisse nationale des prestations familiales peut, à titre exceptionnel et individuel, relever la limite d'âge jusqu'à concurrence de trois années au plus.

Au Luxembourg tous les enfants résidents ont droit aux allocations familiales.

La loi du 23 juillet 2016 portant modification 1. du Code de la sécurité sociale; 2. de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, et abrogeant la loi modifiée du 21 décembre 2007 concernant le boni pour enfant a modifié la législation concernant les prestations familiales.

A partir du 1<sup>er</sup> août 2016 l'allocation familiale est fixée à 265 € par enfant et par mois. Ce montant est majoré de 20 € respectivement 50 € dès que l'enfant atteint l'âge de 6 et de 12 ans. L'allocation spéciale supplémentaire est fixée à 200 € par mois et elle est payée jusqu'à l'âge de 25 ans accomplis. Des mesures transitoires règlent l'octroi des allocations familiales en cours de paiement avant le 1er août 2016. La dénomination de la Caisse nationale des prestations familiales est désormais « Caisse pour l'avenir des enfants - CAE».

Tout enfant résidant effectivement et d'une façon continue au Luxembourg et y ayant son domicile légal a droit aux allocations familiales.

La condition suivant laquelle l'enfant doit être élevé d'une façon continue au Luxembourg ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de 3 mois. Par ailleurs cette condition est présumée remplie lorsque l'enfant a la qualité de membre de la famille d'une personne qui, tout en conservant son domicile légal au Luxembourg, réside temporairement à l'étranger avec sa famille, du fait qu'elle-même ou son conjoint non séparé

- y poursuit des études supérieures, universitaires ou professionnelles ou un stage afférent, reconnu par les autorités luxembourgeoises compétentes, ou bien
- y est détachée par son employeur et qu'elle reste soumise à la législation luxembourgeoise sur la sécurité sociale, ou bien
- fait partie d'une mission diplomatique luxembourgeoise à l'étranger ou du personnel de pareille mission, ou bien
- se trouve en mission de coopération au développement en qualité d'agent de la coopération ou de coopérant dans le cadre de la loi du 25 avril 1989 sur la coopération au développement, ou bien
- participe à une opération pour le maintien de la paix en exécution de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix dans le cadre d'organisations internationales
- exerce une activité en qualité de jeune volontaire au sens de la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes.

Les prestations sont payées pendant toute la durée de l'éventualité, mais elles sont suspendues si le bénéficiaire a frauduleusement amené la CNPF à fournir une allocation qui n'était pas due ou qui n'était due qu'en partie. Les allocations familiales sont suspendues jusqu'à concurrence des prestations de même nature allouées par un régime non luxembourgeois.

### **Prestations de maternité**

Toutes les femmes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui bénéficient des prestations de maternité.

#### *Renseignements statistiques*

Nombre des salariées protégées en 2015 :

- |  |         |
|--|---------|
| - en vertu du régime général:                      | 149 993 |
| - en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires | 11 872  |

<b>Total:</b>	<b><u>161 866</u></b>
---------------	-----------------------

Nombre total des salariées en 2015:	161 866
-------------------------------------	---------

Pourcentage du total des salariées protégées par rapport au total des salariées :	<b>100%</b>
---	-------------

Les épouses des hommes appartenant aux catégories de personnes protégées ont droit aux prestations médicales ci-dessous.

Les prestations comprennent l'assistance médicale, les soins d'une sage-femme, les médicaments et spécialités pharmaceutiques, le séjour dans une maternité ou clinique et les produits diététiques pour nourrissons, ainsi que toute autre prestation prévue par l'assurance maladie.

Tous les soins qui sont nécessaires pendant la maternité sont pris en charge intégralement par la Caisse nationale de santé.

Les assurées salariées en congé de maternité bénéficient d'une indemnité pécuniaire de maternité de la part de la CNS qui est égale à l'indemnité de maladie (voir article 16) et qui ne peut être cumulée avec celle-ci, ni avec un autre revenu professionnel.

L'homme salarié peut également bénéficier de l'indemnité pécuniaire dans les cas où il bénéficie d'un congé d'accueil pour adoption d'un enfant.

Une affiliation obligatoire au titre d'une activité professionnelle durant 6 mois au moins, au cours de l'année précédant le congé de maternité, est exigée pour l'obtention des indemnités de maternité. Il n'existe aucun stage pour l'obtention des prestations médicales.

Les prestations médicales sont attribuées pendant toute la durée de l'éventualité.

L'indemnité pécuniaire de maternité est payée pendant le congé de maternité (et pendant le congé d'accueil en cas d'adoption d'un enfant), soit 8 semaines avant et 8 semaines après l'accouchement (ou l'adoption). La durée du congé postnatal est portée à 12 semaines en cas d'accouchement (ou d'adoption) multiple ou d'accouchement prématuré, ainsi que pour les mères allaitant leur enfant.

La loi ne prévoit pas de clause de suspension des prestations de maternité.

### **Prestations d'invalidité**

Est considéré comme atteint d'invalidité l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure a subi une perte de sa capacité de travail telle qu'il est empêché d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu ou une autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes.

Sont protégées toutes les personnes qui exercent contre rémunération au Grand-Duché de Luxembourg une activité professionnelle pour le compte d'autrui.

#### **Renseignements statistiques :**

Nombre des salariés protégés en 2015	
- en vertu du régime général:	370 027
- en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires:	28 992
<b>Total:</b>	<b>399 019</b>

Nombre total des salariés en 2015: 399 019

Pourcentage du total des salariés protégés par rapport au total des salariés: **100%**

La pension d'invalidité annuelle à l'indice 100 se compose

- de majorations proportionnelles s'élevant à 1,832% des salaires mis en compte, réduits à l'indice 100 et ajustés au niveau de vie d'une année de base servant de référence pour le calcul des pensions (1984). A cet effet, ifs sont multipliés par des coefficients d'ajustement,

- qui expriment la relation entre le niveau moyen brut des salaires de l'année de base et le niveau moyen brut de chaque année de calendrier;
- de majorations forfaitaires s'élevant à 497,02 € après une carrière d'assurance de 40 ans; les majorations forfaitaires s'acquèrent par quarantième par année d'assurance, sans que le nombre des années mises en compte ne puisse dépasser celui de 40.
  - des majorations proportionnelles spéciales correspondant au produit résultant de la multiplication de 1,832% de la moyenne annuelle des salaires cotisables réalisées avant la survenance de l'invalidité par le nombre d'années restant à courir du début du droit à la pension jusqu'à l'accomplissement de la 55e année d'âge;
  - des majorations forfaitaires spéciales correspondant à autant de quarantièmes du montant de 497,02 € qu'il manque d'années entre le début du droit à pension et l'âge de 65 ans, sans que le nombre d'années mises en compte ne puisse dépasser, compte tenu des majorations forfaitaires, celui de 40. Toutefois les majorations forfaitaires spéciales ne sont allouées qu'en proportion du nombre des années d'assurance accomplies depuis l'âge de 25 ans par rapport au nombre d'années se situant entre cet âge et l'échéance du risque;
  - une allocation de fin d'année de 66,80 € est allouée pour une carrière d'assurance complète de 40 années.

Aucune pension annuelle, ajustée au niveau de vie de 2015 et adaptée à l'indice du coût de la vie 775,17, ne peut être inférieure à 20.713,56 € lorsque l'assuré a couvert au moins un stage de 40 années d'assurance. Si l'assuré n'a pas accompli ce stage, mais justifie de 20 années d'assurance au moins, la pension minimum se réduit de 1/40e pour chaque année manquante.

Pour une carrière d'assurance de 30 ans, la pension minimum s'élèverait à  $20.713,56 \times 30140 = 15.535,17\text{€}$ . Pour autant que de besoin un complément est alloué

Aucune pension annuelle ne peut être supérieure à 95.896,32 €. Le maximum cotisable est 115.377,84 € par an.

Les pensions calculées à l'indice 100 du coût de la vie et pour l'année de base sont ajustées à l'évolution du niveau réel des salaires (facteur d'ajustement 1,424) et adaptées à l'évolution de l'indice du coût de la vie (nombre indice 775,17).

La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

En vue d'assurer le maintien du pouvoir d'achat, les pensions calculées à l'indice 100 du coût de la vie sont adaptées au coût de la vie. L'adaptation automatique est déclenchée si pour la période semestrielle écoulée la variation de l'indice se chiffre à 2,5% par rapport à la cote d'échéance précédente. En dehors de l'adaptation au coût de la vie, les pensions sont réajustées annuellement à l'évolution du niveau réel des salaires (augmentation du pouvoir d'achat). En fonction de la situation financière du régime de pension, le réajustement pourra ou devra le cas échéant être réduit ou neutralisé par voie législative.

Les prestations en cours de paiement ont été réajustées au 1<sup>er</sup> Janvier 2016 (+0,5%). La dernière tranche indiciaire (adaptation au coût de vie) date du 01.10.2013 (indice 775,17) et n'a pas changé depuis.

L'assuré doit suivre jusqu'à l'âge de 50 ans, sous peine de suspension de la pension, les mesures de réhabilitation ou de reconversion qui peuvent être prescrites par la caisse de pension compétente sur proposition du contrôle médical de la sécurité sociale.

Aura droit à la pension d'invalidité tout assuré atteint d'invalidité permanente qui a été assuré à titre obligatoire pendant 12 mois au moins au cours des trois années précédant le début de l'invalidité. Aucun stage n'est requis si l'invalidité est due à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle.

A l'âge de 65 ans la pension d'invalidité se convertit en pension de vieillesse, sans que son montant ne puisse subir une diminution.

La pension d'invalidité sera suspendue tant que l'assuré âgé de moins de 50 ans refuse sans motif légitime de se soumettre aux mesures de réhabilitation ou de reconversion prescrites par la caisse de pension.

Les pensions sont suspendues pendant l'exécution d'une peine privative de liberté supérieure à un mois. Dans ce cas la pension est versée aux membres de famille qui, en cas de décès du titulaire, auraient droit à une pension de survie, pourvu qu'ils habitent le Luxembourg et que la pension du titulaire ait servi à les entretenir d'une façon appréciable.

Les pensions d'invalidité ne sont pas dues si l'assuré a provoqué l'invalidité, soit intentionnellement, soit dans l'accomplissement d'un crime.

### **Prestations de survivants**

Lorsque la pension de survie dépasse ensemble avec les revenus personnels du bénéficiaire le montant mensuel de 260,625 € (indice 100), elle est réduite à raison de 30% du montant des revenus personnels, à l'exclusion de ceux représentant la différence entre la pension de survie et le montant précité au cas où la pension de survie est inférieure à ce montant. Le montant prévisé est augmenté de 12% pour chaque enfant ouvrant droit à une pension d'orphelin. Sont pris en compte au titre des revenus personnels les revenus professionnels et les revenus de remplacement (indemnités pécuniaires de maladie, de maternité, de chômage) dépassant un montant de 115,8333 (indice 100) et les pensions dues au titre d'un régime légal de sécurité sociale.

Sont protégées toutes les personnes qui exercent une activité salariée.

### **Renseignements statistiques**

Nombre des salariés protégés en 2015	
- en vertu du régime général:	370.027
- en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires :	28 992
<b>Total :</b>	<b>399.019</b>

Nombre total des salariés en 2015 399.019

Pourcentage du total des salariés protégés par rapport au total des salariés : **100%**

La pension de survivant annuelle à l'indice 100 se compose

- de trois quarts des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales;
- de la totalité des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales auxquelles l'assuré ou le pensionné décédé avait ou aurait eu droit.

La pension d'orphelin annuelle à l'indice 100 se compose

- d'un quart des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales;
- d'un tiers des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales auxquelles l'assuré ou le pensionné décédé avait ou aurait eu droit.

Le complément pension minimum est alloué à raison de trois quarts pour le conjoint survivant et à raison d'un quart pour l'orphelin.

La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

En vue d'assurer le maintien du pouvoir d'achat, les pensions calculées à l'indice 100 du coût de la vie sont adaptées au coût de la vie. L'adaptation automatique est déclenchée si pour la période semestrielle écoulée la variation de l'indice se chiffre à 2,5% par rapport à la cote d'échéance précédente. En dehors de l'adaptation au coût de la vie, les pensions sont réajustées annuellement à l'évolution du niveau réel des salaires (augmentation du pouvoir d'achat). En fonction de la situation financière du régime de pension, le réajustement pourra ou devra le cas échéant être réduit ou neutralisé par voie législative.

Les prestations en cours de paiement ont été réajustées au 1<sup>er</sup> Janvier 2016 (+0,5%). La dernière tranche indiciaire (adaptation au coût de vie) date du 01.10.2013 (indice 775,17) et n'a pas changé depuis.

Les survivants ont droit aux prestations prévues en leur faveur si le défunt au moment de son décès a été assuré pendant 12 mois au cours des trois années précédant le décès ou si le défunt était titulaire d'une pension.

