LA SÉCURITÉ SOCIALE - **2021**

RAPPORT GÉNÉRAL

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Inspection générale de la sécurité sociale

www.igss.gouvernement.lu

RAPPORT GÉNÉRAL
SUR LA
SÉCURITÉ SOCIALE
AU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

2021

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Inspection générale de la sécurité sociale

Luxembourg
Janvier 2022

AVANT-PROPOS

La sécurité sociale nous accompagne et nous protège tout au long de notre vie et constitue l'un des maillons fondamentaux de notre société.

Le développement technologique et le progrès en médecine à grande vitesse dans notre société en pleine évolution toucheront également le secteur de la sécurité sociale.

Ainsi des efforts communs avec toutes les parties prenantes visent notamment à faciliter l'accès des assurés aux prestations de sécurité sociale par une simplification des procédures et une dématérialisation ou à utiliser les dernières solutions digitales pour simplifier les échanges entre prestataires et assurés par le dossier de soins partagé qui sera généralisé sous peu.

La pérennité de notre système de sécurité sociale solide figure au cœur de nos préoccupations et vise à pouvoir répondre aux besoins actuels et futurs des assurés.

C'est justement le rapport général sur la sécurité sociale, recueil spécial de maintes données essentielles du secteur de la sécurité sociale, qui nous permettra d'évaluer l'efficacité de la protection sociale de l'ensemble de nos citoyens.

Je remercie l'Inspection générale de la sécurité sociale pour la rédaction annuelle soignée de ce rapport permettant une vue détaillée sur l'évolution de la situation financière des différents régimes, sur la répartition des bénéficiaires et sur la situation des prestataires.



Romain Schneider

Ministre de la Sécurité sociale

SOMMAIRE

Avant-propos 5

Protection sociale 11

1. LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG 11

2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE 14

2.1. LES RECETTES COURANTES DE LA PROTECTION SOCIALE 15
2.2. LES DÉPENSES COURANTES DE LA PROTECTION SOCIALE 19
2.3. SITUATION GLOBALE 23

3. LES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE ET LES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES 25

3.1. APERÇU GÉNÉRAL DU NOMBRE DE PERSONNES PROTÉGÉES ET BÉNÉFICIAIRES SELON LES RISQUES 25
3.2. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE LUXEMBOURGEOIS 29
3.3. ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE PERSONNES PROTÉGÉES DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE LUXEMBOURGEOIS 30

Assurance maladie-maternité 33

INTRODUCTION 33

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ 33
PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ 33
ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ 34
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ 35
MESURES DÉCIDÉES PAR LE GOUVERNEMENT DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE COVID-19 ET AYANT UN IMPACT SUR L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ 35

1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ 37

1.1. LES RESSOURCES HUMAINES 37
1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES 50

2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ 53

2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ AU LUXEMBOURG 55
2.2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER 91

3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES 93

3.1. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE 93
3.2. L'ANALYSE DE L'ABSENTÉISME POUR CAUSE DE MALADIE 94
3.3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MATERNITÉ 105
3.4. L'ANALYSE DE L'ABSENTÉISME POUR CAUSE DE MATERNITÉ 105

4. LA SITUATION FINANCIÈRE 112

4.1. SITUATION GLOBALE 113
4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES 115
4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS 119

Assurance dépendance 123

INTRODUCTION 123

RÉFORME DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 123
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 124
LES BÉNÉFICIAIRES 124
ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 124
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 125
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 126

1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE 127
1.1. LA CONVENTION-CADRE 127
1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES 129
1.3. LE PERSONNEL 129

2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 131
2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 132
2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES 136
2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DES FORFAITS SOINS PALLIATIFS ET DÉCÈS 137
2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE 138

3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 143
3.1. LES PRESTATIONS REQUISES RETENUES DANS LES SYNTHÈSES DE PRISE EN CHARGE 143
3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT 156
3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES 159

4. LA SITUATION FINANCIÈRE 168
4.1. SITUATION GLOBALE 168
4.2. LES RECETTES COURANTES 170
4.3. LES DÉPENSES COURANTES 171
4.4. LA RÉSERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 172

Assurance pension 173

INTRODUCTION 173

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION 173
RÉGIMES D'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG 173
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION 174
ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION 175
FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION 175

1. LES PRESTATIONS 176
1.1. LES PRESTATIONS PAYÉES 176
1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS 177
1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES ET LES PENSIONS TRANSFÉRÉES 177
1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS 179
1.5. LE NIVEAU MOYEN DES PENSIONS 179
1.6. LES ASSURÉS 180

2. LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION 182
2.1. LES RECETTES 183
2.2. LES DÉPENSES 184
2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE 184

ASSURANCE ACCIDENT 187

INTRODUCTION 187

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT 187
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT 188
ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT 189
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT 189

3. PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES 190
3.1. LES EMPLOYEURS 190
3.2. LES ACCIDENTS 191
3.3. LES PRESTATIONS 194

4. LA SITUATION FINANCIÈRE 197
4.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES 197
4.2. LES RECETTES COURANTES 198
4.3. LES DÉPENSES COURANTES 198

Prestations familiales 201

INTRODUCTION 201

OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES 201
LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS 202
ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES 202
FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES 202

1. LES PRESTATIONS 202

1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS 203
1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE 205
1.3. L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE 205
1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE 205
1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL 205

2. LA SITUATION FINANCIÈRE 207

2.1. LES RECETTES COURANTES 208
2.2. LES DÉPENSES COURANTES 208
2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER 209

Inclusion sociale 213

INTRODUCTION 213

OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE 213
LES PRESTATIONS DE L'INCLUSION SOCIALE 214
ORGANISATION DE L'INCLUSION SOCIALE 214
FINANCEMENT DE L'INCLUSION SOCIALE 214

1. LES PRESTATIONS 215

1.1. LE REVENU D'INCLUSION SOCIALE 215
1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION 216
1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES 217
1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE 218
1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE 219
1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES 220
1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES 220

2. LA SITUATION FINANCIÈRE 221

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES 221
2.2. LES RECETTES COURANTES 223
2.3. LES DÉPENSES COURANTES 223

Sommaire des tableaux 225

Sommaire des graphiques 229

Glossaire 233

Liste des abréviations 249

Références légales 253

PROTECTION SOCIALE

1. LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

Pour définir la protection sociale, il y a lieu de se référer à des conventions parce qu'il n'existe pas de définition universelle de la protection sociale. Selon SESPROS (Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale), « la protection sociale désigne toutes les interventions d'organismes publics ou privés destinées à soulager les ménages et les particuliers de la charge d'un ensemble défini de risques ou de besoins, à condition qu'il n'y ait ni contrepartie, ni arrangement individuel en cause. »

Partant de cette définition conventionnelle, le système de la protection sociale retient les risques ou besoins suivants :

- Maladie/soins de santé
- Invalidité
- Vieillesse
- Survie
- Famille/enfants
- Chômage
- Logement
- Exclusion sociale

A chaque risque ou besoin, appelé fonction dans SESPROS, correspondent des prestations en nature et/ou en espèces ainsi que des recettes, sous la forme de cotisations sociales ou de contributions, émanant pour les plus importantes, des pouvoirs publics.

La classification européenne proposée ci-dessus ne restitue qu'imparfaitement les pratiques et l'organisation du système de protection sociale luxembourgeois. Par exemple, les risques maternité, dépendance ou encore accident ne sont pas ostensiblement affichés dans cette classification, mais sont intégrés dans une des huit fonctions de SESPROS, comme présentés au tableau 1.

Aussi, selon l'angle d'analyse du système de protection sociale, en termes financiers, en termes de personnes protégées ou encore en termes de nombre de bénéficiaires, et selon le niveau de détail des données disponibles, les informations sont présentées en recourant à la classification SESPROS ou à une classification qui restitue davantage les pratiques et l'organisation du système de protection sociale national.

Le système national s'organise autour de plusieurs acteurs dont les principaux sont [1] :

- les institutions de sécurité sociale (ISS) proprement dites, définies à l'article 396 du Code de la sécurité sociale ;
- l'État, via, par exemple, le Fonds pour l'emploi (FPE), le Fonds national de solidarité (FNS) ou encore la gestion et le paiement des pensions du régime statutaire ou du chèque-service accueil ;
- les communes via les offices sociaux (OSo) ;
- les sociétés de secours mutuels (SMU) [2] ;
- les organisations caritatives (OCa).

Tableau 1: Panorama de la protection sociale

Fonctions SESPROS	Principales prestations	Acteurs principaux
Maladie/soins de santé	Prise en charge des soins de santé	Caisse nationale de santé (CNS) [a] - Assurance maladie-maternité (AMM) [b]
	Indemnité de maladie	CNS [a] - AMM [b]
	Prestations en nature	Association d'assurance accident (AAA) [b]
	Indemnité d'accident	AAA [b]
	Continuation de rémunération	Mutualité des employeurs (MDE) [b]
	Prestations complémentaires	Société de secours mutuels (SMU)
Invalidité	Pension d'invalidité du régime général	Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) [b]
	Pension d'invalidité du régime statutaire	Etat / Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux (CPFEC) / Société nationale des chemins de fer luxembourgeois (CFL)
	Prestations en nature et en espèces de l'assurance dépendance	CNS - Assurance dépendance (AD) [b]
	Rente d'accident	AAA [b]
	Revenu pour personnes gravement handicapées	FNS
	Pension complémentaire	Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS)
Vieillesse	Pension de vieillesse du régime général	CNAP [b]
	Pension de vieillesse du régime statutaire	Etat / CPFEC / CFL
	Pension complémentaire	IGSS
Survie	Pension de survie du régime général	CNAP [b]
	Pension de survie du régime statutaire	Etat / CPFEC / CFL
	Rente de survie	AAA [b]
	Indemnité funéraire	CNS - AMM [b]
	Pension complémentaire	IGSS
	Prestations complémentaires	SMU
Famille/ enfants	Indemnité maternité	CNS - AMM [b]
	Indemnité de congé parental	Caisse pour l'avenir des enfants (CAE) [b]
	Prestations familiales	CAE [b]
	Chèque service accueil	Etat
	Forfait d'éducation	FNS

1. Voir tableau 1 pour plus de détails sur les principaux acteurs de la protection sociale.
2. Les compagnies d'assurance qui versent des prestations complémentaires dans le cadre des risques ou besoins sociaux de la protection sociale sont exclues du champ de la protection sociale.

Tableau 1: Panorama de la protection sociale (Suite)

Fonctions SESPROS	Principales prestations	Acteurs principaux
Chômage	Indemnité de chômage	Fonds pour l'emploi (FPE)
	Indemnité de préretraite	FPE
Logement	Aides délivrées par le Fonds du logement	FDL
	Accueil gérontologique	FNS
Exclusion sociale	Revenu d'inclusion sociale	FNS
	Allocation de vie chère	FNS
	Autres prestations du FNS	FNS
	Aides diverses	OSo
	Aides diverses	OCa

a. La CNS liquide également les prestations pour les trois caisses de maladie du secteur public et assimilés qui font partie des institutions de la sécurité sociale : la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP), la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (CMFEC) et l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois (EMCFL).

b. Acteur faisant partie des Institutions de la sécurité sociale (ISS) au sens de l'article 396 du code de la sécurité sociale.

Les institutions de sécurité sociale, qui forment la part la plus importante du système, sont en principe basées sur une gestion tripartite (Etat, représentants élus des employeurs et des assurés salariés et non-salariés), dans lequel le rôle de l'Etat est prépondérant en matière de financement, de gestion et d'organisation. Un élément caractéristique des institutions de sécurité sociale est l'harmonisation des mécanismes de financement pour toutes leurs prestations, organisé autour de deux grands principes : l'autonomie administrative et financière de ces institutions et leur gestion par les partenaires sociaux.

Le système de protection sociale combine deux types de solidarité : la solidarité professionnelle et la solidarité nationale. La solidarité professionnelle se définit par la prise en charge d'un risque conditionnellement aux cotisations obligatoires versées dans le cadre d'une activité professionnelle ou du bénéfice d'un revenu de remplacement ou d'une pension. La solidarité nationale s'exprime quant à elle par la prise en charge de risques ou besoins sans contrepartie de cotisations.

Dans ce chapitre introductif, la protection sociale est d'abord abordée sous l'angle financier (section 2), en présentant les recettes et les dépenses, puis sous l'angle de la population protégée et des bénéficiaires de la protection sociale (section 3). Pour une analyse ciblée sur un risque spécifique, le lecteur est invité à consulter le chapitre qui lui est consacré.

2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

Dans cette section, la méthodologie SESPROS est très largement retenue pour déterminer les recettes et dépenses de la protection sociale au Luxembourg.

Encadré méthodologique

La méthodologie SESPROS, qui vise à répondre au besoin d'un instrument spécifique d'observation statistique de la protection sociale dans les Etats membres de l'Union européenne, est retenue pour déterminer les recettes et dépenses courantes de la protection sociale au Luxembourg[a]. Les recettes et les dépenses courantes n'incluent toutefois ni les prélèvements ni les dotations aux réserves. Et, parce que le système de protection sociale est considéré ici, d'un point de vue comptable, comme une seule entité, les transferts entre régimes ainsi que les cotisations réacheminées sont exclus.[b]

En phase avec le système des comptes nationaux, la méthodologie SESPROS se veut à la fois globale et détaillée. Globale, parce qu'elle enregistre les recettes et les dépenses de protection sociale, y compris les sources de financement de l'ensemble des activités de protection sociale. Détaillée, car elle cherche à structurer les recettes et les dépenses de protection sociale en fonction des catégories d'acteurs et/ou de secteurs économiques, et en fonction des régimes et/ou des besoins (et risques) couverts par les prestations sociales.

Pour élaborer la situation financière de la protection sociale, l'IGSS recourt principalement aux données de la comptabilité des ISS, du budget et des comptes de l'État, des rapports d'activité des Ministères et des Administrations et des décomptes des organisations caritatives.

Un changement méthodologique est opéré depuis 2019 pour déterminer les recettes et les dépenses courantes de la protection sociale. Pour être davantage en conformité avec la méthodologie SESPROS et avec celle de la comptabilité nationale, les gains ou pertes de détention (réalisés et non réalisés) du véhicule de placement du Fonds de compensation commun au régime général de pension (le Fonds) ne sont plus compris dans les recettes ou dépenses courantes. Les recettes et les dépenses courantes ont été révisées rétrospectivement jusqu'en 2007, date de création du véhicule de placement du Fonds. Outre ce changement méthodologique opéré en 2019, d'autres adaptations méthodologiques ont été opérées en 2020 avec révisions rétrospectives des données jusqu'en 2007 (reclassement de certaines dépenses ou recettes, retrait des cotisations réacheminées lorsqu'elles se produisent au sein d'un même régime, changement du mode d'estimation des dépenses de la fonction logement, retrait d'une prestation considérée comme relevant de l'éducation et donc en dehors du champ d'ESSPROS). Ces adaptations méthodologiques opérées en 2020 ont seulement modifié le profil des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale à la marge par rapport à la situation présentée l'an dernier.

a. http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-12-014

b. Pour une vue qui se veut cette fois davantage conforme à la comptabilité des institutions de sécurité sociale, les prélèvements et les dotations aux réserves, les transferts entre régimes et les cotisations réacheminées ainsi que les pertes et gains de détention sont néanmoins présentés au tableau 2 de ce chapitre.

2.1. LES RECETTES COURANTES DE LA PROTECTION SOCIALE

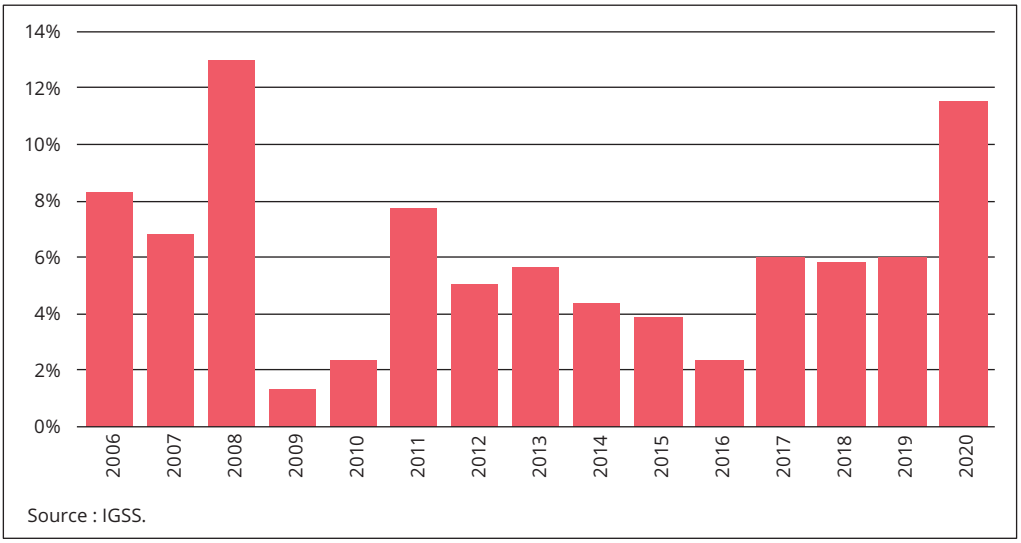
En 2020, les recettes courantes s'élèvent à 16 645,8 millions EUR, présentant une progression de 11,5% en comparaison avec l'année 2019 (14 929,3 millions EUR). Cette forte progression résulte de l'indexation des revenus le 1er janvier 2020 et surtout du soutien financier de l'État pour faire face à la crise liée à la COVID-19.

La progression des recettes courantes (graphique1) résulte de quatre facteurs principaux : l'évolution de la masse des revenus cotisables, l'évolution des taux de cotisations sociales, les recettes générées pour financer l'introduction ou l'adaptation de prestations et celles générées pour financer les aides et mesures plus massives de l'État en période de conjoncture moins favorable. L'évolution de la masse des revenus cotisables est dictée par l'évolution de l'emploi, par l'indexation des revenus [3] et par la hausse du revenu cotisable moyen réel. Sur la période 2006-2020, le taux de cotisations sociales de l'assurance pension est resté fixé à 16%, celui de l'assurance maladie - soins de santé - est passé de 5,4% en 2006 à 5,6% en 2011, celui de l'assurance dépendance est passé de 1% à 1,4% en 2007 et celui (taux moyen) de l'assurance accident a progressivement glissé de 1,45% en 2006 à 0,75% en 2020. Pour ce qui concerne le taux de cotisations sociales de l'assurance maladie - prestations en espèces -, il importe de rappeler que le financement et la gestion des indemnités pécuniaires de maladie a connu un virage important en 2009 avec l'introduction du statut unique et de la Mutualité des employeurs (MDE).

A la période 2006-2008, caractérisée par une progression soutenue des recettes due à la bonne santé de l'économie et, pour 2008, à la participation de l'État pour financer le boni pour enfant suivent deux années (2009 et 2010) marquée par un ralentissement de la progression dû principalement à la crise économique et financière malgré une hausse des recettes pour financer les mesures d'emploi et les aides sociales dues à cette crise. La dynamique des recettes de 2011 tient à une reprise de l'emploi combinée à la hausse du taux de cotisations sociales pour soins de santé. A cette dynamique suit une période de 5 ans marquée par une croissance ralentie des recettes en réponse à une hausse plus modeste de l'emploi, à une absence d'indexation des revenus entre octobre 2013 et janvier 2017. Les exercices 2017 à 2019 affichent par contre des hausses qui se situent autour de 6% résultant d'une reprise de l'emploi, du retour de l'indexation des revenus (en janvier 2017 et en aout 2018) et d'une hausse du revenu cotisable moyen réel. Le financement par l'État des mesures exceptionnelles pour lutter contre la crise liée à la COVID-19 en 2020 estimé autour de 1 250 millions EUR [4] (indemnité pécuniaire de maladie prises en charge par la CNS en lieu et place de la Mutualité des employeurs, élargissement du congé pour raisons familiales, introduction du congé pour le soutien familial, recours au chômage partiel pour cas de force majeure, doublement de l'allocation de vie chère, frais supplémentaires de l'assurance maladie-maternité générés par la réalisation des tests PCR pour la recherche du virus SARS-COV-2) explique en grande partie la hausse à deux chiffres des recettes en 2020.

3. 10 fois au cours de la période 2006-2020 : en 12/2006, 03/2008, 03/2009, 07/2010, 10/2011, 10/2012, 10/2013, 01/2017, 08/2018 et 01/2020.
4. Au moment de la rédaction de ce chapitre, une décision définitive n'a pas encore été prise au niveau de la méthodologie SESPROS quant à la manière d'inclure des mesures telles que le large-scale testing ou la mise à disposition gratuite de masques de protection à la population et au personnel exerçant dans les hôpitaux, les maisons de soins, les écoles, les crèches ou les transports publics dans les recettes courantes et les dépenses courantes de la protection sociale. Ces mesures ne figurent donc pas dans les montants présentés.

Graphique 1: Évolution des recettes courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)

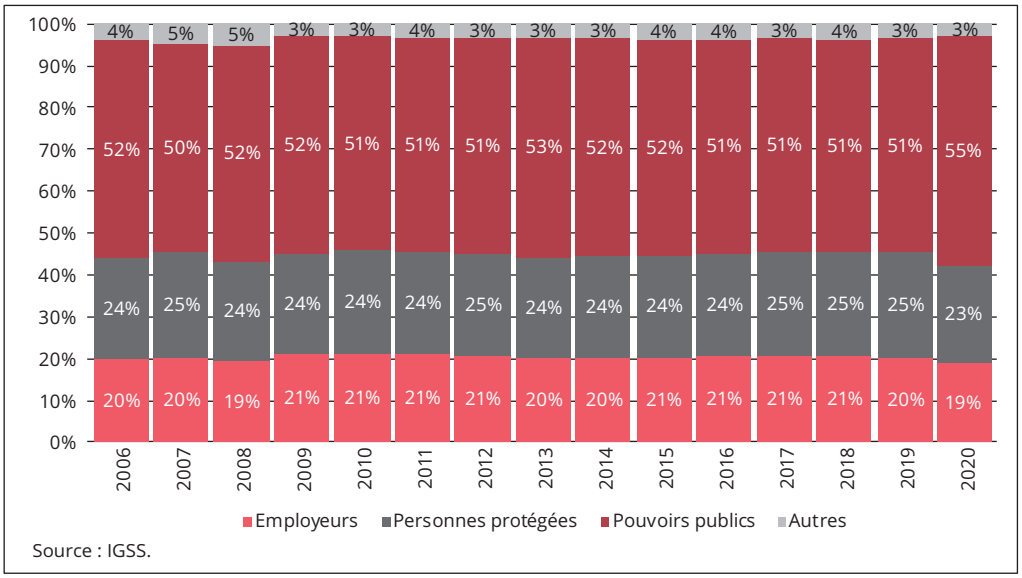


Source : IGSS.

Côté sources de financement, quatre sources peuvent être isolées : les pouvoirs publics, les employeurs, les personnes protégées et les autres sources, composées principalement des revenus de la propriété. Les prélèvements pour couvrir les dépenses sont effectués selon deux types de mécanismes : les cotisations et les contributions des pouvoirs publics. Les cotisations sont principalement à la charge des employeurs et des personnes protégées. Elles sont assises sur les revenus professionnels et sont calculées au moyen de taux de cotisations uniformes indépendants de la situation individuelle des intéressés (âge, sexe, situation de famille, état de santé). La contribution des pouvoirs publics provient principalement des recettes fiscales générales.

Les cotisations des employeurs (hors la part employeur pour le financement des pensions statutaires) représentent 19,0% des recettes courantes en 2020 tandis que la participation des personnes protégées atteint 23,5%. Les pouvoirs publics interviennent quant à eux à hauteur de 54,6% (les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques, y compris la part employeur pour le financement des pensions statutaires). La part restante provient principalement des revenus de la propriété. Si la contribution des différents acteurs aux recettes est restée relativement constante au cours des 15 dernières années, l'année 2020 se distingue par une contribution des pouvoirs publics plus importante du fait de la prise en charge par l'État des mesures de protection sociale pour lutter contre la pandémie de la COVID-19 (graphique 2).

Graphique 2: Évolution du financement de la protection sociale (en % des recettes courantes)

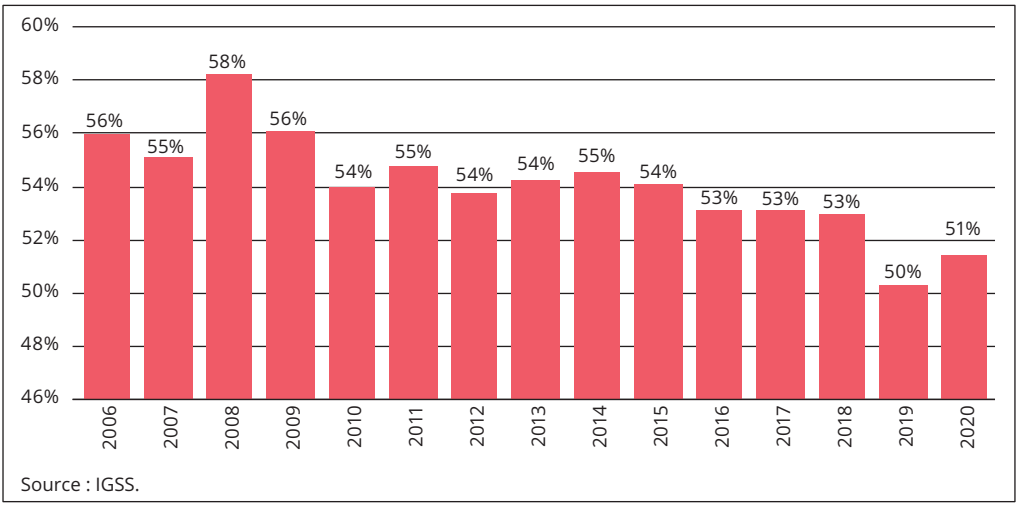


Source : IGSS.

