

FR

FR

FR

Luxembourg

1. SITUATION ET GRANDES TENDANCES

La croissance du PIB est restée forte en 2007 (5,2%) mais elle devrait faiblir cette année, dans la mesure où la crise financière et le ralentissement de l'économie internationale auront un effet négatif sur elle. Cette tendance se poursuivra en 2009 : selon toute vraisemblance, la croissance réelle du PIB sera la plus faible de ces vingt-cinq dernières années. Les créations d'emplois, encore très nombreuses dans la première moitié de 2008, devraient connaître un coup de frein alors que le chômage, qui avait commencé à reculer en 2007, est reparti à la hausse cet été.

Le taux d'emploi de la population résidente reste inférieur à la moyenne de l'Union européenne (il a très légèrement augmenté depuis 2000 pour atteindre 64,2% en 2007 et se caractérise par un important écart entre hommes et femmes : 16,2%); celui des travailleurs âgés est particulièrement faible (2006 : 33,2%; 2007 : 32% — très en dessous de l'objectif de l'UE, fixé à 50%) et celui des femmes (2007 : 56,1% — inférieur à l'objectif de l'UE, fixé à 60%) reste insatisfaisant malgré une tendance à la hausse depuis 2000. Chez les jeunes, le chômage reste préoccupant (il a plus que doublé entre 2000 et 2007, période pendant laquelle il est passé de 7,1% à 15,5% pour atteindre la moyenne de l'Union européenne).

Le taux de dépendance des personnes âgées (21,1% en 2010 et 37,8% en 2050) devrait, d'ici à 2050, devenir l'un des plus bas de l'UE (37,8% contre 50,4% prévu pour l'ensemble de l'UE). En 2006, le niveau des dépenses de protection sociale a atteint au total 20% du PIB. Les soins de santé/maladie et les pensions ont été les deux principaux groupes de fonctions et ont représenté, respectivement, 25,4% et 36,7% des dépenses publiques totales. D'ici à 2050, le Luxembourg devrait enregistrer l'une des plus fortes augmentations des dépenses sociales publiques totales : 8,3% du PIB.

Les non-ressortissants représentent actuellement 42,6% de la population totale et ce sont les Portugais qui constituent le groupe le plus important (37,2%). Les non-ressortissants sont plus exposés au chômage (59% du chômage total) et à la pauvreté (19,5%, contre 7,2% pour les ressortissants)

2. METHODE STRATEGIQUE GLOBALE

La méthode stratégique globale s'appuie sur la stratégie 2006-2008 et la respecte, tout en renforçant des domaines d'action particuliers, conformément aux problèmes définis, afin de servir mieux encore les objectifs communs de la MOC sociale. Compte tenu de l'interdépendance des aspects économiques et sociaux, cette méthode soutient le renforcement de l'État providence, qui privilégie l'égalité des chances pour tous et l'investissement dans le capital humain en tant que préambule au développement économique, en encourageant l'instauration d'un climat économique concurrentiel et stable, de finances publiques saines et d'un système de sécurité sociale viable. Un objectif majeur de la promotion de la cohésion sociale est de prévenir l'émergence de groupes parallèles dans la société luxembourgeoise. Les principales priorités sont illustrées en relation avec les trois objectifs fondamentaux communs de la MOC sociale. En ce qui concerne la défense de l'égalité des chances pour tous, l'accent est mis sur : (1) l'inclusion sociale des immigrants dans la société du luxembourgeois; (2) la lutte contre la pauvreté en favorisant l'égalité d'accès à des revenus,

biens et services équitables et en menant des actions spécifiques en faveur des groupes vulnérables; et (3) la volonté de relever le défi de l'intégration de la dimension de genre. Compte tenu des interactions mutuelles avec la Stratégie de Lisbonne, les liens sont rendus visibles de manière cohérente et réaliste, bien que l'objectif prioritaire concernant l'échec scolaire ait été retiré de l'actuel rapport stratégique national (l'abandon prématuré des études est actuellement considéré comme un «point à surveiller»). L'intégration des politiques est particulièrement remarquable dans le cas de la pauvreté des enfants. Considérée comme très corrélée au faible niveau de participation des parents au marché du travail, la conciliation du travail et de la vie privée est donc soutenue par une amélioration quantitative et qualitative des structures abordables d'accueil pour les enfants, en conformité totale avec la mise en valeur d'une «stratégie fondée sur le cycle de vie» (LDI n° 18) et la lutte contre la pauvreté (MOC sociale). Enfin, en ce qui concerne la gouvernance, le Luxembourg se caractérise par l'efficacité du dialogue social institutionnalisé et des structures «tripartites» bien établies jouant un rôle consultatif et cherchant systématiquement des solutions consensuelles aux problèmes économiques et sociaux. La préparation du rapport stratégique national (RSN) s'appuie sur de vastes discussions auxquelles participent toutes les parties prenantes, des autorités publiques et des partenaires sociaux aux ONG. La coordination du RSN avec la Stratégie de Lisbonne et la stratégie de développement durable est en partie assurée par deux comités interministériels chargés de ces stratégies (le lien entre stratégie de développement durable et FSE n'est pas développé, sauf de manière purement formelle).