L'accomplissement du stage n'est pas requis si le décès est imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle. Pour le calcul de la durée d'assurance voir sous Partie V.

La pension de survivant est accordée pendant toute la durée de l'éventualité jusqu'au décès ou au remariage.

La pension d'orphelin est accordée jusqu'à l'âge de 18 ans. Elle sera payée également après l'expiration de la 18<sup>e</sup> année mais au maximum jusqu'à l'accomplissement de la 27<sup>e</sup> année, si l'enfant est empêché de gagner sa vie par suite de la préparation scientifique ou technique à sa future profession.

Les pensions seront suspendues pendant l'exécution d'une peine privative de liberté supérieure à un mois; dans ce cas la pension sera versée aux membres de famille auxquels le titulaire devait l'entretien.

Les pensions de survivants sont également suspendues dans les hypothèses prévues aux points e) et f) de l'article 68. Elles ne sont pas suspendues dans l'hypothèse prévue au paragraphe j) de l'article 69.

### **Egalité de traitement des résidents non nationaux**

La législation de sécurité sociale luxembourgeoise ne fait pas de différence entre nationaux et non nationaux.

### **Dispositions communes**

Tout requérant a le droit de former appel en cas de refus de la prestation ou de contestation sur sa qualité ou sa quantité. Le recours doit être formé devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale dans un délai de 40 jours à dater de la notification de la décision du comité directeur de l'institution compétente, sous peine de forclusion. La requête doit énoncer l'objet de la demande et l'exposé sommaire des moyens. L'appel contre la décision du Conseil arbitral devra être interjeté, sous peine de forclusion, dans les 40 jours de la date de la notification de la décision du Conseil arbitral devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

En matière d'octroi des indemnités de chômage, une demande en réexamen contre les décisions prises par l'agence pour le développement de l'emploi est ouverte auprès d'une commission spéciale dans les 40 jours suivant la notification de la décision. L'appel contre les décisions de la commission spéciale est porté devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Le taux de cotisation pour l'assurance maladie-maternité est fixé de manière à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité des employeurs des charges résultant du remboursement de 80% des salaires versés par les employeurs aux salariés en congé de maladie.

Le taux de cotisation pour le financement des soins de santé est fixe à 5,60% du revenu professionnel et pour le financement des indemnités pécuniaires de maladie et de maternité il est majoré de 0,5%.

Le taux de cotisation est refixé par le comité directeur de la CNS avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve se situe en dehors des limites prévues par la loi. Si le comité directeur n'a pas refixé le taux au 1er décembre, celui-ci est arrêté par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale. Le taux de cotisation refixé est publié au Memorial.

Les cotisations sont par parts égales à charge des employeurs et des salariés.

Le minimum cotisable mensuel est constitué par le salaire social minimum. Ce minimum est augmenté de 30% pour le groupe des bénéficiaires de pension en ce qui concerne les soins de santé. En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de 173 heures par mois. Le maximum cotisable annuel est constitué par le quintuple des douze salaires sociaux minima.

Le minimum cotisable s'élève à 1.922,96 € et pour les bénéficiaires de pension à 2.499,85 €. Toutefois, si les pensions ou rentes n'atteignent pas le minimum prévu, le bénéficiaire ne doit la cotisation que jusqu'à concurrence du montant effectif de sa pension, le restant étant à charge de l'organisme débiteur de la pension ou rente.

Le maximum cotisable s'élève à 9.614,82 €. L'État supporte 40% des cotisations.

Les indemnités de chômage sont prises en charge par un Fonds pour l'emploi qui est alimenté par les ressources suivantes:

- Une cotisation spéciale à charge des employeurs du secteur privé. Cette cotisation spéciale est due pour les années d'alimentation du Fonds pour l'emploi. Actuellement le taux de cette cotisation spéciale est fixe à 0% des salaires ou rémunérations cotisables.
- Des impôts de solidarité prélevés moyennant des majorations, d'une part, de l'impôt sur le revenu des personnes physiques et, d'autre part, de l'impôt sur le revenu des collectivités. La majoration d'impôt faite sur les revenus des personnes physiques est actuellement de 7,2%, celle faite sur les revenus des collectivités est de 7%.
- Une contribution à charge des communes, répartie sur les collectivistes locales moyennant une clé basée sur le produit de l'impôt commercial. Cette contribution est actuellement de 2%.
- Les huiles minérales légères et les gasoils destinés à l'alimentation des moteurs des véhicules circulant sur la voie publique et utilisés comme carburant sont soumis à un droit d'accise autonome additionnel dénommé contribution sociale.
- Une contribution à charge de l'État à fixer annuellement par la loi budgétaire.

En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les charges du régime général de pension sont couvertes par des cotisations. Le taux de cotisation global est fixé pour chaque période de couverture sur base d'un bilan technique et de prévisions actuarielles établi par l'IGSS. Le bilan technique est actualisé au milieu de chaque période de couverture. Si ce bilan actualisé montre que le taux de cotisation global fixé initialement ne permet pas de respecter les conditions légales, le taux de cotisation global est refixé par loi spéciale pour une période de couverture de 10 ans.

Pour la période de couverture allant de 2013 à 2022, le taux de cotisation global est fixé à 24%. La charge des cotisations incombe par parts égales à l'employeur, au salarié et à l'État.

Le minimum cotisable est constitué par le salaire social minimum et le maximum cotisable par le quintuple dudit salaire (voir ci-dessus).

En-dehors des revenus de placements et d'autres ressources diverses, le financement de l'assurance accident est assuré par des cotisations exclusivement à charge des employeurs. Le taux de cotisation, actuellement 1%, est uniforme pour tous les employeurs. Il est fixé annuellement pour l'exercice à venir sur base du budget de cet exercice de manière à couvrir les dépenses courantes à charge de l'Association d'assurance accident et à constituer la réserve.

Les ressources nécessaires au paiement des allocations familiales sont constituées pour moitié par des cotisations prises en charge par l'État et pour moitié par une contribution de l'État versée par avances mensuelles à la CNPF.

Les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles relèvent d'une branche spéciale.

L'État assume une garantie générale en ce qui concerne le service des prestations.

Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la Caisse nationale de santé applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10%, ni supérieure à 20% du montant annuel des dépenses. En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations. Le budget global de l'assurance maladie-maternité est établi par la CNS en intégrant les budgets relatifs aux frais d'administration et aux frais de gestion du patrimoine des caisses de maladie du secteur public. Le budget est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie.

Pour faire face aux charges qui incombent au régime général de pension, la Caisse nationale d'assurance pension applique le système de la répartition des charges par périodes de couverture de 10 ans avec constitution d'une réserve de compensation qui doit être supérieure à 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Pour faire face aux charges globales du régime général, l'Association d'assurance accident applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure au montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice.

Pour faire face aux charges d'allocations familiales qui lui incombent, la Caisse nationale des prestations familiales applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve.

Le système de financement en matière de chômage est basé sur la fiscalisation. Outre les prestations en relation avec l'indemnisation des chômeurs complets et partiels et des préretraités, le Fonds pour l'emploi assuré le financement d'un certain nombre de mesures de politique de l'emploi.

La gestion des prestations familiales incombe à la Caisse nationale des prestations familiales. La caisse est administrée et gérée par un comité directeur comprenant un représentant du ministre compétent en matière de prestations familiales qui exerce la fonction de président, 4 représentants des syndicats des salariés les plus représentatifs sur le plan national, 3 représentants des chambres professionnelles patronales et 1 représentant des professions libérales.

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.

L'institution de sécurité sociale est tenue de présenter ses livres, pièces justificatives, valeurs et espèces, ainsi que les documents relatifs au contenu des livres et à la détermination des prestations, et de faire toutes autres communications que l'autorité de surveillance juge nécessaires à l'exercice de son droit de surveillance.

Le procès-verbal des délibérations des organes de ces institutions est communiqué sans délai à l'autorité de surveillance.

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. Les motifs de la suspension sont communiqués au président de l'institution concernée dans les 5 jours de la suspension; celui-ci peut, le cas échéant, présenter des observations endéans la quinzaine. Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les 40 jours à partir de la communication au président, la suspension est levée.

Au cas où l'institution de sécurité sociale refuse de remplir les obligations lui imposées par les lois, règlements, statuts ou conventions, le ministre de tutelle peut après deux avertissements consécutifs, charger l'Inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements, statuts et conventions aux frais de l'institution.

## Paramètres sociaux - 2016<sup>10</sup>

**Nombre indice applicable**  
**Unité**

**775,17**  
**€**

### 1) MINIMA ET MAXIMA COTISABLES

Salaire social minimum mensuel			1 922,96
Minimum cotisable actifs (tous les régimes)		salaire horaire	
18 ans et plus non qualifié	100%	11,1154	1 922,96
17 à 18 ans	80%	8,8923	1 538,37
15 à 17 ans	75%	8,3365	1 442,22
18 ans et plus qualifié	120%	13,3385	2 307,56
Minimum cotisable pensionnés (assurance maladie)	130%		2 499,85
Maximum cotisable (tous les régimes, sauf assurance dépendance)			9 614,82

### 2) ASSURANCE MALADIE

Indemnité funéraire			1 007,72
Participation patient au séjour à l'hôpital	par jour		20,93
Participation patient admis en place de surveillance ou hôpital de jour	par jour		10,46
Participation patient aux forfaits de rééducation fonctionnelle			
- en traitement ambulatoire	par jour		10,46
Montant journalier de séjour en cure pris en charge			
- cure de convalescence	par jour		50,39
- cure thermale	par jour		50,39
Montant annuel maximum de prise en charge intégrale des soins de médecine dentaire			60,00

### 3) ASSURANCE DEPENDANCE

Valeur monétaire pour les établissements d'aides et de soins			
- à séjour continu	par heure		49,42
- à séjour intermittent	par heure		55,38
Valeur monétaire pour les réseaux d'aides et de soins	par heure		67,90
Valeur monétaire pour les centres semi-stationnaires	par heure		58,20
Montant maximal des prestations en espèces	par semaine		262,50
Produits nécessaires aux aides et soins	par mois		111,00
Abattement assiette cotisable - 25% ssm. non qualif. de 18 ans			480,74

### 4) ASSURANCE PENSION

*(pensions nouvelles 2016)*

Majorations forfaitaires 40/40			458,05
Pension minimum personnelle			1 721,28
Pension minimum de conjoint survivant			1 721,28
Pension minimum d'orphelin			468,49
Pension personnelle maximum			7 968,91
Allocation de fin d'année (1/12) (carrière de 40 ans)			61,27
Seuil de revenu en matière d'anti-cumul			640,99
Revenu professionnel immunisé (pensions de survie)			1 275,03
Forfait d'éducation ( art.3 )	par enfant/par mois		86,54
Forfait d'éducation ( art. IX, 7° )	par enfant/par mois		109,46

### 5) PRESTATIONS FAMILIALES

a) Allocations familiales

- nouveau système (à partir du 1er août 2016)	par enfant/par mois		265,00
- ancien système (montants pour enfants ouvrant déjà droit à l'allocation familiale avant le 1 <sup>er</sup> août 2016)			
- montant pour 1 enfant			265,00
- montant pour 2 enfants			594,48
- montant pour 3 enfants			1 033,38

<sup>10</sup> [http://www.mss.public.lu/publications/parametres\\_sociaux/ps\\_20161201.pdf](http://www.mss.public.lu/publications/parametres_sociaux/ps_20161201.pdf)

- montant pour 4 enfants			1 472,08
- montant pour 5 enfants			1 910,80
Majorations d'âge			
- par enfant âgé de 6 - 11 ans			20,00
- par enfant âgé de 12 ans et plus			50,00
Allocation spéciale supplémentaire			200,00
b) Allocation de rentrée scolaire (montant par enfant)			
- de 6 à 11 ans			115,00
- 12 ans et plus			235,00
c) Allocation de naissance (3 tranches)			
- montant par tranche			580,03
d) Congé parental - nouvelle législation (à partir du 1er décembre 2016)			
- revenu de remplacement correspondant au revenu professionnel mensuel moyen réalisé au cours des 12 mois avant congé parental			
Plafond d'indemnisation (avant déduction des charges fiscales et sociales):		par heure	par mois*
	Minimum	11,1154	1 922,96
	Maximum	18,5257	3 204,94
* Congé parental à temps plein pour un contrat de travail à temps plein au cours de 12 mois avant congé parental			
Congé parental - ancienne législation			
- indemnité forfaitaire mensuelle - congé à plein temps			1 778,31
- indemnité forfaitaire mensuelle - congé à temps partiel			889,15
<b>6) REVENU MINIMUM GARANTI (RMG) ET AUTRES PRESTATIONS MIXTES *)</b>			
Montant RMG par mois			
- première personne adulte			1 348,18
- communauté domestique de deux personnes Adultes			2 022,27
- personne adulte supplémentaire			385,73
- enfant			122,56
Majoration pour charge de loyer (maximum)			123,94
Allocation de vie chère par an			
- une personne seule			1 320,00
- communauté domestique de deux personnes			1 650,00
- communauté domestique de trois personnes			1 980,00
- communauté domestique de quatre personnes			2 310,00
- communauté domestique de cinq personnes et plus			2 640,00
Limite supérieure du revenu annuel pour l'octroi			
- pour une personne			23 162,08
Limite supérieure du revenu annuel augmentée			
- pour la deuxième personne			11 581,04
- pour chaque personne supplémentaire			6 948,62
Revenu pour personnes gravement handicapées			
Allocation spéciale pour personnes gravement handicapées			691,76
Allocation de soins			691,76

### **Quant aux risques couverts, financement des prestations et champ d'application personnel**

Quel que soit le risque considéré (chômage, vieillesse, invalidité, survie, maladie, maternité, accident), le taux de couverture du Luxembourg de la population active est de 100%.