L'État est le premier contributeur au financement de la protection sociale et sa participation représente une part importante de ses dépenses courantes. Entre 2006 et 2020, cette part oscille entre 50% et 58%. En temps de conjoncture faible, la rigidité des dépenses budgétaires envers la protection sociale implique des taux plus élevés. Le recul de la part relative de la participation de l'État en 2007 est notamment dû à la désindexation des prestations familiales et au plafonnement de la participation au financement de l'assurance dépendance. Néanmoins cette réduction des dépenses budgétaires de l'État est largement compensée à partir de 2008 par l'introduction du boni pour enfant. Les dépenses relatives aux mesures d'emploi et d'aide sociale impactent la participation de l'État à partir de 2009 et depuis 2012, l'État a sérieusement augmenté sa contribution au financement de l'assurance dépendance. A partir de 2017, les dépenses importantes relatives au congé parental réformé introduit en décembre 2016 sont venues renforcer la participation de l'État au financement de la protection sociale. Le taux de 2019 (50%), le plus bas au cours des 15 dernières années, s'explique par la hausse inédite des dépenses courantes de l'État en 2019 (+12,2%), hausse en partie due à un changement méthodologique quant à la manière de présenter les dépenses courantes de l'État à partir de 2019 [5] (graphique 3). Malgré une progression de la participation de l'État au financement de la protection sociale qui s'établit à 18,7% en 2020 par rapport à 2019, la part que représente la contribution de l'État à ce financement rapportée aux dépenses courantes ne progresse que d'un point de pourcentage (51% en 2020 pour 50% en 2019. Cet état des faits résulte d'une progression des dépenses courantes de l'État (+16,0%) quasiment aussi importante que celle de la participation de l'État au financement de la protection sociale entre ces deux dates.

5. A partir de 2019, certaines dépenses pour ordre sont désormais comptabilisées dans les dépenses courantes.

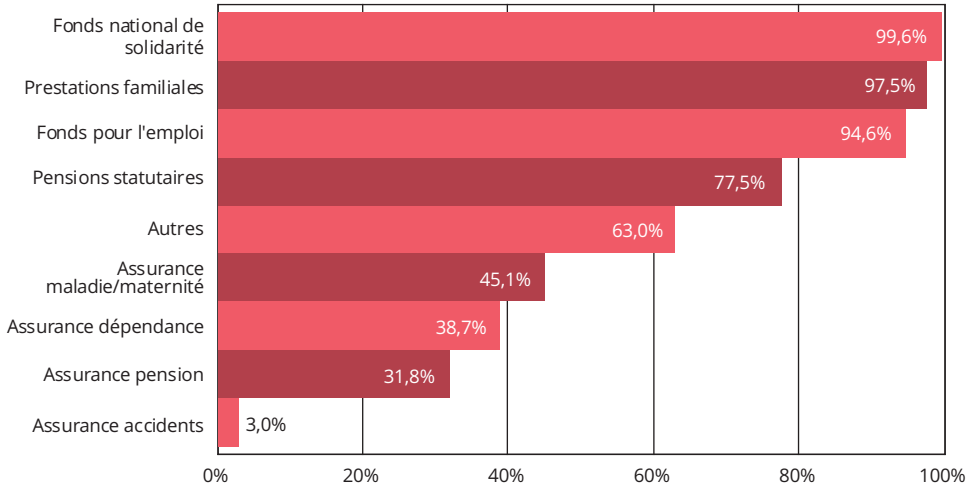
Graphique 3: Évolution de la participation de l'État au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'État)



Source : IGSS.

La contribution de l'État au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes. Sur la période 2016-2020, cette contribution est la plus faible pour le régime assurance accidents dont le financement est très majoritairement assuré par les employeurs. L'assurance pension est financée à parts égales entre les employeurs, les assurés et les pouvoirs publics. L'État finance l'assurance dépendance à hauteur de 303,2 millions EUR en 2020, soit 39% de ses recettes; le reste est principalement financé par les personnes protégées. Le financement de l'assurance maladie-maternité est réparti par parts égales entre assurés et employeurs et l'État supporte 40% des cotisations auxquelles s'ajoutent les cotisations prises en charge par l'État pour certaines catégories de personnes protégées. Les pensions statutaires sont majoritairement financées par les pouvoirs publics. Les recettes des régimes prestations familiales, du Fonds pour l'emploi et du Fonds national de solidarité proviennent principalement des pouvoirs publics (graphique 4).

Graphique 4: Répartition de la participation de l'État au financement des régimes de protection sociale (en % des recettes courantes - valeurs moyennes sur la période 2016-2020)



Source : IGSS.

La particularité du marché du travail luxembourgeois, qui occupe aujourd'hui près de 46% de non-résidents dans le secteur salarié, mérite qu'un rappel soit fait concernant leur participation au système national de protection sociale. Au même titre que les résidents, les non-résidents contribuent au système et, comme cela sera développé au point suivant, ils en sont bénéficiaires. Les travailleurs non-résidents participent à hauteur de 43,2% à la contribution des personnes protégées au régime assurance pension. Pour les régimes assurance maladie-maternité, assurance dépendance et assurance accidents [6], ces taux sont respectivement de 34,6%, 33,4% et 22,6%.

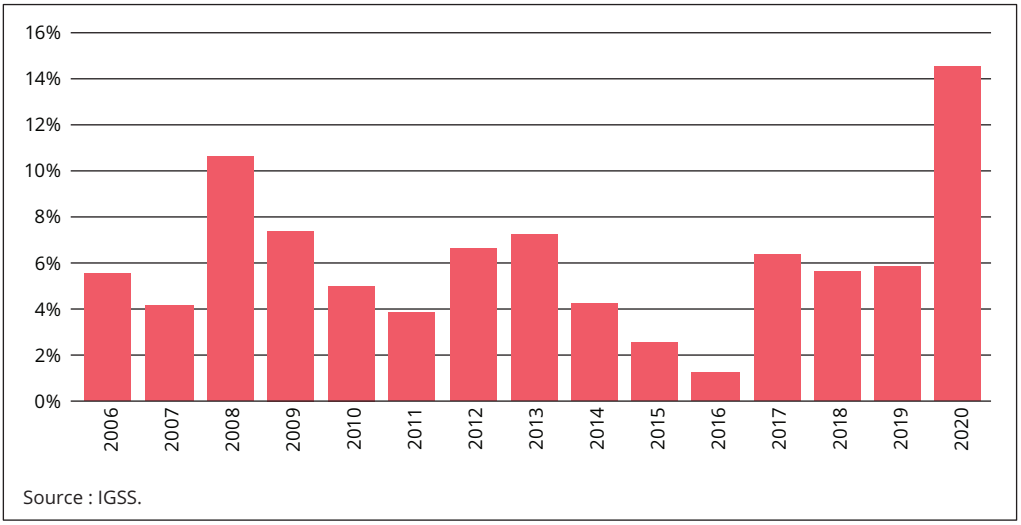
2.2. LES DÉPENSES COURANTES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2020, les dépenses courantes atteignent 15 741 millions EUR soit une augmentation de 14,5% par rapport à l'année 2019 (13 747,1 millions EUR).

Sur la période 2006-2020, la croissance nominale annuelle des dépenses évolue en dents de scie avec des pics qui reflètent l'introduction et/ou la revalorisation de prestations ou encore des situations de crise. L'entrée en vigueur du boni pour enfant en 2008 déclenche la forte progression des dépenses pour cette même année. Le taux élevé qui perdure en 2009 résulte du recours aux instruments de maintien dans l'emploi ainsi que de la demande soutenue d'assistance sociale. Après deux années (2010 et 2011) de ralentissement des dépenses dû à la réforme de l'assurance maladie-maternité en termes de consolidation financière et à la baisse du nombre de bénéficiaires de prestations familiales suite à l'introduction, fin 2010, de la nouvelle loi sur l'aide financière de l'Etat pour études supérieures dont les dépenses ne figurent pas dans la nomenclature SESPROS, 2012 et 2013 renouent avec une poussée significative. De 2014 à 2016, la progression des dépenses accuse un ralentissement du fait, en grande partie, d'une meilleure maîtrise des dépenses de soins de santé et de longue durée et, pour 2016, d'une baisse des dépenses en matière de chômage suite au recul du taux de ce dernier. L'année 2017 est marquée par un retour de la progression des dépenses attribuable en partie à la fin des mesures d'économies des soins de santé qui étaient en application depuis 2011, à la hausse des dépenses de soins de longue durée résultant principalement de la forte variabilité annuelle des opérations sur provisions et à la hausse des dépenses en matière de congé parental suite à la réforme de ce dernier en décembre 2016. Les années 2018 et 2019 affichent des hausses qui se situent autour de 6%. Les dépenses supplémentaires ayant trait aux mesures de protection sociale pour lutter contre la crise liée à la pandémie de la COVID-19 ont largement participé à la hausse record des dépenses qui s'établit à 14,5% en 2020. Sans ces dépenses supplémentaires (autour de 1 250 millions EUR), l'évolution serait estimée à 5,4% (graphique 5).

6. Pour ce qui concerne l'assurance accident dont les cotisations sont uniquement à la charge des employeurs, le taux est calculé sur les seules cotisations versées par les travailleurs indépendants.

Graphique 5: Évolution des dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)

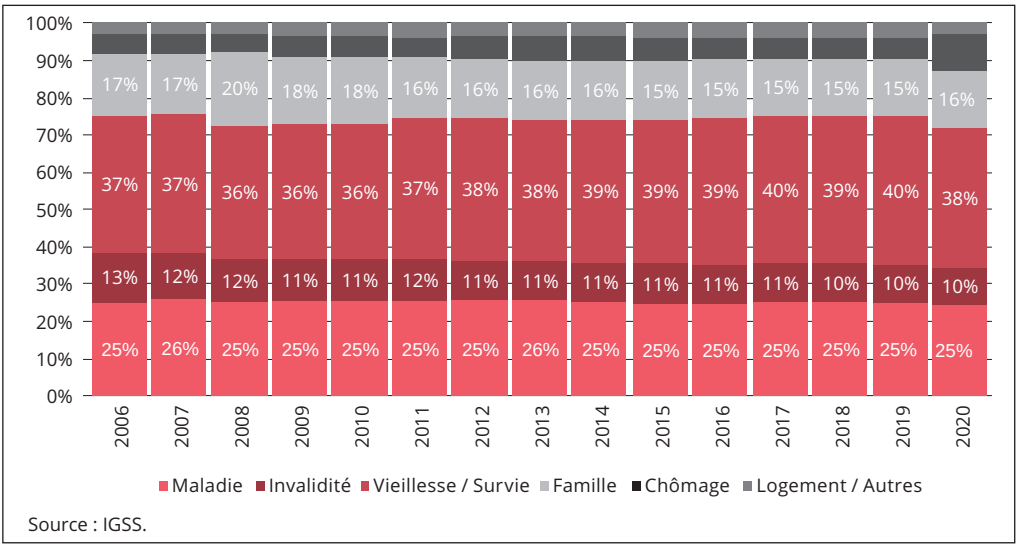


Source : IGSS.

En 2020, 70% des prestations sont dispensées sous forme de prestations en espèces et 30% sous forme de prestations en nature. Les prestations de la fonction vieillesse/survie (37,6%) et les prestations de la fonction maladie (24,8%) forment un peu plus de 62% des dépenses.

Les mesures prises pour lutter contre la crise de la pandémie de la COVID-19 ont fortement impacté la structure des dépenses de prestations de protection sociale en 2020. L'indemnité de compensation versée lors du chômage partiel pour cas de force majeure en 2020 a fait bondir la fonction chômage qui pèse 9,7% des prestations en 2020 pour 5,6% seulement en 2019. La progression de la fonction chômage a mécaniquement fait reculer les autres fonctions, et plus particulièrement celles qui ne comprennent pas de prestations ciblées par les mesures pour lutter contre la crise de la pandémie de la COVID-19. Avant 2020, au cours de la période 2006-2019, la structure des dépenses de prestations de protection sociale avait déjà connu des changements. Ces changements sont le résultat de l'interaction entre les réformes des prestations du système de protection sociale, la conjoncture économique, l'évolution démographique de l'ensemble de la population et de celle de la population en emploi. Le poids des prestations de la fonction vieillesse/survie, qui approche 40% des dépenses en 2019, a gagné près de 4 points de pourcentage au cours des 10 dernières années. Cette progression s'est faite au détriment de la fonction famille qui a vu son poids relatif diminuer de 2,4 points de pourcentage entre 2009 et 2019 passant de 17,8% à 15,4%. La désindexation des prestations familiales introduite en 2006 et la baisse du nombre de bénéficiaires d'allocations familiales depuis la loi du 26 juillet 2010 sur les aides financières de l'État pour études supérieures ont participé au recul du poids de la fonction famille, et ce, malgré le développement des prestations en matière de garde d'enfants depuis 2009 et la réforme du congé parental, fin 2016. Avec une progression annuelle des dépenses consacrées aux pensions d'invalidité bien plus lente que les autres prestations due à la réduction du nombre de bénéficiaires de cette prestation sur la période, la part des prestations de la fonction invalidité qui regroupent les pensions d'invalidité et les prestations de l'assurance dépendance se réduit également sur la période. Les poids des autres fonctions sont par contre restés relativement stables au cours des quinze dernières années (graphique 6).

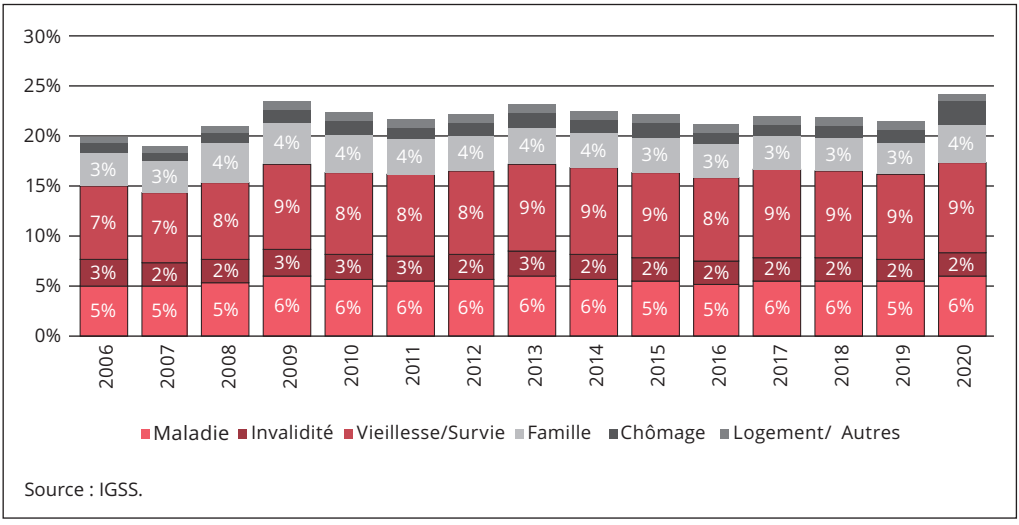
Graphique 6: Évolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)



Source : IGSS.

En 2020, par fonction et rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut), ce sont les prestations de la fonction vieillesse/survie et les dépenses de la fonction maladie qui représentent les dépenses les plus importantes avec respectivement 9,1% et 6,0% du PIB. Les prestations de la fonction famille qui incluent le congé pour raisons familiales interviennent pour 3,8% et les prestations de la fonction invalidité (y compris les prestations de l'assurance dépendance) comptent pour 2,3% tout comme celles de la fonction chômage (graphique 7).

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



Source : IGSS.

Comme souligné au point précédent, les travailleurs non-résidents contribuent au système national de protection sociale. Par conséquent, ils en bénéficient. Une partie non-négligeable des prestations en espèces est donc exportée à l'étranger. Concernant le régime assurance maladie-maternité, 51,8% des prestations en espèces sont versées aux non-résidents en 2020. De même, 47,2% des prestations du régime prestations familiales [7], 46,9% des prestations en espèces du régime assurance accident et 28,7% du régime assurance pension sont exportées à l'étranger. En ce qui concerne les prestations en nature [8], 25,9% des prestations en nature de l'assurance accident, 15,4% des soins de santé de l'assurance maladie-maternité et 2,0% des prestations de l'assurance dépendance sont consommés par les non-résidents.

Bien qu'en constante progression, le taux des prestations en espèces de l'assurance pension exportées reste encore faible (28,7% en 2020). Cette situation trouve deux explications majeures : le nombre et le montant des pensions exportées. Au cours des 50 dernières années, le développement de l'économie a dépassé celui de la démographie et le déficit n'a pu être comblé que par une immigration soutenue et, plus tard, par le recours à des travailleurs non-résidents. Une partie non-négligeable des immigrants s'est implantée au Luxembourg. Ceux qui sont retournés dans leur pays ont plus souvent connu des carrières partielles au Luxembourg et bénéficient donc de prestations de l'assurance pension réduites puisque calculées sur la durée d'affiliation. Le caractère encore récent de l'afflux, sur le marché du travail, d'une population active non-résidente relativement jeune ne permet pas encore à un grand nombre d'entre eux d'ouvrir les droits pour bénéficier de prestations de pension.

De même, l'exportation à l'étranger des prestations de soins de santé et de longue durée reste encore limitée. Comme les assurés non-résidents n'ont accédé au marché du travail qu'à partir du milieu des années 80, la pyramide des âges de cette population est encore extrêmement resserrée au-delà de 60 ans, âge à partir duquel les besoins en termes de services de soins de santé et de longue durée s'amplifient. Concernant les pensionnés non-résidents, seuls ceux avec une carrière complète au Luxembourg sont couverts par l'assurance maladie-maternité et dépendance luxembourgeoise. Ceux, toujours majoritaires, avec une carrière partielle au Luxembourg sont couverts par le système de leur pays de résidence.

7. La hausse de la part des prestations du régime prestations familiales exportées à partir de 2018 par rapport aux années précédentes résulte de l'implémentation d'un nouvel outil pour estimer les prestations familiales exportées fin 2017. Ce nouvel outil permet désormais de recenser les paiements courants (cas où le Luxembourg est le pays prioritaire pour le versement des prestations familiales) et les paiements différentiels (cas où le pays de résidence est le pays prioritaire pour le versement des prestations familiales et le Luxembourg verse uniquement la différence entre le montant des prestations familiales luxembourgeoises et le montant des prestations familiales du pays de résidence) exportés, alors que seuls les paiements courants pouvaient être recensés jusqu'en 2017.
8. Les prestations en nature exportées peuvent connaître des variations annuelles fortes du fait de la liquidation ou de la régularisation des décomptes étrangers en décalage important avec la date de prestation.

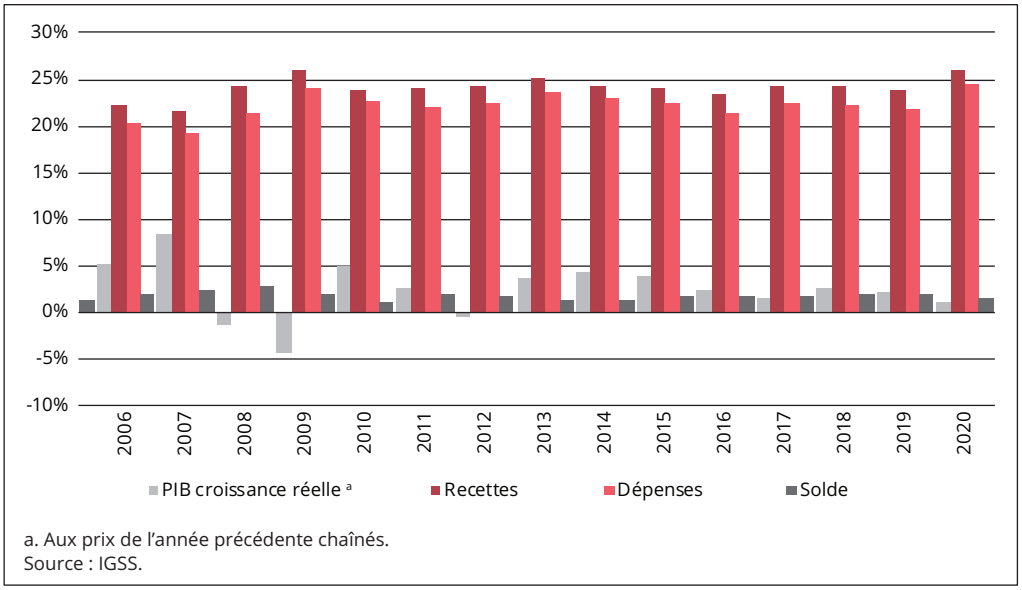
2.3. SITUATION GLOBALE

Au regard des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale décrites ci-dessus, le bilan de l'année 2020 présente un solde global positif de 904,8 millions EUR (1 182,1 millions EUR en 2019).

Avec un ratio des recettes courantes rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut) de 25,9% et un ratio des dépenses courantes rapportées au PIB de 24,5%, le solde global de la protection sociale représente 1,4% du PIB en 2020.

Depuis 2020, recettes et dépenses courantes rapportées au PIB évoluent quasiment toutes les années dans le même sens avec, pour chaque année, un avantage aux recettes. Le solde positif qui se maintient tout au long de la période s'explique par les dispositions de financement qui prévoient une participation directe de l'État dans certaines prestations et par l'effet combiné de l'évolution dynamique de l'emploi et des prestations/recettes y relatives (graphique 8).

Graphique 8: Évolution des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale (en % du PIB)



a. Aux prix de l'année précédente chaînés.
Source : IGSS.

Enfin, pour une vue d'ensemble de la situation financière de la protection sociale, le tableau suivant détaille les recettes et les dépenses totales de protection sociale (y compris les cotisations réacheminées, les transferts entre régimes, les gains ou pertes de détention (réalisés et non réalisés) du véhicule de placement du Fonds de compensation commun au régime général de pension, les prélèvements et les dotations aux réserves) pour la période 2011-2020.

Tableau 2: Évolution des recettes et dépenses totales de protection sociale (en millions EUR)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
RECETTES										
Cotisations employeurs	2.843,3	2.909,2	3.018,5	3.174,9	3.364,7	3.467,9	3.603,9	3.787,6	3.977,9	4.120,5
Cotisations personnes protégées	2.465,3	2.635,1	2.727,5	2.849,4	2.947,7	3.061,3	3.286,1	3.477,8	3.702,0	3.905,6
Cotisations réacheminées	209,5	225,6	244,9	254,6	263,4	263,7	292,0	313,9	335,1	367,2
Recettes fiscales	4.534,2	4.816,8	5.212,9	5.380,0	5.510,3	5.578,1	5.958,3	6.313,7	6.729,6	8.126,0
Transferts entre régimes	85,2	98,5	95,9	104,9	93,7	96,7	167,2	191,7	188,4	215,6
Autres recettes	183,8	946,6	749,7	1.537,8	615,5	941,2	736,7	132,9	2.709,5	1.252,7
dont pertes et gains de détention	-174,8	588,6	387,0	1.127,4	168,7	493,0	274,8	-371,7	2.189,8	758,9
Prélèvements	48,9	70,6	140,4	105,1	74,6	52,4	15,8	0,0	2,9	99,3
TOTAL	**10.370,2**	**11.702,4**	**12.189,8**	**13.406,7**	**12.870,0**	**13.461,3**	**14.059,9**	**14.217,5**	**17.645,4**	**18.086,8**
DEPENSES										
Prestations en espèces	6.474,3	6.879,5	7.299,8	7.636,1	7.907,0	7.995,7	8.405,8	8.846,5	9.317,0	10.926,6
Prestations en nature	2.715,0	2.917,7	3.207,6	3.326,4	3.331,1	3.371,1	3.689,4	3.918,9	4.198,5	4.573,5
Cotisations réacheminées	209,5	225,6	244,9	254,6	263,4	263,7	292,0	313,9	335,1	367,2
Frais de fonctionnement	138,2	144,2	156,2	158,2	157,6	172,7	178,8	179,5	181,4	191,8
Transferts entre régimes	85,2	98,5	95,9	104,9	93,7	96,7	167,2	191,7	188,4	215,6
Autres dépenses	23,0	26,9	24,9	21,7	26,6	26,5	26,8	487,0	50,2	49,1
dont pertes et gains de détention								-441,7		
Dotations	725,0	1.409,9	1.160,5	1.904,8	1.090,7	1.534,9	1.300,0	280,0	3.374,8	1.763,0
TOTAL	**10.370,2**	**11.702,4**	**12.189,8**	**13.406,7**	**12.870,0**	**13.461,3**	**14.059,9**	**14.217,5**	**17.645,4**	**18.086,8**

Source : IGSS.

3. LES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE ET LES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES

La population protégée se compose de différents groupes d'individus qui vont être décrits et dénombrés ci-dessous, en fonction des différents risques. Les caractéristiques et l'évolution de la population protégée au cours des dernières années seront ensuite présentées.

3.1. APERÇU GÉNÉRAL DU NOMBRE DE PERSONNES PROTÉGÉES ET BÉNÉFICIAIRES SELON LES RISQUES

Comme indiqué précédemment, il existe deux types de risques, ceux couverts par un régime non contributif et ceux couverts par un régime contributif, c'est-à-dire à caractère professionnel. Le nombre de personnes protégées par le système de protection sociale luxembourgeois est donc différent selon le risque qui est envisagé et le régime qui le gouverne. Ce nombre varie également en fonction de la législation applicable (luxembourgeoise ou celle du pays de résidence) en matière d'affiliation et en matière de prestation compte tenu de la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale[9].

