



**Plan de mise en œuvre par le Luxembourg des principes énoncés dans la recommandation du
Conseil du 8 novembre 2019 relative à l'accès des travailleurs salariés et non-salariés à la
protection sociale (2019/C 387/01)**

Ministère de la Sécurité sociale

Mars 2023

Référence document : 842x5dceb



1) DESCRIPTION GÉNÉRALE DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE LUXEMBOURGEOIS :

La sécurité sociale fait l'objet d'une compétence partagée entre l'Union Européenne (UE) et les États membres, au sens qu'à titre principal ce sont les législations nationales qui sont compétentes pour organiser leur système de sécurité sociale et qu'à titre subsidiaire l'UE veille à coordonner les différents régimes nationaux sous la garantie des principes et libertés fondamentaux du droit de l'Union européenne. En matière de sécurité sociale, la réglementation européenne ne vise pas à harmoniser, c'est-à-dire à remplacer les divers régimes nationaux de sécurité sociale par un système unique européen, mais simplement à les coordonner. Le Traité sur le Fonctionnement de l'UE (TFUE) donne néanmoins la faculté au législateur européen, sous certaines conditions, de mettre en place des mesures visant à la modernisation des systèmes de protection sociale.

Lancée en 2000 lors du Conseil européen de Lisbonne et inspirée par la Stratégie Européenne pour l'Emploi, la Méthode Ouverte de Coordination pour la Protection Sociale et l'Inclusion Sociale (MOC sociale) est un instrument clé destiné à favoriser la convergence ascendante des politiques sociales des États-Membres. Dans cet esprit, le Luxembourg a soutenu l'ensemble des objectifs horizontaux de MOC sociale mais aussi la proclamation du Socle Européen des Droits sociaux (2017/C 428/09) (Socle). Le Luxembourg soutient pleinement toutes les initiatives inscrites dans le cadre du plan d'action du Socle.

La sécurité sociale est un des piliers fondamentaux de la société au Luxembourg. Introduite au Luxembourg en 1901 pour protéger les ouvriers travaillant dans les mines contre le risque de la maladie, elle a connu depuis lors une évolution rapide et continue pour devenir un univers relativement vaste et complexe. Si le droit de la sécurité sociale connaît un champ d'action complexe, il ne repose cependant pas sur une base aléatoire. C'est la loi qui organise la sécurité sociale et, ce faisant, protège aussi cette matière.

Ainsi, il relève du législateur de fixer les éléments essentiels de cette branche du droit public et ceci de façon objective et égalitaire pour tous. Reposant sur le principe de la solidarité, c'est l'État, dans son rôle de pouvoir souverain, qui assure un accès égalitaire de la population à des prestations de qualité, utiles et nécessaires. Au Luxembourg, la sécurité sociale est organisée de façon centrale par le pouvoir étatique sous la forme d'un régime public doté de fonds publics.

L'assurance obligatoire confère à l'assuré une certaine sécurité en cas de survenance d'un risque social. Cette sécurité est basée sur la solidarité professionnelle, voir même nationale. Les risques sociaux couverts au titre du Code de la sécurité sociale sont : la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité, l'accident professionnel, la dépendance et les charges familiales. Le législateur luxembourgeois a mis en place un cadre légal déterminant l'étendue de l'assurance, son objet, son financement, sa gestion et son organisation.



La sécurité sociale est organisée par branche attribuée aux institutions de sécurité sociale, chargées de gérer les différents risques sociaux susmentionnés.

Conformément à l'article 396 du Code de la sécurité sociale, il existe actuellement dix institutions de sécurité sociale :

- la Caisse nationale de santé,
- les trois caisses de maladie du secteur public,
- la Mutualité des employeurs,
- l'Association d'assurance accident,
- la Caisse nationale d'assurance pension,
- le Fonds de compensation,
- la Caisse pour l'avenir des enfants et
- le Centre commun de la sécurité sociale.

Ces institutions se trouvent sous la tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, excepté la Caisse pour l'avenir des enfants, sous tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Famille.