### **Quant aux prestations de chômage**

En cas de cessation involontaire des relations de travail, la personne sans emploi peut, sous certaines conditions, bénéficier d'indemnités de chômage afin de compenser la perte de la source principale ou unique de revenus. La personne concernée devient ainsi un chômeur indemnisé.<sup>11</sup>

Les charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaire sont déduites du montant de l'indemnité de chômage complet. Le Fonds pour l'emploi se substitue quant à lui à l'ancien employeur et assure le financement de la part patronale des charges.

A condition de remplir les critères d'admission aux prestations de chômage et de résider au Grand-Duché de Luxembourg, peuvent bénéficier d'indemnités de chômage :

- les salariés ;
- les indépendants ;
- les jeunes à la fin de leur formation.

### **Conditions préalables**

Pour prétendre aux indemnités de chômage, il faut :

- être chômeur involontaire (ce qui exclut les résiliations du contrat de travail d'un commun accord, les abandons non justifiés et les licenciements pour faute grave);
- être âgé de 16 ans au moins et de 64 ans au plus ;
- être apte au travail, disponible et prêt à accepter tout emploi approprié ;
- être inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'ADEM et faire une demande d'indemnité de chômage complet ;
- avoir été occupé par un ou plusieurs contrats de travail pendant 26 semaines au minimum (à raison de 16 h/semaine minimum) au cours des 12 mois (ou plus selon cas) précédant l'inscription comme demandeur d'emploi à l'ADEM
- être domicilié sur le territoire luxembourgeois:
  - au moment de la notification du licenciement dans le cadre d'un CDI ;
  - au plus tard 6 mois avant le terme du contrat dans le cadre d'un CDD ;

### **Durée d'indemnisation**

Tout chômeur, qui remplit les conditions d'admission, peut être pris en charge selon la durée de travail (calculée en mois entiers) effectuée au cours de la période de référence. Cette indemnisation peut durer 12 mois au maximum

Selon le cas, il est toutefois possible d'obtenir une prolongation par le biais d'une demande auprès de l'agent de chômage référent :

- chômeur âgé de plus de 50 ans ayant travaillé pendant 30 ans : **+ 12 mois** ;
- chômeur âgé de plus de 50 ans ayant travaillé pendant 25 ans : **+ 9 mois** ;
- chômeur âgé de plus de 45 ans ayant travaillé pendant 20 ans : **+ 6 mois** (cette disposition est applicable jusqu'au 31 décembre 2017) ;
- chômeur difficile à placer (notamment celui qui est âgé de plus de 55 ans) : **+ 6 mois** ;
- chômeur ayant été affecté à des stages, cours ou travaux d'utilité publique : **+ 6 mois** ;
- chômeur indemnisé ayant été licencié par une entreprise bénéficiant du chômage partiel depuis 6 mois au moins au moment du licenciement : **+ 6 mois** ;
- chômeur indemnisé ayant perdu son emploi suite à la cessation d'activité de l'employeur (décès, incapacité physique et faillite) : **+ 6 mois**.

---

<sup>11</sup> Art. L.521-1 à L.521-18 du Code du Travail

## Montant des prestations

Le montant des prestations correspond à 80% du salaire brut touché au cours des 3 mois ayant précédé le chômage et sera au maximum équivalent à 2,5 fois le salaire social minimum. Ce plafond sera dégressif et réduit au fur et à mesure que l'indemnisation se poursuivra.

Sous certaines conditions, la période de 3 mois peut être étendue jusqu'à 6 mois et le taux peut être de 85 % si le demandeur a un ou plusieurs enfants à charge.

## Droits et obligations

Pour percevoir l'indemnité de chômage, le chômeur indemnisé doit :

- se présenter aux jours et heures indiqués par le conseiller référent de l'ADEM ou se présenter au moins une fois par mois à l'ADEM si aucun rendez-vous n'est planifié ;
- prévenir immédiatement le conseiller référent en cas de changement de situation personnelle.

Dans le cas contraire, l'ADEM pourra appliquer des sanctions allant de 7 jours de retrait à la radiation de la liste des chômeurs indemnisés, à moins que le chômeur n'ait averti au préalable son conseiller référent et qu'il ait été dispensé du contrôle (pour effectuer un séjour à l'étranger, une formation, etc.).

A noter que la durée maximale de dispense autorisée est de 25 jours par an. L'indemnité de chômage complet est suspendue durant cette période. Le 1er jour ouvrable suivant sa période d'indisponibilité, le chômeur doit se présenter auprès de son conseiller référent.

## Fin du droit

Le droit à l'indemnité de chômage cesse :

- lorsque les limites prévues pour la durée du versement sont atteintes ;
  - lorsqu'une ou plusieurs conditions d'octroi ne sont plus remplies ;
  - lorsque le demandeur a plus de 65 ans ;
    - en cas de refus non justifié d'un poste de travail approprié ;
    - en cas de refus non justifié de participer à des stages, cours ou travaux d'utilité publique, assignés par l'ADEM ;
  - si le demandeur ne fait pas suffisamment d'efforts pour rechercher activement un emploi approprié.

Les personnes ayant été licenciées pour faute grave ou ayant démissionné n'ont en principe pas droit aux indemnités de chômage. Toutefois, en cas de licenciement pour faute grave ou de démission pour harcèlement sexuel, elles peuvent introduire une procédure en référé chômage auprès du Tribunal du Travail territorialement compétent siégeant en matière de référé, afin d'obtenir provisoirement un droit aux indemnités pour une période de 182 jours calendaires, renouvelable une fois (365 jours au total).

A noter toutefois que la recevabilité d'une telle requête nécessite d'introduire au préalable une autre requête en licenciement abusif au fond devant le même Tribunal du Travail territorialement compétent. En cas de perte du procès, le travailleur devra rembourser au Fonds pour l'emploi l'intégralité des sommes versées au titre de l'indemnité chômage.

## [Jeune concerné par le chômage complet](#)

Bénéficiaires de l'indemnité de chômage complet

Peut bénéficier de l'indemnité de chômage complet :

- le jeune qui a **terminé un cycle d'études** à temps plein ;
- le jeune qui a **renoncé à la poursuite de ses études** en cours de formation ;

- le stagiaire/apprenti à temps plein qui se retrouve **sans emploi à la fin de sa formation**.

Les modalités complètes du bénéfice de l'indemnité de chômage complet des jeunes sont à consulter sur le site de l'ADEM.

### Conditions d'octroi des prestations

Pour pouvoir bénéficier de l'indemnité de chômage complet, le jeune doit être :

- **domicilié** au Luxembourg ;
- **apte au travail** ;
- prêt à **accepter tout emploi approprié** proposé par l'ADEM.

L'octroi des prestations s'effectue selon les modalités indiquées dans le tableau suivant :

Qualifications	Âge	Droits
Aucun diplôme	moins de 21 ans	droit aux indemnités chômage après 6 mois d'inscription à l'ADEM
Aucun diplôme	plus de 21 ans	aucune indemnité de chômage
Réussite de l'apprentissage auprès d'un employeur	moins de 23 ans	droit aux indemnités de chômage immédiatement
Réussite de la formation scolaire de l'apprentissage	moins de 23 ans	droit aux indemnités chômage après 6 mois d'inscription à l'ADEM
Réussite de l'apprentissage au niveau scolaire et auprès d'un employeur	plus de 23 ans	aucune indemnité de chômage
Réussite au diplôme de fin d'études secondaires	moins de 25 ans	droit aux indemnités chômage après 6 mois d'inscription à l'ADEM
Réussite au diplôme de fin d'études secondaires	plus de 25 ans	aucune indemnité de chômage
Réussite de 4 années universitaires (Master I)	moins de 28 ans	droit aux indemnités chômage après 6 mois d'inscription à l'ADEM
Réussite de 4 années universitaires (Master I)	plus de 28 ans	aucune indemnité de chômage
Abandon des études universitaires	moins de 25 ans	droit aux indemnités de chômage

A noter qu'aucune indemnité ne sera versée en cas :

- d'abandon non justifié d'un poste de travail ou d'un contrat d'apprentissage ;
- de résiliation du contrat d'apprentissage ou du contrat de stage pour faute grave ;
- d'un licenciement pour motif grave.

Le versement de l'indemnité de chômage prend effet après un délai de 26 semaines suivant l'inscription comme demandeur d'emploi des jeunes :

- dont la durée de formation scolaire dépasse 9 ans d'études ou ;
- ayant terminé des cours/stages de formation professionnelle ou stages de préparation en entreprise organisés par l'ADEM.

En cas de d'abandon au cours d'une année d'études, la période prise en compte ne commence que 6 mois après la fin de l'année scolaire.

### Montant des prestations

L'indemnité est fixée à :

- 40 % du salaire social minimum pour les adolescents de 16 et 17 ans ou ayant échoué à l'examen de fin d'apprentissage ;
- 70 % du salaire social minimum pour les autres jeunes.

Le droit à l'indemnité de chômage cesse :

- lorsque les limites prévues pour la durée du versement sont atteintes ;
- lorsqu'une ou plusieurs conditions d'octroi ne sont plus remplies ;
- en cas de refus non justifié d'un poste de travail approprié ;
- en cas de refus non justifié du chômeur de participer à des stages, cours ou travaux d'utilité publique assignés par l'ADEM.

### **Indépendant concerné par le chômage complet**

Peuvent bénéficier de l'indemnité de chômage complet, les travailleurs indépendants qui ont dû cesser leur activité :

- en raison de difficultés économiques et financières ;
- pour des raisons médicales ;
- par le fait d'un tiers ;
- en cas de force majeure.

Pour pouvoir bénéficier de l'indemnité de chômage complet, l'indépendant doit :

- être inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'ADEM et avoir travaillé comme indépendant pendant au moins 6 mois avant son inscription ;
- obligatoirement être affilié depuis au moins 2 ans auprès des organismes de sécurité sociale luxembourgeois (comme salarié ou indépendant) ;
- être domicilié au Luxembourg au moment de la cessation de son activité ;
- avoir entre 16 et 64 ans ;
- avoir travaillé comme indépendant pendant au moins 6 mois avant l'inscription comme demandeur d'emploi ;
- être apte au travail, disponible pour le marché de l'emploi et prêt à accepter tout emploi approprié.

### Montant des prestations

En cas d'admission au bénéfice de l'indemnité de chômage complet, le travailleur indépendant a droit :

- à une indemnité correspondant à 80 % du revenu ayant servi pour les 2 derniers exercices comme assiette cotisable à la caisse de pension ou ;
- à une indemnité correspondant à 85 % si ce dernier a un ou plusieurs enfants à charge.

Dans le cadre d'un divorce, ni le droit de garde, ni le paiement d'une pension alimentaire ne constituent des critères pour se voir attribuer le taux de 85 %.

Le montant minimum de l'indemnité s'élève à 80 % du salaire social minimum pour travailleur non qualifié. Il ne peut dépasser 2,5 fois le salaire social minimum.

Si l'indépendant n'a pas rempli ses obligations de paiement des cotisations sociales, l'indemnité de chômage est ramenée à 80 % (le cas échéant à 85 %) du salaire social minimum pour salarié qualifié. Toutefois, l'indépendant dont le calcul de l'indemnité de chômage est basé sur des assiettes cotisables provisoires en attendant l'établissement du revenu professionnel définitif peut, le cas échéant, demander un redressement de l'indemnité après le recalcul des cotisations sociales définitives par le Centre commun de la sécurité sociale.

### Durée d'indemnisation

Les prestations de chômage versées à l'indépendant au chômage sont dues, en principe, pour une durée de 12 mois sur une période de 24 mois (plusieurs types de prolongation sont néanmoins possibles selon les cas).

Le droit à l'indemnité de chômage cesse :

- lorsque les limites prévues pour la durée du versement sont atteintes ;
- lorsqu'une ou plusieurs conditions d'octroi ne sont plus remplies ;
- en cas de refus non justifié d'un poste de travail approprié ;
- en cas de refus non justifié du chômeur de participer à des stages, cours ou travaux d'utilité publique assignés par l'ADEM.