Les risques couverts par un régime non contributif sont les suivants : famille, exclusion sociale, handicap et logement[10]. Pour ces derniers, la protection sociale s'ouvre à toutes les personnes résidant sur le territoire luxembourgeois, ce qui signifie que toute la population résidente est potentiellement protégée. En matière de prestations familiales, conformément à la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, le droit s'ouvre également au titre d'une activité salariée ou non salariée. Les travailleurs frontaliers et les membres de leur famille ont ainsi droit aux prestations familiales luxembourgeoises et aux prestations familiales de leur pays de résidence. Pour ces cas qui cumulent des droits, la réglementation européenne prévoit des règles de priorité pour déterminer le pays ou les pays compétents pour le paiement des prestations familiales. L'ordre de priorité est le suivant : pays de travail, pays qui délivre une pension, pays de résidence. Lorsqu'un parent travaille dans le pays de résidence où vivent également les enfants et l'autre parent est frontalier travaillant au Luxembourg, la priorité va au pays où résident les enfants. Ainsi, si un des parents travaille dans le pays de résidence et l'autre est travailleur frontalier, c'est en premier lieu le pays de résidence qui est compétent et le Luxembourg verse, le cas échéant, le complément différentiel correspondant à la différence entre le montant des prestations familiales luxembourgeoises et celui du pays de résidence. Par contre, si un des parents ne travaille pas et que l'autre est travailleur frontalier ou que les deux parents sont travailleurs frontaliers, c'est en priorité le Luxembourg qui est compétent. Sauf très rares exceptions, les montants des prestations familiales luxembourgeoises étant plus élevés que ceux des pays voisins, le pays de résidence n'aura pas, dans ce cas, à verser un supplément.

9. A côté de la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale qui concerne l'Espace économique européen et la Suisse, des instruments bi ou multilatéraux conclus entre le Luxembourg et des pays tiers précisent la législation applicable en matière d'affiliation et de prestation.
10. Dans cette partie, le risque logement n'est pas couvert faute de données satisfaisantes sur la population protégée et le nombre de bénéficiaires.

Les risques couverts par un régime à caractère professionnel sont les suivants : maladie-maternité, dépendance, vieillesse, invalidité, accident et chômage. Trois catégories de personnes protégées peuvent être distinguées :

- La première catégorie correspond aux personnes qui sont protégées du fait de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée sur le territoire. Cette dernière ouvre droit à une protection contre les risques maladie-maternité (prestations en espèces et en nature), dépendance, vieillesse, invalidité, accident et chômage[11]. La protection contre le chômage complet dépend quant à elle du pays de résidence et non du pays de travail alors que celle concernant les autres formes de chômage (partiel, intempéries, accidentel et technique involontaire) relèvent de la législation du pays de travail. En conséquence, l'indemnité de chômage complet luxembourgeoise n'est pas versée aux travailleurs frontaliers. Ces derniers relèvent de la législation en matière de chômage complet de leur pays de résidence qui doit, par contre, tenir compte des périodes de travail au Luxembourg pour déterminer le montant de l'indemnité chômage complet. Le fait d'être bénéficiaire d'une pension de vieillesse, de survie ou d'invalidité, du revenu d'inclusion sociale (REVIS), du revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) ou d'un revenu de remplacement permet également d'être protégé contre les risques précités. Pour les non-résidents bénéficiaires d'une pension de vieillesse, de survie ou d'invalidité, le pays responsable de leur couverture sociale (maladie-maternité, dépendance) est fixé par la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Si le non-résident perçoit uniquement une pension versée par le Luxembourg, la responsabilité de la couverture sociale reviendra au Luxembourg. Si le non-résident perçoit une pension versée par le Luxembourg et une pension versée par son pays de résidence, la responsabilité de la couverture sociale reviendra au pays de résidence.
- La deuxième catégorie correspond aux assurés volontaires. Il s'agit de personnes n'exerçant plus d'activité professionnelle mais qui peuvent, sous certaines conditions liées à leur activité antérieure, s'acquitter de cotisations qui ouvrent droit à une protection sociale, mais uniquement contre les risques maladie-maternité [12] et vieillesse [13].
- La troisième catégorie correspond aux personnes bénéficiant de droits dérivés. Les droits dérivés sont des droits dont peuvent se prévaloir d'autres personnes que celles qui ont payé des cotisations, à condition que les intéressés (conjoints et enfants) ne soient pas affiliés personnellement et qu'ils résident au Luxembourg (sauf en cas d'études ou de formation professionnelle). Les droits dérivés s'appliquent dans deux cas : d'abord pour les conjoints ou enfants des cotisants, qui en tant que membres de famille, sont couverts contre le risque maladie-maternité (uniquement pour les prestations en nature, c'est-à-dire les soins de santé) et le risque dépendance ; ensuite pour les conjoints survivants[14], qui bénéficient de prestations de survie concernant l'assurance pension et l'assurance invalidité. En tant que bénéficiaires d'une prestation de survie, les personnes concernées sont protégées contre le risque maladie-maternité et dépendance en vertu d'un droit propre. Sous certaines conditions, dictées par la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, les membres de famille non-résidents d'un assuré principal non-résident peuvent bénéficier des droits dérivés aux prestations en nature maladie-maternité et aux prestations dépendance. Si le conjoint d'un assuré principal non résident n'est pas

11. La durée minimum de cotisation pour ouvrir le droit peut varier selon le risque envisagé.
12. Bien que ne cotisant pas pour l'assurance dépendance, ils font également partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance.
13. Les exploitants agricoles peuvent également s'assurer volontairement contre l'accident.
14. Les orphelins peuvent également, dans certains cas, bénéficier de droits dérivés.

assuré à titre principal dans son pays de résidence, lui comme les enfants sont coassurés au Luxembourg ; si le conjoint est assuré à titre personnel au Luxembourg parce qu'il y travaille ou qu'il y bénéficie d'un revenu de remplacement ou d'une pension, alors les enfants sont coassurés au Luxembourg. En revanche, si le conjoint est assuré à titre principal dans son pays de résidence parce qu'il y travaille par exemple, les enfants sont coassurés dans leur pays de résidence et n'apparaîtront donc pas dans la population protégée par le système luxembourgeois.

Toutes les personnes protégées ne sont évidemment pas bénéficiaires de la protection sociale. En effet, certaines personnes protégées peuvent, au cours d'une année, ne bénéficier d'aucune prestation d'aucune branche de la protection sociale, tandis que d'autres peuvent bénéficier de prestations liées à un ou plusieurs risques. Ainsi, le nombre de bénéficiaires, pour un risque donné, correspond au nombre de personnes ayant perçu au moins une prestation octroyée dans le cadre de la protection contre ce risque.

Le tableau 3 propose, pour 2020, un panorama général de la protection sociale en termes de population protégée mais également en termes de bénéficiaires. Ce tableau reprend l'ensemble des risques et l'ensemble des types de personnes protégées (tels que décrits précédemment).

Pour les risques liés à des droits non contributifs, le nombre de personnes protégées n'a pas été indiqué. En effet, ce nombre est très difficile à établir puisqu'il dépend à la fois des conditions d'attribution des différentes prestations et de la population exposée au risque.

Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2020 (moyenne annuelle)

	Régime contributif							Régime non contributif		
	Maladie-maternité		Dépendance	Vieillesse	Invalidité	Accident	Chômage[a]	Famille[b]	Exclusion sociale[b]	Handicap[b]
	Espèces[c]	Soins santé		Régime général	Régime général					
Assurance obligatoire	435.239	619.341	619.341	456.848	456.848	484.835[d]	251.323			
au titre de l'occupation professionnelle	435.239	489.154[e]	489.154[e]	456.848	456.848	484.835	251.323			
au titre d'une pension		120.270	120.270							
au titre d'un autre revenu		9.207	9.207							
REVIS		7.783	7.783							
Préretraite		1.424	1.424							
autres assurés obligatoires		710	710							
Assurance volontaire		6.042	6.042	4.498	4.498					
Assurance au titre d'un droit dérivé		271.165	271.165							
Total personnes protégées par risque	**435.239**	**896.548**	**896.548**	**461.345**	**461.345**	**484.835**	**251.323**			
Nombre de personnes bénéficiaires par risque	262.176[f]	555.537[g]	15.480[b]	133.585[h]	16.383h	24.971[i]	9.098	206.196[j]	23.909[k]	5.455[l]

a. Résidents.
b. Au 31 décembre.
c. Seulement les salariés du secteur privé.
d. Salariés, indépendants, service volontaire, volontaires de l'armée, au pair, sportifs d'élite.
e. Y compris indemnité de maladie, de maternité, d'accident, de chômage et de congé parental.
f. Sans dispenses et congés pour raisons familiales.
g. Bénéficiaires résidents d'au moins un acte pendant l'exercice en cours.
h. Pensions personnelles y inclus avances et allocations trimestrielles.
i. Accidents déclarés pendant l'exercice en cours.
j. Allocation pour l'avenir des enfants (uniquement paiements courants) et indemnités de congé parental.
k. Membres de familles bénéficiaires du REVIS.
l. Comprend les bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé et du revenu pour personnes gravement handicapées.

Source : IGSS.

3.2. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE LUXEMBOURGEOIS

Au total, la population protégée des régimes contributifs s'élève, pour 2020 en moyenne annuelle, à 896 548 personnes. Parmi elles, 64,5% sont des résidents et 35,5% des non-résidents (tableau 4). La structure de la population protégée en fonction du statut d'assuré à titre personnel (actif ou pensionné) ou de coassuré est très différente selon qu'il s'agit de la population résidente ou non-résidente (tableau 4). Les différences les plus importantes sont les suivantes :

- le poids des assurés pensionnés est beaucoup plus élevé dans la population résidente que dans la population non résidente ;
- en contrepartie, le poids des assurés à titre personnel actifs est beaucoup plus faible pour les résidents par rapport aux non résidents ;
- le rapport entre coassurés et assurés à titre personnel est différent pour les deux populations ; chez les résidents, on compte 45,9 coassurés pour 100 assurés à titre personnel contre 39,0 pour les non-résidents. Cette différence s'explique par les règles de droit social qui définissent le statut de coassuré et qui ont été précisées précédemment.

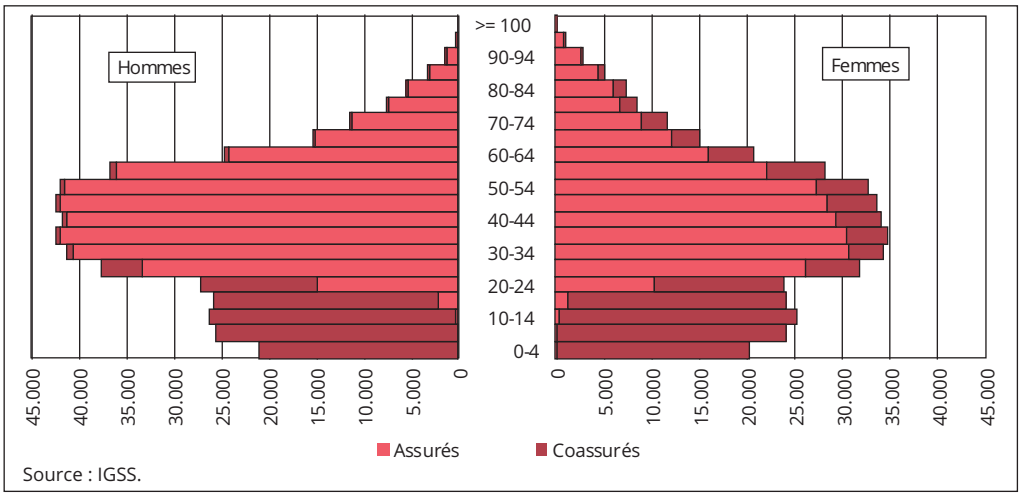
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2020 [a] (moyenne annuelle)

	Résidents	Non résidents	Total
Actifs assurés	293.549	211.564	505.113
Pensionnés	102.900	17.370	120.270
Coassurés	181.977	89.188	271.165
Total	**578.426**	**318.122**	**896.548**

a. Aux arrondis près.
Source : IGSS.

Le graphique 9 présente la pyramide des âges de la population protégée en distinguant les assurés et les coassurés.

Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2020 (moyenne annuelle)



Source : IGSS.

3.3. ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE PERSONNES PROTÉGÉES DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE LUXEMBOURGEOIS

Au cours des dernières années, le nombre total de personnes protégées (liées au régime contributif) n'a cessé d'augmenter (tableau 5). Entre 2016 et 2020, il est passé de 813 124 à 896 548 personnes (+10,3%), soit un taux de croissance annuel moyen sur la période de 2,6%. Cette augmentation résulte de plusieurs évolutions combinées (tableau 6).

- L'augmentation quasi continue de la population active. Sur la période 2016-2020, la croissance de la population active contribue à hauteur de 73,0% à l'augmentation de la population protégée. Cette contribution se partage de la façon suivante entre actifs résidents et actifs non-résidents: 35,3% de l'augmentation de la population protégée sont le fait de la croissance du nombre d'actifs résidents tandis que 37,7% proviennent des non-résidents (graphique 10).
- L'évolution concomitante des coassurés. La croissance de la population coassurée résidente contribue à hauteur de 4,8% à l'augmentation de la population protégée, tandis que la croissance de la population coassurée non-résidente y contribue pour 11,2%.
- L'augmentation du nombre de pensionnés qui représente 11,0% de l'évolution de la population protégée entre 2016 et 2020.

Tableau 5: Évolution du nombre de personnes protégées entre 2016 et 2020 (moyenne annuelle)

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionné assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
2016	263.360	96.186	176.877	181.932	13.579	81.191	813.124
2017	271.064	97.802	177.657	189.285	14.457	84.737	835.002
2018	279.327	99.253	178.718	198.041	15.210	87.807	858.357
2019	286.944	101.024	180.090	207.087	16.117	88.669	879.932
2020	293.549	102.900	181.977	211.564	17.370	89.188	896.548

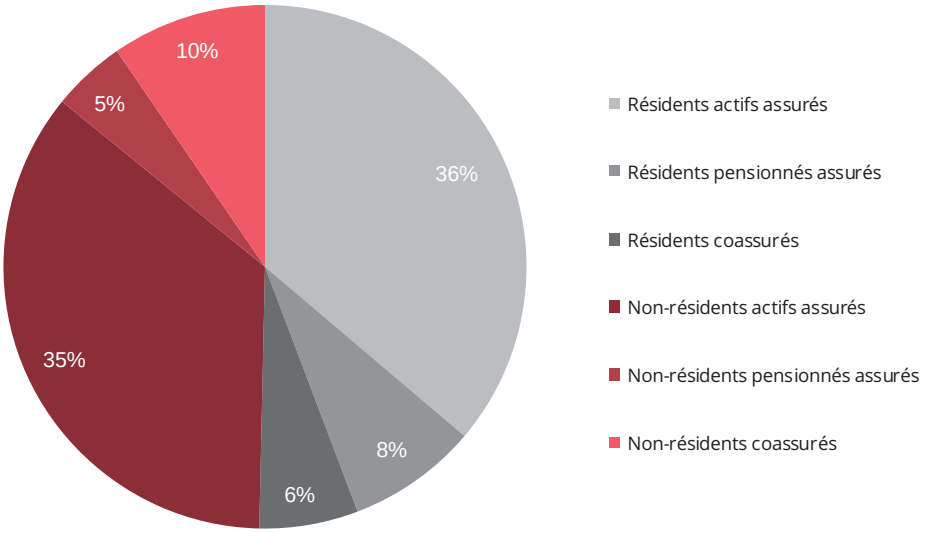
Source : IGSS.

Tableau 6: Évolution annuelle de la population protégée entre 2016 et 2020 (moyenne annuelle)

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
2016-2017	2,9%	1,7%	0,4%	4,0%	6,5%	4,4%	2,7%
2017-2018	3,0%	1,5%	0,6%	4,6%	5,2%	3,6%	2,8%
2018-2019	2,7%	1,8%	0,8%	4,6%	6,0%	1,0%	2,5%
2019-2020	2,3%	1,9%	1,0%	2,2%	7,8%	0,6%	1,9%

Source : IGSS.

Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2016-2020



Source : IGSS.

ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

INTRODUCTION

En 2020, la population protégée par l'assurance maladie-maternité pour les soins de santé s'élève à 896 548 personnes en moyenne annuelle. 64,5% de cette population est résidente, 35,5% est non-résidente. 435 239 personnes, soit 48,5% de la population protégée a droit aux prestations en espèces payées en cas de maladie ou de maternité. 553 537 personnes protégées résidentes ont bénéficié d'un remboursement de la Caisse nationale de santé (CNS) en 2020 (96,0% de la population protégée résidente).

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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 ».

PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Les prestations de l'assurance maladie-maternité 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 par la CNS à des taux différents :

- les soins de médecine et de médecine dentaire ;
- les traitements effectués par les professionnels de santé ;
- les traitements effectués en milieu hospitalier ;
- les analyses de biologie médicale ;
- les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires ;
- les médicaments, le sang humain et les composants sanguins ;
- les dispositifs médicaux et les produits d'alimentation médicale ;
- les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement ou en cas d'hospitalisation ;
- les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles ;

- les cures thérapeutiques et de convalescence ;
- les frais de voyage et de transport ;
- les soins palliatifs ;
- les psychothérapies.

Sur base de conventions conclues avec le ministre ayant dans ses attributions la Santé, l'assurance maladie-maternité prend en charge des programmes de médecine préventive pour des populations ciblées : 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, pneumocoque) pour des groupes de personnes à risque.

L'assurance maladie-maternité offre également aux assurés actifs, salariés et non-salariés, des prestions en espèces, c'est-à-dire un remplacement de salaire en cas de maladie ou lors d'un congé de maternité. Elles sont servies jusqu'à concurrence du plafond cotisable mensuel qui correspond à 5 fois le salaire social minimum (SSM) [1]. 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.

ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

La CNS, qui est l'organisme de gestion de l'assurance maladie-maternité, est placée sous la responsabilité d'un conseil d'administration qui se compose de représentants des salariés, des professions indépendantes et des employeurs :

- La CNS est compétente pour l'élaboration du budget annuel global, de la programmation pluriannuelle et de la fixation du taux de cotisation. Elle établit les règles concernant son propre fonctionnement et statue sur le décompte annuel. Elle arrête les statuts déterminant les modalités de prise en charge. Toutes ces décisions sont soumises à l'approbation ministérielle ;
- La CNS négocie les conventions avec les prestataires ;
- Elle procède à la liquidation des frais pour soins de santé et à la liquidation des prestations en espèces de maladie pour les périodes de maladie dépassant le cadre légal d'intervention patronale. En cas de maternité, la CNS prend en charge la totalité des prestations liées au congé de maternité.

Pour les périodes de maladie intervenant au cours de la période de conservation légale de la rémunération, les prestations en espèces sont, dans un premier temps, avancées par les employeurs. Ces derniers sont ensuite remboursés à concurrence de 80% des rémunérations payées à leurs salariés par la Mutualité des employeurs, institution de sécurité sociale créée par loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé.

L'assurance maladie-maternité a comme souci majeur la gestion optimale des ressources afin de garantir un accès équitable aux soins, de maintenir un niveau de protection élevé tout en préservant la viabilité financière du système.

A cette fin, le Code de la sécurité sociale (CSS, Art. 80) prévoit un comité quadripartite, qui réunit au moins une fois par an les représentants des départements ministériels concernés,

1. Le SSM mensuel est fixé à 2 256,95 EUR (indice courant) au 1er octobre 2021.

des organisations des salariés et des employeurs ainsi que des prestataires de soins. Le comité est appelé à examiner annuellement :

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

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

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

L'assurance maladie-maternité est essentiellement financée par des cotisations. La charge des cotisations est répartie par parts égales entre les assurés et les employeurs. Des règles différentes s'appliquent aux indépendants, aux membres de l'armée et de la police grand-ducale, aux salariés handicapés etc. L'État supporte 40% des cotisations. Actuellement, le taux de cotisation de l'assurance maladie-maternité est fixé à 5,6%. Ce taux est majoré de 0,5% pour les assurés ayant droit aux prestations en espèces.

Jusqu'au 31 décembre 2023, suite à la réforme du système des soins de santé en 2010, l'État compense les charges occasionnées par l'intégration des prestations de maternité par une dotation annuelle de 20 millions EUR.

Afin de faire face aux charges incombant à l'assurance maladie-maternité, la CNS doit constituer une réserve qui ne peut être inférieure à 10%.

Le financement de la Mutualité des employeurs repose, quant à lui, sur un système de classes de risque au sein desquelles les entreprises sont réparties. A chaque classe (4 au total) correspond un taux de cotisation. Ces derniers sont adaptés chaque année. L'appartenance à une classe de risque dépend du taux d'absentéisme constaté au cours d'une fenêtre d'observation donnée. En plus des cotisations versées par les employeurs, le financement de la Mutualité est assuré par une contribution de l'État inscrite à l'article 56 du CSS.

MESURES DÉCIDÉES PAR LE GOUVERNEMENT DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE COVID-19 ET AYANT UN IMPACT SUR L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

La propagation du coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) à partir du premier semestre 2020 à l'échelle mondiale a débouché sur une crise sanitaire majeure. Ainsi, le Gouvernement a déclaré en date du 18 mars 2020, et pour une durée de trois mois, l'état de crise au Luxembourg. De plus, il a décidé de mettre en place toute une panoplie de mesures pour lutter contre la COVID-19 mais aussi pour soutenir l'économie luxembourgeoise. Les mesures impactant l'assurance maladie-maternité et présentées de manière détaillée dans la section 2 du présent chapitre sont :

- Les parents, qui ont dû assurer eux-mêmes la garde de leur(s) enfant(s) âgé(s) de moins de 13 ans au moment de la fermeture des écoles et des structures d'accueil entre le 16 mars 2020 et le 24 mai 2020, du retour en classe organisé en alternance à partir du 25 mai 2020 ou en cas de mise en isolement ou en quarantaine de leur enfant, ont eu droit de demander un congé pour raisons familiales élargi.
- Les personnes, qui ont dû s'arrêter de travailler pour s'occuper d'une personne majeure en situation de handicap ou d'une personne âgée faisant l'objet d'une perte

d'autonomie d'une particulière gravité au moment de fermeture d'une structure pour personnes en situation de handicap ou pour personnes âgées, ont pu demander un congé pour soutien familial.

- Pendant la période allant du 1er avril 2020 jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel a pris fin l'état de crise, à savoir le 24 juin 2020, la charge financière des indemnités pécuniaires de maladie incombant aux employeurs a été transférée vers l'assurance maladie-maternité.
- À partir du 1er avril 2020 jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel a pris fin l'état de crise, à savoir le 24 juin 2020, les périodes d'incapacité de travail ne sont pas prises en compte pour le calcul des 78 semaines d'incapacité de travail.
- La prise en charge des patients COVID-19 est financée en intégralité par l'assurance maladie-maternité.

Dans ce contexte de nouveaux forfaits/actes ont été introduits dans les nomenclatures des médecins et médecins-dentistes, à savoir :

- le forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé ;
- la téléconsultation et l'établissement des prescriptions médicales ;
- la majoration pour frais connexes du forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé ;
- la consultation dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19 ;
- la consultation spéciale réalisée dans le cadre du service d'urgence d'un hôpital de garde et du service national d'urgence pédiatrique ;
- le traitement hospitalier stationnaire d'un patient COVID-19.

Au niveau des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique le test « Coronavirus COVID-19, amplification d'ARN y compris détection de l'amplification » a été introduit.

S'y ajoutent pour les autres professionnels les actes suivants :

- Pour les sages-femmes, la téléconsultation dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, l'établissement des prescriptions médicales ;
- Pour les infirmiers, le forfait journalier pour mesures de surveillance médicale accrue temporaire dans le cadre de l'épidémie COVID-19 pour des patients symptomatiques avec signes cliniques de gravité dans les établissements d'aides et de soins.

Dans le cadre de la vaccination de la population contre la COVID-19 deux nouveau actes ont été intégrés dans la nomenclature des actes et des services des médecins :

- le forfait pour l'inscription dans le registre de vaccination contre la COVID-19, selon les directives de la Direction de la santé, d'un patient reconnu vulnérable ;
- le forfait pour la vaccination contre la COVID-19 et l'inscription dans le registre de vaccination, selon les directives de la Direction de la santé.

1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Les ressources du secteur de la santé se répartissent en ressources humaines, ressources matérielles et ressources financières. La section sur les ressources humaines présente, par groupes professionnels, les caractéristiques des médecins ainsi que celles des professionnels de santé. Ensuite, un point sera fait sur les ressources matérielles en décrivant les établissements hospitaliers, les maisons médicales et les officines de pharmacie. Enfin, les ressources financières sont traitées dans les sections « les soins de santé » et « données financières ».

1.1. LES RESSOURCES HUMAINES

La sous-section « ressources humaines » traite d'une part des médecins et d'autre part des professionnels de santé.

Encadré méthodologique

Les données présentées dans cette sous-section sont issues d'un croisement entre le registre des médecins, géré par le Ministère de la Santé (MS), la base de données des fournisseurs de soins de santé de la CNS, le fichier de facturation de la CNS et la demande de données de l'IGSS auprès des établissements hospitaliers.

La méthode de calcul a été élaborée dans le cadre de l'analyse « Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg », réalisée en 2019 sous l'égide du Ministère de la Santé et de la Direction de la Santé en application de la section « Santé » de l'accord de coalition 2018-2023.

La détermination du nombre de médecins au Luxembourg est faite en fonction de leur contribution réelle au système de santé luxembourgeois. En effet, l'activité médicale peut varier en fonction du sexe, de l'âge et de la spécialité médicale.

Les médecins déclarés inactifs dans le registre, mais ayant une facturation auprès de la CNS, sont inclus dans l'étude.

Ainsi, cette sous-section présente d'abord l'évolution de la démographie médicale disponible au Luxembourg, puis se focalise sur les médecins professionnellement actifs et analyse finalement l'évolution des médecins actifs praticiens à activité significative.

Depuis 2019, le Ministère de la Santé travaille sur le contenu du registre des médecins en vue d'améliorer la capacité d'analyse et d'étude de la démographie médicale. Il en résulte qu'une actualisation des données fournies par le Ministère pour la rédaction de cette sous-section n'est pas disponible.

1.1.1. La démographie médicale du Luxembourg

La démographie médicale du Luxembourg représente l'ensemble des médecins autorisés à exercer, respectivement en voie de formation dans un des établissements hospitaliers du Luxembourg.