Quatre caisses nationales gèrent les différentes branches de risque.

La **Caisse nationale de santé** est chargée de la gestion de l'assurance maladie-maternité, à l'exception des affaires dévolues aux caisses de maladie du secteur public. Elle est également chargée de la gestion de l'assurance dépendance. Trois caisses de maladie du secteur public, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois ont gardé des compétences résiduelles lors de la création de la Caisse nationale de santé. Elles liquident principalement les prestations de soins de santé avancées par leurs assurés.

L'**Association d'assurance accident** gère l'assurance accident, qui couvre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La **Caisse nationale d'assurance pension** gère l'assurance pension, qui couvre les risques vieillesse et invalidité. Le Fonds de compensation a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation du régime général de pension, en vue d'en garantir la pérennité.

La **Caisse pour l'avenir des enfants** gère les prestations familiales, destinées à compenser les charges familiales.



À côté des quatre caisses nationales, la **Mutualité des employeurs** a pour objet d'assurer les employeurs contre les charges salariales résultant de l'obligation légale de continuation de la rémunération de leurs salariés en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident et d'assurer le versement d'une indemnité pécuniaire aux travailleurs non-salariés affiliés pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie.

Le **Centre commun de la sécurité sociale** est un centre d'affiliation des assurés, de calcul, de perception et de recouvrement des cotisations ainsi que de traitement informatique des données, commun aux institutions de sécurité sociale.

Les deux principales sources de financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont constituées par les cotisations et par les contributions des pouvoirs publics.

Les cotisations représentent la source de financement classique des assurances sociales et leur charge incombe aux assurés et, le cas échéant, à leurs employeurs. Elles sont calculées sur la base des seuls revenus professionnels au moyen de taux de cotisation uniformes indépendants de la situation individuelle des intéressés (âge, sexe, situation de famille, état de santé), mais spécifiques en fonction des risques assurés.

Le financement par voie de cotisation permet de couvrir des prestations qui constituent des revenus de remplacement (par exemple des pensions, des rentes, des indemnités pécuniaires de maladie) dont le montant est proportionnel aux revenus perdus. Les cotisations représentent alors le lien entre les revenus assurés et les prestations.

Les contributions des pouvoirs publics peuvent prendre des formes diverses, comme par exemple la prise en charge directe de certaines prestations, une contribution forfaitaire, la couverture exposé d'un déficit dans les dépenses courantes ou dans la dotation aux réserves. Ces contributions sont couvertes principalement par les impôts.

2) COUVERTURE FORMELLE ET EFFECTIVE

Au Luxembourg, la couverture de l'ensemble de la population active a été réalisée par la soumission progressive des différentes activités économiques à l'assurance obligatoire. Au terme de cette évolution, la sécurité sociale assure une protection contre les différents risques à l'ensemble de la population active et indépendamment du statut de travail.

En effet, toute activité professionnelle sur le territoire luxembourgeois engendre une affiliation obligatoire au régime général de sécurité sociale. Le travailleur salarié ou non-salarié n'est pas libre de s'assurer volontairement et il est obligatoirement affilié auprès des organismes compétents et pour toutes les branches.



L'affiliation obligatoire ne concerne pas seulement les personnes exerçant une activité professionnelle au Luxembourg, mais également, les personnes touchant un revenu de remplacement, les marins sur un bateau naviguant sous pavillon luxembourgeois ou encore des travailleurs exerçant une activité en dehors du territoire luxembourgeois, tels que par exemple les salariés détachés temporairement à l'étranger par leur employeur, les gens de mer, les coopérants, les jeunes volontaires ou encore le personnel des ambassades.

L'affiliation relative à l'ensemble des branches de sécurité sociale des personnes et des employeurs est centralisée auprès du Centre commun de la sécurité sociale. Les salariés sont affiliés par leur employeur. Les travailleurs indépendants doivent se déclarer eux-mêmes.