### **Contestation du refus ou du retrait de l'indemnité de chômage**

Lorsque le directeur de l'ADEM a décidé le refus ou le retrait du bénéfice de l'indemnité de chômage complet au demandeur d'emploi, ce dernier peut introduire une demande en réexamen devant la Commission spéciale de réexamen (CSR).

La CSR se compose de :

- 3 membres titulaires représentant les employeurs ;
- 3 membres titulaires représentant les salariés, nommés par le ministre du Travail et de l'Emploi.

Le chômeur indemnisé peut introduire une demande de réexamen auprès de la CSR par lettre recommandée avant l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de la notification de la décision par le directeur de l'ADEM.

Si le demandeur d'emploi n'a pas obtenu satisfaction auprès de la CSR, il peut former un recours par simple requête sur papier libre à déposer en double exemplaire au siège du Conseil arbitral de la Sécurité sociale (CASS) dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la décision attaquée.

Si la décision du CASS est également contestée, le chômeur indemnisé peut de nouveau faire appel par requête à déposer en double exemplaire auprès du Conseil supérieur de la Sécurité sociale (CSSS) dans les 40 jours de la date de notification de la décision du CASS. La décision rendue par le CSSS peut faire l'objet d'un recours devant la Cour de cassation.

La requête devant le CASS et/ou devant le CSSS devra indiquer sommairement les arguments sur lesquels le recours est fondé. La saisine des juridictions de la Sécurité sociale est non suspensive, ce qui signifie que la décision de la Commission spéciale de réexamen continue à s'appliquer durant toute la procédure qui s'ensuit.

### **Changement de situation lors de la période de chômage**

En cas de situation particulière telle qu'une maladie, un séjour à l'étranger, une absence pour raison personnelle, une participation pour formation ou l'acceptation d'un emploi partiel ou temporaire, le chômeur indemnisé doit en informer son conseiller référent au sein de l'ADEM, en respectant les modalités suivantes :

- lors d'une incapacité de travail, le chômeur indemnisé doit fournir un certificat d'incapacité ;
- pour un séjour à l'étranger ou une absence, une demande de congé doit être signée et validée avant le départ ;
- si le chômeur indemnisé exerce un emploi partiel ou temporaire, il doit fournir une copie du contrat de mission temporaire ;
- lors d'une formation, le chômeur indemnisé doit fournir le certificat d'inscription à la formation.

Si la période d'occupation temporaire est comprise entre 1 semaine et 1 mois de calendrier, le dossier est neutralisé et réactivé à la fin de la période temporaire. L'intéressé doit informer son conseiller-placeur de l'occupation temporaire, et lui remettre, dans la mesure du possible, une copie du contrat de mission.

**Evolution du montant des indemnités de chômage payées par le Fonds pour l'Emploi et du taux de chômage moyen annuel 2010-2016**

<b>Indemnités de chômage payées en €</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Chômage complet	193.425.561	188.902.638	218.696.394	262.839.078	262.004.424	241.481.587	228.723.988
Remb. chômage des frontaliers			9.528.742	13.622.077	30.102.101	32.202.952	40.392.429
Chômage partiel	28.207.709	12.903.873	28.324.831	19.163.469	18.905.018	13.095.172	9.916.763
Chômage pour intempéries/accidentel et technique	18.358.403	11.643.563	12.929.816	24.605.018	2.883.458	9.340.614	8.131.267
<b>Total</b>	<b>239.991.673</b>	<b>213.450.074</b>	<b>269.479.783</b>	<b>320.229.643</b>	<b>313.895.001</b>	<b>296.120.324</b>	<b>287.164.447</b>
<b>Taux de chômage en %</b>	<b>5,8</b>	<b>5,7</b>	<b>6,1</b>	<b>6,8</b>	<b>7,1</b>	<b>6,8</b>	<b>6,4</b>

**Quant aux prestations de vieillesse**

Aucune pension de vieillesse ne peut être inférieure à 90% du montant de référence lorsque l'assuré a accompli un stage de 40 années (périodes d'assurance obligatoire, assurance continuée, assurance facultative ou périodes d'achat rétroactif, périodes complémentaires). Si l'assuré n'a pas accompli le stage de 40 ans, mais justifie de 20 ans d'assurance au moins, la pension minimum se réduit d'un quarantième pour chaque année manquante. La pension minimum mensuelle pour 40 années s'élève actuellement à 1.771,75 EUR. La personne qui ne justifie pas du stage suffisant pour prétendre à la pension minimum peut éventuellement bénéficier de l'aide sociale.

## Article 12 § 2

*"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties Contractantes s'engagent :*

*à maintenir le régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification de la Convention internationale du Travail n°102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale;"*

- A. Prière d'indiquer dans quelles branches de sécurité sociale le système de sécurité sociale en vigueur dans votre pays satisfait ou dépasse les exigences de la Convention internationale du Travail n° 102.
- B. En ce qui concerne les branches du système de sécurité sociale en vigueur dans votre pays qui n'atteignent pas le niveau fixé dans ladite Convention, prière d'indiquer dans quelle mesure les normes qui ont été fixées se différencient de celles de la Convention.
- C. Prière d'indiquer toutes mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour améliorer et/ou limiter le système de sécurité sociale.
- E. Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, en particulier, préciser dans quelle mesure les branches de la sécurité sociale de votre pays satisfont aux prescriptions de la Convention internationale du travail n° 102 de l'OIT (ou vont au-delà ou sont en-deçà de ces prescriptions).

La Convention n°102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale a été adoptée à Genève le 28 juin 1952 et elle a été ratifiée par le Luxembourg par la loi du 13 janvier 1964.

Le système de sécurité sociale luxembourgeois satisfait, dans toutes ses branches, aux exigences de la Convention internationale du Travail n°102 sur les concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952.

La Convention retient neuf éventualités qui sont les suivantes:

1. la maladie (soins);
2. la maladie (indemnités compensant la perte du revenu);
3. le chômage;
4. la vieillesse;
5. l'accident du travail et la maladie professionnelle;
6. la maternité;
7. l'invalidité;
8. le décès;
9. les charges familiales.

L'Etat qui désire ratifier la convention no 102 doit s'engager à organiser une protection contre trois au moins de ces neuf éventualités.

Les éventualités précitées sont généralement regroupées en plusieurs branches. Au Luxembourg, le regroupement se présente comme suit:

1. assurance maladie-maternité;
2. assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles;
3. assurance vieillesse-invalidité et survie;
4. prestations familiales;
5. chômage.

Le domaine spécial de la dépendance est géré par l'assurance maladie maternité. Toutes les branches atteignent le niveau fixé dans ladite Convention.

Depuis la création du système de l'assurance pension, celui-ci a connu un développement progressif et sectoriel. Au cours des années, de nombreuses lois ont été votées, qui ont eu pour objet l'amélioration substantielle des régimes de pension et des améliorations supplémentaires sont par ailleurs constamment recherchées, notamment au sein du comité quadripartite qui est convoqué annuellement par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale.

Le comité quadripartite réunit toutes les parties impliquées dans la gouvernance et le fonctionnement de l'assurance maladie-maternité. En l'occurrence, il s'agit du gouvernement, des représentants des organisations professionnelles les plus représentatives des salariés et des employeurs, ainsi que les représentants des prestataires de soins de santé.

Sur base d'un rapport établi par des experts, le comité quadripartite examine l'évolution des recettes et des dépenses en matière de santé et propose des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire en matière d'assurance maladie ainsi que toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays.

Si la croissance des dépenses entraîne un relèvement important du taux de cotisation, le comité quadripartite doit se concerter pour proposer des économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation des participations des assurés. Par ailleurs, si l'évolution du volume des actes et services des médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité, le comité quadripartite recommande l'introduction des mécanismes régulateurs.

En même temps, les réunions du comité sont une occasion pour aborder différents sujets d'actualité en matière de sécurité sociale et de proposer des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire en matière d'assurance maladie ainsi que toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays.

## **Article 12 § 3**

**"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties Contractantes s'engagent:**

**à s'efforcer de porter progressivement le régime de sécurité sociale à un niveau plus haut;"**

**Prière d'indiquer les mesures qui ont été prises par votre pays depuis l'entrée en vigueur de la Charte Sociale Européenne à l'égard de votre pays, en vue de fixer des normes de sécurité sociale plus élevées.**

**Ces informations devraient être fournies par rapport :**

- a. aux normes prévues par la Convention internationale du Travail n° 102 (Sécurité sociale, Norme minimum) <sup>(1)</sup>,**
- b. aux normes prévues par le Code européen de sécurité sociale,**
- c. aux normes prévues par le Protocole annexé au Code européen de sécurité sociale.**

**Si votre pays a ratifié le Code et le Protocole, prière d'indiquer également toutes les mesures qui dépasseraient les exigences de ce dernier.**

### **Quant à l'évolution du système de sécurité sociale**

Ni la loi du 12 mai 2010 ayant réformé les dispositions du livre II du Code de la sécurité sociale sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, ni le règlement grand-ducal du 25 juin 2009 n'ont apporté des modifications aux autres branches de sécurité sociale (niveau minimum des prestations servies en remplacement d'un revenu).

---

<sup>(1)</sup> Conventions internationales du Travail n° 121 (Prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles), n° 128 (Prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants) et n° 130 (Soins médicaux et indemnités de maladie).

## Article 12 § 4

*"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties Contractantes s'engagent:*

*à prendre des mesures, par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux appropriés ou par d'autres moyens et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords, pour assurer:*

- a. l'égalité de traitement entre les nationaux de chacune des Parties Contractantes et les ressortissants des autres Parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale, y compris la conservation des avantages accordés par les législations de sécurité sociale, quels que puissent être les déplacements que les personnes protégées pourraient effectuer entre les territoires des Parties Contractantes;*
- b. l'octroi, le maintien et le rétablissement des droits à la sécurité sociale par des moyens tels que la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies conformément à la législation de chacune des Parties Contractantes."*

[L'Annexe à la Charte sociale déclare que les mots "et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords" figurant dans l'introduction à ce paragraphe, sont considérés comme signifiant que, en ce qui concerne les prestations existant indépendamment d'un système contributif, une Partie Contractante existant indépendamment d'un système contributif, une Partie Contractante peut requérir l'accomplissement d'une période de résidence prescrite avant d'octroyer ces prestations aux ressortissants d'autres Parties Contractantes.]

- A. Prière de donner la liste des accords du type mentionné dans ce paragraphe.**
- B. Prière d'indiquer si, indépendamment de tout accord bilatéral ou multilatéral, les ressortissants des autres Parties Contractantes bénéficient du droit aux diverses prestations de la sécurité sociale sur un pied d'égalité avec les nationaux.**
- C. Prière d'indiquer les périodes de résidence requises des ressortissants des autres Parties Contractantes pour l'ouverture du droit aux prestations existant indépendamment d'un système contributif. <sup>(1)</sup>**

**Ad A.** Le tableau des accords bilatéraux de sécurité sociale conclus par le Luxembourg (hors U.E.) se trouve ci-dessous.

---

<sup>(1)</sup> Convention internationale du Travail n° 118 (Égalité de traitement-Sécurité sociale).