Tableau 1: Évolution de la démographie médicale du Luxembourg

Type d'activité	2008	2011	2014	2017
Médecins professionnellement actifs	1 858	1 965	2 289	2 542
Médecins actifs praticiens	1 707	1 888	2 096	2 330
Médecins administratifs	151	77	193	212
Médecins considérés comme inactifs	459	592	498	705
Médecins à activité irrégulière	5			21
Médecins considérés comme inactifs	447	563	492	671
Médecins intervenant indirectement dans la prise en charge des patients	7	29	6	13
SOUS-TOTAL	**2 317**	**2 557**	**2 787**	**3 247**
Médecins en voie de spécialisation	103	103	94	126
TOTAL	**2 420**	**2 660**	**2 881**	**3 373**

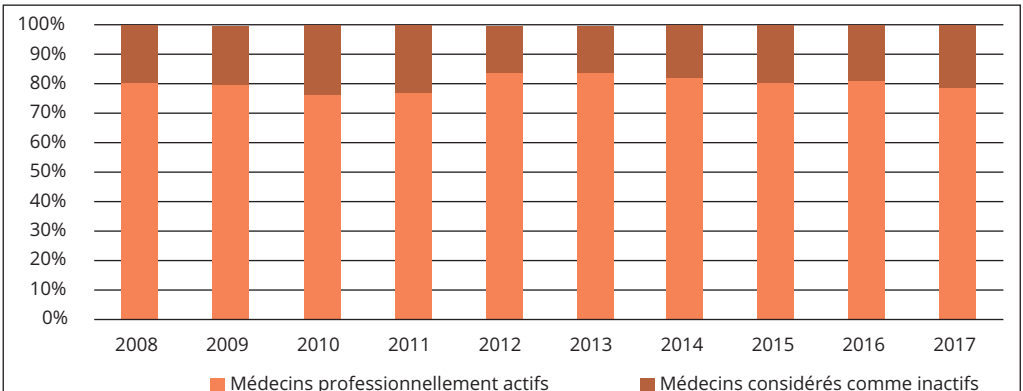
Source : Fichiers CNS croisés avec le registre des médecins du MS, calcul IGSS.

En 2017, le Luxembourg compte 3 247 médecins et 126 médecins en voie de spécialisation (MEVS). Sur la période de 2008 à 2017 leur nombre augmente de 3,8% en moyenne annuelle, tandis que la population protégée évolue de 2,9% sur cette même période.

Le Centre Hospitalier du Luxembourg et les Hôpitaux Robert Schuman accueillent chaque année des médecins en voie de spécialisation qui suivent une partie de leur formation, qui durera plusieurs mois, au sein d'un ou plusieurs services de ces deux établissements.

En 2017, 45,2% des MEVS sont des femmes. La majorité des MEVS poursuit une formation en chirurgie générale, pédiatrie, orthopédie et gynécologie-obstétrique.

Graphique 1: Part des médecins professionnellement actifs dans l'ensemble de la démographie médicale [a]



a. Hors MEVS.
Source : Fichiers CNS croisés avec le registre des médecins du MS, calcul IGSS.

Parmi les 3 247 médecins du Luxembourg 78,3% sont professionnellement actifs en 2017 contre 80,2% en 2008.

Environ deux tiers des médecins considérés comme inactifs sont des hommes. L'âge moyen se situe à 56,8 ans en 2017 comparé à 55,7 ans en 2008. En 2017, les hommes sont en moyenne âgés de 60,9 ans et les femmes de 48,8 ans (en 2008 : 58,4 ans respectivement 49,9 ans). De plus, seulement 28,4% des femmes sont âgées de plus de 60 ans en 2017.

Une analyse par catégorie met en évidence qu'en 2017 59,9% des médecins considérés comme inactifs sont des médecins spécialistes, 20,7% des médecins dentistes et 19,4% des médecins généralistes.

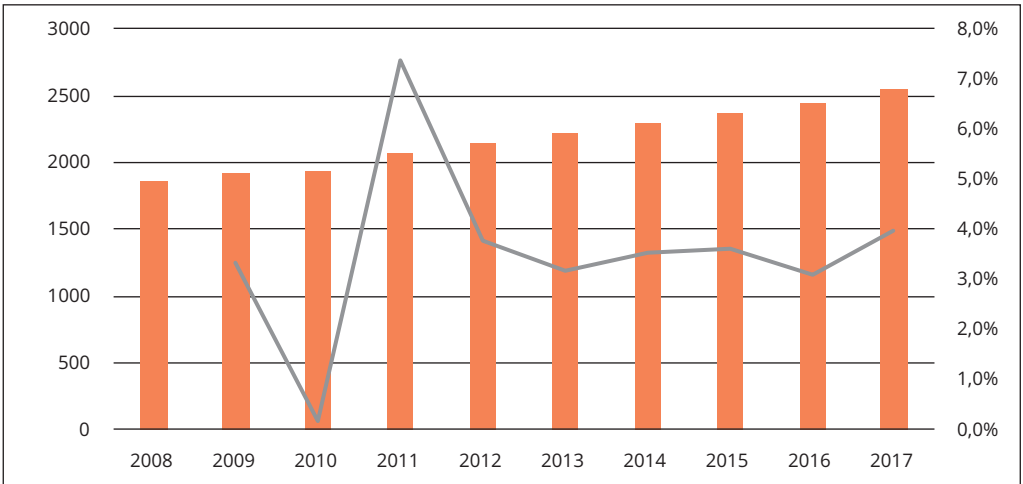
1.1.2. Les médecins professionnellement actifs

Encadré méthodologique

Les médecins professionnellement actifs regroupent les médecins actifs praticiens, c'est-à-dire les médecins en contact avec les patients, quel que soit leur niveau de facturation avec la CNS, et les médecins administratifs. Les médecins déclarés actifs et exerçant dans le registre des médecins du Ministère de la Santé mais n'ayant produit aucune facturation auprès de la CNS sont exclus de cette analyse.

Depuis 2019, le Ministère de la Santé travaille sur le contenu du registre des médecins en vue d'améliorer la capacité d'analyse et d'étude de la démographie médicale. Il en résulte qu'une actualisation des données fournies par le Ministère pour la rédaction de cette sous-section n'est pas disponible.

Graphique 2: Évolution des médecins professionnellement actifs

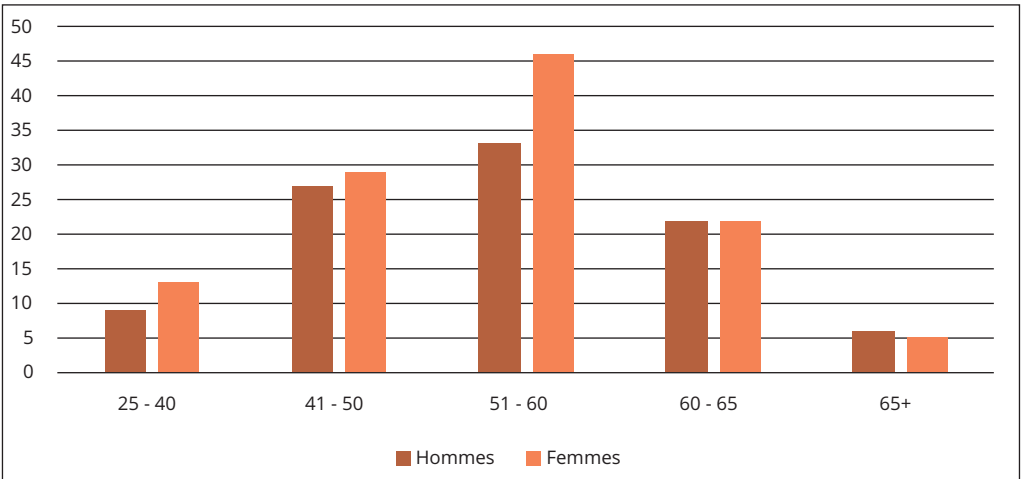


Source : Fichiers CNS croisés avec le registre des médecins du MS, calcul IGSS.

Le nombre de médecins professionnellement actifs évolue de manière continue sur la période de 2008 à 2017 entre 3% et 4%. L'année 2011 par contre se caractérise par une forte augmentation de 7,5% des médecins actifs praticiens comparée à une hausse de 0,3% en 2010. Les médecins professionnellement actifs évoluent de 3,5% en moyenne annuelle sur la période considérée, les médecins administratifs de 3,8% et les médecins actifs praticiens de 3,5%. A noter qu'en 2017, 8,3% des médecins professionnellement actifs sont des médecins administratifs, contre 8,1% en 2008.

En 2017 les médecins administratifs sont composés de 45,8% d'hommes et de 54,2% de femmes. Ils sont âgés en moyenne de 52,8 ans, les femmes de 52,5 ans et les hommes de 53,2 ans.

Graphique 3: Les médecins administratifs par âge et sexe en 2017



Source : Fichiers CNS croisés avec le registre des médecins du MS, calcul IGSS.

1.1.3. Les médecins actifs praticiens à activité significative

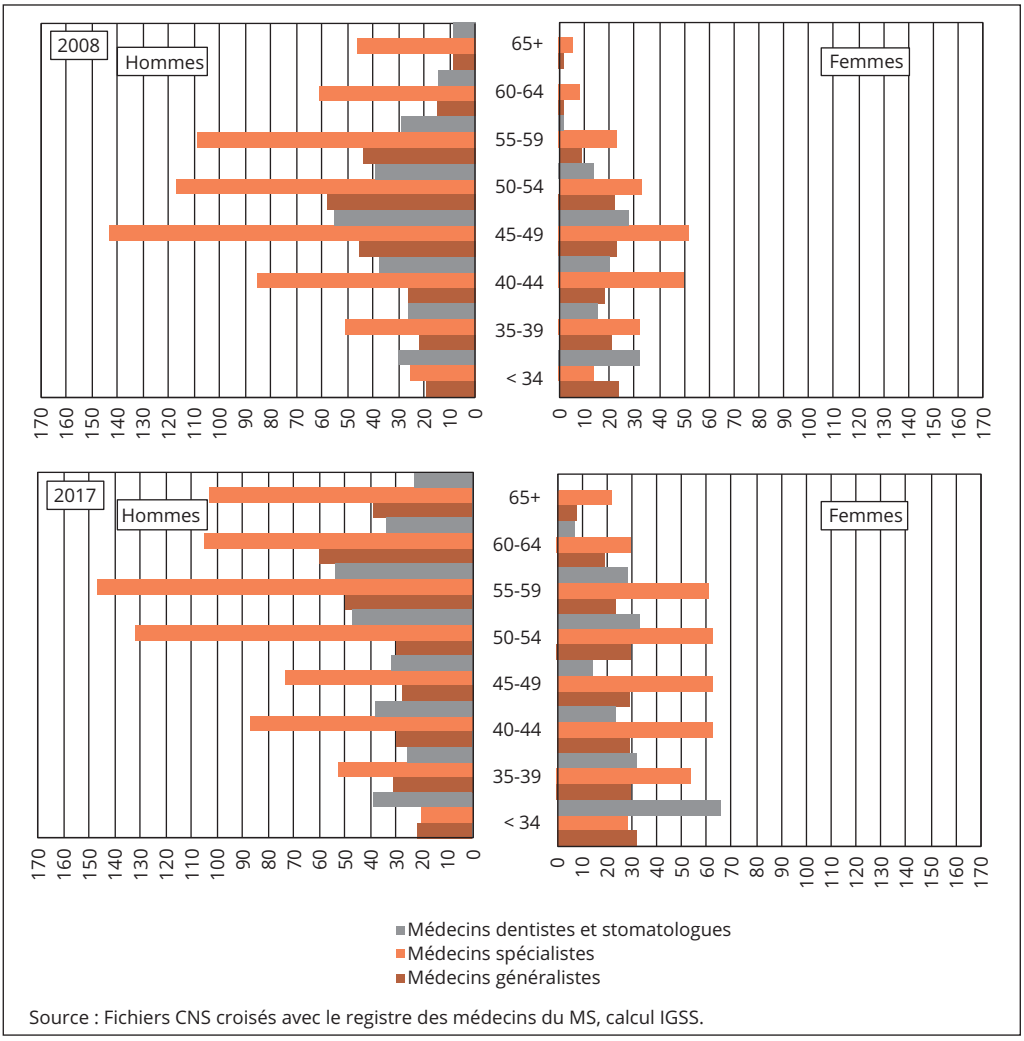
Encadré méthodologique

Dans cette sous-section les médecins actifs praticiens correspondent aux médecins ayant facturé au moins des honoraires médicaux à hauteur de 18 000 EUR par an à la CNS. Ainsi, les médecins administratifs sont exclus de cette étude. De même, les médecins légistes, les médecins en anatomie-pathologie et les médecins biologistes, qui travaillent dans des laboratoires, ne sont pas considérés car ils interviennent de manière indirecte dans la prise en charge des patients au moment du diagnostic. Finalement les MEVS sont également exclus du champs d'analyse.

Depuis 2019, le Ministère de la Santé travaille sur le contenu du registre des médecins en vue d'améliorer la capacité d'analyse et d'étude de la démographie médicale. Il en résulte qu'une actualisation des données fournies par le Ministère pour la rédaction de cette sous-section n'est pas disponible.

Selon ces critères d'activité, 2 088 médecins actifs présentent une activité significative (supérieure à 18 000 EUR par an) en 2017 au Luxembourg contre 1 564 en 2008. Leur nombre a donc augmenté de 33,5% en 10 ans.

Graphique 4: Évolution de la pyramide des âges des médecins actifs praticiens par sexe et catégorie



Source : Fichiers CNS croisés avec le registre des médecins du MS, calcul IGSS.

En 2017, parmi les 2 088 médecins actifs praticiens à activité significative, 37,6% sont des femmes et 62,4% des hommes. De plus, plus que la moitié des médecins actifs praticiens sont des médecins spécialistes (48,5% chez les femmes et 55,3% chez les hommes). Les médecins généralistes et les médecins dentistes représentent environ un quart chacun de l'ensemble des médecins actifs praticiens à activité significative.

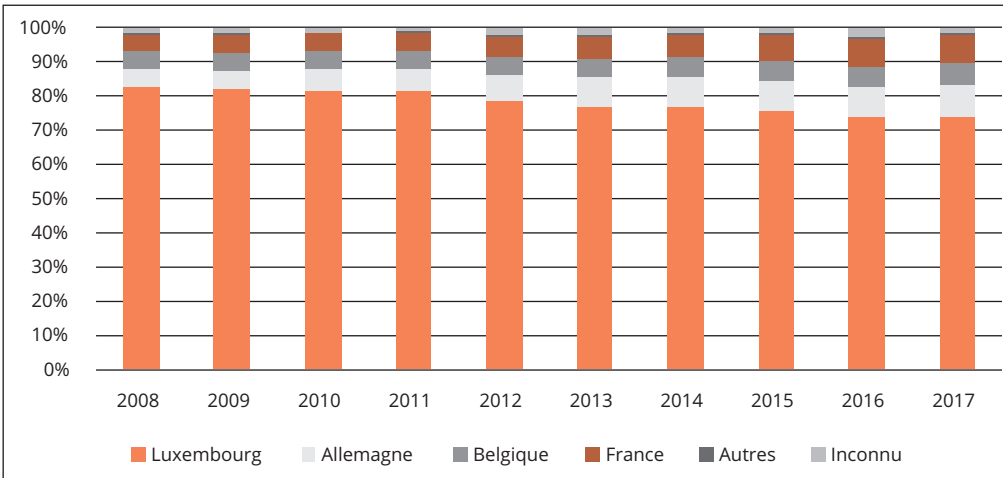
La pyramide des âges illustre le vieillissement des médecins actifs praticiens à activité significative. En effet, alors qu'en 2008 seulement 10,8% des médecins sont âgés de plus de 60 ans, ce pourcentage s'élève dorénavant à 21,6% en 2017 (3,8% respectivement 11,1% chez les femmes et 13,8% respectivement 27,9% chez les hommes). En 2017 les médecins généralistes présentent avec 25,7% le taux le plus élevé de médecins âgées de plus de 60 ans. La part des jeunes médecins actifs praticiens passe de 19,9% en 2008 à 20,7% en 2017. L'âge moyen des médecins praticiens passe de 48,0 ans en 2008 à 50,0 ans en 2017. En 2017 les médecins spécialistes sont en moyenne âgés de 51,8 ans (49,5 ans en 2008), les médecins généralistes de 50,0 ans (47,5 ans en 2008) et les médecins dentistes de 46,3 ans (44,8 ans en 2008).

Tableau 2: Évolution du nombre de médecins actifs praticiens par spécialité médicale

Spécialité médicale principale	2008	2017
Anesthésiologie	84	97
Cardiologie	43	61
Chirurgie générale	76	75
Dermato-vénérologie	31	42
Endocrinologie	3	9
Gastro-entérologie	21	23
Gynécologie-obstétrique	65	92
Hématologie générale	4	8
Médecine dentaire	345	490
Médecine générale	359	490
Médecine interne	74	83
Médecine nucléaire	9	8
Médecine physique et réadaptation	14	21
Néphrologie	8	13
Neurochirurgie	9	12
Neurologie	26	37
Neuropsychiatrie	23	36
Oncologie médicale	2	2
Ophtalmologie	49	65
Orthopédie	41	56
Oto-rhino-laryngologie	33	39
Pédiatrie	72	103
Pneumologie	19	22
Psychiatrie	51	74
Psychiatrie infantile	9	11
Radiodiagnostic	55	60
Radiothérapie	4	9
Rhumatologie	13	18
Stomatologie	6	7
Urologie	18	25
Total général	**1 564**	**2 088**

Parmi les médecins spécialistes, la pédiatrie, l'anesthésiologie et la gynécologie-obstétrique sont les trois spécialités médicales les plus représentées en 2017. Certaines spécialités, comme l'endocrinologie, l'hématologie générale et la radiothérapie voient leur nombre augmenter rapidement au cours des dernières années.

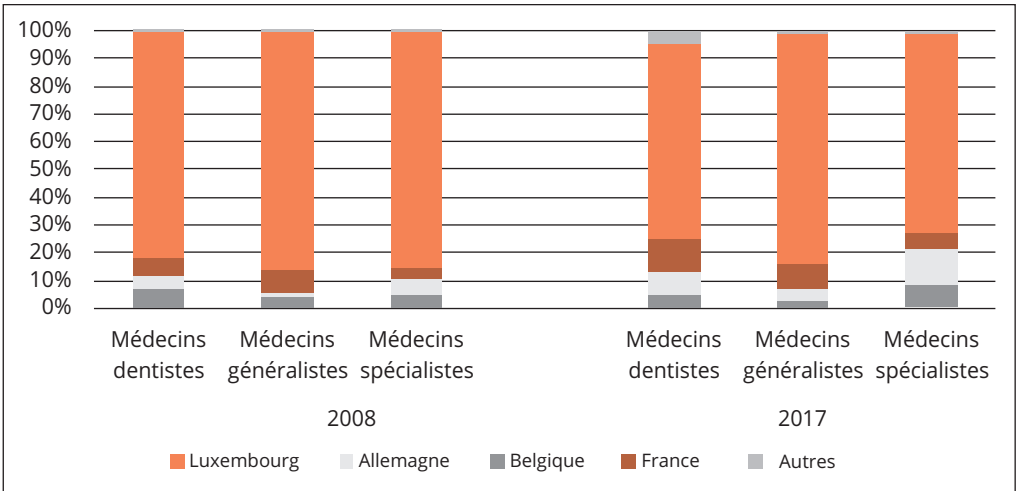
Graphique 5: Évolution du nombre des médecins actifs praticiens par pays de résidence



Source : Fichiers CNS croisés avec le registre des médecins du MS, calcul IGSS.

L'analyse par pays de résidence met en évidence que de plus en plus de médecins non-résidents viennent travailler au Luxembourg. Alors qu'en 2008 cette part présentait 15,6%, elle représente 26,4% en 2017. Surtout les médecins habitant en Allemagne et en France choisissent de plus en plus souvent le Luxembourg comme lieu de travail. En effet, le pourcentage de médecins habitant en France et travaillant au Luxembourg passe de 4,8% en 2008 à 8,4% en 2017 et celui des médecins habitant en Allemagne de 5,6% en 2008 à 9,4% en 2017.

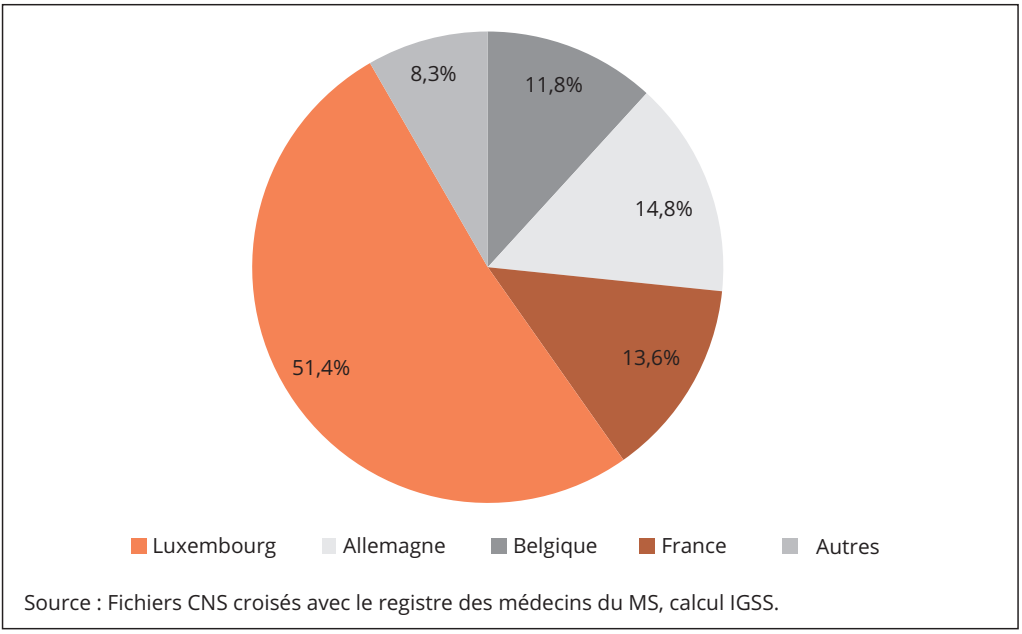
Graphique 6: Évolution du nombre des médecins actifs praticiens par pays de résidence et catégorie



Source : Fichiers CNS croisés avec le registre des médecins du MS, calcul IGSS.

En se focusant sur les catégories de médecins, les chiffres montrent que les médecins généralistes habitent le plus souvent au Luxembourg mais que leur proportion a diminué au cours de 10 dernières années (85,5% en 2008 et 83,3% en 2017). Viennent ensuite les médecins spécialistes (82,2% en 2008 et 71,2% en 2017) et puis les médecins dentistes (81,2% en 2008 et 70,2% en 2017).

Graphique 7: Le nombre de médecins actifs praticiens par nationalité en 2017



Source : Fichiers CNS croisés avec le registre des médecins du MS, calcul IGSS.

En 2017, seulement 51,4% des médecins actifs praticiens sont de nationalité luxembourgeoise contre 64,8% en 2008. Les médecins étrangers sont en priorité de nationalité allemande (14,8%), puis française (13,6%), puis belge (11,8%). La part des autres nationalités (8,3%) se compose de médecins portugais, roumains, espagnols, italiens, grecs et en provenance de multiples autres pays européens et non européens.

Chez les médecins généralistes 67,6% sont de nationalité luxembourgeoise en 2017 comparé à 74,4% en 2008. Parmi les médecins dentistes seulement 41,0% sont de nationalité luxembourgeoise (59,3%) et chez les médecins spécialistes 49,0% (63,1% en 2008).

Finalement les chiffres montrent que seulement 49,3% des médecins actifs praticiens sont de nationalité luxembourgeoise et habitent au Luxembourg en 2017 contre encore 63,0% en 2008.

Les statistiques ont montré que le nombre de médecins actifs praticiens à activité significative augmente de 33,5% entre 2008 et 2017, soit 3,3% en moyenne. La population protégée par contre évolue de 25,3%, soit de 2,9% en moyenne annuelle. Il en résulte que la densité médicale augmente légèrement entre 2008 et 2017.

Tableau 3: Évolution de la densité médicale des médecins actifs praticiens pour 1000 personnes protégées

	Médecins dentistes	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médecins actifs praticiens
2008	0,52	0,54	1,29	2,35
2009	0,53	0,53	1,31	2,37
2010	0,52	0,53	1,30	2,35
2011	0,52	0,54	1,31	2,37
2012	0,53	0,55	1,33	2,41
2013	0,54	0,57	1,34	2,45
2014	0,55	0,57	1,34	2,46
2015	0,55	0,56	1,36	2,46
2016	0,57	0,58	1,33	2,48
2017	0,59	0,57	1,34	2,50

Source : Fichiers CNS croisés avec le registre des médecins du MS, calcul IGSS

Le ratio des médecins généralistes par 1000 personnes protégées évolue favorablement entre 2008 et 2017 passant de 0,54 à 0,57 (+6,1%) ce qui signifie que le nombre de médecins s'installant au Luxembourg a augmenté plus vite que la population protégée.

Cependant ce ratio est biaisé car il comprend d'un côté les médecins gériatres et les médecins généralistes travaillant comme salarié au service d'urgence (ex. CHL).

La densité médicale des médecins spécialiste augmente de 4,2% et se situe en 2017 à 1,34 médecins pour 1000 personnes protégées, tandis que celle des médecins dentistes s'élève à 0,59 médecins (+13,0% par rapport à 2008).

1.1.4. Les médecins hospitaliers

Les médecins hospitaliers sont des médecins agréés auprès ou salariés par des établissements hospitaliers. Les statistiques suivantes reposent sur des données recensées annuellement par l'IGSS auprès des établissements hospitaliers.