3. INCLUSION SOCIALE

3.1. Tendances clés

D'une manière générale, le niveau de pauvreté au Luxembourg reste relativement stable. En 2007, le seuil de pauvreté était deux fois supérieur à la moyenne de l'UE (le plus élevé de l'UE) et se situait à 17 929 euros (ménage d'une personne) et à 37 650 euros (deux adultes avec deux enfants de moins de 14 ans). Inférieur à la moyenne communautaire (16% en 2007), le risque de pauvreté menaçait encore 14% de la population totale en 2007 (contre 13% en 2005 et 12,3% en 2004). Les personnes de 65 ans et plus sont moins exposées à la pauvreté (7% en 2007 contre 19% pour l'UE-25). Les enfants de 0 à 17 ans sont toujours gravement exposés au risque de pauvreté (20% en 2007). Les ménages ayant des enfants à charge représentaient 70% de la population exposée à la pauvreté en 2007 (sont plus particulièrement concernés : les ménages sans emploi, essentiellement les ménages monoparentaux; les familles monoparentales et les familles nombreuses). Les autres groupes très exposés sont les non-ressortissants (19,5%, contre 7,2% pour les ressortissants) et les locataires (30%, contre 9% pour les propriétaires).

En 2007, la pauvreté au travail touchait 9% des personnes travaillant à temps plein et 10% de celles qui travaillent à temps partiel (contre, respectivement, 7% et 12% dans l'UE-25). Bien que le niveau de chômage total soit bas (4,1% en 2007, touchant surtout les non-ressortissants et les travailleurs peu spécialisés), il faut garder à l'esprit que le risque de voir ce groupe confronté à la pauvreté est croissant (46%). D'une manière générale, les transferts sociaux atténuent de manière satisfaisante le risque de pauvreté, de 23% à 14% pour l'ensemble de la population, de 33% à 20% pour les enfants (de 0 à 17 ans) et de 23% à 13% pour les personnes de 18 à 64 ans. En 2006, le revenu net d'assistance sociale était parmi les plus élevés et correspondait à 80% du seuil de pauvreté pour les célibataires, 80% pour les familles monoparentales avec deux enfants et 70% pour les couples avec deux enfants.

3.2. Progrès par rapport aux priorités fixées dans le rapport stratégique national (RSN) 2006-2008 (PAN compris) et aux défis exposés dans le rapport conjoint 2007

Le Luxembourg a réalisé des progrès par rapport aux priorités fixées pour 2006-2008 et aux problèmes identifiés dans le rapport conjoint 2007. Étant donné que, depuis 2000, le taux d'emploi global du Luxembourg n'a que peu progressé, que le taux d'emploi des travailleurs âgés est resté faible et que le taux de chômage des jeunes a augmenté, des améliorations sont possibles relativement aux objectifs prioritaires de rétablissement du plein emploi. En ce qui concerne l'abandon prématuré des études, le Luxembourg est resté très en-dessous de l'objectif fixé pour 2010 (Eurostat, 2007 : 15,1%; UE-25 2007 : 14,5%), même si, sur la base des indices nationaux, les chiffres font ressortir une amélioration dans ce domaine. Conformément aux défis exposés dans le rapport conjoint 2007, les objectifs actuels visent explicitement à favoriser la participation des jeunes et des travailleurs âgés au marché du travail. Avec, depuis 2005, 3 751 places disponibles en plus dans les maisons-relais (établissements publics de garderie, nombre total de places disponibles en 2007 : 11 751) et, depuis 2003, 347 places disponibles en plus dans le cadre des dispositions d'assistance parentale (nombre total de places disponibles en 2007 : 437), les progrès réalisés dans le domaine de la conciliation de l'activité professionnelle et de la vie privée par rapport aux objectifs ambitieux fixés pour 2009 (augmentation de 10 000 places dans les structures d'accueil pour les enfants) sont plus que raisonnables. Enfin, on peut faire état de progrès dans le domaine de la promotion de l'accès au logement. Le «Pacte du logement» a été adopté le 11 juin 2008 et ses mesures vont être mises en application après le second vote constitutionnel du Parlement (le 22 octobre 2008). Conformément aux défis exposés dans le rapport conjoint 2007, cette priorité vise plus particulièrement les groupes vulnérables.

Pour assurer un suivi efficace des progrès, une attention particulière doit être accordée à la bonne quantification des objectifs. C'est notamment le cas lorsqu'on examine les priorités visant le rétablissement du plein emploi et la prévention de l'échec scolaire. Ces dernières n'ont pas été suffisamment précisées en ce qui concerne le calendrier, y compris les étapes intermédiaires qui pourraient être mesurables (les objectifs quantifiés sont nettement trop généraux). Dans ce domaine, des précisions supplémentaires sur les aspects inclusifs des politiques/mesures pour l'emploi et l'éducation sont nécessaires pour pouvoir définir des objectifs intermédiaires raisonnables, spécifiques et mesurables et montrer comment les différents moyens d'action doivent interagir.