L'indépendant exerçant une activité exceptionnelle de façon non habituelle et pour une durée prévisible à l'avance inférieure à 3 mois de calendrier par année de calendrier peut demander à être dispensé du paiement de cotisations pour les risques de maladie-maternité et pension. Même si les activités occasionnelles peuvent être dispensées de l'assurance obligatoire maladie-maternité et pension, elles doivent néanmoins être déclarées au Centre commun de la sécurité sociale, et le paiement de cotisations au titre de l'assurance accident reste toutefois obligatoire.

Une procédure simplifiée est mise en place pour les employeurs qui déclarent une personne qu'ils occupent dans le cadre de leur vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de leurs enfants ou pour leurs assurer des aides et soins dont ils ont besoin en raison de leur état de dépendance.

Le principe de l'assurance obligatoire garantit un accès égal et solidaire aux prestations de l'assurance maladie-maternité. Pour assurer l'accès aux soins de santé de base aux personnes particulièrement vulnérables vivant au sein de notre société et sans affiliation obligatoire, le référentiel de la **couverture universelle des soins de santé** permet d'offrir à toute personne vulnérable étant habituellement sur le territoire du Grand-Duché, mais qui n'est pas affiliée obligatoirement ou n'a pas les moyens de s'affilier volontairement et ne peut pas bénéficier du soutien d'un office social, l'accès aux soins de santé moyennant une affiliation à l'assurance maladie. Les cotisations pour l'affiliation volontaire à l'assurance maladie sont à charge du budget de l'État, tout comme l'éventuelle participation personnelle qui ne peut pas être payée par la personne vulnérable faute de moyens financiers suffisants.

Ainsi, les personnes vulnérables sans moyens financiers et qui ne peuvent pas bénéficier d'un soutien financier, peuvent avoir accès aux prestations en matière d'assurance maladie prévues au niveau du Code de la sécurité sociale.

Cette couverture universelle des soins de santé s'inscrit dans le cadre du principe 16 du Socle qui stipule que : « *Toute personne a le droit d'accéder en temps utile à des soins de santé préventifs et curatifs abordables et de qualité* » mais également dans les objectifs de développement durable des Nations Unies (Agenda 2030) et plus précisément l'ODD 3.8 qui prévoit de « *Faire en*



sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. »

L'introduction de la prise en charge de la psychothérapie à partir du 1^{er} février 2023 s'inscrit dans le cadre de l'extension des actes pris en charge par l'assurance maladie au Luxembourg pour couvrir également le volet de la santé mentale.

Enfin en matière d'assurance dépendance, le système luxembourgeois est pleinement en conformité avec les orientations de la Recommandation du Conseil sur l'accès à des soins de longue durée abordables et de haute qualité (2022/C 476/01).

En effet, sur déclaration de la personne dépendante, l'assurance dépendance peut prendre en charge les cotisations à l'assurance pension (part de l'employeur et part de l'assuré) de l'aidant informel selon certaines conditions. La cotisation est calculée sur base du salaire sociale minimum mensuel pour un travailleur non-qualifié.

3) ADÉQUATION

Le régime de sécurité sociale mis en place par l'État luxembourgeois pour pallier aux conséquences financières de la survenance de risques sociaux couverts prévoit une prise en charge par des prestations en nature et des prestations en espèces.

Les prestations en nature correspondent à la prise en charge, directement ou par voie de remboursement des frais avancés, de services ou d'aides fournis aux personnes protégées. Il s'agit, par exemple, de la prise en charge des soins de santé dans le domaine de l'assurance maladie-maternité, ou encore de la prise en charge des aides et soins fournis par les réseaux d'aides et de soins aux bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Les prestations en espèces consistent en des indemnités financières versées sur une base régulière aux bénéficiaires. Il y a lieu de distinguer entre trois catégories de prestations en espèces, à savoir les prestations de remplacement, les prestations de complément et les prestations de dédommagement.

Les prestations de remplacement interviennent pour compenser la perte d'un revenu auquel le bénéficiaire a habituellement droit en contrepartie de son travail. Il s'agit, par exemple, d'une indemnité pécuniaire versée au salarié qui ne touche plus son revenu suite à la survenance d'une maladie ou d'un accident.