CONVENTIONS BILATERALES DU LUXEMBOURG

Septembre 2017

	Nature de l'instrument	Lieu / date de signature	Loi	Mémorial - date - page	Entrée en vigueur	Mémorial – date - page
ALBANIE	convention	22 octobre 2014	5 avril 2016	A-2016-63 15/04/2016 - 1062	1er juillet 2016	A-2016-96 – 01/06/2016 - 1823
ARGENTINE	convention	19 mai 2010	7 avril 2011	A 75 – 20/04/2011 – 1224	01/12/2014	
	arrangement administratif	19 mai 2010			01/12/2014	
BOSNIE-HERZEGOVINE	convention	8 avril 2011	13/04/2012	A 76 – 23/04/2012 - 838	01/12/2012	A 212 – 03/10/2012 – 2959
	arrangement administratif	8 avril 2011			01/12/2012	
BRESIL	convention	16 septembre 1965	12/07/1966	A 36 - 19/07/1966 – 620	01/08/1967	A 48 - 17/07/1967
	règlement			A 59 - 28/08/1967- 893	01/08/1967	
nouvelle	convention	22 juin 2012	30/07/2013	A 23 août 2013		
CANADA	convention	22 mai 1986	24/05/1989	M. 1989 A p. 693	01/04/1990	
	avenant	6 février 1992	08/07/1993	M. 1993 A p. 1043	01/01/1994	
	arrangement administratif	22 mai 1986		M. 1989 A p. 700	01/04/1990	
CAP VERT	convention	24 mai 1989	28/04/1992	A 28 – 11/05/1992 – 909	01/08/1992	A 36 – 05/06/1992 – 1134
	arrangement administratif	19 juin 1990		M. 1992 A p. 920	01/08/1992	
CROATIE	convention	17 mai 2001	29/05/2003	M. 2002 A p. 1221	01/11/2002	2002 – 2762
	arrangement administratif	29 mai 2003			01/11/2002	
CHILI	convention	3 juin 1997	06/04/1999	A 36 – 14/04/1999 – 36	01/07/1999	
	arrangement administratif	4 décembre 1998		M. 1999 A p. 36	01/07/1999	
ETATS-UNIS D'AMERIQUE	convention	12 février 1992	08/07/1993	M. 1993 A p. 1034	01/11/1993	
	arrangement	12 février 1992		M. 1993 A p. 1041	01/11/1993	

	administratif					
INDE	convention	30 septembre 2009	18/04/2010	A 64 - 28.4.2010 – 1265	01/06/2011	A 80 – 03/05/2011 – 1252
	arrangement administratif	30 septembre 2009			01/06/2011	
JAPON	convention	10 octobre 2014	5 avril 2016	A-2016-67 - 21.04.2016 - 1106	1/8/2017	A-2017-507 – 23/05/2017
	arrangement administratif				1/8/2017	A-2017-506 – 23/05/2017
MACEDOINE	convention	28 novembre 2008	19/12/2008	A 203 – 24/12/2008 – 3096	01/05/2009	A 32 – 25/02/2009 – 432
	arrangement administratif	28 novembre 2008			01/05/2009	
MAROC	convention	2 octobre 2006	01/08/2007	A 146 - 17/08/2007 – 2654	01/02/2013	A 8 – 16/01/2013 - 145
	arrangement administratif					
MOLDAVIE	convention	14 juin 2010	28/04/2011	A 93 – 12/05/2011 – 1562	01/01/2012	A 239 – 23/11/2011 – 4022
	arrangement administratif	25 janvier 2012			01/01/2012	
MONTENEGRO	convention	19 février 2008	19/12/2008	A 201 – 24/12/2008 – 3072	01/05/2009	A 77 – 17/04/2009 – 928
	arrangement administratif	19 février 2008			01/05/2009	A 77 – 17/04/2009 – 928
PHILIPPINES	convention	15 mai 2015		A-2016-241 - 2.12.2016 - 4464		
QUÉBEC	entente	22 septembre 1987	24/05/1989	M. 1989 A p. 703	01/04/1990	
	avenant	2 avril 1992	08/07/1993	M. 1993 A p. 1047	01/11/1993	
	arrangement administratif	22 septembre 1987		M. 1989 A p. 713	01/04/1990	
SERBIE	convention	27 octobre 2003	08/04/2005	A 51 - 20/04/2005 – 794	01/09/2005	A 124 - 10/08/2005 – 2161
	arrangement administratif	pas signé				
Nouvelle	convention avec	7 juin 2013	18/07/2014	A-2014-048 - 04.08.2014 -	1/11/2014	A-2014-190 - 10.10.2014 - 3758

	arrangement administratif			2330		
TUNISIE	convention	30 novembre 2010	16/03/2012	A 52 – 23/03/2012 – 604	18/02/2013	A 42 – 08/03/2013 - 588
	arrangement administratif	6 mai 2011			18/02/2013	
TURQUIE	convention	20 novembre 2003	08/04/2005	A 51 - 20/04/2005 – 805	01/06/2006	A 67 - 14/04/2006 – 1324
	arrangement administratif	8 décembre 2004			01/06/2006	
URUGUAY	convention	24 septembre 2012				

**Ad B.** La législation nationale en matière de sécurité sociale ne connaît pas de discriminations par rapport à la nationalité pour l'ouverture du droit aux prestations de sécurité sociale.

### **Quant à la sécurité sociale des personnes se déplaçant entre les Etats – prestations familiales**

Traditionnellement on considère les allocations familiales comme

- un droit du travailleur d'obtenir une prestation de complément de la sécurité sociale parce qu'il a des enfants à sa charge. Le travailleur a cotisé au système de sécurité sociale, il a acquis des droits et c'est normal que les prestations soient exportées.

Dans une conception plus récente les prestations familiales sont considérées comme

- un droit personnel de l'enfant et sont payées à la personne qui s'occupe des intérêts de l'enfant. Les prestations familiales sont alors financées par le budget de l'Etat, l'idée de solidarité de la communauté remplace l'idée d'un droit acquis par le travail.

En fonction de ces deux conceptions, on peut choisir une formule de coordination dans le droit international qui tient le plus compte des particularités de la loi nationale :

- une formule basée sur l'idée de droits acquis dans le pays d'emploi avec exportation.
- une formule basée sur l'idée de droits acquis dans le pays de résidence, avec son corollaire qui est le principe d'égalité de traitement pour les enfants et, le cas échéant, de la totalisation des périodes de résidence pour faire échec à toute condition de durée de résidence qui serait prévue dans le droit national.

Compte tenu des spécificités du droit national luxembourgeois, le Gouvernement favorise cette formule de coordination basée sur la résidence.

Le Luxembourg a constamment développé le réseau de ses conventions bilatérales et a conclu en particulier de telles conventions avec les pays du Conseil de l'Europe suivants : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Moldavie, Monténégro, Serbie, Macédoine et Turquie.

Des pourparlers sont actuellement en cours pour ouvrir des négociations avec l'Ukraine, l'Arménie et la Russie.

En référence à la discussion sur la nécessité d'élargir le réseau de conventions bilatérales de sécurité sociale, le Ministère de la sécurité sociale luxembourgeois confirme qu'il est disposé à engager des négociations avec tout pays du Conseil de l'Europe qui manifeste un tel intérêt.

Pour l'ensemble des pays avec lesquels le Luxembourg a conclu des conventions bilatérales, le critère de la résidence de l'enfant a été accepté et jugé adéquat par le pays partenaire en cause.

Pour l'Union européenne, les choses sont différentes.

Bien entendu, il existe un règlement de coordination des systèmes de sécurité sociale qui retient une formule de coordination basée sur les droits des travailleurs, avec son corollaire de l'exportation des prestations familiales. Historiquement on peut dire que cette norme date des origines de l'Union européenne, elle était déjà prévue dans les règlements initiaux No. 3 et 4 sur la coordination en matière de sécurité sociale, puis dans le règlement 1408/71 et reprise dans l'actuel règlement 883/2004.

Inutile d'insister longuement sur le fait que les principes de coordination pour l'Union européenne sont bien appliqués actuellement et il n'est dans l'intention de personne de les remettre sérieusement en cause dans les relations des pays de l'Union européenne, de l'Espace économique et de la Suisse.

Quant au principe d'égalité de traitement qui est mis en avant par le Comité des droits sociaux, il est indiqué de se remémorer la définition : le principe d'égalité de traitement veut qu'on accorde les mêmes droits et les mêmes obligations aux ressortissants étrangers que ceux qui sont prévus pour les nationaux.

Le principe fait donc échec à toute condition de nationalité qui serait appliquée dans la législation nationale de sécurité sociale qui s'applique sur le territoire de l'Etat en cause : les ressortissants étrangers doivent donc avoir les mêmes droits que les nationaux.

Dans les traitements des dossiers internationaux des prestations familiales le Luxembourg respecte le principe.

Les droits des ressortissants luxembourgeois et non-luxembourgeois sont toujours identiques : nous faisons une distinction entre deux situations de fait qui nous permet de faire un choix pour une formule de coordination adéquate :

- pour l'Union européenne, le règlement 883/2004 avec ses règles de droit et jurisprudentielles, des dispositions administratives détaillées gérées par une instance commune au niveau de l'Union (la commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale) et contrôlées par une instance juridique (la Cour de justice de l'Union européenne).
- en bilatéral, le principe de la loi du pays de résidence des enfants, principe qui doit d'ailleurs être accepté par le pays partenaire dans les négociations et repose sur la réciprocité.

Finalement il est utile de souligner qu'il ne faut pas conclure que, systématiquement, une formule de coordination basée sur l'exportation des prestations familiales est toujours plus favorable pour les droits sociaux des personnes.

L'application de la loi du pays de résidence de l'enfant peut présenter, dans des cas individuels, des avantages par rapport à l'application de la loi du pays d'activité des parents.

On peut faire référence au montant des prestations, aux conditions d'octroi, à la durée du paiement ou à la proximité des administrations appelées à gérer les dossiers, pour trouver des avantages tantôt dans un système de coordination basé sur l'exportation, tantôt dans un système basé sur la résidence des enfants.

Dans ces conditions le Luxembourg estime respecter le principe de l'égalité de traitement.

**Ad C.** Le revenu minimum garanti (RMG) est la principale prestation de protection sociale non contributive. Aucun changement de législation n'est à signaler.

## ARTICLE 13

### Droit à l'assistance sociale et médicale

#### Article 13 § 1

*"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties Contractantes s'engagent:*

*à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens, ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état;"*

- A.** Prière d'indiquer les mesures prises pour faire porter effet à cette disposition en précisant notamment:
- pour quelles catégories de personnes la législation prévoit des prestations d'assistance publique; quel est le critère d'appréciation de l'état de besoin;
  - quelle est la procédure qui permet de déterminer si une personne "ne dispose pas de ressources suffisantes";
  - si le système d'assistance publique en vigueur prévoit une assistance en espèces ou en nature, ou une combinaison de ces deux formes et selon quel critère est déterminée la forme de l'assistance à donner.
- B.** Prière d'indiquer si les prestations d'assistance constituent un droit et dans l'affirmative par quel mécanisme ce droit est garanti
- C.** Prière d'indiquer le montant des fonds publics (gouvernement central et collectivités locales) et si possible donner une estimation des fonds privés consacrés à l'assistance.

#### Ad A.

En règle générale, toute personne se trouvant sur le territoire luxembourgeois bénéficie des soins

- médicaux nécessaires, ceci indépendamment de son statut légal, d'affiliation et de ses ressources financières.
- L'application du tiers payant social à partir du 1er janvier 2013 facilite l'accès aux soins médicaux et médico-dentaires des personnes aux revenus modestes en leur évitant de faire des dépenses pour ensuite demander le remboursement.
- Cette mesure est également appliquée par les offices sociaux.

Pour avoir droit au Revenu minimum garanti RMG<sup>12</sup>, une des conditions d'ouverture est que la personne doit être sans revenus ou avoir des revenus en-dessous d'un seuil déterminé par la loi. Cette condition peut être assimilée à l'état de besoins en l'espèce.

---

<sup>12</sup> Loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti

### Condition d'âge du RMG :

Peut prétendre au revenu minimum garanti sans avoir au moins 25 ans, la personne:

- qui élève un enfant pour lequel elle bénéficie des allocations familiales;
- majeure qui soigne une personne atteinte d'une infirmité grave et qui a besoin de l'aide constante d'une tierce personne;
- dont le revenu global est inférieur à la limite de revenu fixée par la loi, suite à une maladie ou un handicap.

La loi sur l'aide sociale<sup>13</sup> intervient à titre subsidiaire qui peut compléter les prestations financières prévues par d'autres lois.

- Pour avoir droit au RMG, la personne doit déclarer tous ses revenus et sa fortune ainsi que ceux des membres de sa communauté domestique.

L'aide sociale est une aide individualisée adaptée à la situation de la personne demandeuse. En cas de refus de l'aide sociale, un recours contre la décision de refus est ouvert devant les juridictions sociales.

- Le RMG est une aide de nature financière. L'aide sociale peut être une aide en nature ou en espèces.

### Ad B.

Le droit au RMG tout comme le droit à l'aide sociale est garanti par les lois y relatives. En cas de décision négative quant à l'octroi, un recours contre la décision est ouvert devant les juridictions sociales.

### Ad C.

La contribution financière prévue pour les 30 Offices Sociaux est d'environ 18 millions d'euros par an. Aux termes de la loi organisant l'aide sociale, l'Etat et les communes prennent à charge à part égale le déficit annuel de l'aide accordée.

La contribution financière de l'Etat à la dotation du Fonds national de solidarité est d'environ 267 millions d'euros par an.

Pour toute personne ne pouvant être prise en charge par un Office Social, car ne disposant pas d'adresse légale, le Ministère de la Santé dispose d'un article budgétaire qui permet d'accorder un subside en cas de demande introduite soit par un particulier, soit par les services sociaux hospitaliers, soit par d'autres personnes ou associations au nom de la personne concernée.

---

<sup>13</sup> Art. 2. de la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale  
« L'aide sociale, appelée dans la suite du texte l'«aide», assure aux personnes dans le besoin et à leur famille l'accès aux biens et aux services adaptés à leur situation particulière, afin de les aider à acquérir ou à préserver leur autonomie. »

Concernant le montant attribué pour les personnes indigentes, il est adapté tous les ans par rapport à l'estimation des demandes faites. Il tourne autour d'un million d'euros.