3.3. Principaux défis et axes prioritaires

Le rapport 2008-2010 s'est fixé quatre objectifs prioritaires : assurer le bien-être des enfants, encourager la participation des jeunes et des travailleurs âgés au marché du travail, moderniser l'aide sociale et faciliter l'aide au logement. Ces objectifs s'appuient sur ceux qui avaient été fixés dans le précédent rapport, les respectent (sauf en ce qui concerne la prévention de l'échec scolaire et l'amélioration du niveau général d'éducation) et reflètent les principales tendances actuelles. Conformément à certains problèmes identifiés dans le rapport conjoint 2007, les nouveaux objectifs renforcent explicitement l'ancienne stratégie sur presque toutes les priorités en mettant plus particulièrement l'accent sur l'inclusion sociale (réduction de la pauvreté) et sur les actions en faveur de certains groupes vulnérables. Néanmoins, compte tenu des chiffres fournis par Eurostat, la question de l'échec scolaire doit être traitée parallèlement aux principaux axes prioritaires (les jeunes hommes et les enfants issus de l'immigration et de familles dont la situation socio-économique est mauvaise sont les plus touchés). Il convient également de noter que les mécanismes d'intégration de la

dimension d'inclusion sociale dans toutes les politiques publiques pertinentes (économie, emploi, éducation, etc.) n'ont pas été suffisamment préparés alors que dans le FSE l'intégration vient d'être officiellement instituée. Enfin, les quatre objectifs prioritaires pour 2008-2010 tiennent compte des questions d'égalité des sexes, parfois, il est vrai, de manière très générale (des informations et des témoignages supplémentaires sont parfois nécessaires pour étayer les déclarations).

3.4. Mesures politiques

En ce qui concerne l'objectif prioritaire visant à assurer le *bien-être des enfants*, les mesures existantes, telles que l'extension et l'individualisation des services de soins (pour les enfants ayant des besoins spécifiques), sont maintenues. De nouvelles actions sont également engagées, par exemple une «bonification pour enfant» (qui est à la fois une allocation familiale et une mesure fiscale dont bénéficient essentiellement les familles à faible revenu) ou les «chèques-services» (à fournir pour l'utilisation des services de crèche et de garderie). Celle politique associe, de manière intégrée, une approche préventive et une approche curative visant à améliorer la situation de tous les ménages ayant des enfants (en augmentant le niveau du revenu disponible et en améliorant les possibilités d'intégrer ou de réintégrer le marché du travail en facilitant l'accès aux structures et services). Cet objectif prioritaire renforce donc globalement les actions engagées dans le domaine de la conciliation des activités professionnelles et de la vie privée. Certaines actions renforcent également les mesures visant les enfants issus de l'immigration, exposés à l'exclusion sociale et à la pauvreté matérielle, etc. (projet de loi n° 5764 sur l'aide aux enfants). Ces actions ambitieuses ont besoin d'être renforcées pour atteindre leur principal objectif (des objectifs précis ne sont fixés que dans le domaine de l'augmentation du nombre de places dans les services de crèche et de garderie). Même s'il a été tenu compte de la dimension de genre, les efforts doivent être poursuivis dans le domaine de l'intégration des questions de handicap. Le rapport ne fait pas mention de l'importance des ressources affectées, pas plus qu'il ne décrit avec suffisamment de détails la façon dont le FSE contribue concrètement à la réalisation de cet objectif prioritaire (c'est-à-dire par le biais de l'axe prioritaire n° 1 du programme opérationnel).

En ce qui concerne l'objectif prioritaire visant à *encourager la participation des jeunes et des personnes âgées au marché du travail*, aucune nouvelle mesure n'a été définie (l'approche est fondamentalement un report de l'ancien objectif) et des objectifs précis et quantifiés n'ont pas été fixés. Pour ce qui est des jeunes, l'approche est suffisamment pluridimensionnelle et intégrée (mesures d'activation, services d'orientation et mécanismes en faveur de la reconnaissance des compétences associés à la réforme du système d'enseignement primaire et secondaire, y compris de l'enseignement professionnel). Mais lorsqu'on évalue la situation des travailleurs âgés, la portée de l'approche ainsi que ses instruments (essentiellement un «plan de maintien des travailleurs dans l'emploi» et un droit individualisé à la formation professionnelle) semblent très insatisfaisants. La dimension de genre est semble-t-il prise en compte, mais sans éléments de preuve suffisants par rapport aux mesures prises. Aucune information ne permet de dire si une attention suffisante est accordée à l'intégration des questions de handicap. Des moyens suffisants sont affectés à la réalisation de l'objectif et le FSE y contribue effectivement (par le biais de l'axe prioritaire n° 1 du programme opérationnel).

En ce qui concerne l'objectif prioritaire visant à *moderniser l'aide sociale*, la réforme était déjà annoncée dans le premier PAN/Inclusion en 2001 (nécessité de réformer «l'aide sociale paternaliste/arbitraire» au moyen de procédures administratives importantes et complexes). Cette réforme (projet de loi n° 5830) s'articule sur plusieurs caractéristiques clés : fusion des

bureaux locaux d'aide sociale en services régionaux, harmonisation des méthodes opérationnelles autour d'une «approche tout en un» et amélioration de la professionnalisation, de l'efficacité et de la transparence. La réforme redéfinit également le concept d'«aide» (droit opposable, subsidiaire et supplémentaire, polyvalent et individualisé). L'idée de suivi et de partenariat est soulignée par un «contrat de solidarité». Le nouveau système ne devrait pas être totalement en place avant janvier 2010. L'approche est suffisamment pluridimensionnelle et intégrée mais il aurait été utile de prévoir des étapes intermédiaires mesurables. La réforme adopte une perspective de genre (en soutenant les parents isolés, souvent des femmes) et l'intégration des questions de handicap (en faisant de la «mobilité» un «besoin fondamental»). Elle tient compte de la situation des non-ressortissants et des ressortissants de pays tiers, y compris de ceux qui résident illégalement dans le pays (l'article 28 prévoit une aide humanitaire discrétionnaire à court terme). Les moyens affectés sont suffisants et des dispositions précises de suivi sont prévues (rapports annuels, enquêtes sociales structurées, contrats de solidarité, etc.).