Le tableau 4 présente l'évolution du nombre de médecins hospitaliers praticiens. Chaque médecin n'est compté qu'une seule fois, même s'il est agréé auprès de plusieurs hôpitaux.

Tableau 4: Évolution du nombre des médecins hospitaliers de 2017 à 2021[a]

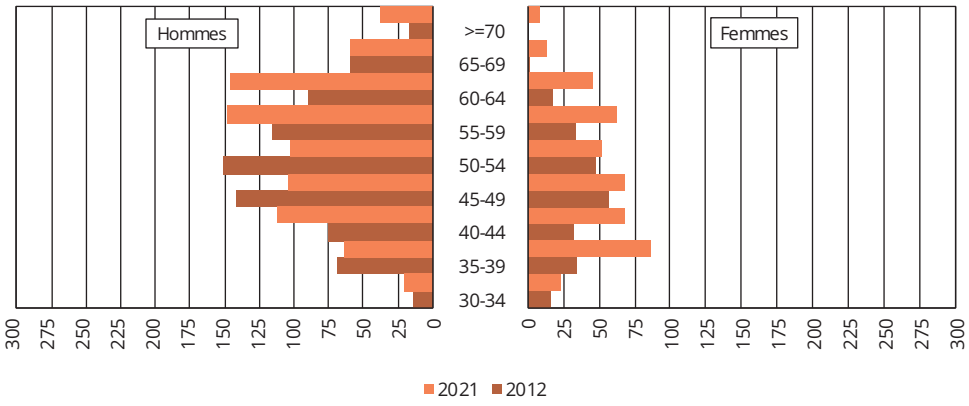
	2017	2018	2019	2020	2021
Médecins hospitaliers	1 082	1 077	1 093	1 165	1 219
MEVS	83	91	123	112	131
TOTAL	**1 165**	**1 168**	**1 216**	**1 277**	**1 350**
Variation annuelle	***7,7%***	***0,3%***	***4,1%***	***5,0%***	***5,7%***

a. Situation au 1er janvier.

Source : Enquête IGSS auprès des établissements hospitaliers, calcul IGSS.

En 2021, le nombre total des médecins hospitaliers recensés auprès des établissements hospitaliers s'élève à 1 350 médecins, ce qui représente une augmentation de 5,7% par rapport à 2020. En ne tenant pas compte des médecins en voie de spécialisation (MEVS), l'évolution des médecins se situe à 4,6% en 2021 comparée à 6,6% en 2020.

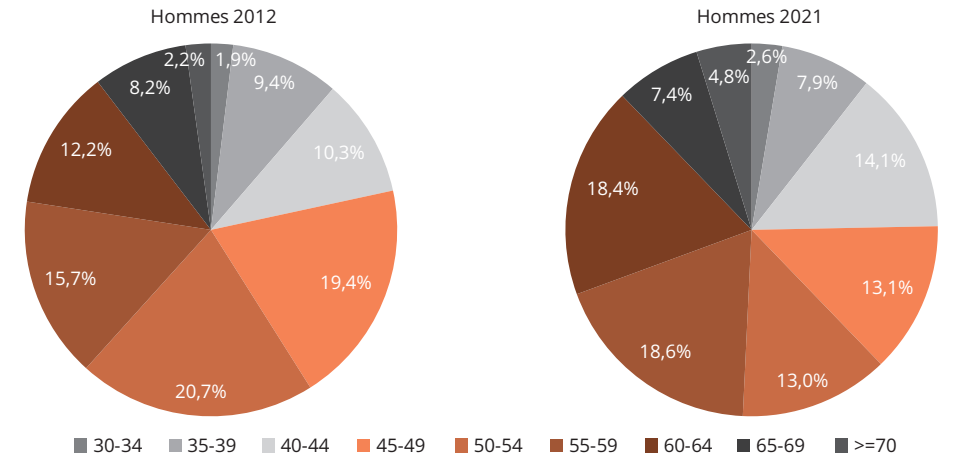
Graphique 8: Évolution de la pyramide des âges des médecins hospitaliers par sexe [a b]



a. Situation au 1er janvier.
b. Les MEVS sont exclus.
Source : Enquête IGSS auprès des établissements hospitaliers, calcul IGSS.

En 2012, seulement 24,6% des médecins hospitaliers agréés auprès des établissements hospitaliers sont des femmes. En 2021, cette proportion augmente jusqu'à 34,9%. Les hommes ont en 2021 en moyenne 53,3 ans contre 51,9 ans en 2012 et les femmes 48,0 ans comparé à 47,4 ans en 2012.

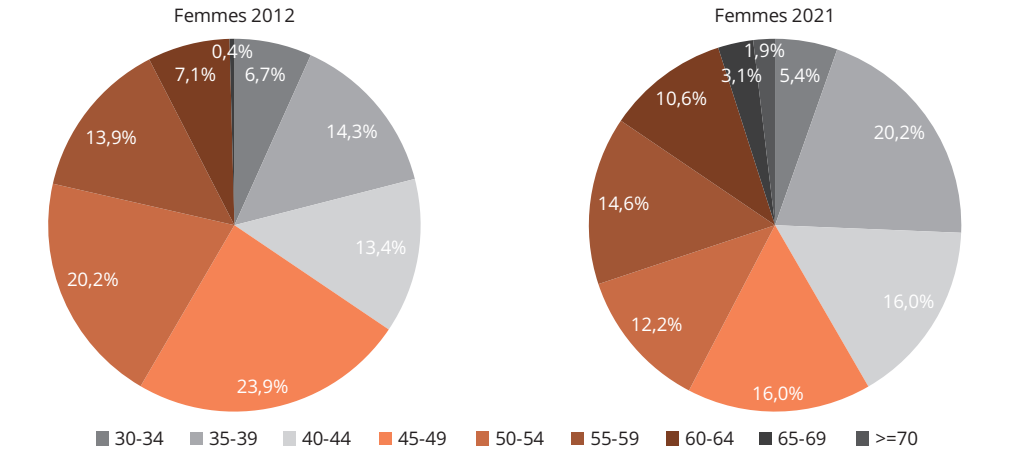
Graphique 9: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers masculins en 2012 et 2021 [a b]



a. Situation au 1er janvier.
b. Les MEVS sont exclus.
Source : Enquête IGSS auprès des établissements hospitaliers, calcul IGSS.

En 2012, les médecins hospitaliers masculins âgées entre 45 et 54 ans sont les plus nombreux et représentent 40,1% des médecins hospitaliers masculins. En 2021 par contre, ce groupe ne représente plus que 26,1% du total. Ce sont maintenant les groupes d'âge entre 55 et 64 ans qui regroupent le plus de médecins (37,0% contre 27,9% en 2012). Les chiffres montrent aussi que la proportion des médecins hospitaliers masculins âgés de plus de 70 ans augmente de 2,2% en 2012 à 4,8% en 2021.

Graphique 10: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers féminins en 2012 et 2021 [a b]



a. Situation au 1er janvier.
b. Les MEVS sont exclus.
Source : Enquête IGSS auprès des établissements hospitaliers, calcul IGSS.

La structure d'âge de la démographie médicale féminine agréée dans les établissements hospitaliers est différente de celles des hommes. En effet, les femmes âgées entre 45 et 54 ans représentent 44,1% des médecins hospitaliers féminins en 2012 contre 28,2% en 2021. L'analyse des chiffres montre aussi que 20,2% des femmes sont âgées entre 35 et 39 ans en 2021, contre 14,3% en 2012. Cette proportion ne s'élève qu'à 7,9% en 2021 chez leurs confrères masculins. Peu de femmes continuent à travailler après 65 ans. Leur proportion s'élève à 0,4% en 2012 et à 5,0% à 2021 (10,4% en 2012 et 12,2% en 2021 observés chez les médecins hospitaliers masculins).

1.1.5. Les professionnels de santé

Les professionnels de santé jouent également un rôle essentiel dans la prestation des soins et des services de santé. Le terme « professionnels de santé » comprend entre autres les aides-soignants, les infirmiers, les laborantins, les masseurs, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes. Ils travaillent en milieu hospitalier comme en milieu extrahospitalier. Leur droit d'exercice est régi par la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Depuis 2019, le Ministère de la Santé travaille sur le contenu du registre des professions de santé en vue d'améliorer la capacité d'analyse et d'étude de la démographie de ces professions. Il en résulte qu'une actualisation des données fournies par le Ministère pour la rédaction de cette sous section n'est disponible que de manière agrégée.

1.1.5.1. Les professionnels de santé autorisés à exercer

Le tableau 5 illustre l'évolution des professionnels de santé autorisés à exercer en 2019 et 2020 en précisant leur qualification et donne un aperçu global sur leur nombre en 2021.

Tableau 5: Évolution du nombre des professionnels de santé autorisés à exercer par qualification [a]

Qualification	2019	En % du total	2020	En % du total	Nombre 2021	Variation 2019/2020
Aide-soignant	3 784	25,1%	4 088	24,9%	n.d.	8,0%
Infirmier	6 214	41,3%	6 706	40,9%	n.d.	7,9%
Assistant technique méd. de radiologie	295	2,0%	301	1,8%	n.d.	2,0%
Assistant technique méd. de laboratoire	202	1,3%	204	1,2%	n.d.	1,0%
Infirmier en psychiatrie	246	1,6%	240	1,5%	n.d.	-2,4%
Infirmier en pédiatrie	268	1,8%	283	1,7%	n.d.	5,6%
Assistant technique méd. de chirurgie	207	1,4%	209	1,3%	n.d.	1,0%
Infirmier en anesthésie et réanimation	409	2,7%	418	2,6%	n.d.	2,2%
Masseur	36	0,2%	37	0,2%	n.d.	2,8%
Sage-femme	234	1,6%	262	1,6%	n.d.	12,0%
Infirmier gradué	132	0,9%	138	0,8%	n.d.	4,5%
Laborantin	283	1,9%	291	1,8%	n.d.	2,8%
Diététicien	99	0,7%	114	0,7%	n.d.	15,2%
Ergothérapeute	331	2,2%	369	2,3%	n.d.	11,5%
Rééducateur en psychomotricité	104	0,7%	126	0,8%	n.d.	21,2%
Assistant d'hygiène sociale	82	0,5%	83	0,5%	n.d.	1,2%
Assistant social	634	4,2%	728	4,4%	n.d.	14,8%
Orthophoniste	116	0,8%	138	0,8%	n.d.	19,0%
Kinésithérapeute	1 296	8,6%	1 468	9,0%	n.d.	13,3%
Podologue	26	0,2%	32	0,2%	n.d.	23,1%
Assistant senior	5	0,0%	9	0,1%	n.d.	80,0%
Pédagogue curatif	38	0,3%	40	0,2%	n.d.	5,3%
Orthoptiste	21	0,1%	24	0,1%	n.d.	14,3%
Ostéopathe [b]		0,0%	77	0,5%	n.d.	
TOTAL	**15 062**	**100,0%**	**16 385**	**100,0%**	**17 479**	**8,8%**

a. Situation au 3 décembre 2020 pour l'année 2020.
Situation au 12 novembre 2021 pour l'année 2021.

b. Règlement grand-ducal du 23 septembre 2018 portant réglementation de la profession d'ostéopathe et déterminant : 1. les études en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathe ; 2. les modalités de reconnaissance des diplômes étrangers ; 3. l'exercice et les attributions de la profession d'ostéopathe.

Source : Registre des professions de santé du Ministère de la Santé.

1.1.5.2. Les salariés du secteur hospitalier

Encadré méthodologique

Les statistiques sur les salariés du secteur hospitalier sont établies à partir de fichiers recensant l'emploi salarié selon la classification NACE[a]

Par contre, elles ne proposent qu'une vue tronquée des ressources humaines du secteur hospitalier car :

1. La plupart des médecins hospitaliers n'ont pas de statut de salarié, mais exercent en mode libéral.

2. Les établissements hospitaliers ont recours, dans des proportions variables, à des travaux de sous-traitance dans différents domaines : buanderie, restauration, certains travaux d'entretien, maintenance de systèmes informatiques, stérilisation, etc. Le personnel travaillant en sous-traitance, dans des domaines qui ne relèvent pas de l'activité centrale de l'hôpital est classé dans une autre catégorie NACE et n'est donc plus identifiable.

Il faut mentionner également que les données ne sont pas directement comparables avec les statistiques reproduites plus haut, qui elles visent plus spécifiquement l'évolution de l'emploi des professions de santé dans le secteur hospitalier ; elles ne se réfèrent pas non plus à des personnes physiques, mais à des équivalents temps plein (ETP).

Enfin, les médecins hospitaliers salariés sont inclus dans la population salariée du secteur hospitalier.

a. Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté européenne.

Tableau 6: Évolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence [a]

	Luxembourg	France	Belgique	Allemagne	Total
Situation au 31.03.2020					
Hommes	1 237	509	286	321	2 353
Femmes	3 906	1 772	811	494	6 983
TOTAL	**5 143**	**2 281**	**1 097**	**815**	**9 336**
Situation au 31.03.2021					
Hommes	1 254	552	286	332	2 424
Femmes	3 841	1 873	847	507	7 068
TOTAL	**5 095**	**2 425**	**1 133**	**839**	**9 492**

a. Le personnel employé par le Laboratoire National de Santé (LNS) n'est pas inclus dans cette statistique.
Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le secteur hospitalier est un important pourvoyeur d'emplois, avec 9 492 salariés au 31 mars 2021. Ce nombre a augmenté de 1,7% par rapport à la même date de l'année précédente. Le nombre de salariés résidant au Luxembourg représente le groupe le plus important, suivi par les salariés résidant en France, en Belgique et en Allemagne. Toutefois, la part des salariés résidant au Luxembourg diminue au cours des cinq dernières années passées. Elle passe de 58,7% en 2017 à 53,7% en 2021.

Selon la loi hospitalière du 8 mars 2018, l'activité du Centre de réhabilitation du Château de Colpach et du Laboratoire National de Santé (LNS) en matière de génétique humaine et d'anatomo-pathologie est dorénavant financée par l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers. Au 31 mars 2021, Colpach compte 106 salariés, dont 78,3% sont des femmes et 21,7% sont des hommes.

1.1.6. Les pharmaciens

Depuis 2019, le Ministère de la Santé travaille sur le contenu du registre des professionnels de santé en vue d'améliorer la capacité d'analyse et d'étude de la démographie de ces professionnels. Il en résulte qu'une actualisation des données fournies par le Ministère pour la rédaction de cette sous-section n'est pas disponible.

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre de pharmaciens en activité selon leur secteur d'activité à partir de 2009.

Tableau 7: Évolution du nombre de pharmaciens [a]

Pharmaciens en activité par secteur	2009	2013	2018	Variation moyenne annuelle 2009/2018
Pharmacies ouvertes au public	359	382	436	2,2%
Pharmacies d'hôpitaux	32	41	49	4,8%
Laboratoires d'analyses médicales	8	6	22	11,9%
Distribution en gros	13	10	21	5,5%
Fonction publique	7	7	11	5,2%
Autres secteurs	4	8	3	-3,1%
Total	**423**	**454**	**542**	**2,8%**

a. Situation au 31 décembre de l'année.
Source STATEC.

1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES

A côté des ressources humaines, les ressources matérielles constituent une ressource importante pour le secteur de la santé. Cette sous-section se limite à décrire le paysage hospitalier à partir des lits budgétisés par la CNS, les maisons médicales et les officines de pharmacie.

1.2.1. Les lits des établissements hospitaliers

Les soins hospitaliers (en dehors des frais médicaux) représentent près de la moitié des dépenses pour soins de santé au Luxembourg. Sur ce critère, les hôpitaux sont le premier prestataire de soins de santé du système de santé. Leurs besoins à long terme en ressources humaines et en investissements lourds ainsi que leur organisation complexe requiert donc au niveau national des efforts de planification et de concentration des moyens. Ces efforts se concrétisent entre autres par l'élaboration d'une carte sanitaire, la planification hospitalière nationale pluriannuelle et la fixation d'une enveloppe budgétaire globale.

Le nombre de lits effectivement utilisés par les établissements hospitaliers est communiqué dans le cadre des négociations budgétaires par les établissements hospitaliers à la CNS. Ces lits, appelés « lits budgétisés » sont affichés dans le tableau 8 et leur nombre ne peut pas dépasser celui autorisé par la loi hospitalière [2].

2. http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2018/03/08/a222/jo

Tableau 8: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2021

Etablissement hospitalier	Lits aigus soins normaux et intensifs		Lits de moyen séjour soins normaux					Lits de longue durée	Total soins normaux et intensifs				Lits d'hospitalisation de jour chirurgicale et non chirurgicale	Lits d'hospitalisation de jour psychiatrie	Postes de dialyse	Lits portes
	Soins normaux	Soins intensifs	Rééducation gériatrique	Rééducation fonctionnelle	Rééducation physique et oncologique	Rééducation psychiatrique	Soins palliatifs		Soins normaux	Soins intensifs	Total	dont 1re classe				
Centre Hospitalier du Luxembourg	514	55					10		524	55	579	168	72	16	26	8
Centre Hospitalier Emile Mayrisch	491	31	19				8		518	31	584	57	47	21	16	6
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique [a]						247			247		237			30		
Hôpital Intercommunal de Steinfort			40						40		30	6				
Centre François Bacless																
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle	9	10							9	10	19	5	13			
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation	73								73		73					
Centre Hospitalier du Nord	276	16	30			29	6		341	16	357	107	38	40	18	4
Haus Omega							15		15		15					
Hôpitaux Robert Schuman	564	33	30			75	8	20	697	33	703	227	118	47	29	8
Centre de Réhabilitation Château de Colpach					60				60		60		20			
Laboratoire National de Santé																
Total	**1 927**	**145**	**119**		**60**	**351**	**25**	**20**	**2 524**	**145**	**2 657**	**570**	**308**	**104**	**89**	**26**

a. Y compris les centres thérapeutiques de Manternach (toxicomanie) et Useldange (alcoolisme).
Source: CNS

1.2.2. Les maisons médicales

Les maisons médicales assurent un service de remplacement des médecins généralistes pour les soins de nuits, les week-ends et les jours fériés, donc lorsque les cabinets médicaux sont fermés.

Dans l'ensemble du pays, trois maisons médicales sont disponibles : à Luxembourg-Ville, à Belval et à Ettelbruck. Depuis juillet 2015, une maison médicale pédiatrique fonctionne au sein de la Clinique pédiatrique du Luxembourg (Kannerklinik).

1.2.3. Les officines de pharmacie

L'octroi d'une concession de pharmacie est déterminé selon les dispositions du règlement grand-ducal du 18 octobre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 mai 1997 relatif à l'octroi des concessions de pharmacie.

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre d'officines de pharmacie entre 2009 et 2021.

Tableau 9: Évolution du nombre de concessions de pharmacie[a] [b]

Concessions de pharmacies	2009	2013	2018	2021
Ouvertes au public	91	94	97	98
Hospitalières [c]	7	6	5	5
Total	**98**	**100**	**102**	**103**

a. Situation au 31 décembre pour les années de 2009 à 2018. Source : STATEC.

b. Situation au 1er décembre 2021 pour l'année 2021. Source : www.pharmacie.lu.
Depuis 2019, le Ministère de la Santé travaille sur le contenu du registre des professionnels de santé en vue d'améliorer la capacité d'analyse et d'étude de la démographie de ces professionnels. Il en résulte qu'une actualisation des données fournies par le Ministère n'est pas disponible.

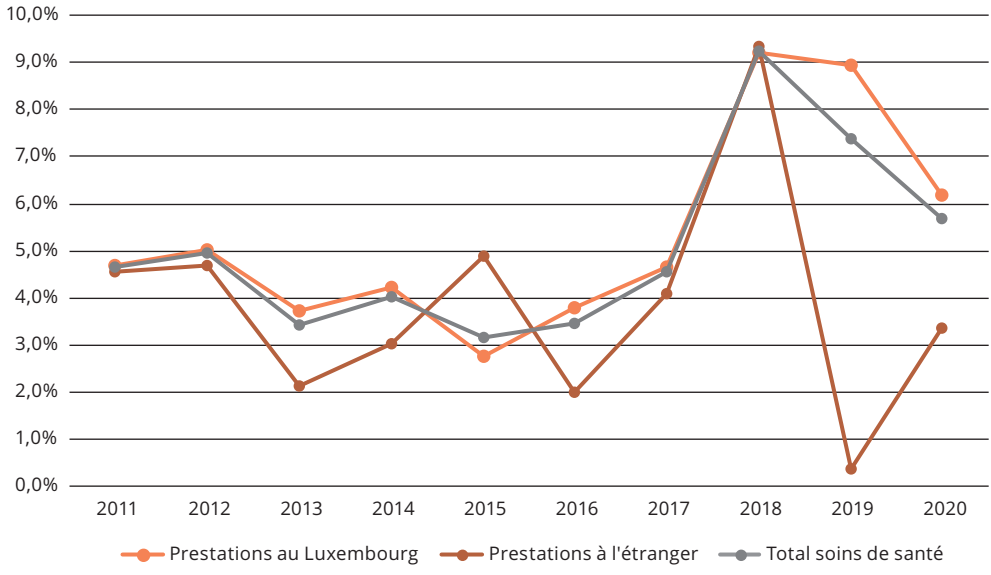
c. La diminution du nombre de pharmacies hospitalières s'explique par le fait que le Centre Hospitalier de Luxembourg et la Fondation Norbert Metz (2003), le Centre Hospitalier Emile Mayrisch et l'Hôpital Princesse Marie-Astrid (2008) et en dernier la Clinique St Joseph de Wiltz et la Clinique St Louis à Ettelbruck (2013) ont fusionné.

2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

Cette section donne d'abord un aperçu global sur l'évolution des dépenses pour soins de santé prestées soit au Luxembourg soit à l'étranger. Ensuite, elle établit des indicateurs de santé publique permettant d'illustrer l'accès aux soins de santé, la qualité des soins de santé et la performance des prestataires de soins au Luxembourg. Finalement, cette section présente l'évolution des dépenses des différents types de soins de santé prestés au Luxembourg.

Le graphique suivant illustre l'évolution des dépenses pour soins de santé observée au cours des 10 dernières années.

Graphique 11: Évolution des dépenses pour soins de santé [a]



a. Données établies selon la date de la prestation.
Source : CNS.

La période de 2011 à 2017 se caractérise par une progression modérée des prestations qui résulte principalement des mesures introduites dès 2011 par la réforme du système de soins de santé et prolongées jusqu'en 2016. Ces mesures ont porté leurs fruits et ont contribué au contrôle de l'évolution des soins de santé au Luxembourg. Ainsi, l'évolution des dépenses était de l'ordre de 3% à 5% sur les exercices 2011 à 2017.

Dès 2018, les dépenses pour soins de santé évoluent à nouveau de manière significative. Ainsi, l'année 2018 se caractérise par une augmentation de 9,2% et l'année 2019 par une croissance de 7,4%. Ces croissances sont dues à une augmentation de 9,2% en 2018 respectivement de 8,9% en 2019 des dépenses pour les soins prestés au Luxembourg et à une évolution de 9,4% des dépenses pour soins de santé délivrés à l'étranger en 2018. Tandis que ces dernières n'augmentent que de 0,4% en 2019, la croissance des dépenses pour soins de santé délivrés à l'étranger est de 3,4% en 2020. Le total des dépenses pour soins de santé et les dépenses pour soins de santé prestés au Luxembourg se caractérisent par une évolution de 5,7% respectivement de 6,2% en 2020.

Le tableau ci-après donne, selon la date de la prestation, un aperçu global sur les dépenses des différents types de soins de santé.

Tableau 10: Évolution des dépenses pour soins de santé [a] (en millions EUR)

Type de prestation	2018	2019	2020	Variation 2018/2019	Variation 2019/2020
Soins hospitaliers	978,8	1 071,8	1 123,0	9,5%	4,8%
Soins de médecine [b]	405,3	439,1	472,4	8,3%	7,6%
Soins de médecine dentaire [c]	85,3	91,1	95,3	6,8%	4,7%
Médicaments (extrahospitalier) [d]	228,9	240,8	248,9	5,2%	3,3%
Dispositifs médicaux	49,9	51,3	52,4	2,8%	2,1%
Analyses de biologie médicale (en ambulatoire)	66,3	77,3	109,1	16,7%	41,0%
Soins infirmiers	53,7	58,2	67,4	8,4%	15,9%
Soins de kinésithérapie	88,6	101,3	96,5	14,3%	-4,7%
Autres soins de santé [e]	52,8	58,0	59,2	9,9%	2,0%
Total des prestations au Luxembourg	**2 009,6**	**2 189,0**	**2 324,1**	**8,9%**	**6,2%**
Prestations à l'étranger	447,8	449,4	464,5	0,4%	3,4%
Total soins de santé	**2 457,4**	**2 638,5**	**2 788,7**	**7,4%**	**5,7%**

a. Données établies selon la date de la prestation.
b. Y compris les prestations de maternité.
c. Sans les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la Convention conclue entre l'État et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes.
d. Y compris les médicaments à délivrance hospitalière.
e. Le poste des « Autres soins de santé » regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive, les soins palliatifs, les indemnités funéraires, les soins de sages-femmes, d'orthophonistes et de psychomotriciens, les traitements des podologues et des diététiciens, le solde des mesures d'élargissements de prestations présentées lors du comité quadripartite d'octobre 2017.

Source : CNS.

2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ AU LUXEMBOURG

Cette sous-section présente l'évolution de la consommation médicale des patients au Luxembourg, l'évolution de l'activité des médecins et professionnels de santé ainsi que la variation des dépenses des différents types de soins de santé prestés au Luxembourg.

Encadré méthodologique

Dans cette sous-section, les données statistiques concernent uniquement la population protégée résidente ainsi que les prestataires de soins pratiquant au Luxembourg. Cette limitation du champ d'observation s'explique par le fait que les systèmes d'assurance maladie avec des nomenclatures, des tarifs et des prises en charge différents selon les pays ne permettent pas d'établir des statistiques détaillées incluant les prestations à l'étranger.