Tout dossier est traité de façon individuelle sur base d'une enquête sociale. A travers ce crédit, le ministère de la Santé intervient aussi dans le cadre du tiers payant social (TPS) en prenant en charge des prestations non opposables à la CNS et non récupérables par les offices sociaux auprès des bénéficiaires du TPS.

Par ailleurs plusieurs associations (Stëmm vun der Strooss, Jugend- an Drogenhëllef, Médecins du Monde) offrent des consultations médicales gratuites par des médecins bénévoles qui assurent un travail de diagnostic, d'orientation, de traitement et de distribution de médicaments pour les personnes n'ayant pas d'assurance santé y compris les personnes se trouvant en situation illégale.

### **En ce qui concerne le type de prestations d'assistance et les critères d'octroi**

En ce qui concerne les jeunes en-dessous de 25 ans et les personnes qui ont été licenciées pour faute grave qui n'ont pas droit au RMG, ces derniers peuvent néanmoins bénéficier de l'aide sociale, car **toute personne séjournant légalement au Grand-Duché** de Luxembourg a droit à l'aide sociale

Ainsi, la limite d'âge fixée pour l'octroi des prestations du RMG peut être justifiée étant donné que les jeunes en-dessous de cette limite d'âge reçoivent une aide appropriée, par l'intermédiaire des offices sociaux le cas échéant.

### **S'agissant de l'assistance médicale offerte par les Offices sociaux**

L'office social assure aux personnes dans le besoin et à leurs familles l'aide sociale, définie par la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale.

Pour autant que de besoin, il accorde des aides matérielles sous la forme la plus appropriée et il pourvoit à la mise à disposition d'un hébergement d'urgence. Si la personne dans le besoin n'est pas assurée autrement, l'office social prend en charge les risques de maladie, d'un handicap ou de sénescence, y compris l'aide médicale et l'hospitalisation.

A partir du 1er janvier 2013, les personnes à revenu modeste peuvent demander l'accès au Tiers payant social auprès de leur Office Social. Ce système a pour but de faciliter l'accès aux soins médicaux et médico-dentaires pour les personnes ayant des difficultés financières. Le Tiers payant social s'adresse à des personnes assurées se trouvant dans une situation précaire établie par l'Office Social compétent au moyen d'une attestation limitée dans le temps. Ces personnes peuvent bénéficier, dans le cadre de l'aide sociale, d'une prise en charge directe des frais qui s'appliquent aux prestations prévues dans les nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes.

### Niveau des prestations<sup>14</sup>

Montant n'incluant pas les allocations familiales:

- Personne seule: €1.401,18
- Couple sans enfants: €2.101,80
- Couple avec 1 enfant (10 ans): €2.229,17
- Couple avec 2 enfants (10 et 12 ans): €2.356,54
- Couple avec 3 enfants (8, 10 et 12 ans): €2.483,91
- Famille monoparentale avec 1 enfant (10 ans): €1.525,12
- Famille monoparentale avec 2 enfants (10 et 12 ans): €1.649,06.

Montants incluant les allocations familiales (voir tableau IX « Prestations familiales »):

- Couple avec 1 enfant (10 ans): €2.386,60
- Couple avec 2 enfants (10 et 12 ans): €2.956,54
- Couple avec 3 enfants (8, 10 et 12 ans): €3.368,91
- Famille monoparentale, 1 enfant (10 ans): €1.847,12
- Famille monoparentale, 2 enfants (8 et 10 ans): €2.219,06.

### Quant à la question du CEDS au sujet des critères d'éligibilité pour la subvention de loyer

Cette subvention, accordée par le ministère du Logement, est destinée à aider les ménages les plus défavorisés à accéder en location à un logement décent.

Le montant de cette aide mensuelle peut - selon le revenu et la composition du ménage - aller jusqu'à un maximum de 300 euros.

Peuvent demander une subvention de loyer les personnes majeures qui résident légalement sur le territoire du Grand-Duché, disposant d'un faible revenu et qui louent déjà ou souhaitent prendre en location un logement.

Le logement concerné doit servir à des fins d'habitation principale et permanente au bénéficiaire de l'aide.

Afin de bénéficier de l'aide, **logement loué ou qui va être loué** doit:

- se **situer au Grand-Duché** et ne **pas être mis** en location par un organisme public (p.ex. Fonds du logement, SNHBM, commune) ;
- répondre aux **normes de sécurité et de salubrité** en vigueur au Grand-Duché

De plus, le **ménage demandeur** (personne seule ou plusieurs personnes habitant ensemble dans un même logement) doit **remplir plusieurs critères**:

- il ne doit **pas être** propriétaire, copropriétaire, usufruitier, emphytéote ou titulaire d'un droit de superficie d'un autre logement, aussi bien au Grand-Duché qu'à l'étranger ;
- le revenu net du ménage ne doit pas dépasser un certain seuil ;
- le loyer mensuel à payer doit être supérieur à **33 %** de son revenu net disponible ;
- il doit disposer de **revenus réguliers depuis 6 mois** au moins au moment de sa demande en obtention d'une subvention de loyer.

Le revenu net à prendre en compte est celui de l'année d'imposition qui précède la date de demande de l'aide, ou à défaut, le dernier revenu net disponible connu au moment de l'octroi de l'aide.

La demande peut être introduite tout au long de l'année.

---

<sup>14</sup> Situation au 01/01/2017

### Montant et versement de l'aide

La subvention de loyer est calculée en fonction d'un loyer de référence fixé selon un barème dépendant de la composition du ménage, du revenu net disponible du ménage ainsi que de la part du revenu net disponible versée pour le loyer.

La **composition du ménage** prise en compte est celle existant au moment de la demande en obtention de l'aide.

Le revenu pris en compte pour le calcul de l'aide correspond à la moyenne du revenu net disponible de l'année d'imposition qui précède la date de demande en obtention de l'aide. Cependant, si pendant l'année d'imposition concernée, le ménage :

- a bénéficié de revenus provenant d'une occupation rémunérée pendant une partie de l'année seulement, les revenus obtenus sont à extrapoler sur toute l'année concernée ;
- n'a pas eu de revenu professionnel durant toute l'année ou a connu un changement d'employeur, le dernier revenu net disponible connu est à extrapoler sur toute l'année concernée.

Le montant de l'aide est fixé en **fonction du revenu et de la composition du ménage**, sans jamais pouvoir dépasser un **montant maximum de 300 euros**.

La subvention de loyer est versée **mensuellement** au bénéficiaire.

### **Quant au champ d'application personnel**

Si la personne dans le besoin est légalement domiciliée au Luxembourg, elle a droit à l'assistance sociale et l'office social de sa commune de résidence prend en charge les risques de maladie, d'un handicap ou de sénescence, y compris l'aide médicale et l'hospitalisation. Les ressortissants des Etats parties à la Charte ont donc accès à l'assistance médicale sur un pied d'égalité avec les nationaux, et non pas seulement aux soins d'urgence.

## **Article 13 § 2**

***"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties Contractantes s'engagent:***

***à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux;"***

**Prière d'indiquer brièvement comment est assurée l'application de cet article et quelles mesures sont notamment prises pour empêcher toute diminution directe ou indirecte des droits politiques ou sociaux.**

Les bénéficiaires de l'assistance sociale et médicale ne connaissent pas, en droit et en pratique, une restriction de leurs droits politiques et sociaux. Vu le cadre légal prévu par la législation relative au RMG et celui relatif à l'aide sociale, les conditions d'accès à ces aides sont déterminées par la loi et en cas de refus de l'octroi de l'aide, la possibilité d'un recours juridictionnel est ouvert devant les juridictions sociales.

### **Article 13 § 3**

***"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties Contractantes s'engagent:***

***à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaire pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial;"***

**Prière d'indiquer comment les services de consultation et d'aide personnelle en faveur des personnes dépourvues de ressources sont organisés et fonctionnent.**

Les services de consultation et d'aide personnelle en faveur des personnes dépourvues de ressources sont régis e.a. par la loi ASFT. Ces services sont pour la plupart financés par le gouvernement central et l'accès est en principe gratuit. En cas de service payant, des clauses sociales existent pour les personnes à revenu modeste ou sans revenus. L'accès aux offices sociaux en charge de l'exécution de la loi sur l'aide sociale est gratuit.

**Par rapport à la question du CEDS si les Offices sociaux disposent de moyens suffisants :**

Les ressources de l'Office se composent notamment :

- des revenus de bien meubles et immeubles de l'Office ;
- des dons et legs ;
- de la part réservée à l'aide sociale communale par la Loterie nationale ;
- des contributions de l'Etat ;
- des contributions des communes.

L'Etat et la commune prennent en charge, à parts égales, le déficit annuel résultant de l'aide accordée conformément aux dispositions de la loi organisant l'aide sociale, des frais de gestion de l'office ainsi que des frais de personnel, pour autant que ce personnel travaille pour l'office et que son nombre ne dépasse pas une quote-part de 1/6.000 habitants pour le personnel d'encadrement social et de 0,5/6.000 habitants pour le personnel administratif.

La participation de l'Etat et des communes aux frais d'immeubles et aux frais résultant de projets non prévus par la loi précitée ainsi qu'aux frais résultant de l'engagement de personnel supplémentaire est fixé d'un commun accord avec le ministère compétent et la ou les communes concernées.

## **Article 13 § 4**

***"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties Contractantes s'engagent:***

***à appliquer les dispositions visées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties Contractantes se trouvant légalement sur leur territoire, conformément aux obligations qu'elles assument en vertu de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, signée à Paris le 11 décembre 1953."***

[L'Annexe à la Charte précise que les gouvernements qui ne sont pas Parties à la Convention européenne d'assistance sociale et médicale peuvent ratifier la Charte sociale en ce qui concerne ce paragraphe, sous réserve qu'ils accordent aux ressortissants des autres Parties Contractantes un traitement conforme aux dispositions de ladite Convention.]

**Prière d'indiquer comment est assurée l'égalité entre les nationaux et les ressortissants des autres Parties Contractantes en ce qui concerne le bénéfice du droit à l'assistance sociale et médicale.**

La loi relative au RMG fixe la condition de résidence en son article 2 comme suit :

« (1) Peut prétendre aux prestations de la présente loi, toute personne qui remplit les conditions suivantes:

- a) bénéficier d'un droit de séjour sur le territoire du Grand-Duché, y être domiciliée et y résider effectivement;
- b) être âgée de vingt-cinq ans au moins;
- c) disposer de ressources d'un montant inférieur aux limites fixées à l'article 5 ci-après, soit à titre individuel, soit ensemble avec les personnes faisant partie d'une communauté domestique;
- d) être prête à épuiser toutes les possibilités non encore utilisées dans la législation luxembourgeoise ou étrangère afin d'améliorer sa situation.

(2) a) La personne qui n'est pas ressortissant du Grand-Duché de Luxembourg ou d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse et qui n'est pas reconnue apatride sur base de la Convention relative au statut des apatrides faite à New York le 28 septembre 1954, ni reconnue réfugiée au sens de la Convention relative au statut des réfugiés, faite à Genève, le 28 juillet 1951, doit avoir résidé au Grand-Duché de Luxembourg pendant cinq ans au moins au cours des vingt dernières années.

Ne sont pas visés par cette condition de résidence les membres de la famille du ressortissant luxembourgeois, du ressortissant d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, définis par la loi du 29 août 2008 sur la libre circulation et l'immigration et quelle que soit leur nationalité.

b) Le ressortissant de l'Union européenne ou d'un autre Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ou un membre de leur famille, quelle que soit sa nationalité, n'a pas droit aux prestations de la présente loi durant les trois premiers mois de son séjour sur le territoire ou durant la période où il est à la recherche d'un emploi s'il est entré à ces fins sur le territoire.

Cette dérogation ne s'applique pas aux travailleurs salariés ou non-salariés ou aux personnes qui gardent ce statut ou aux membres de leur famille, quelle que soit leur nationalité. »

En ce qui concerne la loi organisant l'aide sociale, les personnes peuvent faire une demande d'aide sociale à l'office social de la commune où elles résident ; l'aide intervient à titre subsidiaire, est individualisée et destinée à permettre une vie conforme à la dignité humaine.

**En ce qui concerne l'assistance d'urgence spécifique aux non-résidents**

Concernant le commentaire du Comité CEDS que la situation du Luxembourg n'était pas conforme à l'article 13§4. de la Charte de 1961 au motif que la législation et la pratique ne garantissant pas que tous les étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire pouvaient bénéficier de l'aide sociale d'urgence aussi longtemps qu'ils pourraient en avoir besoin, il y a lieu de mentionner que la loi organisant l'aide sociale prévoit en son article 27 la possibilité d'un secours humanitaire pour une personne dans le besoin qui ne remplit pas les conditions d'éligibilité de l'aide. L'ASBL Médecin du monde assure une permanence infirmière et médicale pour les personnes sans statut légal dans le besoin et ayant des problèmes de santé. Le Ministère de la santé peut également prendre en charge certains frais si les personnes ne sont pas couvertes par une assurance maladie. Pendant l'action hiver, des permanences infirmières et médicales sont régulièrement assurées par des professionnels bénévoles de la Croix-Rouge. Dans le domaine de la santé des migrants, l'Inspection sanitaire du Ministère de la santé poursuit une activité de contrôle sanitaire obligatoire des demandeurs de protection internationale. Une permanence médicale est assurée dans les foyers de primo-accueil des migrants.