En ce qui concerne l'objectif prioritaire visant à *faciliter l'accès au logement*, il a été décidé, sur la base d'une analyse approfondie de la structure de logement et de la situation sociale des ménages, de compléter la politique globale d'accès au logement par une initiative spéciale soutenue par des ONG, à savoir la création d'une «agence immobilière sociale» à l'intention des ménages à faible revenu effectif et des personnes confrontés à des problèmes multiples. Les principales missions de cette structure sont les suivantes : prospection immobilière, gestion locative (rôle d'intermédiaire dans les contrats de location et le contrôle des paiements) et assistance technique (réparation des logements). Des objectifs précis sont fixés : 50 logements pour 2009, 50 logements de plus par an et, à moyen terme, environ 500 logements à administrer sur l'ensemble du territoire. La réforme est suffisamment pluridimensionnelle et intégrée, et elle tient compte de la perspective de genre (en soutenant les parents isolés, souvent des femmes, au moyen d'une indemnité supplémentaire de logement), de l'aspect pluridimensionnel de la pauvreté des enfants (privation matérielle) et de la situation des immigrants. Les moyens affectés sont suffisants et des dispositions précises de contrôle sont prévues (rapports annuels s'appuyant sur des objectifs quantitatifs).

3.5. Gouvernance

Un jugement favorable est porté sur le traitement des questions de gouvernance au Luxembourg. Comparativement aux rapports antérieurs, on peut considérer que l'actuel RSN est le résultat d'un processus de planification stratégique qui n'a cessé de s'améliorer. Les dispositions de préparation favorisant la coordination administrative dans le domaine de l'inclusion sociale semblent efficaces et suffisamment inclusives. Néanmoins, des faiblesses mineures (en termes de résultats procéduraux) peuvent être constatées au niveau de la coordination avec la Stratégie de Lisbonne et la stratégie de développement durable. En ce qui concerne la mobilisation et la participation des acteurs, le processus d'inclusion sociale s'appuie sur une vaste consultation de toutes les parties prenantes concernées. Le gouvernement, en coopération avec les autorités locales, soutient également les initiatives des ONG (par exemple, conférence annuelle sur la pauvreté et l'inclusion) et tient compte des conclusions et demandes résultant de ces activités. À cet égard, le rôle des acteurs non gouvernementaux semble s'être renforcé tout comme il semble qu'il soit tenu compte, dans une certaine mesure, de leurs points de vue (par exemple, l'«agence immobilière sociale»). On pourrait toutefois regretter qu'une trop faible visibilité générale soit accordée au processus d'inclusion sociale (par exemple dans les discussions politiques officielles, les médias). Des dispositions appropriées sont généralement prises pour contrôler et évaluer les réformes

engagées et les mesures prises (même si on peut penser que les résultats escomptés pourraient parfois être plus précisés ou quantifiés à un niveau intermédiaire).

4. SYSTEME DE PENSIONS

4.1. Principales tendances

Au Luxembourg, le système de pensions est dominé par un régime public couvrant les salariés et les travailleurs indépendants. Il est financé à parts égales par l'employeur, le salarié et des contributions du budget général, s'appuie sur un fort consensus politique et assure un niveau d'adéquation élevé (système avec des taux de remplacement globaux très élevés comparativement aux niveaux internationaux — 0,61 contre 0,49 (valeur estimative) pour l'UE-25). C'est fondamentalement un régime de répartition à prestations déterminées basé sur un modèle financier avec un taux de cotisation fixé pour une période de sept ans et un fonds de réserve de compensation (jusqu'en 2008, le fonds a accumulé un actif représentant 25% du PIB). Les prestations de retraite sont calculées sur la longueur de la période de cotisation et sur la somme cumulée au cours de la vie.

Une caractéristique majeure est que, selon les projections, l'augmentation des dépenses gouvernementales liées à l'âge devrait être parmi les plus élevées de l'UE en atteignant 8,3% du PIB (3,4% en 2050 pour l'UE-25). Malgré cela, pratiquement rien n'a été fait pour réformer le système de pensions et aucun progrès n'a été enregistré en 2008. Dans la perspective des prochaines élections parlementaires, en juin 2009, et compte tenu de la complexité relative de cette question qui couvre divers aspects dans les domaines de la sécurité sociale et du travail, il ne faut pas s'attendre à des résultats révolutionnaires.

Un groupe de travail sur les pensions a été créé en novembre 2007 pour évaluer les performances du système, élaborer des stratégies visant à adapter ce dernier aux changements démographiques et structurels afin de garantir les futurs engagements en matière de pensions au moyen de recettes stables et suffisantes, et pour assurer une pension minimale fondée sur la solidarité intergénérationnelle et interéconomique. Les premiers résultats sont attendus pour 2009.

4.2. Principaux défis et axes prioritaires

Depuis 25 ans, le Luxembourg applique une stratégie visant à adapter son système de sécurité sociale. Actuellement, les défis identifiés dans le rapport conjoint 2007 se retrouvent dans les activités du groupe de travail susmentionné. La viabilité financière du système doit être améliorée par un accroissement des taux d'emploi de la population résidente et plus particulièrement des femmes et des personnes de plus de 55 ans. La viabilité financière du système de pensions dépend de taux relativement élevés de croissance économique dans l'avenir, et surtout d'une très forte contribution des travailleurs non résidents à l'économie du Luxembourg et aux régimes de pension. Malgré l'existence d'un fonds de réserve conséquent, si le taux d'emploi des travailleurs non résidents devait diminuer, une population vieillissante aurait à financer non seulement les pensions des retraités résidents, mais également celles d'un grand nombre de retraités en dehors du Luxembourg. Il est en outre probable que les professionnels (transfrontaliers) actuellement jeunes dans leur grande majorité auront, lorsqu'ils atteindront l'âge de la retraite, un impact considérable sur le taux de dépendance très avantageux d'aujourd'hui alors que beaucoup d'entre eux auront sans doute acquis le droit à la retraite à taux plein. La durabilité à long terme des finances publiques et la viabilité du système de pensions constituent par conséquent des défis d'une importance capitale. Le

Luxembourg doit donc axer ses efforts sur la réforme du système de pensions, surtout pour encourager la participation des travailleurs âgés au marché du travail.