Les prestations de complément compensent une charge financière supplémentaire qui peut survenir lorsque la personne protégée a un enfant ou lorsqu'elle a besoin de l'aide régulière d'une tierce personne pour la réalisation d'actes essentiels de la vie. Il s'agit, par exemple, d'une



allocation familiale. Les prestations de dédommagement interviennent en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Elles sont proportionnelles au dommage subi.

L'assiette de cotisation pour les différentes branches de sécurité sociale est constituée par les éléments du revenu professionnel de l'assuré, en tenant compte du minimum et du maximum cotisable.

L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum de référence prévu pour un travailleur non qualifié âgé de 18 ans au moins, sauf pour les apprentis où la cotisation est calculée sur la base de l'indemnité d'apprentissage.

En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation partielle par rapport à une occupation normale de 173 heures par mois.

Pour une activité au service d'un employeur, l'assiette de cotisation annuelle ne peut être supérieure au quintuple des douze salaires sociaux minima mensuels de référence pour un travailleur non qualifié âgé de 18 ans au moins.

Lorsque par suite d'un cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le plafond cotisable, l'assuré peut demander le remboursement par année civile de la part de cotisations pour l'assurance maladie et l'assurance pension correspondant à la différence lui incombant.

L'assiette de la contribution dépendance prélevée sur les revenus professionnels est la même que celle servant au calcul de la cotisation pour le financement des soins de santé (assurance maladie). À signaler toutefois que l'assiette n'est ni relevée jusqu'à concurrence du minimum cotisable équivalent au salaire social minimum, ni réduite jusqu'à concurrence du plafond cotisable. L'assiette est par ailleurs réduite d'un abattement correspondant à un quart du salaire social minimum pour un ouvrier non qualifié âgé de 18 ans au moins. L'abattement est proratisé en fonction du nombre d'heures déclarées par rapport à 173 heures, si la durée du travail au service d'un employeur est inférieure à 150 heures pour un mois de calendrier.

L'assiette de cotisation connaît un minimum (le salaire social minimum) et un maximum cotisable (5 fois le salaire social minimum) pour les risques maladie, pension et accident. L'assiette de la contribution dépendance ne connaît ni minimum ni maximum.

L'indépendant paie lui-même ses cotisations sociales. Il cotise obligatoirement à l'assurance maladie-maternité, pension, accident et dépendance. Il peut choisir d'adhérer ou non à la Mutualité des employeurs.

En général, il convient de noter que le Luxembourg se retrouve parmi les États Membres ayant les meilleures performances sociales dans le volet de l'adéquation des prestations de sécurité sociale.



En effet, l'impact des transferts sociaux (y compris les pensions) sur la réduction de la pauvreté des personnes âgées (65+) est plus élevé que la moyenne de l'UE, avec une évolution sensiblement positive.

Par ailleurs, Le taux de remplacement global en matière de pensions (hors autres prestations sociales) et le revenu relatif médian des personnes âgées (65+) sont nettement supérieurs à la moyenne de l'UE et connaissent une évolution nettement positive.

4) TRANSPARENCE

Les différentes institutions de sécurité sociale ont le statut d'établissements publics, dotés de la personnalité civile. La doctrine définit les établissements publics comme « des personnes morales de droit public, chargées par une disposition législative de gérer des services publics déterminés, en vue de satisfaire à des besoins spéciaux de la population, sous le contrôle tutélaire de l'État ou des communes dont elles sont détachées par application du principe de la décentralisation des services ». Comme expression de son autonomie, l'institution dispose d'un patrimoine qui garantit seul ses engagements et dépose ses avoirs auprès des instituts financiers. Elle établit annuellement un budget séparé du budget de l'État et un décompte à la fin de la période couverte par la gestion.