## ARTICLE 14

### Droit au bénéfice des services sociaux

#### Article 14 § 1

***"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à bénéficier des services sociaux, les Parties Contractantes s'engagent :***

***à encourager ou organiser les services utilisant les méthodes propres au service social et qui contribuent au bien-être et au développement des individus et des groupes dans la communauté, ainsi qu'à leur adaptation au milieu social,"***

- A.** Prière d'indiquer les mesures prises pour mettre en application cette disposition et d'énumérer, notamment, les principaux services sociaux du type mentionné, en précisant les tâches qui leur incombent et les catégories de personnes auxquelles ils s'adressent.
- B.** Prière d'exposer brièvement l'organisation et la gestion, le mode de financement et les méthodes de travail de ces services, leurs liens financiers et autres avec les organes de la sécurité sociale et les qualifications du personnel de ces services.
- C.** Prière d'indiquer de quelle manière ces services sont encouragés, si la loi autorise les individus à en faire usage ou si latitude est donnée aux administrateurs de ces services d'en accorder ou d'en refuser le bénéfice.

#### Ad A.

Les principaux services relevant du Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région (champ d'application de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique - loi ASFT) concernent :

#### Services pour personnes en situation de handicap

##### *1. Service d'assistance à domicile :*

Est visé tout service qui offre en milieu familial des soins et/ou une aide matérielle et psychologique aux personnes en situation de handicap et à leurs familles. L'objet est de promouvoir le maintien à domicile et de garantir une prise en charge des situations de fin de vie adaptée aux besoins et attentes individuels des personnes concernées.

##### *2. Service d'hébergement :*

Est visé tout service qui offre un hébergement et/ou un encadrement professionnel multidisciplinaire à plus de trois personnes en situation de handicap. L'objet est d'assurer un encadrement professionnel à la personne en situation de handicap suivant une approche globale et cohérente en lui fournissant d'une part les aides et soins au sens de la loi modifiée du 19 juin 1998 portant introduction de l'assurance-dépendance et d'autre part un accompagnement socio-

pédagogique et une prise en charge des situations de fin de vie adaptés à ses besoins et attentes individuels.

### *3. Service de formation :*

Est visé tout service qui offre une formation professionnelle à plus de trois personnes en situation de handicap ayant dépassé l'âge de l'obligation scolaire. L'objet est de leur procurer des connaissances de nature générale et/ou professionnelle visant une orientation ou une réorientation à la vie professionnelle.

### *4. Service d'activités de jour :*

Est visé tout service qui offre des activités de jour à plus de trois personnes présentant un handicap moyen ou grave ou un polyhandicap. Outre les aides et soins au sens de la loi modifiée du 19 juin 1998 portant introduction de l'assurance-dépendance, le service assure un accompagnement socio-pédagogique et thérapeutique par le biais d'activités variées et adaptées aux besoins et attentes individuels de la personne en situation de handicap. Le service accueille pendant la journée des personnes en situation de handicap qui, en raison de leur déficience et/ou de leur âge, ne peuvent pas suivre de manière continue une formation professionnelle ou un emploi ainsi que, en dehors des périodes scolaires, des mineurs en situation de handicap en âge scolaire. L'objet est d'assurer un encadrement professionnel et multidisciplinaire à la personne en situation de handicap et de soutenir les familles ayant à charge une personne en situation de handicap.

### *5. Service d'information, de consultation et de rencontre :*

Est visé tout service qui offre des activités d'information, de consultation, d'animation et de rencontre aux personnes en situation de handicap et à leurs familles. L'objet est de promouvoir la pleine participation des personnes en situation de handicap et à prévenir leur isolement et leur exclusion sociale.

## Services pour personnes adultes seules ou avec enfants

### *1. Centre d'accueil*

Est à considérer comme centre d'accueil, un service ayant pour objet d'accueillir et d'héberger de façon continue ou temporaire plus de trois personnes adultes en difficulté, le cas échéant, accompagnées de leurs enfants. Il offre aux usagers un encadrement spécialisé et un accompagnement éducatif, psychologique et social adapté aux besoins individuels.

### *2. Structure de dépannage*

Est à considérer comme structure de dépannage, un service qui offre de façon exclusivement temporaire et avec un encadrement minimal un logement à plus de trois personnes adultes en difficulté, le cas échéant, accompagnées de leurs enfants.

### *3. Structure de jour*

Est à considérer comme structure de jour, un service accueillant le jour plus de 3 personnes adultes en difficulté. L'activité du service peut comprendre, entre autres, la restauration, l'orientation sociale, l'aide à la réinsertion sociale et professionnelle.

### *4. Services d'aide, de conseil et d'assistance pour adultes*

Est à considérer comme services d'aide, de conseil et d'assistance pour adultes, des services offrant à des particuliers et à des ménages en difficulté, aide, conseil et assistance dans des situations spécifiques d'emploi, de chômage, de logement, de surendettement et/ou assurant un accompagnement social polyvalent ou communautaire.

### Services pour personnes âgées

#### *1. Centre régional d'animation et de guidance pour personnes âgées (club senior)*

Est à considérer comme centre régional d'animation et de guidance pour personnes âgées (club senior) tout service qui s'adresse principalement à des personnes âgées, pour leur proposer, entre autres, des prestations diverses de restauration, d'assistance au niveau de la vie quotidienne, de guidance socio-familiale et psycho-médico-sociale, d'orientation institutionnelle, de consultation psycho-socio-gérontologique, de formation (géragogie, initiatives de type « université 3<sup>e</sup> âge »), d'animation et de loisir, ceci entre autres dans le but de participer à la prévention de l'isolement et au dépistage de déficiences éventuelles liées au vieillissement.

#### *2. Appel-Assistance Externe*

Est à considérer comme appel-assistance externe toute activité consistant à garantir à au moins trois personnes un service de permanence d'appel et, le cas échéant, de communication d'aide et de secours d'urgence.

#### *3. Activités Senior*

Sont à considérer comme activités-senior, des prestations de formation (géragogie, initiatives de type « université 3<sup>e</sup> âge), de supervision, de consultation, de médiation, d'animation et d'assistance, organisées par un même service pendant au moins 20 heures par semaine et proposées principalement soit aux personnes âgées ou aux personnes en fin de vie, soit à leurs familles, soit aux personnes et aux services qui œuvrent au bénéfice de ces usagers et de leurs familles.

### Offices sociaux (loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale)

Les offices sociaux prévoient notamment les prestations suivantes:

- assurer aux personnes et à leurs familles l'aide prévue par la loi du 18 décembre 2009
- fournir des conseils et renseignements et effectuer les démarches en vue de procurer aux personnes intéressées les mesures sociales, prestations matérielles et financières auxquelles elles peuvent prétendre en vertu d'autres lois et règlements
- assurer la guidance socio-éducative nécessaire pour leur permettre de vaincre progressivement leurs difficultés
- favoriser l'accès des personnes visées aux moyens de communications et aux activités socioculturelles
- accorder des aides matérielles sous la forme la plus appropriée et pourvoir à la mise à disposition d'un hébergement d'urgence
- assurer l'affiliation du demandeur à la sécurité sociale
- orienter le demandeur vers les services spécialisés les mieux adaptés à ses besoins
- inciter le demandeur à toutes les mesures permettant d'améliorer sa situation individuelle.

### **Ad B.**

Au Luxembourg, la participation financière de l'État à certains services sociaux relève de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (loi ASFT).

Les obligations de l'organisme gestionnaire sont définies dans les conventions conclues entre l'Etat et les organismes gestionnaires. Chaque service conventionné doit disposer d'un agrément conformément à la loi ASFT.

Les paramètres de calcul sont fixés dans les conventions. La convention fixe le type de participation financière qui peut être le suivant :

1. participation financière par couverture du déficit,
2. participation financière par unité de prestation,
3. participation financière forfaitaire ou par projet,
4. participation financière mixte.

Pour obtenir un agrément, l'organisme gestionnaire doit disposer d'un personnel qualifié en nombre suffisant pour assurer la prise en charge ou l'accompagnement des usagers. Le niveau et le type de qualification professionnelle ou de formation équivalente ainsi que la dotation minimale en personnel sont fixés en considération des prestations offertes, des besoins des usagers et du fonctionnement du service.

La participation financière de l'Etat aux Offices sociaux relève de la loi organisant l'aide sociale (cf. réponse figurant sous le point 13.3. ci-dessus).

### **Ad C.**

L'organisme gestionnaire doit garantir que les services agréés soient accessibles aux usagers indépendamment de toutes considérations d'ordre idéologique, philosophique ou religieux et que l'utilisateur de services ait droit à la protection de sa vie privée et au respect des convictions religieuses et philosophiques.

### **Quant à la demande du CEDS sur les voies de recours possibles.**

Tout requérant de l'aide sociale dispose d'un droit de recours devant le conseil arbitral et devant le conseil supérieur des assurances sociales (juridictions d'exception).

Contre les décisions prises sur base du chapitre II par le Service national d'action sociale ou contre les décisions prises sur base des articles du chapitre III par le Fonds national de solidarité, la personne concernée dispose d'un recours devant le conseil arbitral et devant le conseil supérieur des assurances sociales. (Loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti - articles 32 et 33).

Les personnes peuvent e.a. s'adresser au Médiateur ou Centre pour l'égalité de traitement en cas d'atteinte à la dignité humaine ou de cas urgents de discrimination.

### **Quant à la qualité des services des offices sociaux**

#### ***Informations sur la manière dont les services sociaux, publics et privés, sont contrôlés dans la pratique.***

Conformément à l'article 6 de la loi sur l'aide sociale, les offices sociaux placés sous la surveillance de leur commune-siège.

Chaque commune donne à son office, respectivement à l'office commun auquel elle appartient, les biens et moyens dont il a besoin pour accomplir ses missions.

En ce qui concerne les modalités et obligations en rapport avec la gestion financière, les offices sociaux sont soumis au contrôle du Service de contrôle de la comptabilité communale (article 33 de la loi sur l'aide sociale).

L'article 147 de la [loi communale du 13 décembre 1988](#) définit les missions de la direction de contrôle de la comptabilité des communes: "Art. 147. Sans préjudice des attributions spéciales des commissaires de district, le contrôle des budgets, des comptes, de la comptabilité et des caisses des communes se fait par un service spécial dénommé "Service de contrôle de la comptabilité des communes". Ce service est placé sous l'autorité directe du ministre de l'Intérieur.

La mission du service de contrôle de la comptabilité des communes consiste, en cours d'exercice, à procéder à des vérifications périodiques et approfondies des caisses de la comptabilité des communes. Il en est dressé procès-verbal qui est communiqué au collège des bourgmestre et échevins concerné".

L'article 170 de la loi communale étend ces missions également aux syndicats de communes et aux établissements publics placés sous la surveillance des communes:

"Art. 170. Les dispositions des chapitres 1 à 4 du titre 4 relatifs à la comptabilité des communes sont applicables aux syndicats de communes et aux établissements publics placés sous la surveillance des communes, sous réserve des adaptations et modifications prévues aux articles 171 à 173".

Ainsi, chaque année les offices sociaux placés sous la surveillance des communes sont invités par circulaires ministérielles à établir leurs budgets et à les présenter à l'autorité supérieure dans les délais prescrits par la loi.

Ces circulaires, outre quelques réflexions d'ordre général sur la prudence et les soins à apporter aux budgets, fournissent des directives pour l'établissement des prévisions budgétaires et pour la détermination de certaines recettes et de certaines dépenses.

#### ***Informations relatives aux effectifs des services sociaux / aux dépenses consacrées aux services sociaux***

En 2014, la contribution financière prévue pour les 30 Offices Sociaux a été d'environ 16,5 millions d'euros. Aux termes de la loi, l'Etat et les Communes prennent en charge à parts égales, le déficit annuel de l'aide accordée.

La contribution englobe 112,7 postes de personnel, dont 75,30 postes d'encadrement social et 36,8 postes administratifs.

En 2014, seule année pour laquelle les données sur les demandes sont exploitables, 9 368<sup>15</sup> personnes ont introduit une ou plusieurs demandes auprès des offices sociaux<sup>16</sup>:

- 42% uniquement une aide non-financière ;
- 35% uniquement un secours financier;
- 1% uniquement un secours d'urgence et;
- 22% une combinaison de ces aides.

Les 9 368 demandeurs de 2014 ont introduit un total de 34 528 demandes :

- 58% de demandes de nature non-financière;
- 40% de demandes pour secours financier;
- 2% de demandes pour un secours d'urgence.