En ce qui concerne la première priorité, les discussions sont axées sur les moyens d'augmenter l'âge de départ effectif à la retraite, qui n'a pas changé au fil des ans (59,2 ans pour les hommes et 60,3 pour les femmes, selon les données de l'OCDE) et devient inférieur à la moyenne communautaire (surtout pour les hommes) alors que l'espérance de vie au Luxembourg reste plus élevée. Parallèlement — selon l'évaluation macro-fiscale de la Commission européenne (à laquelle l'OCDE fait également référence) — une augmentation des dépenses publiques du Luxembourg consacrées aux pensions, égale à 7,4% du PIB (de 10% à 17,4%), est prévue entre 2004 et 2050, ce qui en fait un des taux de croissance les plus importants de l'Union européenne (2,2%).

La deuxième priorité concerne plus particulièrement les moyens de surmonter les inconvénients liés à l'incapacité de travail. Selon les données STATEC, 15% des actifs âgés de 50 ans et plus quittent leur emploi en raison de problèmes de santé ou d'une incapacité de travail. Au total, 5% d'entre eux se retrouvent au chômage. Cela montre bien l'importance de donner la priorité à la prévention des incapacités de travail, aux mesures favorisant le maintien des travailleurs âgés dans l'emploi, et au soutien de mesures telles que les programmes de réadaptation professionnelle et de reclassement.

Le Luxembourg s'efforce également d'améliorer l'individualisation des droits de pension (problème d'acquisition des droits de pension par les divorcés).

4.3. Plus de personnes travaillent, plus longtemps

Plusieurs mesures d'incitation au prolongement volontaire de carrière, introduites par la réforme des retraites de 2002, n'ont pas donné les résultats escomptés. De fait, le taux d'emploi des personnes âgées a légèrement reculé (de 33,2% en 2006 à 32% en 2007), alors que pour les femmes il suit une courbe ascendante depuis 1997. Le RSN montre bien que pour les personnes comptant un minimum de 38 années de cotisation, une augmentation de 0,02% du taux d'acquisition du droit à pension de 1,85% par an entre 55 ans et l'âge effectif de départ en retraite n'est pas une incitation économique suffisante pour différer le départ en retraite. La préretraite à *temps partiel* n'est pas une alternative attrayante dans la mesure où un revenu supérieur à un tiers du salaire minimal entraîne directement une réduction de la préretraite. On pense que de meilleures incitations à la prévention des maladies et des accidents professionnels associées à un contrôle plus strict des arrêts de travail médicalement justifiés pourraient donner des résultats positifs.

4.4. Régimes de pension privés

Les régimes de pensions privés sont des produits financiers (ni très populaires ni financièrement importants) offerts aux particuliers. Ils sont régis par la loi de l'impôt sur le revenu et par le règlement grand-ducal du 25 juillet 2002. Ils assurent le paiement de prestations de pension individuelles complémentaires en plus de la retraite versée par l'État et permettent la déduction fiscale d'un revenu de 1 500 à 3 200 euros par an, selon l'âge du souscripteur. Les prestations sont versées au plus tôt à partir de 60 ans. La propriété de biens immobiliers est une autre forme d'épargne privée pour les personnes âgées.

4.5. Revenu minimal des personnes âgées

Le revenu minimal garanti (1 146,50 euros par mois en 2008) s'applique aux personnes âgées comme au reste de la population. Dans la tranche des plus de 60 ans, environ 1,2% des personnes perçoivent un supplément pour compenser l'insuffisance de leur revenu, contre 3% pour l'ensemble de la population. En 2009, une nouvelle mesure remplacera les anciennes déductions fiscales admises pour les pensions par un crédit d'impôt accordé à chaque personne imposable, ce qui permettra aux retraités disposant d'un faible revenu et exemptés d'impôt de bénéficier des mêmes avantages que les personnes imposables.

Comme les prestations de revenu minimal pour ceux qui n'ont pas travaillé pendant une période ouvrant droit à une pension complète sont pratiquement aussi généreuses que les prestations de pension minimale, l'adéquation des pensions ne pose pas un gros problème au Luxembourg. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que ce paramètre peut constituer une contre-incitation à travailler pendant une durée ouvrant droit à une pension complète.

4.6. Information et transparence

Un comité de coordination tripartite composé de représentants du gouvernement, d'associations d'employeurs et de syndicats est le groupe consultatif politique le plus important dans le domaine des pensions. Des informations sur les pensions publiques sont à la disposition du public sur le site web du ministère. Les caisses de retraite informent annuellement leurs membres par courrier du nombre d'années ouvrant droit à pension. Une détermination préliminaire du montant de la pension auquel on peut s'attendre n'est effectuée que sur demande.