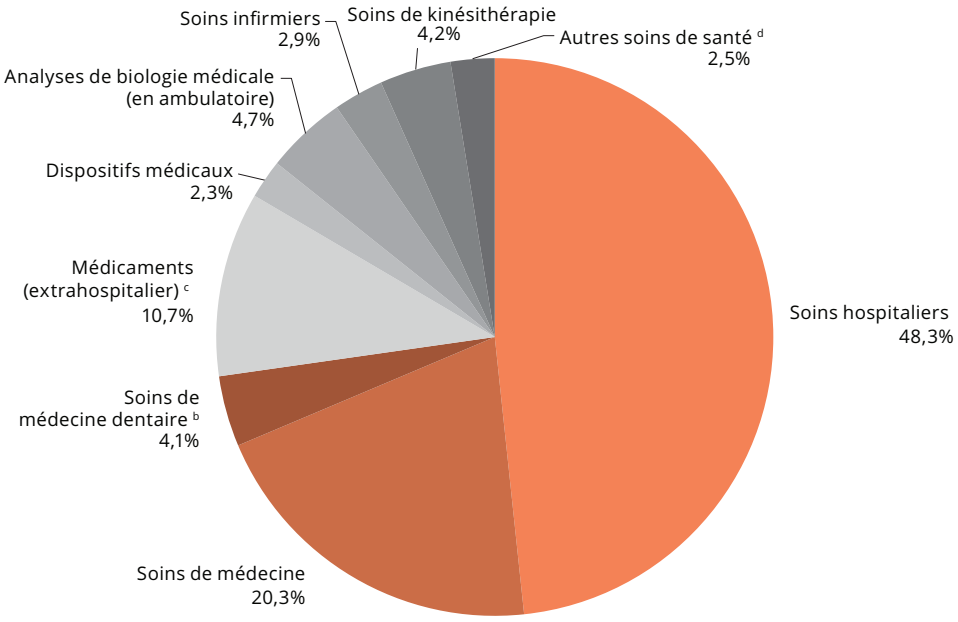
Les données proviennent de fichiers basés sur la date de la prestation. Ces fichiers subissent des mises à jour continuelles. Étant donné que les prestataires disposent d'un délai de deux ans pour facturer et les assurés bénéficient d'un délai de deux ans pour introduire leur demande de remboursement, il faut supposer que les chiffres concernant l'année d'observation la plus récente sont sous-estimés et sont à considérer comme données provisoires.

Les frais de maternité sont inclus dans les dépenses pour soins de médecine, pour soins de sages-femmes et dans les dépenses pour les dispositifs médicaux.

Selon la date de la prestation, l'assurance maladie-maternité prend en charge des soins de santé à hauteur de 2 324,1 millions EUR en 2020 délivrées principalement à la population protégée résidente [3] au Luxembourg.

3. La consommation de soins de santé des personnes protégées non résidentes s'effectue essentiellement dans leur pays de résidence.

Graphique 12: Répartition des dépenses pour soins de santé au Luxembourg en 2020 [a b c d] (en % du total)



a. Données établies selon la date de la prestation.
b. Sans les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la Convention conclue entre l'Etat et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes.
c. Y compris les médicaments à délivrance hospitalière.
d. Le poste des " Autres soins de santé " regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive, les soins palliatifs, les indemnités funéraires, les soins de sages-femmes, d'orthophonistes et de psychomotriciens, les traitements des podologues, et lDes diététiciens, le solde des mesures d'élargissements de prestations présentées lors du comité quadripartite d'octobre 2017.

Source : CNS.

2.1.1. La consommation des soins de santé au Luxembourg

La consommation des soins de santé dépend de trois facteurs, dont les facteurs de prédisposition (les facteurs individuels, les déterminants sociétaux et les caractéristiques du système de santé, i.e. les facteurs contextuels), les facteurs de capacité (facteurs financiers et organisationnels) et les facteurs de besoin (le besoin perçu) [4].

2.1.1.1. La distribution des soins de santé consommés

En 2020, la CNS dépense 1 848,2 millions EUR pour soins de santé délivrés à la population protégée résidente. Sur les 567 099 personnes protégées résidentes, 553 537 bénéficient d'un remboursement de la CNS [5]. En moyenne, ce remboursement est effectué à hauteur de 3 339,0 EUR par bénéficiaire [6].

4. Modèle comportemental de l'accès aux soins d'Andersen, 1995.
5. Il faut noter que le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente une valeur absolue.
6. Il convient de préciser qu'il s'agit de la moyenne remboursée pour l'ensemble des prestations en 2020 par personne bénéficiaire, et non pas d'une moyenne par acte ou par prestation.

Pour l'année 2020, l'analyse de la consommation des soins de santé au Luxembourg montre que :

- la moitié des bénéficiaires touche un remboursement inférieur à 950,2 EUR (remboursement médian) ;
- environ quatre cinquièmes des bénéficiaires (80%) touchent un montant inférieur au remboursement moyen (3 339,0 EUR) ;
- 98% des bénéficiaires touchent 65,5% de l'ensemble des soins de santé remboursés ;
- 2% des patients (11 071 personnes) ont un remboursement supérieur à 25 014,6 EUR et touchent donc 34,5% des remboursements de soins de santé ;
- le remboursement le plus élevé en 2020 est de 603 671,4 EUR.

L'examen de la part de soins consommés d'un pourcentage donné de patients renvoie au même résultat que celui constaté pour les remboursements individuels : la distribution des soins est inégale parmi la population ayant bénéficié de soins et ce phénomène s'est renforcé au cours des années.

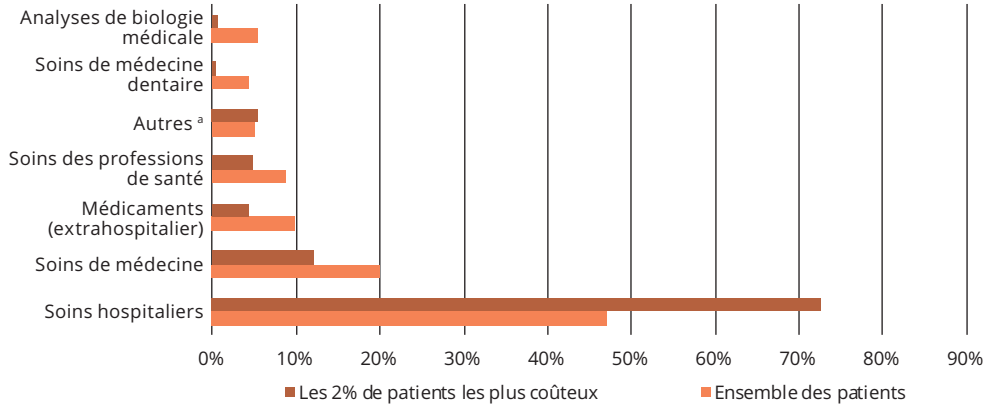
Tableau 11: Évolution de la distribution des soins de santé consommés

	Part de la consommation totale		
Pourcentage de patients	**2000**	**2010**	**2020**
50% bénéficient de	7,0%	6,4%	6,2%
75% bénéficient de	21,0%	18,7%	17,7%
98% bénéficient de	70,0%	67,2%	65,5%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
Note de lecture : En 2020, 98% des patients ont consommés 65,5% de l'ensemble des soins de santé.

Un complément d'analyse compare, par type de prestation, la composition des remboursements pour l'ensemble des patients à la composition des remboursements des 2% des patients bénéficiant des remboursements les plus élevés.

Graphique 13: Répartition des remboursements de soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés en 2020 (en % du total)

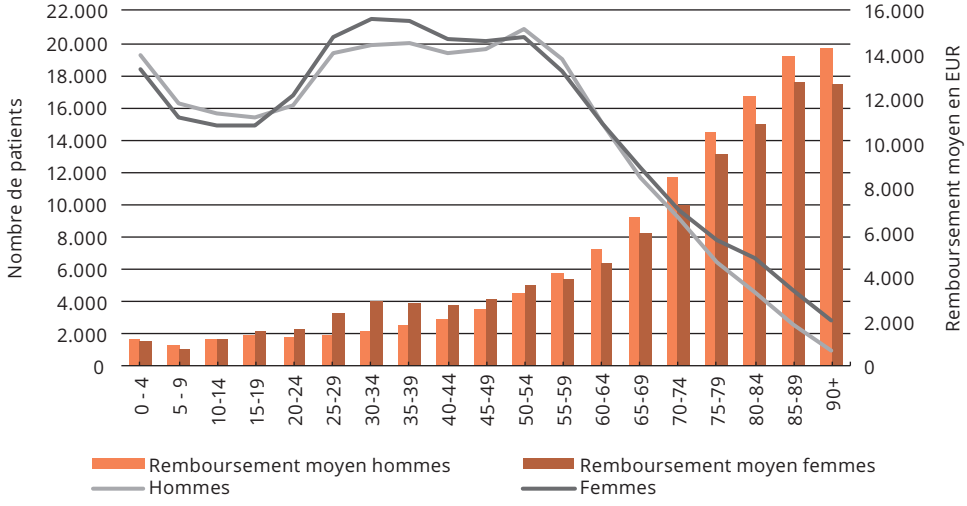


a. La catégorie «Autres» comprend les frais de maternité, les frais de voyage, les dispositifs médicaux, la rééducation et les cures, la médecine préventive, les soins palliatifs, les indemnités funéraires et les examens prénuptiaux ainsi que certaines expertises médicales.
Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les remboursements pour soins hospitaliers représentent 72,5% des remboursements des prestations de soins de santé des 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés, tandis que ces frais ne représentent que 47,0% des remboursements pour l'ensemble des patients.

Entre autres, l'âge et le sexe sont des facteurs qui influencent l'état de santé et donc le volume des soins de santé consommés (cf. graphique 14).

Graphique 14: Répartition du nombre de patients et du remboursement moyen par groupe d'âge et sexe en 2020 [a]



a. Soins ambulatoires et soins stationnaires.
Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le graphique 14 illustre, par sexe et par groupe d'âge, le nombre de bénéficiaires et le montant moyen remboursé pour les soins de santé en 2020. A noter que la répartition par sexe de la population protégée résidente ne correspond pas à celle des patients : d'un côté, les hommes prédominent jusqu'à 64 ans dans la population protégée résidente, de l'autre côté, les femmes sont majoritaires dans le groupe d'âge de 20 à 49 ans des patients ayant profité d'un remboursement par la CNS. Pour ces mêmes groupes d'âge, la moyenne remboursée des femmes est plus élevée. Cette situation peut être attribuée à l'effet maternité. À partir de 60 ans par contre le nombre de femmes bénéficiant d'un remboursement de la CNS est supérieur à celui des hommes, tandis que le remboursement moyen de la CNS est plus élevé chez les hommes.

2.1.1.2. Les contacts médicaux

Encadré méthodologique

Les contacts médicaux sont basés sur les actes facturés par des médecins en milieu extrahospitalier. Un contact médical correspond à un acte par patient et par médecin par jour. Les rapports, les renouvellements d'ordonnance et les frais divers ne sont pas pris en compte.

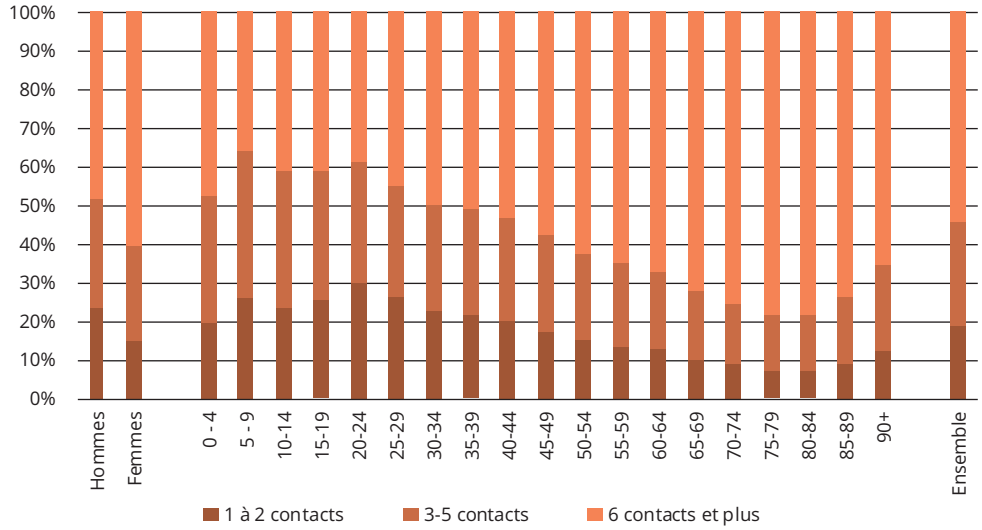
Le pourcentage de patients qui ont eu au moins un contact médical pendant l'année est sous-estimé car il est calculé sur base de la population protégée résidente moyenne et les patients qui n'ont que consulté un médecin à l'étranger ne sont pas pris en compte. Les personnes qui ne se sont pas rendues chez le médecin pendant l'année sont également exclues. De plus, les données utilisées se basent sur la date de la prestation de 2020 et sont donc à considérer comme provisoires.

Finalement, les données de 2020 utilisés pour la détermination du nombre de contacts médicaux ne tiennent pas compte des forfaits horaires [a] introduits pour assurer la prise en charge des personnes atteintes de la COVID-19. En effet, ces forfaits ne peuvent pas être liés directement aux patients, seul un lien au médecin traitant est possible.

a. « FC45 - Forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, la téléconsultation et l'établissement des prescriptions médicales. »

Le graphique suivant présente la répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2020.

Graphique 15: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2020 [a]



a. Les dépenses relatives aux forfaits horaires FC45 introduits dans le cadre de la crise sanitaire liée à la COVID-19 sont exclues.
Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2020, environ 91,4% de la population protégée résidente a eu au moins un contact médical en milieu extrahospitalier [7]. La moitié des patients (médiane) a eu jusqu'à 6 contacts médicaux (7 en 2019) et la moyenne se situe autour de 8,3 contacts médicaux (9,5 en 2019). Les femmes ont en moyenne plus de contacts médicaux que les hommes (9,2 vs. 7,4). Le nombre de contacts médicaux augmente jusqu'à l'âge de 54 ans et diminue légèrement après. Toutefois, les admissions à l'hôpital augmentent avec l'âge (cf. sous-section « les soins hospitaliers »).

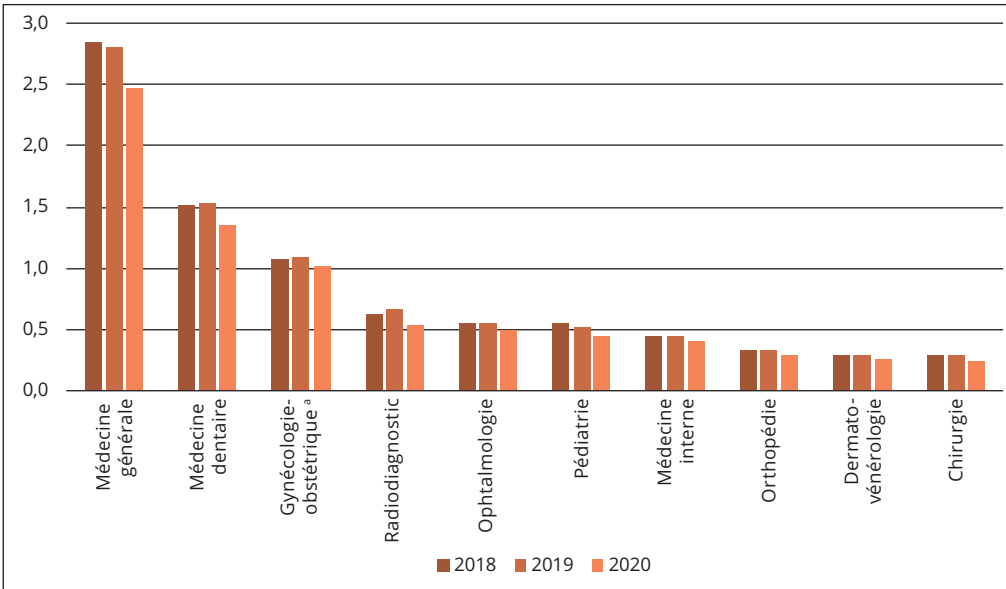
Tableau 12: Évolution des contacts médicaux de 2016 à 2020 [a]

Mesure	2016	2017	2018	2019	2020
Total Patients	495 441	502 048	512 985	523 114	515 124
Variation en %	*2,0%*	*1,3%*	*2,2%*	*2,0%*	*-1,5%*
Total Contacts médicaux	4 786 987	4 732 860	4 872 930	4 958 724	4 294 924
Variation en %	*3,0%*	*-1,1%*	*3,0%*	*1,8%*	*-13,4%*
Moyenne	9,7	9,4	9,5	9,5	8,3
Médiane	7	7	7	7	6

a. Les dépenses relatives aux forfaits horaires FC45 introduits dans le cadre de la crise sanitaire liée à la COVID 19 sont exclues.

L'année 2020 se caractérise par une baisse du nombre de contacts médicaux due à la pandémie liée à la COVID-19 : Le nombre de patients diminue de 1,5% et le nombre total de contacts de 13,4%.

Graphique 16: Évolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2018 à 2020 [b]



a. Contacts médicaux calculés sur base des patients féminins.
b. Les dépenses relatives aux forfaits horaires FC45 introduits dans le cadre de la crise sanitaire liée à la COVID-19 sont exclues.
Source: bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

7. Il faut noter que le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente une valeur absolue, il s'agit donc d'une valeur estimée.

En 2020, les personnes consultent le plus fréquemment les médecins généralistes (en moyenne 2,5 fois/an), les médecins dentistes (1,4 fois/an) et les gynécologues et obstétriciens (1,0 fois/an) [8]. Au cours des 3 dernières années, la distribution des médecins consultés selon leur spécialité est restée stable.

2.1.2. Les soins de médecine et de médecine dentaire

Cette sous-section présente l'évolution de l'activité des médecins et médecins-dentistes ainsi que la variation des dépenses de soins de médecine et de médecine dentaire.

2.1.2.1. L'activité médicale au Luxembourg

Encadré méthodologique

L'activité médicale se différencie selon le type de traitement prodigué par le médecin. Il y a lieu de distinguer :

- les traitements prodigués par le médecin « exécutant », qui preste directement un acte médical tel que défini dans la nomenclature des actes et services des médecins et médecins dentistes ;
- les traitements prodigués par le médecin « prescripteur » qui prescrit des actes, des biens médicaux, des analyses de laboratoires, des produits pharmaceutiques, des actes d'imagerie médicale.

Un médecin peut être prescripteur et exécutant à la fois.

Les statistiques présentées dans cette sous-section concernent les traitements prodigués par le médecin « exécutant ».

L'activité médicale peut être mesurée soit par les honoraires médicaux soit par les dépenses à charge de l'assurance maladie-maternité. Les honoraires médicaux correspondent aux honoraires bruts. Le montant des dépenses est établi selon la date de la prestation des services fournis.

Afin de calculer les honoraires médicaux moyens, certains critères ont été appliqués :

- tous les médecins (salariés et non-salariés) sont considérés, pour lesquels le code fournisseur a été utilisé au cours de l'année de référence et en cas d'exercice libéral, le montant net facturé pendant l'année est égal ou supérieur au salaire social minimum moyen ;
- seuls les médecins qui ont eu le même statut pendant les 12 mois de l'année correspondante sont considérés ;
- les médecins ont entre 25 et 74 ans.

Pour la présentation des honoraires médicaux moyens par spécialité certaines spécialités ont été regroupées.

Les spécialités médicales avec un nombre de médecins pratiquants inférieur à 5, ne sont pas retenues dans les chiffres. Elles sont cependant considérées dans le calcul de la moyenne générale.

8. Calculée sur base de patients féminins de l'année correspondante.

En 2020, les honoraires de l'ensemble des médecins se sont élevés à 563,0 millions EUR, soit 0,5% de plus qu'en 2019. Une augmentation peut être observée chez les médecins généralistes avec 11,1%. Le volume des honoraires des médecins spécialistes diminue cependant de 0,8% et celui des médecins dentistes de 3,2%. Ces évolutions s'expliquent d'une part par les effets de la crise sanitaire liée à la COVID-19 (réduction de l'activité des cabinets médicaux aux problèmes de santé sévères et/ou urgents et prise en charge des personnes atteintes de la COVID-19) et d'autre part par la variation de l'échelle mobile des salaires de 2,5% et l'inscription de plusieurs nouveaux actes dans la nomenclature.

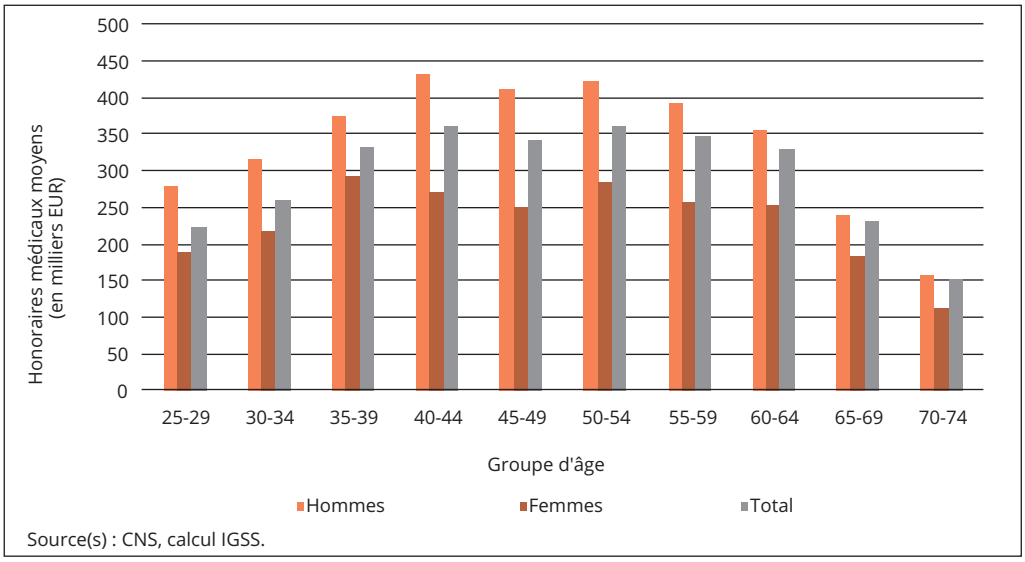
Tableau 13: Évolution du volume des honoraires des médecins depuis 2011 (en millions EUR)

	2011	2015	2020	Variation moyenne annuelle 2011/2020
Médecins généralistes	58,9	71,7	102,4	6,3%
Médecins spécialistes	223,6	261,9	309,6	3,7%
Dentistes et stomatologues	119,8	126,7	151,0	2,6%
Total des médecins	**402,3**	**460,3**	**563,0**	**3,8%**

Source : CNS, calcul IGSS.

Le graphique 17, qui reproduit le montant moyen des honoraires, ventilé par groupe d'âge et sexe, montre qu'il y a des différences notables entre les honoraires moyens perçus par les hommes et les femmes. Pour tous les groupes d'âge, les femmes perçoivent des honoraires médicaux moins élevés. Ceci est lié à la fois au choix de la spécialité et à l'intensité de travail de celle-ci.

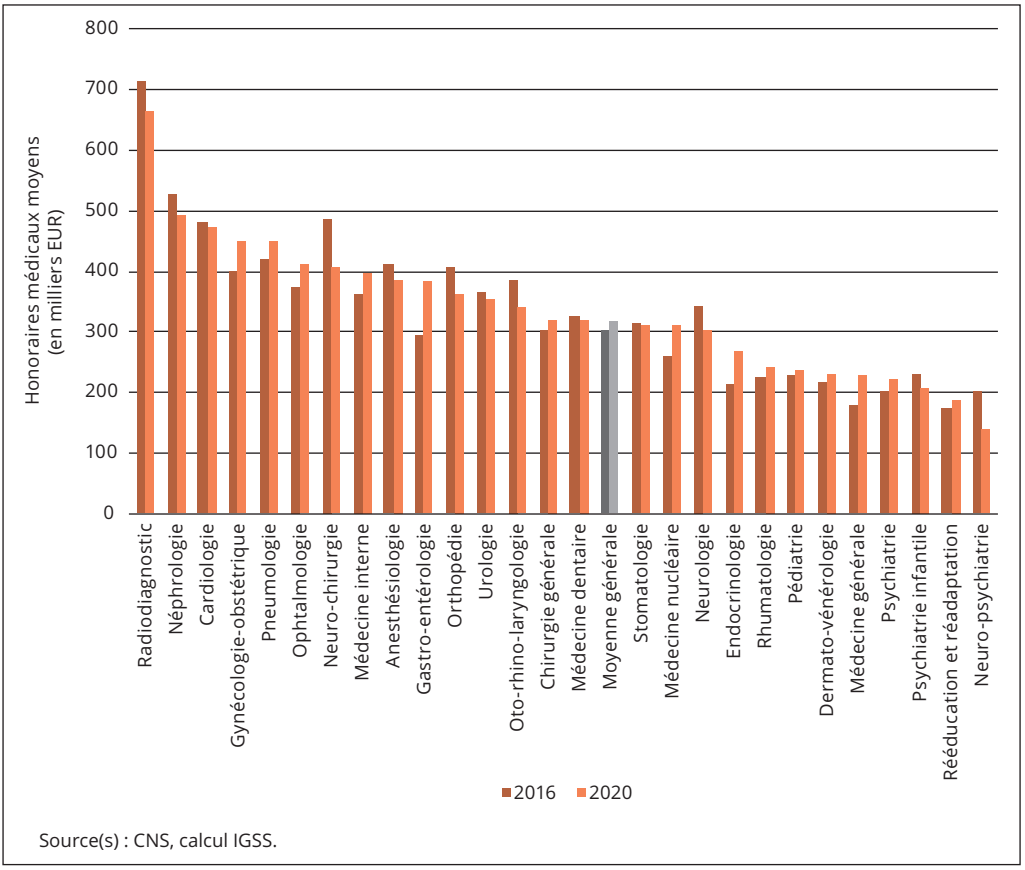
Graphique 17: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2020 (en milliers EUR)



Source(s) : CNS, calcul IGSS.