Parmi les 9 368 personnes qui ont au moins effectué une demande auprès de l'office social, la majorité ont effectué plusieurs demandes (58%). Dans le détail, 3 925 personnes (42%) n'ont effectué qu'une seule demande; 18% ont en effectué deux; 11% en ont effectué trois et 29% en ont effectué quatre ou plus, dont 5% qui ont effectué plus de douze demandes.

La majorité des personnes qui s'adressent à l'Office Social ont entre 41 et 60 ans (47 %), dont 14 % dans la catégorie d'âge de 41 à 45 ans, 14 % dans la catégorie d'âge de 46 et 50 ans et 19 % sont dans la catégorie d'âge de 51 à 60 ans. 31% des personnes qui s'adressent à l'Office Social sont célibataires, 28% sont mariées, 23% sont divorcées, 4% des personnes sont veuves, 3% sont séparées et pour 12% des personnes l'état civil des bénéficiaires n'est pas connu. 51 % des clients de l'Office Social sont de sexe féminin et 49 % de sexe masculin.

### Secours financiers accordés

Au cours de l'année 2014, les 30 Offices Sociaux ont dispensé des secours financiers non remboursables pour un montant total de 2.627.021 €. On constate une augmentation de 100.000 € par rapport à 2013.

Source : SIGI	Compte provisoire	%
Aides exceptionnelles	32.970 €	1,26 %
Aides financières diverses n/a	319.871 €	12,18 %
Aides besoins quotidiens	374.086 €	14,24 %
Frais administratifs	94.015 €	3,58 %
Aides ménage (électricité, gaz, eau ...)	630.442 €	24,00 %
Secours humanitaire urgent	8.142 €	0,31 %
Santé	420.037 €	15,99 %
Logement	747.458 €	28,45 %

<sup>15</sup> Parmi elles, 3 753 personnes (40%) avaient déjà introduit une demande à un office social en 2013.

<sup>16</sup> → taux personnel disponible/nombre d'utilisateurs : +/- 83 )

<b>Total</b>	<b>2.627.021 €</b>	<b>100,00 %</b>
--------------	--------------------	-----------------

L'aide accordée pour subvenir au coût du logement représente avec 28 % la catégorie la plus importante. Ces chiffres confirment le poids que représentent les coûts du logement dans les budgets des ménages exposés au risque de pauvreté. Aux frais de logement viennent s'ajouter les frais de ménage, où on retrouve l'énergie, mais aussi l'alimentation, représentant en total 24% des aides accordées.

Les besoins élémentaires de santé représentent 16% des frais. Les secours humanitaires de 8.142 € sont entièrement pris en charge par le Ministère de la Famille.

### **Tiers Payant Social (TPS)**

A partir du 1er janvier 2013, les personnes à revenu modeste ont pu demander le tiers payant social auprès de leur office social. Ce système a pour but de faciliter l'accès aux soins médicaux et médico-dentaires pour les personnes ayant des difficultés financières.

Pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2014, les chiffres sont les suivants :

Montant facturé par les prestataires	1.306.324,00 €
Montant à charge de la CNS	1.128.072,00 €
Montant refacturé par la CNS aux Offices sociaux	178.252.60 €
Dépassement du tarif non-remboursé	37.029,44 €
Montant remboursé aux OS par le Ministère de la Santé	80.651,36 €
Nombre de bénéficiaires (selon OS)	2.338
Nombre de patients concernés (selon CNS)	2.222
Nombre de prestations fournies	63.439
Nombre de prestataires	3.964

A noter que les chiffres repris dans le tableau ci-dessus peuvent encore connaître de légères variations en raison de la possibilité, pour le Ministère de la Santé, d'effectuer des paiements jusqu'en mars 2014. La différence au niveau des chiffres entre la CNS et le SIGI concernant les bénéficiaires peut s'expliquer par le fait que certains Offices sociaux accordent le TPS à l'ensemble d'une famille et il s'avère par la suite que tous les membres n'en ont pas profité.

La CNS assure le paiement de la plus grande partie des frais (87 %) du Tiers Payant Social. Les Offices sociaux prennent en charge 13% du montant total. Comme les Offices sociaux peuvent demander un remboursement auprès du Ministère de la Santé, le coût pour les Offices sociaux diminue encore.

Nombre de demandes	4.096
Nombre d'étiquettes	42.300
Nombre de bénéficiaires	2.338
Nombre de refus	37
Nombre de révocations	56
Durée moyenne de validité	3,57 mois

### **Quant à la législation sur la protection des données personnelles**

L'article 21 de la loi sur l'assistance sociale dispose que :

« Toute personne qui, à un titre quelconque, participe aux activités d'un office social, obtient ou reçoit communication de données personnelles, est tenue au secret professionnel aux conditions et sous les peines de l'article 458 du Code pénal. »

## Article 14 § 2

***"En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à bénéficier des services sociaux, les Parties Contractantes s'engagent:***

***à encourager la participation des individus et des organisations bénévoles ou autres à la création ou au maintien de ces services."***

**Prière d'indiquer quelles mesures ont été prises pour permettre ou encourager la participation des individus et des organisations bénévoles, ou autres organisations appropriées, à la création et au maintien de ces services. <sup>(1)</sup>**

### Quant aux services privés et au contrôle de celles-ci

Les services privés tombant sous le champ d'application de la loi ASFT doivent tous obtenir un agrément de la part du Ministère de la Famille et de l'Intégration, du Ministère de l'Égalité des Chances, du Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de l'Enfance ou de la part du Ministère de la Santé.

La loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique stipule en son article 1er: "Nul ne peut, à titre principal ou accessoire et contre rémunération, entreprendre ou exercer d'une manière non-occasionnelle l'une des activités ci-après énumérées, dans le domaine social, socio-éducatif, médico-social ou thérapeutique s'il n'est en possession d'un agrément écrit, suivant leurs compétences respectives, soit du ministre de la Famille, soit du ministre de la Promotion féminine, soit du ministre de la Jeunesse, soit du ministre de la Santé.

Sont soumises à un agrément, pour autant qu'elles ne font pas l'objet d'une autre disposition légale, les activités suivantes en faveur de toutes les catégories de personnes:

- l'accueil et l'hébergement de jour et/ou de nuit de plus de trois personnes simultanément;
- l'offre de services de consultation, d'aide, de prestation de soins, d'assistance, de guidance, de formation sociale, d'animation ou d'orientation professionnelle.

L'agrément est obligatoire tant pour les personnes physiques que pour les personnes morales, de droit privé et de droit public.

L'obtention de cet agrément présuppose bien évidemment un contrôle antérieur à son attribution.

### Conditions d'obtention de l'agrément :

1. Honorabilité des personnes
2. Salubrité et de sécurité des lieux
3. Qualification du personnel
4. Situation financière et budget prévisionnel (excepté requérants de droit public)
5. Accessibilité des activités (indépendamment de considérations idéologiques, etc.)

⇒ Accordé (en principe) pour une durée illimitée

⇒ Contrôle par des fonctionnaires qui ont la qualité d'officiers de police judiciaire

---

(1) Au cas où le paragraphe 1 de cet article a été accepté, il suffira de compléter la réponse qui aura été faite dans ce contexte.

Les conditions ci-dessus ainsi que les modalités du contrôle des conditions sont précisées par règlement grand-ducal qui détermine les renseignements ou données à fournir et les pièces à joindre à la demande d'agrément. Le contrôle de ces conditions incombe au ministre compétent.

L'article 9 de la loi du 8 septembre 1998 définit les modalités de contrôle :

« Chaque ministre prévu à l'article 1<sup>er</sup> de la présente loi est chargé, pour les activités qui le concernent, de surveiller et de **contrôler** la conformité de ces activités avec les dispositions de la présente loi.

Dans le cadre de sa mission de surveillance et de **contrôle** chaque ministre désigne un ou plusieurs fonctionnaires de l'Etat, soit de la carrière supérieure soit de la carrière moyenne relevant du cadre fermé, avec la mission de rechercher et de constater des infractions à la présente loi et à ses règlements d'exécution, le tout sans préjudice des pouvoirs reconnus aux officiers et agents de police judiciaire de la gendarmerie et de la police.

Dans l'exercice de leurs fonctions relatives à la présente loi, les fonctionnaires visés ci-avant ont la qualité d'officier de police judiciaire. Ils constatent les infractions par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve contraire. Leur compétence s'étend sur tout le territoire du Grand-Duché.

Avant d'entrer en fonctions, ils prêtent devant le tribunal d'arrondissement de leur domicile le serment suivant: «Je jure de remplir mes fonctions avec intégrité, exactitude et impartialité.»

L'article 458 du code pénal leur est applicable.

Les fonctionnaires prévus ci-avant ont accès aux locaux, terrains et moyens de transport des personnes et organismes assujettis à la présente loi. Ils peuvent pénétrer même pendant la nuit, lorsqu'il existe des indices graves faisant présumer une infraction à la présente loi, dans les locaux, terrains et moyens de transport visés ci-dessus. Ils signalent leur présence au chef de l'organisme ou à celui qui le remplace. Celui-ci a le droit de les accompagner lors de la visite. »

#### **Art. 11.**

« L'Etat est autorisé à accorder un soutien financier pour l'exercice des activités visées à l'art. 1<sup>er</sup>, ainsi que pour les investissements y relatifs.

Le soutien financier peut prendre forme d'un subside ou d'une participation financière qui est accordé à condition:

- a) que le bénéficiaire accepte de signer avec l'Etat une convention qui détermine:
- 1) les prestations à fournir et les modalités de gestion financière à observer par le bénéficiaire;
  - 2) le type de participation financière de l'Etat;
  - 3) les moyens d'information, de **contrôle** et de sanction que possède l'Etat en relation avec les devoirs du bénéficiaire définis sous 1)
  - 4) les modalités de coopération entre les parties contractantes sans pour autant affecter la gestion qui est de la responsabilité du bénéficiaire;

- b) que le bénéficiaire tienne une comptabilité régulière selon les exigences de l'Etat;
- c) que les activités projetées répondent à des besoins effectifs constatés par le Gouvernement en conseil.

Si le bénéficiaire est une personne morale de droit privé, celle-ci doit être constituée soit en vertu d'une disposition légale particulière, soit selon les dispositions de la loi modifiée du 28 avril 1928 sur les associations et les fondations, soit selon les dispositions de la loi modifiée du 10 août 1915 concernant les sociétés commerciales. »

Les conventions définissent°:

- Prestations à fournir et les modalités de gestion financière à observer
- Type de participation financière
- Moyens, d'information, de **contrôle** et de sanction
- Modalités de coopération, la gestion étant de la responsabilité du bénéficiaire

Ainsi, des visites d'agrément sont effectuées dans le cadre de l'octroi d'un agrément. Des contrôles d'agrément, quant à eux, sont effectués dans le cadre de la surveillance et du contrôle de la conformité avec les dispositions de la loi dite ASFT d'une activité pour laquelle un agrément non conditionné (définitif, à durée illimitée) a été accordé.

Finalement, **quant au nombre de bénévoles**, il est difficile de trouver des statistiques fiables.

Une étude sur le secteur associatif réalisée par le CEPS en 2009 a montré que 79% des associations fonctionnent avec des bénévoles. Le recours aux bénévoles est de mise dans tous les types d'associations avec toutefois un peu plus de bénévoles dans les associations sportives et liées à la santé (86%). Et lorsqu'elles en ont, c'est autour de 10 bénévoles que les associations se partagent en deux groupes : une moitié qui en a plus et une autre moitié qui en a moins. Et quel que soit le domaine d'activité, le nombre de bénévoles varie peu.

Si le nombre de bénévoles ne varie guère, c'est en revanche dans l'intensité de leurs heures de travail que des différences se font sentir. Et c'est à nouveau le secteur de l'action sociale qui recourt au plus grand nombre d'heures bénévoles : la moitié des associations de ce domaine a recours à plus de 560 heures par an. Sur l'ensemble des associations, ce nombre médian d'heures de travail bénévoles est de 490 heures. Le nombre médian élevé d'heures bénévoles affiché dans le domaine des associations professionnelles, syndicales et de défense des intérêts et des droits, combiné aux indicateurs précédents, permet de dresser un profil particulier de ce domaine d'activité : un secteur avec moins de bénéficiaires, moins de salariés et moins de bénévoles que dans les autres associations mais, lorsque ces associations ont recours à des bénévoles, ces derniers y investissent plus de temps que dans les autres associations. Le fonctionnement des associations repose finalement pour beaucoup sur les bénévoles puisque 56% des associations ne fonctionnent qu'avec des bénévoles, 23% avec à la fois des bénévoles et des salariés, 8% uniquement avec des salariés et 13% sans salariés, ni bénévoles.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Source : [Enquête sur le secteur associatif en 2009 - CEPS/INSTEAD - Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte](#)