5. SOINS DE SANTE ET SOINS DE LONGUE DUREE

5.1. Soins de santé

5.1.1. État de santé et description du système

En 2006, l'espérance de vie à la naissance était de 76,8 ans pour les hommes et de 81,9 ans pour les femmes, et l'espérance de vie en bonne santé à la naissance de 61 ans pour les hommes et de 61,8 ans pour les femmes. Le Luxembourg a le plus faible taux de mortalité infantile de l'Union européenne (1,8% en 2007).

Le régime d'assurance maladie obligatoire couvre près de 100% de la population. Les dépenses totales de santé représentaient 7,3% du PIB en 2006 (une augmentation régulière entre 1998 et 2004). Le système de santé bénéficie d'un financement essentiellement public par l'intermédiaire de l'assurance-santé sociale. Les soins de santé sont dispensés par des services publics, des médecins privés ainsi que des associations sans but lucratif payées sur le budget du ministère. Les services de médecine préventive relèvent du ministère de la Santé. Le Luxembourg importe tous les médicaments et fixe la plupart des prix de détail en fonction des prix déterminés dans le pays d'origine.

La stratégie nationale est prioritairement axée sur la viabilité financière du système et s'attache à une maîtrise des coûts et à une meilleure utilisation des ressources. L'acquisition commune de médicaments et de technologies est également envisagée (centrale unique d'achat pour les hôpitaux) afin de gagner en efficacité et de promouvoir l'utilisation des médicaments génériques.

En 2004, un programme conjoint d'action nationale a été mis en chantier pour améliorer la qualité du système en accroissant l'efficacité des dépenses. L'amélioration du système de communication et d'information a également contribué à accroître la transparence du système de santé.

À court terme, de nouvelles mesures ne sont pas nécessaires. Il serait souhaitable que les stratégies adoptées respectent tout le processus politique jusqu'à leur stricte application et leur contrôle rigoureux (cela vaut également pour les soins de longue durée).

5.1.2. Accessibilité

Le régime d'assurance-maladie est obligatoire pour toutes les personnes ayant une activité économique. En 2006, il est ressorti des données nationales qu'il couvrait 98% de la population résidente (y compris, dans les familles, les personnes à charge). Par ailleurs, 174 200 non-résidents (ou les membres de leur famille) sont affiliés en tant que travailleurs transfrontaliers.

Les besoins autodéclarés et non satisfaits de soins médicaux (0,4 en 2006; UE : 3,1) et de soins dentaires (0,8 en 2006; UE : 5) se situent à un très faible niveau par rapport à la moyenne de l'Union européenne.

De nouvelles mesures ont légèrement augmenté le niveau des co-paiements (de 5% à 10% pour la première consultation d'un médecin généraliste dans un délai d'un mois en 2005) et les taux de remboursement des soins dentaires, mais les paiements directs en proportion des dépenses totales de santé sont restés stables (6,7% des dépenses de santé totales en 2005 — pourcentage le plus faible des pays de l'OCDE; OCDE 2008).

5.1.3. Qualité

Depuis 2004, un programme conjoint d'action nationale (actualisé tous les ans avec de nouvelles priorités) s'efforce d'améliorer la qualité des soins de santé grâce à l'accroissement de l'efficacité des dépenses. En ce qui concerne l'assurance qualité, les ministères de la Santé et de la Sécurité sociale encouragent les hôpitaux et les unités de soins à établir des synergies et à collaborer avec d'autres prestataires de soins à un niveau régional plus large. L'objectif est d'accroître la qualité des soins grâce à la création de centres de soins spécialisés.

Depuis 2005, le conseil scientifique élabore, dans des domaines particuliers, des directives de traitement basées sur des normes scientifiques internationales de médecine fondée sur des données probantes. L'évaluation de leur impact n'est pas encore entérinée. Toutefois, des analyses de l'impact des directives sur la prescription d'antibiotiques font ressortir des résultats positifs en ce qui concerne les habitudes de prescription des pédiatres et des internistes (ce n'est pas le cas pour les médecins généralistes). L'assurance qualité a été mise en œuvre en 2003 pour des domaines particuliers : taux d'infections nosocomiales, qualité des mammographies (cadre de l'EFQM généralisé mais pas encore évalué), etc.

En ce qui concerne l'e-santé, des travaux de recherche et autres ont été entrepris : inventaire des différents logiciels utilisés dans les hôpitaux et les centres nationaux de santé spécialisés visant à identifier l'interopérabilité potentielle des divers systèmes en place; création en 2005 d'un réseau sécurisé de communication de données informatiques pour les professionnels de la santé et les établissements de soins de santé; et projet d'établissement d'ordonnances électroniques.

5.1.4. Viabilité

En 2005, les dépenses de santé par habitant calculées en PPA se sont élevées à 4 153 USD (3 341 euros — OCDE 2008) alors que les dépenses totales de santé (7,8% du PIB en 2005 et 7,3% en 2006) étaient inférieures à la moyenne de l'UE (9% en 2005).