Les écarts d'honoraires moyens sont très importants selon la spécialité médicale. En règle générale, les moyennes les plus faibles se rencontrent chez les spécialités médicales conservatrices (médecins généralistes, pédiatres et psychiatres). Les moyennes les plus élevées sont associées aux spécialités médicales interventionnelles. L'analyse de l'évolution des honoraires médicaux moyens de 2016 à 2020 montre une diminution entre autres chez les neuro-chirurgiens, les neuro-psychiatres, les radiologues, les oto-rino-laryngologues, les orthopèdes, les neurologues et les néphrologues.

Graphique 18: Évolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2016 et 2020 (par ordre décroissant pour 2020)

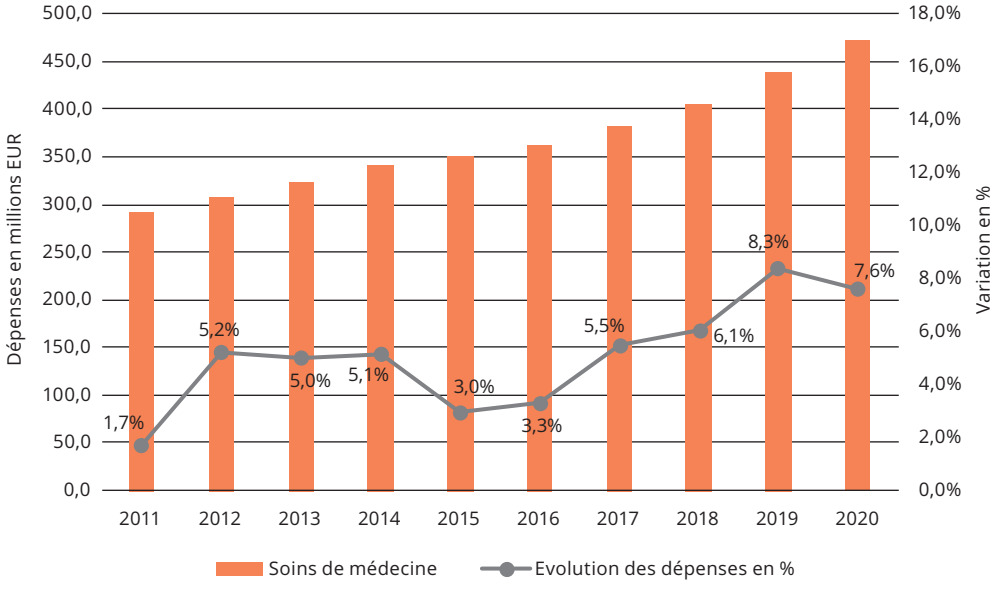


Source(s) : CNS, calcul IGSS.

2.1.2.1. Les dépenses de soins de médecine et de médecine dentaire

Les graphiques qui suivent présentent l'évolution des dépenses pour soins de médecine et de médecine dentaire prises en charge par l'assurance maladie-maternité sur la période de 2011 à 2020.

Graphique 19: Évolution des dépenses pour soins de médecine [abc]

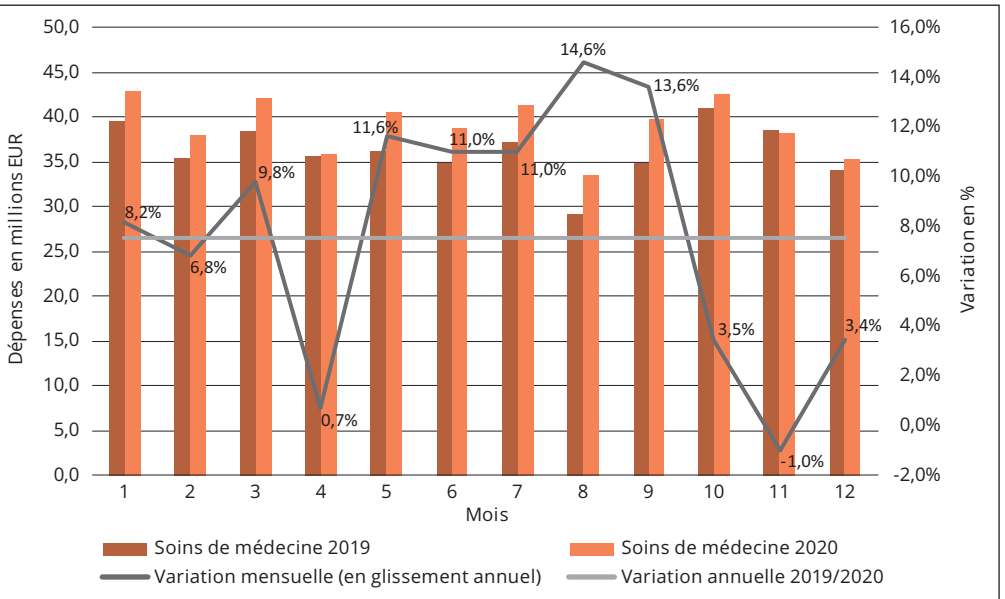


a. Données établies selon la date de la prestation.
b. Soins hospitaliers et extrahospitaliers.
c. Y compris les frais médicaux en cas d'accouchement
Source(s) : CNS, calcul IGSS.

En 2020, les dépenses pour soins de médecine augmentent de 7,6% par rapport à 2019 malgré la réduction de l'activité des cabinets médicaux entre le 18 mars 2020 et le 4 mai 2020. Cette évolution est liée à la prise en charge médicale des personnes atteintes de la COVID-19, à l'introduction de nouvelles prestations suite à la réorganisation du système de santé, à la variation de l'échelle mobile des salaires de 2,5% et à l'inscription de plusieurs nouveaux actes dans la nomenclature au 1er janvier 2020 (revalorisation des activités aux services d'urgences des hôpitaux par exemple).

Spécifiquement en ce qui concerne les forfaits horaires introduits pour assurer la prise en charge des personnes atteintes de la COVID-19, leur coût s'élève à 70,2 millions EUR pour 2020. Les dépenses liées à la téléconsultation se chiffrent de leur côté à 11,1 millions EUR.

Graphique 20: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des soins de médecine [a b c]



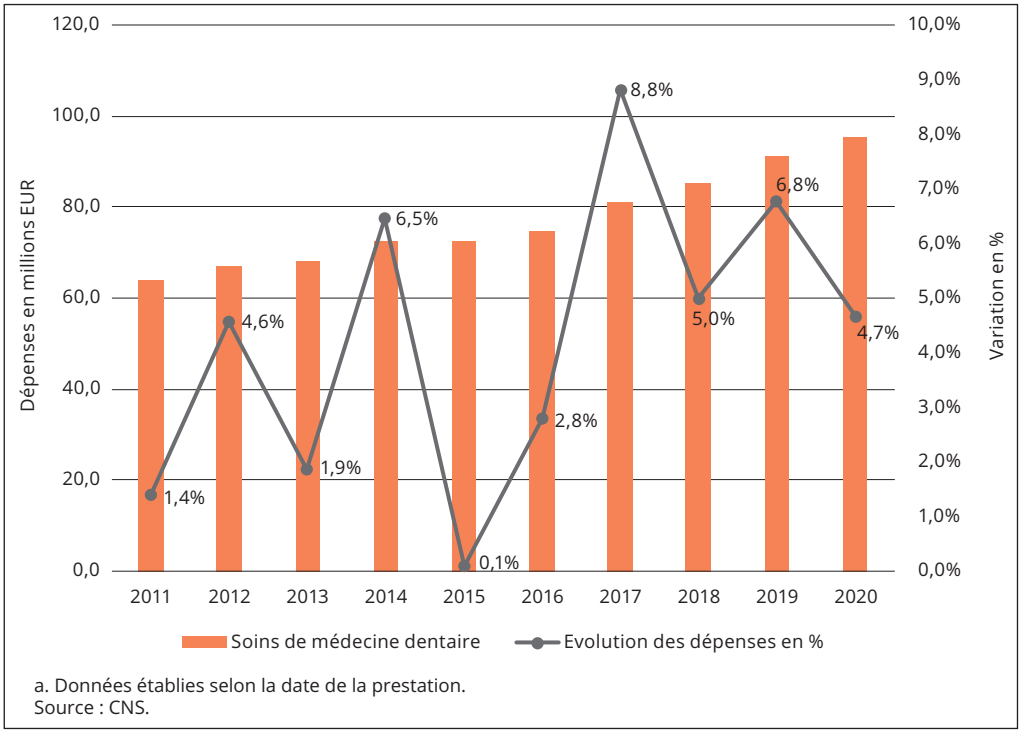
a. Données établies selon la date de la prestation.
b. Y compris les frais médicaux en cas d'accouchement.
c. Soins hospitaliers et extrahospitaliers.
Source: CNS

L'analyse de l'évolution des soins de médecine montre une évolution très faible de ces dépenses au mois d'avril 2020 (+0,7% comparé à +9,8% au mois de mars). Cette évolution est une conséquence directe de la décision du Gouvernement de réduire dès le 18 mars 2020 l'activité des cabinets médicaux aux problèmes de santé les plus sévères et/ou les plus urgents. Dès le mois de mai 2020, les dépenses repartent à la hausse. Cette évolution est liée d'un côté à la reprise de l'activité des médecins à partir du 5 mai 2020 et, de l'autre côté au paiement des forfaits horaires et des actes de téléconsultation introduits dans la nomenclature des médecins et médecins-dentistes en vue d'assurer la prise en charge des personnes atteintes de la COVID-19 et de compenser la perte de revenu des médecins et médecins-dentistes réalisée lors de la fermeture des cabinets médicaux.

Avec l'augmentation des infections COVID-19 dès le mois d'octobre 2020, l'activité médicale baisse de nouveau et l'évolution des dépenses ralentit.

Finalement, en moyenne annuelle, les dépenses pour les soins de médecine évoluent en 2020 de 7,6%. Cette variation se situe donc dans le même ordre de grandeur que celle observée en 2019 (+8,3% en 2019).

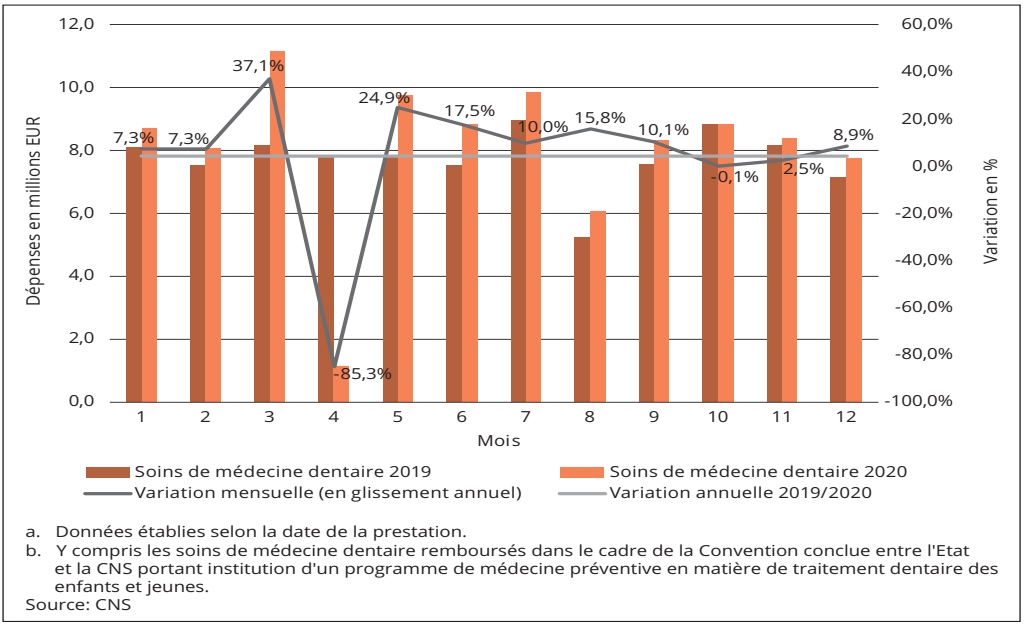
Graphique 21: Évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire [a]



a. Données établies selon la date de la prestation.
Source : CNS.

En 2020, l'évolution des dépenses pour les soins de médecine dentaire se situe à 4,7%. Cette évolution positive, mais moins élevée que celle de 2019 s'explique d'un côté par la fermeture des cabinets dentaires entre le 18 mars 2020 et le 4 mai 2020 et de l'autre côté par la réorganisation du système de santé lors de la crise sanitaire ayant introduit des forfaits horaires en cas de consultation et des téléconsultations. Leur coût se situe à 9,1 millions EUR pour 2020. L'évolution de 2020 est également impactée par la variation de l'échelle mobile des salaires de 2,5%.

Graphique 22: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des soins de médecine dentaire [a] [b]



a. Données établies selon la date de la prestation.
b. Y compris les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la Convention conclue entre l'Etat et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes.
Source: CNS

Le graphique précédent illustre qu'au mois d'avril 2020 les dépenses de soins de médecine dentaire ont chuté de 85,3% par rapport au même mois de l'année 2019. Cette évolution est une conséquence directe de la décision du Gouvernement de réduire dès le 18 mars 2020 l'activité des cabinets médicaux aux problèmes de santé les plus sévères et/ou les plus urgents. Dès le mois de mai 2020, les dépenses augmentent de nouveau (+24,9%). Cette évolution est liée d'un côté à la reprise de l'activité des médecins à partir du 5 mai 2020 et, de l'autre côté au paiement des forfaits horaires et des actes de téléconsultation introduits dans la nomenclature des médecins et médecins-dentistes en vue d'assurer la prise en charge des personnes atteintes de la COVID-19 et de compenser la perte de revenu des médecins et médecins-dentistes réalisée lors de la fermeture des cabinets médicaux.

Avec l'augmentation des infections COVID-19 dès le mois d'octobre 2020, l'activité médicale baisse de nouveau et l'évolution des dépenses ralentit.

Finalement, il faut relever qu'en moyenne annuelle, les dépenses pour les soins de médecine dentaire évoluent en 2020 de 4,7%, comparé à 6,8% en 2019.

2.1.3. Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers comprennent l'ensemble des services (soins et hébergement) de court et moyen séjour fournis par les hôpitaux. Les soins de médecine et de médecine dentaire ne sont pas inclus.

Dans la présente sous-section, les dépenses liées aux soins hospitaliers sont analysées en premier lieu. Ensuite, l'évolution de certains indicateurs relatifs à l'activité hospitalière est mise en avant.

2.1.3.1. Les dépenses pour soins hospitaliers

Encadré méthodologique

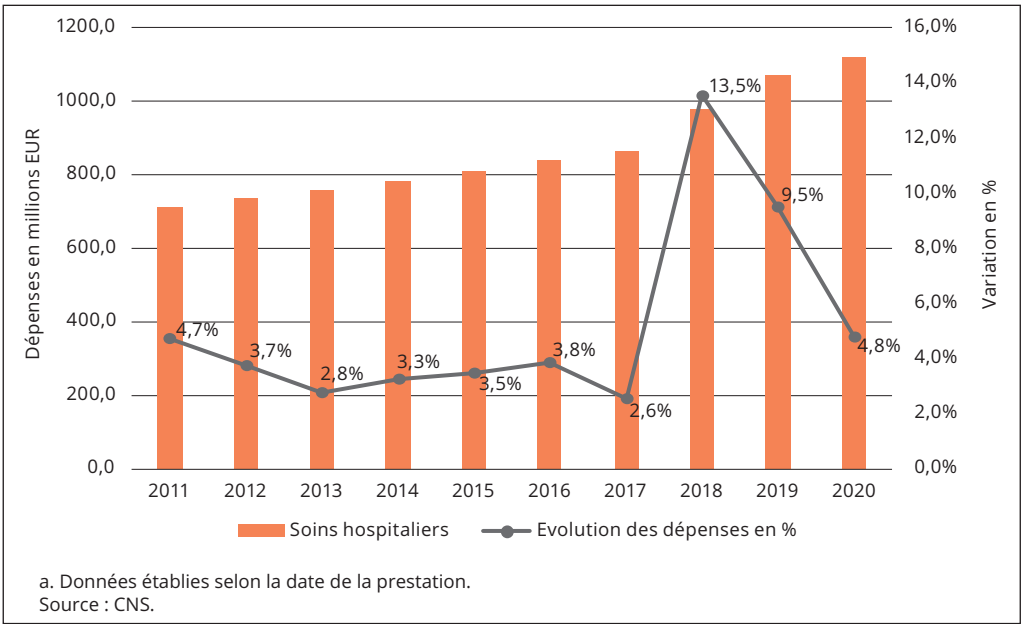
Les dépenses pour soins hospitaliers présentées dans cette sous-section correspondent à celles opposables à l'assurance maladie-maternité.

Les dépenses relatives aux soins hospitaliers regroupent des frais fixes et des frais variables. Les frais fixes (frais de personnel, frais d'amortissements, frais financiers, etc.) sont payés régulièrement et ne dépendent pas de l'activité des hôpitaux. Les frais de personnel en constituent le poste de frais le plus important. Les frais variables sont liés au fonctionnement des établissements hospitaliers et varient en fonction de l'activité de ces derniers.

Comme pour toutes les données établies selon la date de la prestation, les données pour les années les plus récentes sont provisoires et probablement sous-estimées.

Le graphique ci-après indique l'évolution des dépenses pour soins hospitaliers effectives et opposables à l'assurance maladie-maternité.

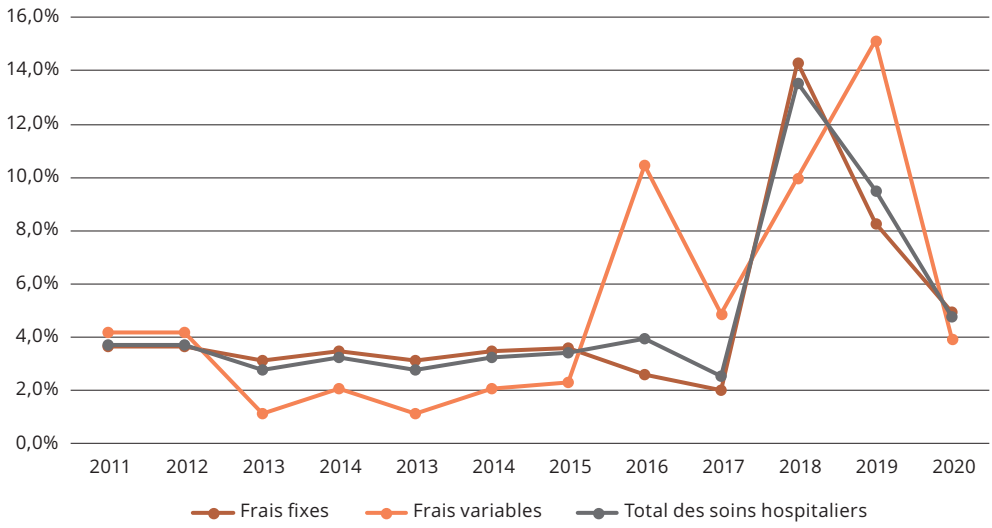
Graphique 23: Évolution des dépenses pour soins hospitaliers [a]



a. Données établies selon la date de la prestation.
Source : CNS.

Le graphique suivant représente l'évolution des frais fixes et des frais variables qui sont opposables à l'assurance maladie-maternité.

Graphique 24: Évolution des frais fixes et des frais variables de 2011 à 2020 [a]



a. Données établies selon la date de la prestation.
Source : CNS.

En 2020, les dépenses pour soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité s'élèvent à 1 123 millions EUR, soit une augmentation de 4,8% par rapport à 2019 (9,5% en 2019). Les frais fixes évoluent de 5,0%. Cette croissance s'explique entre autres par l'augmentation du personnel soignant accordé pour assurer la prise en charge des patients COVID-19, le glissement des carrières et l'adaptation des normes du personnel. L'évolution plus faible des frais variables observée en 2020 (+3,9%) est due à une baisse de l'activité hospitalière (hors COVID-19) pendant le confinement entre le 16 mars 2020 et le 24 mai 2020 et à l'augmentation des infections de la COVID-19 dès le mois d'octobre 2020.

Un patient COVID-19 nécessite une prise en charge intensive en personnel soignant, qui impacte surtout l'évolution des frais fixes et moins l'évolution des frais variables.

Tableau 14: Relevé de certaines unités d'œuvre fournies aux patients COVID-19 dans les établissements hospitaliers

Entités fonctionnelles	Nombre de passages	En % du total
Laboratoires	61 568	5,2%
Hospitalisation - soins normaux	19 883	3,1%
Kinésithérapie	9 327	1,9%
Imagerie médicale	6 202	1,3%
Hospitalisation - soins intensifs	3 588	9,5%
Urgences	1 732	0,9%
Policlinique	1 574	0,2%
Ergothérapie	636	0,3%

Source: Direction de la Santé, bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Une analyse des unités d'œuvre (frais variables) fournies en 2020 pendant les séjours hospitaliers aux patients atteints de la COVID-19 montre que ces derniers ont eu 61 568 passages dans les laboratoires hospitaliers (5,2% du total des passages dans les laboratoires hospitaliers), 19 883 passages dans les soins normaux (3,1% du total des passages en soins normaux) et 3 588 passages en soins intensifs (9,5% du total des passages en soins intensifs).

2.1.3.2. Les journées d'hospitalisation

Encadré méthodologique

Les statistiques de cette sous-section sont établies du point de vue du patient. Ainsi par exemple, un seul « épisode » hospitalier est mis en compte pour un patient lors d'une hospitalisation complète, ininterrompue, même si cette hospitalisation comporte des transferts vers d'autres établissements spécialisés (p.ex. INCCI, Rehazenter, etc.) ou commence avec une hospitalisation de jour. S'y ajoute que le jour de sortie n'est pas compté comme une journée prestée. Ainsi, un séjour à l'hôpital pour une intervention chirurgicale, avec sortie de l'hôpital le lendemain de l'opération, est considéré comme un séjour d'une seule journée.

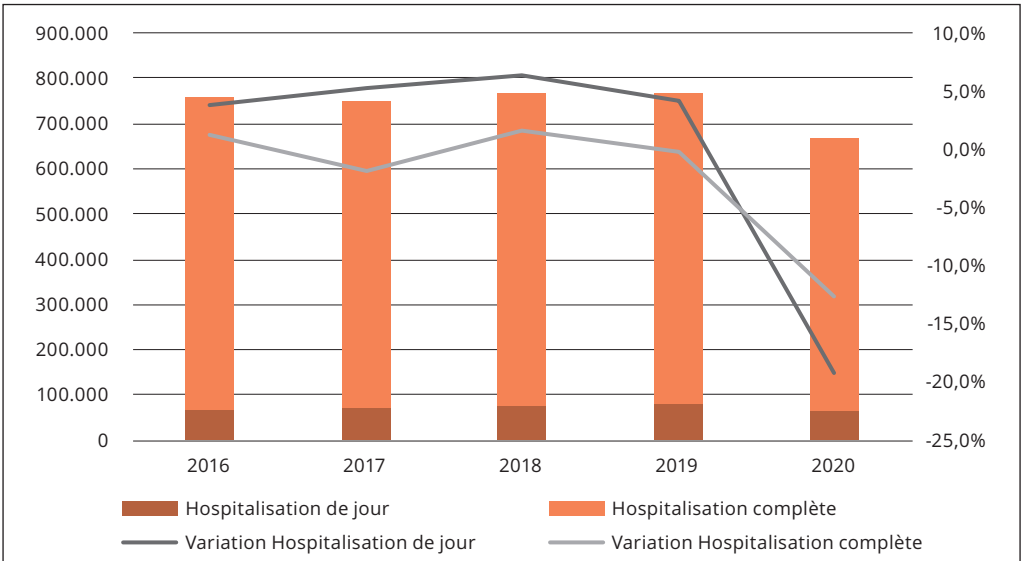
Les données concernent tous les hôpitaux et l'analyse se base sur les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital.

Comme pour toutes les données établies selon la date de la prestation, les données pour les années les plus récentes sont provisoires et probablement sous-estimées.

En 2020, 666 283 journées ont été facturées en milieu hospitalier au Luxembourg [9], ce qui correspond à une baisse de 13,3% par rapport à 2019. Cette évolution est à mettre en relation avec la diminution de l'activité hospitalière (hors COVID-19) pendant le confinement entre 16 mars 2020 et 24 mai 2020 et avec l'augmentation des infections de la COVID-19 dès le mois d'octobre 2020.

9. Ces journées comprennent les hospitalisations avec nuitée (soins normaux, soins intensifs) et les hospitalisations de jour (soins normaux, soins intensifs, soins pédiatriques et psychiatriques, hôpital de jour chirurgical et non-chirurgical).

Graphique 25: Évolution des journées d'hospitalisation par type d'hospitalisation



Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Ce graphique met en évidence 2 tendances. La première consiste dans le « virage ambulatoire ». En effet, de plus en plus de patients sont pris en charge dans des hospitalisations de jour, le recours aux hospitalisations complètes restant stable.

La deuxième tendance s'observe en 2020. Suite à la crise sanitaire liée à la COVID-19, les journées d'hospitalisations diminuent, étant donné que les établissements hospitaliers étaient contraints à réduire leur activité normale pendant le confinement au cours du mois de mars jusqu'au mois de mai 2020 et à partir d'octobre 2020 pour une deuxième fois.

Plus précisément, les journées facturées pour des séjours hospitaliers avec au moins une nuitée [10] diminuent de 12,6% par rapport à 2019 et se chiffrent à 601 608 en 2020. Les soins normaux sont l'unité d'œuvre la plus souvent facturée avec 94,7%. Les soins intensifs représentent 5,3% de journées facturées avec nuitée.