Les institutions de la sécurité sociale sont gérées par des conseils d'administration composés de représentants élus des employeurs, des assurés salariés et non-salariés. L'État est représenté au niveau de ces organes de gestion par un président fonctionnaire, nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement et dont la voix prévaut en cas d'égalité des voix lors du vote de décisions. La désignation des membres des conseils d'administration est faite par les différentes chambres professionnelles sur base des résultats électoraux obtenus lors des élections pour ces chambres, excepté pour la Caisse pour l'avenir des enfants, où c'est le ministre ayant dans ses attributions la Famille qui désigne les membres du conseil d'administration.

Les membres des organes des institutions de sécurité sociale sont responsables, conformément au droit commun, de l'exécution du mandat qu'ils ont reçu et des fautes commises dans leur gestion.

Les présidents des institutions de sécurité sociale représentent les institutions de sécurité sociale judiciairement et extrajudiciairement. Cette délégation s'étend aussi aux affaires et actes judiciaires pour lesquels les lois exigent une procuration spéciale.

Les actes posés par les présidents et les conseils d'administration dans les limites de leurs pouvoirs engagent les institutions de sécurité sociale.

En vue d'une amélioration continue de la gouvernance au niveau des institutions de sécurité sociale, les conseils d'administration de ces institutions doivent établir une planification triennale



définissant les objectifs stratégiques à atteindre par rapport à leurs attributions. Ils sont tenus, en vertu de la loi, d'arrêter les plans d'actions définissant les priorités et moyens à mettre en œuvre en vue de réaliser ces objectifs et de maîtriser les risques y associés. Ce document de planification est communiqué à l'Inspection générale de la sécurité sociale et adapté annuellement.

Les conseils d'administration des institutions de sécurité sociale doivent par ailleurs déterminer les règles de gouvernance à appliquer dans l'exécution de leurs missions et envers les parties prenantes, dans lesquelles la politique de communication interne et externe, la politique de sécurité ainsi que la politique de lutte contre l'abus et la fraude jouent un rôle central.

Si la gestion générale des institutions de sécurité sociale incombe aux conseils d'administration, la gestion journalière relève des présidents. Pour assurer la direction des institutions, les présidents sont assistés par des fonctionnaires de l'État. Il appartient aux présidents des institutions de décider de la structuration de la coordination du travail des institutions. Ils décrivent les services et les postes des institutions, en établissent l'organigramme et décident de l'affectation du personnel aux postes créés. Ils sont tenus de mettre en place un service interne chargé d'évaluer dans un rapport annuel la mise en œuvre de la planification triennale en mesurant au moyen d'indicateurs précis les résultats atteints au regard des objectifs fixés. Chaque année ils soumettent leur rapport annuel à l'Inspection générale de la sécurité sociale, qui évalue la gestion des institutions de sécurité sociale.

L'organisation de la Mutualité des employeurs et du Fonds de compensation, qui n'ont pas ou peu de personnel, diffère quelque peu de l'organisation décrite ci-avant. Ainsi, l'établissement d'une planification triennale n'est pas prévu pour la Mutualité des employeurs, comme il s'agit d'une réassurance pour les employeurs contre les charges salariales dont l'activité est étroitement liée aux services de la Caisse nationale de santé et du Centre commun de la sécurité sociale. Le conseil d'administration du Fonds de compensation établit, à la place d'une planification triennale, des directives concernant les principes et les règles de gestion du patrimoine, qui comprennent une stratégie d'investissement.

Toute demande de l'assuré en rapport avec une prestation à charge de la caisse est tranchée par décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration.

Dans un État de droit, il est de principe que le citoyen qui s'estime lésé ait le droit de s'adresser au pouvoir judiciaire en vue d'un réexamen de son cas. Trois instances sont généralement prévues, à savoir : une juridiction du premier degré, une juridiction en appel et un pourvoi en cassation.

Ces mêmes idées se retrouvent en matière de sécurité sociale. Les demandeurs de prestations ont le droit d'agir en justice en cas de refus d'une prestation ou de contestation sur la qualité ou la quantité de la prestation. Les voies de recours peuvent être diverses. Dans certains pays, ce



sont les tribunaux ordinaires qui sont compétents. D'autres pays ont instauré des juridictions de sécurité sociale ou font intervenir les instances du droit du travail. Les juridictions de la sécurité sociale sont souvent composées d'un magistrat président et de deux ou plusieurs assesseurs choisis sur des listes dressées par les organisations de travailleurs et les organisations d'employeurs.