Les dépenses de santé doivent être examinées compte tenu des caractéristiques particulières du marché du travail du Luxembourg (en grande partie basé sur la présence de travailleurs transfrontaliers). Si les non-résidents (25% de la population totale assurée par le régime d'assurance-maladie du Luxembourg) placent actuellement le pays dans une situation démographique favorable (ils ont en moyenne 9 ans de moins et ne représentent que 0,2% de la population des 65 ans et plus), il faut s'attendre à ce que leur utilisation des services de santé augmente à mesure qu'ils prennent de l'âge. Les chiffres indiquant une augmentation de 3,37% des dépenses de santé par rapport à la croissance réelle du PIB entre 1995 et 2005, pourcentage parmi les plus élevés d'Europe (en raison de l'accroissement de la population couverte et de la modernisation de l'infrastructure et la technologie des soins de santé; OCDE 2008 ; l'adoption du système de comptes santé peut également expliquer ce chiffre en partie) sont une autre source de préoccupation. La situation financière du système se trouvant menacée à moyen terme, des mesures de contrôle des coûts ont été adoptées. Elles concernent le comportement prescriptif des médecins, les nouvelles pratiques de gestion et l'achat centralisé des médicaments, l'utilisation de médicaments génériques (identifiée dans le rapport conjoint 2007 comme un problème central), les politiques dynamiques de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Des politiques de promotion et de prévention, ainsi que des plans de gestion des maladies, sont en cours d'élaboration. Ces dernières années, le système a renforcé sa communication interne et externe. Depuis 2007, les statistiques de sécurité sociale sont disponibles en ligne. Le portail-santé encourageant l'adoption de modes de vie sains, les actions préventives et une meilleure orientation dans le secteur de la santé devrait être en place en 2009. Le nombre de programmes de prévention a également augmenté (des programmes de dépistage du cancer ont été lancés et les résultats sont positifs). L'adoption d'une attitude préventive devrait avoir une incidence budgétaire (le système de médecine préventive sera analysé et des études coûts-avantages sont prévues).

5.2. Soins de longue durée

5.2.1. Description du système

Les services de soins de longue durée sont fournis dans le contexte de la sécurité sociale et un prélèvement social obligatoire donne accès à ces services sur la base des besoins, indépendamment de la solvabilité des patients. En ce qui concerne les soins à domicile, les bénéficiaires peuvent recevoir des prestations en espèces leur permettant de se faire aider et soigner par des aidants informels (limitées à 10,5 heures par semaine afin de garantir un suivi par les services de soins formels). Les soins palliatifs relèvent des hôpitaux, mais les autorités souhaitent promouvoir l'offre de soins palliatifs dans le domaine extra-hospitalier et en assurer le financement par le système de sécurité sociale.

Les dépenses consacrées aux soins de longue durée représentent 1,54% du PIB (2005), ce qui est supérieur à la moyenne de l'UE, et devraient augmenter de 0,6% (UE-25 : 0,6%) d'ici à 2050. C'est pourquoi les autorités considèrent qu'elles constituent un risque pour le système de sécurité sociale.

5.2.2. *Accessibilité*

L'assurance publique soins de longue durée garantit l'égalité de protection à l'ensemble de la population active, y compris aux travailleurs transfrontaliers, indépendamment de l'âge et de l'état de santé (seules les personnes bénéficiant de prestations de longue durée versées par des organisations internationales en sont exclues). Le critère crucial d'admissibilité aux prestations est la dépendance prouvée à une autre personne, pendant un minimum de 3,5 heures par semaine, pour des activités de la vie quotidienne.

On ne peut parler de l'accès aux soins de longue durée sans parler du prix de l'hébergement dans les maisons de retraite et les centres de santé intégrés pour personnes âgées. Ce prix est considérable et est supporté par le résident lui-même. Dans ce cas, le Fonds national de solidarité assure un soutien assujéti à des conditions de ressources (accueil gérontologique).

Dans l'ensemble, les problèmes d'accessibilité sont bien traités, grâce à l'assurance dépendance obligatoire et aux co-paiements pour les groupes vulnérables nécessitant des soins supplémentaires non couverts par l'assurance soins de longue durée. Des mesures spécifiques prévoyant le paiement d'aidants informels et un suivi simultané par des établissements formels sont déjà en place. Une évaluation coût-efficacité de ces régimes serait intéressante et permettrait notamment d'examiner l'incidence des co-paiements, en ce qui concerne les dépenses supplémentaires non couvertes par le régime global, sur les possibilités d'accès des groupes vulnérables.

5.2.3. *Qualité*

L'entrée sur le marché des soins est assujéti à l'approbation du ministère des Affaires familiales (entérinement des normes de qualité et conclusion d'un contrat cadre avec l'assurance-maladie). La nouvelle loi sur les soins de longue durée (23 décembre 2005) a créé une commission qualité et une cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) chargées d'évaluer les besoins en matière de soins de longue durée et de mesurer l'inadéquation entre les soins fournis et les besoins de la personne dépendante. À la suite d'une enquête de satisfaction auprès des patients dans le domaine des soins à domicile effectuée en 2006 (par l'institut CEPS/INSTEAD), une série de mesures ont été appliquées : harmonisation des procédures administratives, exigences minimales applicables à la tenue des dossiers des patients et informations sur les procédures de demande fournies en quatre langues (luxembourgeois, français, allemand et portugais). En ce qui concerne la prévention et la rééducation à long terme, le RSN donne déjà des exemples de bonnes pratiques : pour la rééducation gériatrique à long terme, plus de 100 lits ont été mis à disposition. Au cours des cinq dernières années, le domaine des soins gériatriques a bénéficié de réformes majeures : de nouveaux centres de jour psychosociaux, ateliers protégés et logements bénéficiant d'un accompagnement thérapeutique ont été construits. Un service multidisciplinaire de soins psychiatriques ambulatoires pour les adolescents en difficulté a été créé. Une meilleure coordination avec les services sociaux et la couverture de zones plus éloignées dans le nord du pays restent des problèmes clés.

5.2.4. *Viabilité à long terme*

Dans l'ensemble, l'assurance soins de longue durée est confrontée à une forte augmentation des dépenses. Ces dernières ont représenté 1,54% du PIB en 2005 et ont augmenté de 25% entre 2004 et 2006, notamment en ce qui concerne les prestations en nature (environ 70% des dépenses totales). Selon les projections CPE/CE, les dépenses publiques pour les soins de

longue durée devraient augmenter de 0,6% du PIB d'ici à 2050 en raison du vieillissement de la population. La loi du 23 décembre 2005 (appliquée en 2007) a modifié divers paramètres afin d'assurer l'équilibre financier du système.

6. DEFIS POUR L'AVENIR

- Mieux contrôler et coordonner la stratégie d'inclusion et renforcer le mécanisme de suivi et d'évaluation.
- Favoriser l'inclusion active en renforçant les efforts pluridimensionnels en faveur de certains groupes, à savoir, les jeunes, les travailleurs âgés et les non-ressortissants.
- S'attaquer au problème de la viabilité à long terme du système de pensions pour s'assurer qu'il est également viable en cas de faible croissance économique.
- S'attaquer au problème de la viabilité financière des soins de longue durée et améliorer la qualité des services de soins de longue durée en intégrant ces différents services dans les services de soins de santé, afin de garantir la continuité des soins à domicile et en institution.
- Évaluer les améliorations en ce qui concerne la consommation excessive d'antibiotiques et l'utilisation des médicaments génériques (en matière de qualité et de viabilité financière).

7. TABLEAU DES INDICATEURS PRIMAIRES ET CONTEXTUELS

1. Employment and growth													
Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**	Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)					Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
				15-64			15-24	55-64		15+			15-24
				Total	Male	Female				Total	Male	Female	
2000	8,4	243,7	2000	62,7	75,0	50,1	31,9	26,7	2000	2,3	1,8	3,1	7,1
2005	5,2	254,1	2005	63,6	73,3	53,7	24,9	31,7	2005	4,5	3,5	5,8	13,7
2008f	1,0	261,1	2007	64,2	72,3	56,1	22,0	32,0	2007	4,1	3,4	5,1	15,5
* Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; ** GDP per capita in PPS (EU27=100); f: forecast													
2. Demography and health													
Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth		Infant mortality rate (2007 instead of 2006)	WHO - OECD	Total health exp %GDP	Public health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	EU-SILC	Unmet need for health care % of pop
	Male	Female	Male	Female	Male	Female							
1995	73,0	80,6	14,7	19,7	n.a.	n.a.	5,5	1995	5,6	92,4	6,2	-	-
2000	74,6	81,3	15,5	20,1	n.a.	n.a.	5,1	2000	5,8	89,3	7,0	2005	0,4
2006	76,8	81,9	17,0	20,3	61,0	61,8	1,8	2006	7,3	90,9s	6,5s	2006	0,4
s: Eurostat estimate; p: provisional *THE: Total Health Expenditures													
3. Expenditure and sustainability													
Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits								Age-related projection of expenditure (AWG)					
Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability	EPC-AWG	(2008) Old age dependency ratio Eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since 2004			
										Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
1995	20,7	45,1	24,9	3,1	13,1	1,2	12,7	2004	20,9	19,5	10,0	5,1	0,9
2000	19,6	39,9	25,4	3,2	16,6	1,5	13,4	2010	21,1	-0,1	-0,2	0,2	0,1
2006	20,4	36,7	25,4	4,9	16,9	2,9	13,2	2030	30,8	5,5	5,0	0,8	0,2
* including administrative costs													
2050 37,8 8,3 7,4 1,2 0,6													
4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)													
At-risk-of-poverty rate				Poverty risk gap				Income inequalities		Anchored at-risk of poverty			
SILC 2007	Total	Children 0-17	18-64	65+	Total	Children 0-17	18-64	65+	S80/S20	Total - fixed 2005 threshold			
Total	14	20	13	7	19	20	20	9	4	2005 13			
Male	13	-	12	7	19	-	20	8	-	2006 13			
Female	14	-	13	8	19	-	19	12	-	2007 14			
People living in jobless households				Long Term unemployment rate				Early school-leavers					
Children		% of people aged 18-59*		% of people aged 15-64				% of people aged 18-24					
Total	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	
2001	3,4	6,7	5,3	8,1	2000	0,6	0,5	0,6	2000	16,8	15,9	17,6	
2004	3,4	7,1	5,7	8,5	2004	1,1	0,8	1,4	2004	12,7	12,6	12,7	
2007	3,4	7	6	7,9	2007	1,2	1,2	1,1	2007	15,1	19,2	11,1u	
*: excluding students; i: change in methodology; b: break in series; u: data lack reliability due to low sample size													
SILC 2007				SILC 2007				SILC 2007					
Relative income of 65+				Aggregate replacement ratio				Aggregate replacement ratio					
0,96				0,95 0,97				0,61 0,59 0,58					
Change in theoretical replacement rates (2006-2046) - source ISG													
Change in TRR in percentage points (2006-2046)							Assumptions						
Net		Gross replacement rate					Coverage rate (%)		Contribution rates				
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions	Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions				
0		-1	-1	DB	/	-	/	24 (d)	/		/		
* (DB: Defined Benefits;NDC: Notional Defined Contributions;DC: Defined Contributions); ** (DB/DC); (d) For Luxembourg, one third (8%) also comes from the general State budget.													