Le législateur luxembourgeois s'est orienté dans cette direction. Des juridictions spécialisées en matière de sécurité sociale ont été créées à la fin de la dernière guerre mondiale et ont été consacrées au niveau constitutionnel par une loi du 19 juin 1989. Ainsi, l'article 94 de la Constitution dispose que la loi règle l'organisation « des juridictions en matière d'assurances sociales, leurs attributions, le mode de nomination de leurs membres et la durée des fonctions de ces derniers ».

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale est compétent, en première instance, pour toutes les contestations en matière de sécurité sociale pouvant naître entre assurés et organismes de sécurité sociale. Les recours contre les jugements du Conseil arbitral sont tranchés par le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Ces deux juridictions sont également compétentes pour certains litiges avec les prestataires de soins. Les pourvois en cassation se font devant la Cour de cassation. Tous les frais, tant du Conseil arbitral que du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont à charge de l'État.

Depuis des années, l'utilisation des technologies digitales progresse de façon exponentielle et la technologie tend à envahir de plus en plus d'aspects de notre vie privée et professionnelle. De ce fait, elle devient elle-même un vecteur d'intégration. Ainsi l'administration publique doit penser son offre en ligne dès la conception de façon inclusive afin de permettre à l'ensemble de ses citoyens de profiter amplement de tous les avantages qu'offrent les technologies digitales.

La technologie ne devrait pas constituer des barrières artificielles pour un ou plusieurs groupes de personnes que ce soit à cause de leur situation géographique, leurs compétences, leurs handicaps, leur âge ou encore les outils disponibles pour consulter les services publics en ligne.

Le Gouvernement a approuvé des principes pour la mise en œuvre d'une administration numérique performante et a ainsi instauré les principes de base pour le développement de services en ligne fiable, sûr, efficaces et rapides.

Les démarches deviennent ainsi moins complexes parce que des étapes indispensables lors de l'accomplissement d'une démarche papier deviennent obsolètes en ligne. Les démarches électroniques peuvent être complétées plus rapidement parce que les formulaires en ligne sont préremplis avec les informations déjà connues et la liste des pièces justificatives se réduit considérablement. Les citoyens gagnent en temps et parallèlement la qualité des données détenues par l'État augmente.



Des efforts considérables ont été consacrés les dernières années dans le développement de démarches en ligne qui adhèrent à ces principes. Cependant, souvent, les démarches ont été analysées et implémentées séparément dans leur silo administratif.

Ces initiatives sont à considérer ensemble avec la volonté du Gouvernement de procéder à une amélioration des relations avec les personnes protégées. Ainsi des moyens appropriés seront créés pour continuer à améliorer le fonctionnement des administrations et institutions de sécurité sociale et le développement des services vis-à-vis des assurés et des prestataires. Spécifiquement, en ce qui concerne le Conseil arbitral de la sécurité sociale, il a connu ces dernières années, en tant que juridiction sociale en matière de sécurité sociale, de travail et de prestations familiales, une forte croissance de son activité attribuée à l'augmentation du nombre des dossiers ainsi qu'à leur complexité. Pour y remédier et revenir dès lors à des délais acceptables pour le prononcé des jugements, il a été procédé à la mise à disposition de moyens supplémentaires. En outre, il est procédé à une analyse des procédures visant l'optimisation et la digitalisation de celles-ci.

5) ÉVALUATION DES MESURES EN RESPECT DES PRINCIPES ÉNONCÉS DANS LA RECOMMANDATION

Outre un examen des mesures en place au Luxembourg dans le cadre des outils de surveillance multilatérale en conformité avec le Semestre européen et la MOC sociale, le Luxembourg, partant de l'article 22 de la déclaration universelle des droits de l'Homme stipulant que « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale », du principe 12 du Socle : « les travailleurs salariés et, dans des conditions comparables, les travailleurs non-salariés ont droit à une protection sociale adéquate, quels que soient le type et la dure de la relation de travail » et en tirant avantage des travaux du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, en collaboration avec le réseau européen de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), organise un premier séminaire technique européen dans le cadre des priorités thématiques du triennium 2023-2025 de l'AISS le 8 au 9 juin 2023 au Luxembourg, et ceci avec le support de l'Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale (ALOSS), du Ministère de la Sécurité sociale et de la Représentation permanente du Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies, de l'Organisation mondiale du Commerce et des Organisations internationales à Genève un séminaire technique au sujet des droits humains, de l'accès aux droits et de la lutte contre le non-recours .

Le constat est que malgré une couverture sociale complète ou presque dans la plupart des pays européens, les questions autour de l'accès aux droits et le non-recours aux prestations sociales demeurent des défis importants. Assurer un accès au droit entier et universel reste une préoccupation majeure pour les institutions de sécurité sociale.

C'est autour de trois axes, à savoir les droits humains, l'accès aux droits de prestations sociales et la lutte contre le non-recours aux prestations sociales, que s'articulera le séminaire. Après



avoir donné un aperçu de l'importance fondamentale de la sécurité sociale en tant que droit humain et dressé un portrait des principaux défis auxquels sont confrontées nos sociétés en matière de non-recours et d'accès aux droits, les retours d'expérience de différents pays européens seront mis à l'honneur, sous différentes perspectives.

Tout d'abord, l'angle de la transformation et de l'automatisation des processus sera abordé. Les discussions porteront ensuite sur les aspects de prestations de services et d'inclusion numérique, et enfin, sur les questions de communication et de sensibilisation, ce qui inclut les mesures contre la stigmatisation. Une attention particulière sera également portée à l'accès aux droits pour les personnes ayant des besoins spécifiques. L'interactivité sera également mise à l'honneur et, une fois les défis identifiés, les participants auront le loisir d'échanger et de réfléchir ensemble à des pistes de solutions à apporter à ces défis.

Dans ce contexte le Luxembourg contribuera activement aux retours d'expériences, tout en rappelant le rôle central de la sécurité sociale au Luxembourg. Aussi la contribution du Luxembourg se focalisera dans ce contexte sur la RECOMMANDATION DU CONSEIL du 8 novembre 2019 relative à l'accès des travailleurs salariés et non-salariés à la protection sociale (2019/C 387/01), et particulièrement son considérant (36) qui précise que « La présente recommandation respecte les droits fondamentaux et observe les principes reconnus par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Elle vise en particulier à faciliter l'application de l'article 34 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne » et tout en reconnaissant que dans ce contexte le Luxembourg met en œuvre les principes énoncés de la recommandation relative à la couverture formelle, la couverture effective, l'adéquation et la transparence aussi sur base des quatre priorités thématiques fixées par l'AISS pour le nouveau triennium, à savoir :

- Transformation et innovation dans la gestion et la fourniture de services : mettre l'accent sur les éléments et les stratégies nécessaires pour offrir, de manière proactive et en se fondant sur les données, des services et prestations de sécurité sociale accessibles et de qualité optimale ;
- Couverture de la sécurité sociale pour une main-d'œuvre diverse : se concentrer sur les groupes difficiles à couvrir, les nouvelles formes de travail (comme le travail des plateformes), la couverture santé et les régimes d'assurance chômage tout en veillant à ce que tous les publics qui remplissent les conditions d'ouverture des droits puissent accéder à leurs droits ;
- Protéger et aider les populations tout au long des changements du cycle de vie : analyser la manière dont les systèmes de sécurité sociale peuvent atteindre leurs objectifs dans un contexte marqué par l'évolution des modalités de travail, de la famille et de la démographie ;
- La sécurité sociale au service de la résilience et de la pérennité : mettre l'accent sur la résilience des systèmes de sécurité sociale et sur la stratégie à adopter pour renforcer les



capacités institutionnelles et élaborer des méthodes de gestion du risque de nature à garantir la continuité de l'activité en période de crise.

* * *