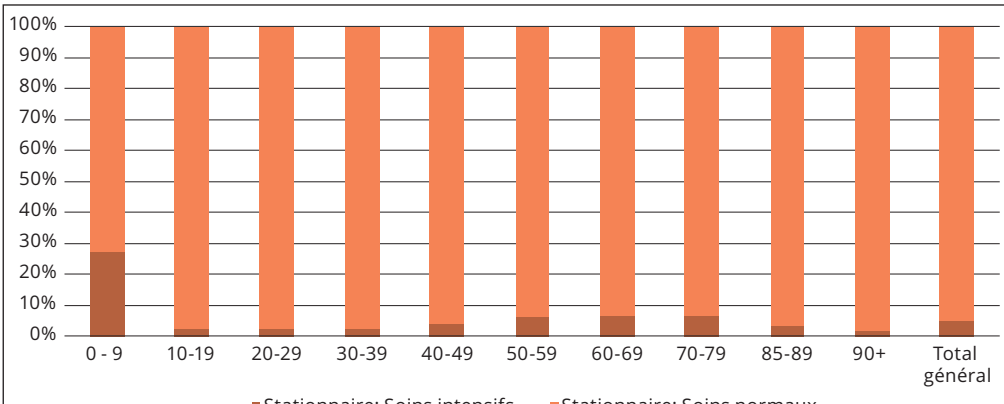
De même, les hospitalisations de jour, qui ne sont pas suivies d'une hospitalisation avec nuitée, sont au nombre de 64 675 en 2020, ce qui correspond à une baisse de 19,2% par rapport à 2019. Elles concernent un total de 31 781 patients (38 056 en 2019, baisse de 16,5%).

Les passages en hôpital de jour chirurgical [11] présentent 35,3% des hospitalisations de jour (33,2% en 2019), les soins normaux concernent 17,6% (18,5% en 2019), les hospitalisations de jour en psychiatrie 31,2% (34,6% en 2019), les hospitalisations de jour non chirurgicales 13,5% (11,5% en 2019) et les hospitalisations de jour pédiatriques 2,4% (2,2% en 2019).

Les deux graphiques qui suivent illustrent, par groupe d'âge, la part des différents types de journées facturées par groupe d'âge du patient.

10. Soins normaux et soins intensifs.
11. A partir du 1er janvier 2019 l'entité fonctionnelle « place de surveillance » est remplacée par trois entités fonctionnelles, i.e. « hôpital de jour pédiatrique », « hôpital de jour chirurgical » et « hôpital de jour non chirurgical ».

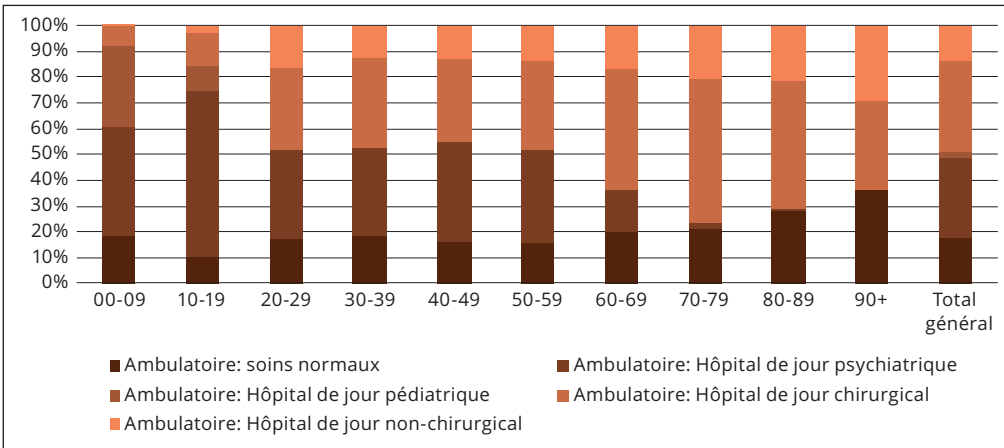
Graphique 26: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2020 (en %)



Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Les hospitalisations en soins normaux dominent dans tous les groupes d'âge. Pour les nouveau-nés en bonne santé, le séjour normal en maternité après la naissance n'est pas considéré comme une hospitalisation. Ceci explique la proportion en soins intensifs relativement élevée pour les très jeunes. L'ensemble de journées facturées avec nuitée concerne 45 964 personnes (52 813 en 2019, baisse de 13,0%).

Graphique 27: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2020 (en %)



Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Concernant les journées facturées sans nuitée, ce sont les passages en hôpital de jour psychiatrique qui occupent la part la plus importante auprès des jeunes et jusqu'à 59 ans. En effet, les chiffres montrent que 64,7% (63,9% en 2019) de toutes les journées facturées sans nuitée pour les jeunes âgés de 10-19 ans concernent des passages en hôpital de jour psychiatrique. Les personnes âgées de plus de 60 ans par contre ont plus recours à l'hôpital de jour chirurgical.

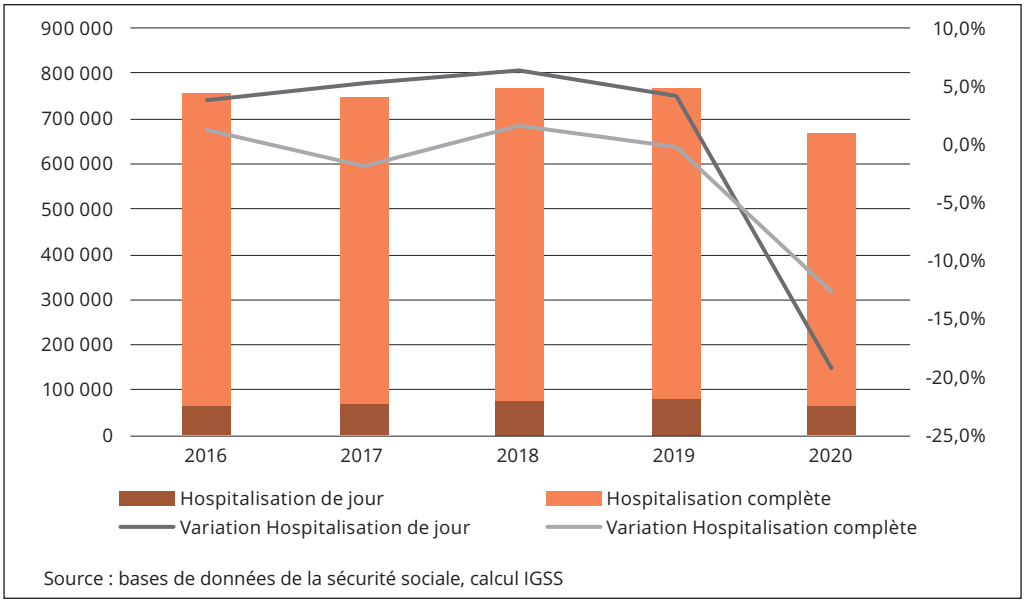
2.1.3.3. Les admissions à l'hôpital

Encadré méthodologique

Contrairement à la sous-section « les journées d'hospitalisation » ces statistiques sont établies du point de vue hôpital. Ainsi deux (ou plus) admissions en hôpital sont comptées pour un patient transféré entre établissements au cours d'un « épisode » du patient. La comparabilité est donc limitée.

Le graphique qui suit illustre l'évolution du nombre d'admissions dans les établissements hospitaliers selon le type d'hospitalisation.

Graphique 28: Évolution du nombre d'admissions par type d'hospitalisation



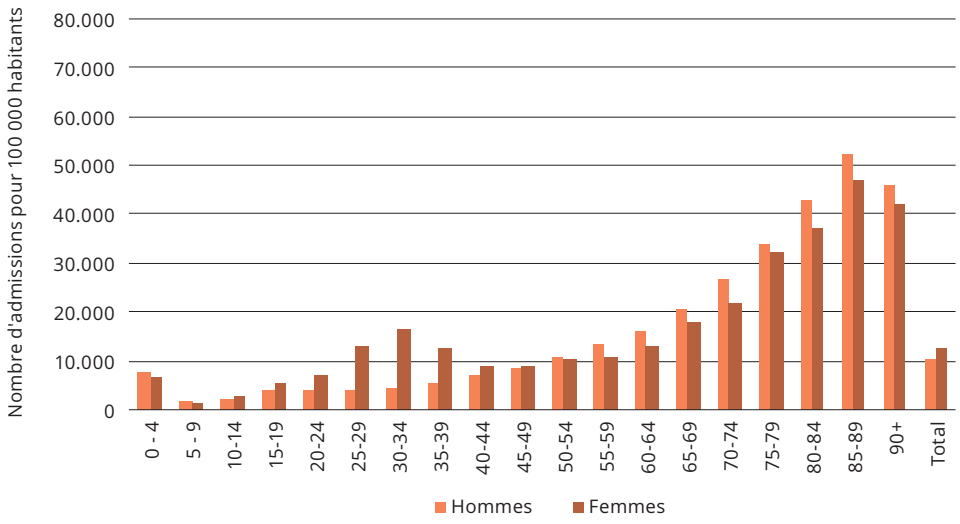
Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2020, 61 620 admissions en hospitalisation complète et 64 587 admissions en hospitalisation de jour sont prises en charge par l'assurance maladie-maternité au Luxembourg [12]. Ces chiffres sont en baisse par rapport à 2019 : -14,9% pour les hospitalisations complètes et -18,1% pour les hospitalisations de jour. Cette évolution est à mettre en relation avec la diminution de l'activité hospitalière (hors COVID-19) pendant le confinement entre 16 mars 2020 et 24 mai 2020 et avec l'augmentation des infections de la COVID-19 dès le mois d'octobre 2020.

En 2020, le nombre d'admissions hospitalières avec au moins une nuitée s'élève en moyenne à 10 866 pour 100 000 personnes protégées résidentes, celui des hospitalisations de jour à 11 389.

12. Ces journées comprennent les hospitalisations avec nuitée (soins normaux, soins intensifs) et les hospitalisations de jour (soins normaux, soins intensifs, soins pédiatriques et psychiatriques, hôpital de jour chirurgical et non-chirurgical).

Graphique 29: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2020

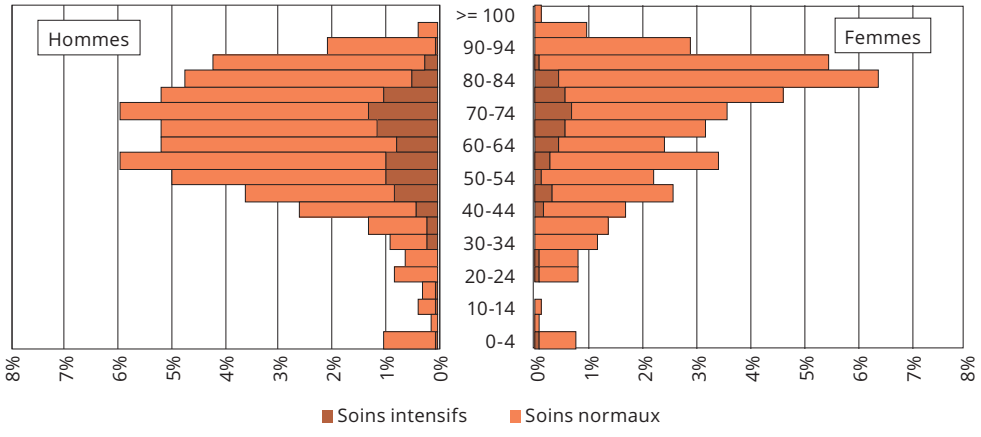


Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Le taux élevé des admissions chez les femmes âgées de 15 à 44 ans par rapport à celui des hommes du même âge s'explique en grande partie par les accouchements qui sont la première cause d'hospitalisation chez les femmes de ces groupes d'âge. Sans surprise, le nombre d'admissions augmente avec l'âge pour atteindre un maximum de 5,2/10 chez les hommes âgés entre 85 et 89 ans.

En 2020, environ 1 900 hospitalisations liées à la COVID-19 ont été facturées et remboursées par l'assurance maladie-maternité. Le graphique qui suit illustre la répartition de ces hospitalisations par sexe, groupe d'âge et type de soins.

Graphique 30: Répartition des admissions liées à la COVID-19 par sexe, groupe d'âge et type de soins en 2020

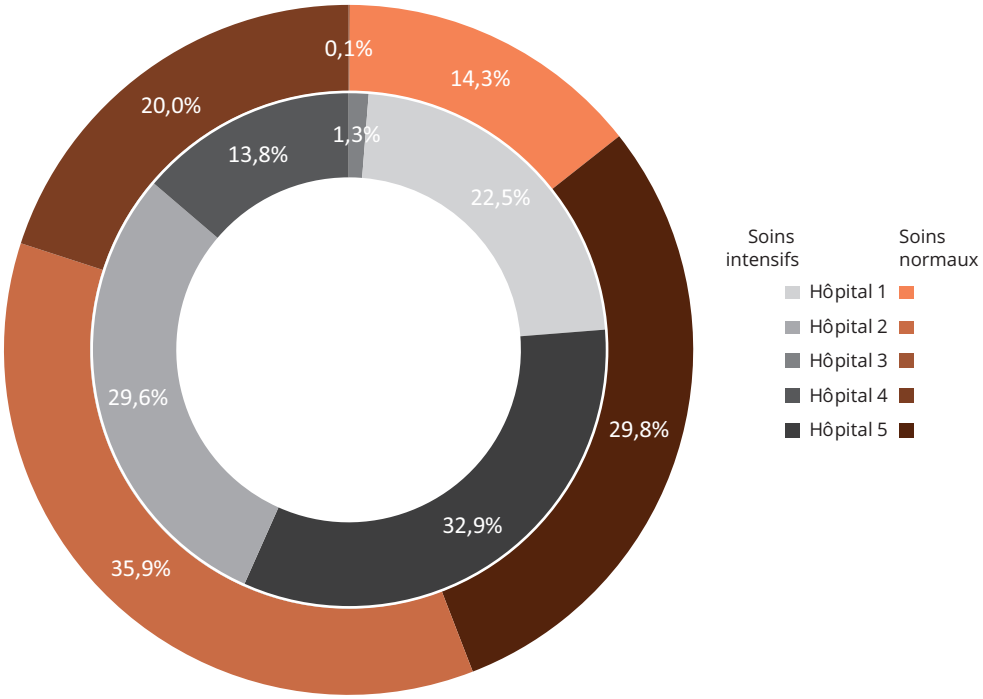


Source : Direction de la Santé, calcul IGSS.

Globalement, le nombre d'admissions chez les hommes atteints de la COVID-19 est plus élevé que celui des femmes. Le taux d'hospitalisation des hommes s'élève à 55,7% et celui des femmes à 44,3% pour tous les types de soins confondus. De plus, des différences dans les groupes d'âge les plus concernés sont observées. Le taux d'hospitalisation le plus élevé se montre pour les femmes âgées de 80 à 84 ans (14,4% de toutes les hospitalisations de patients féminins) et pour les hommes âgés de 55 à 59 ans et de 70 à 74 ans (10,7% de toutes les hospitalisations de patients masculins). Finalement, les hommes sont plus souvent pris en charge en soins intensifs que les femmes.

Le graphique ci-dessous montre la répartition des admissions hospitalières dues à la COVID-19 par établissement hospitalier et type de soins.

Graphique 31: Répartition des hospitalisations liées à la COVID-19 par hôpital et type de soins en 2020



Source : Direction de la Santé, calcul IGSS.

Les hôpitaux 2 et 5 ont pris en charge deux tiers des patients COVID-19 hospitalisés en soins normaux (35,9% respectivement 32,9%) et 62,5% des patients nécessitant des soins intensifs (29,6% respectivement 32,9%).

2.1.3.4. La fréquence et la durée de séjour dans les hôpitaux aigus

Encadré méthodologique

Pour évaluer la durée moyenne de séjour (DMS), il faut distinguer les hospitalisations, qui comprennent au moins un jour et une nuit (hospitalisation avec nuitée), et les hospitalisations de jour dont la durée se limite à une journée. La DMS ne tient compte ni des hospitalisations de jour ni des hospitalisations pour traitements subaigus (rééducation, convalescence, etc.). A noter que la DMS n'est pas calculée sur base des épisodes et n'inclut pas les transferts entre plusieurs hôpitaux.

Pour les données sur les hôpitaux aigus, les établissements suivants sont exclus :

- l'établissement spécialisé accueillant des personnes en fin de vie Haus Omega de Hamm ;
- le Rehazenter du Kirchberg qui est le centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ;
- le Centre hospitalier neuropsychiatrique d'Ettelbruck (CHNP) réservé à la rééducation et à la réhabilitation psychiatrique ;
- l'Hôpital intercommunal de Steinfort, réservé à la rééducation gériatrique ;
- le Centre de Réhabilitation du Château de Colpach (CRCC), réservé à la réhabilitation physique et post-oncologique.

Le tableau synoptique suivant présente les principaux indicateurs en matière de durée de séjour dans les hôpitaux aigus.

Tableau 15: Le type d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus en 2020 [a]

Type d'hospitalisation	2018	2019	2020
Nombre d'admissions hospitalières comprenant au moins une nuit à l'hôpital	71 713	72 387	61 620
Nombre d'admissions avec entrée et sortie le même jour (ESMJ, sans nuitée) [b]	76 958	78 877	64 587
dont nombre d'admissions en hôpital de jour chirurgical, non-chirurgical et pédiatrique	39 942	43 080	38 115
dont nombre d'admissions en hôpital de jour psychiatrique	21 012	20 641	14 769
Nombre total d'admissions hospitalières	**148 671**	**151 264**	**126 207**
Durée moyenne de séjour [c]	7,7	7,6	7,8
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 4 jours	78,9%	79,5%	78,7%
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 7 jours	86,9%	87,3%	86,7%
Rapport nombre ESMJ / Nombre total d'hospitalisations [b]	**51,8%**	**52,1%**	**51,2%**

a. À l'exclusion des établissements de rééducation psychiatrique et gériatrique, de Haus Omega, du Rehazenter (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation) et du Centre de Réhabilitation du Château de Colpach (CRCC).

b. À partir du 1er janvier 2019, les places de surveillance sont supprimées et remplacées par les passages en hôpital de jour pédiatrique, chirurgical et non-chirurgical.

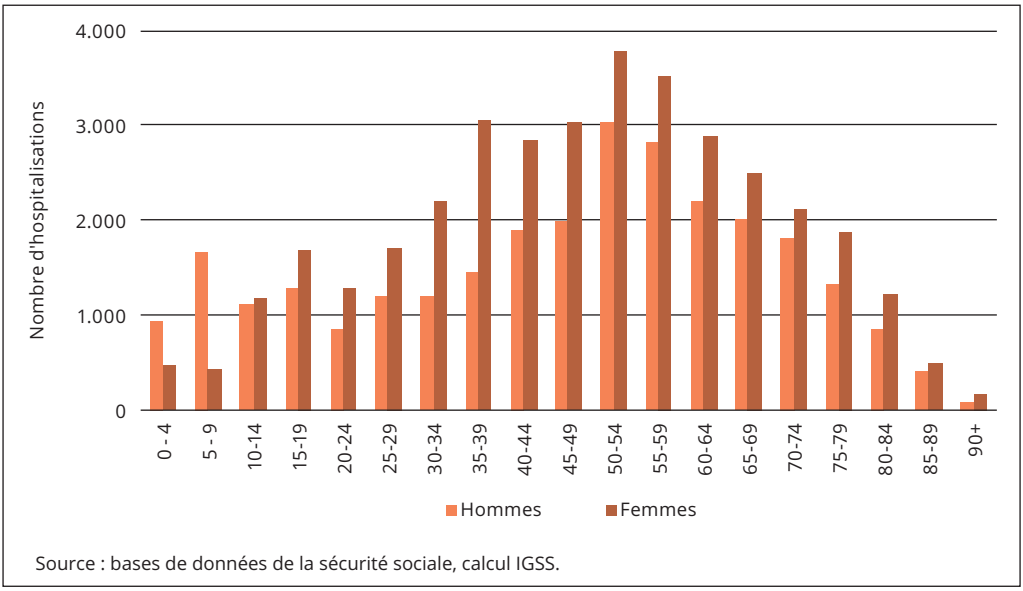
c. Concerne uniquement les hospitalisations comportant au moins une nuit à l'hôpital.

Source: bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Le nombre d'hospitalisations dans un hôpital aigu et comprenant au moins une nuit à l'hôpital se situe à 61 620 en 2020 et le nombre d'admissions avec entrée et sortie le même

jour à 64 587 [13]. Le rapport entre le nombre d'hospitalisation de jour et le nombre total d'hospitalisation s'élève à 51,2% en 2020.

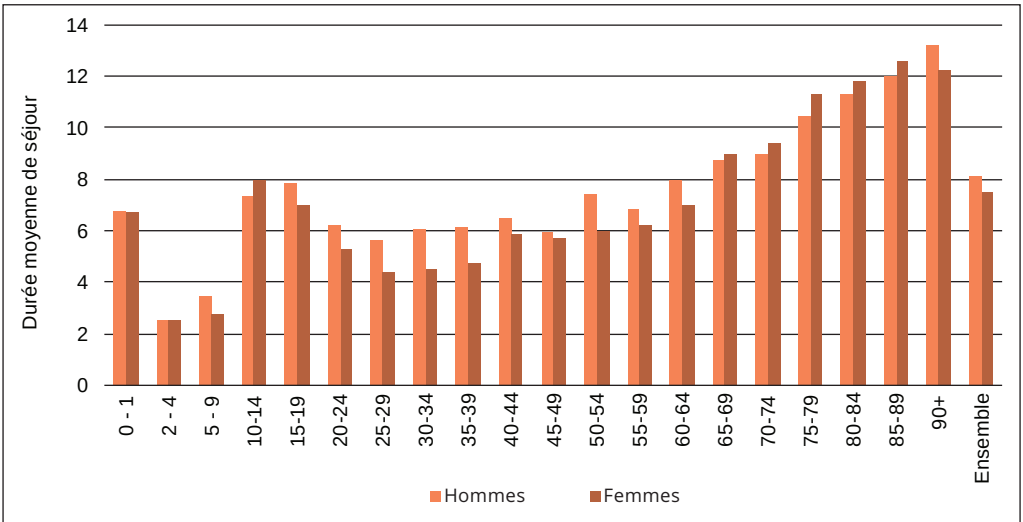
Graphique 32: Nombre d'hospitalisations de jour par groupe d'âge et sexe en 2020 (hôpitaux aigus)



Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

A l'exception des filles âgées de moins de 10 ans, le nombre d'hospitalisations des femmes est toujours supérieur à celui des hommes. La maternité et l'espérance de vie des femmes supérieure à celle des hommes pourraient expliquer cette situation.

Graphique 33: Durée moyenne de séjour par groupe d'âge et sexe en 2020 (hôpitaux aigus)

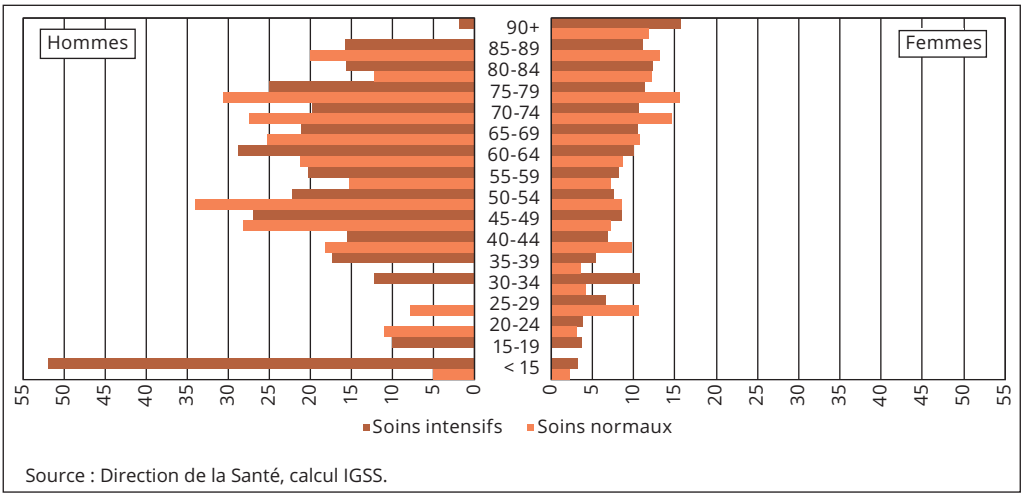


Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

13. A noter qu'à partir du 1er janvier 2021 les places de surveillance sont remplacées par les passages en hôpital de jour pédiatrique, chirurgical et non-chirurgical.

La durée moyenne de séjour des 61 620 hospitalisations avec au moins une nuitée se situe à 7,8 jours en 2020 (7,6 jours en 2019). Pour les hommes comme pour les femmes, la durée moyenne de séjour progresse avec l'âge. L'exception à cette tendance sont les enfants de moins de 1 an qui affichent une durée moyenne de séjour plus élevée. Cela vient du fait que le séjour à la maternité d'un nouveau-né en bonne santé n'est pas considéré comme une hospitalisation pour le bébé mais pour la mère et n'est donc pas pris en compte dans le calcul de la DMS. Par contre, les accouchements par césarienne ainsi que les nouveau-nés présentant des complications sont inclus.

Graphique 34: Durée moyenne de séjour des hospitalisations liées à la COVID-19 par groupe d'âge et sexe en 2020



Source : Direction de la Santé, calcul IGSS.

L'analyse détaillée des durées de séjour des 1 900 hospitalisations liées à la COVID-19 de 2020 montre des fortes variations en fonction de l'âge et du sexe des patients. Les hommes présentent en général une durée moyenne de séjour plus élevée que les femmes et ceci, quel que soit le type de soins ou le groupe d'âge considéré. Seules les femmes âgées entre 25 et 29 ans et admises en soins normaux se trouvent plus longtemps à l'hôpital que les hommes.

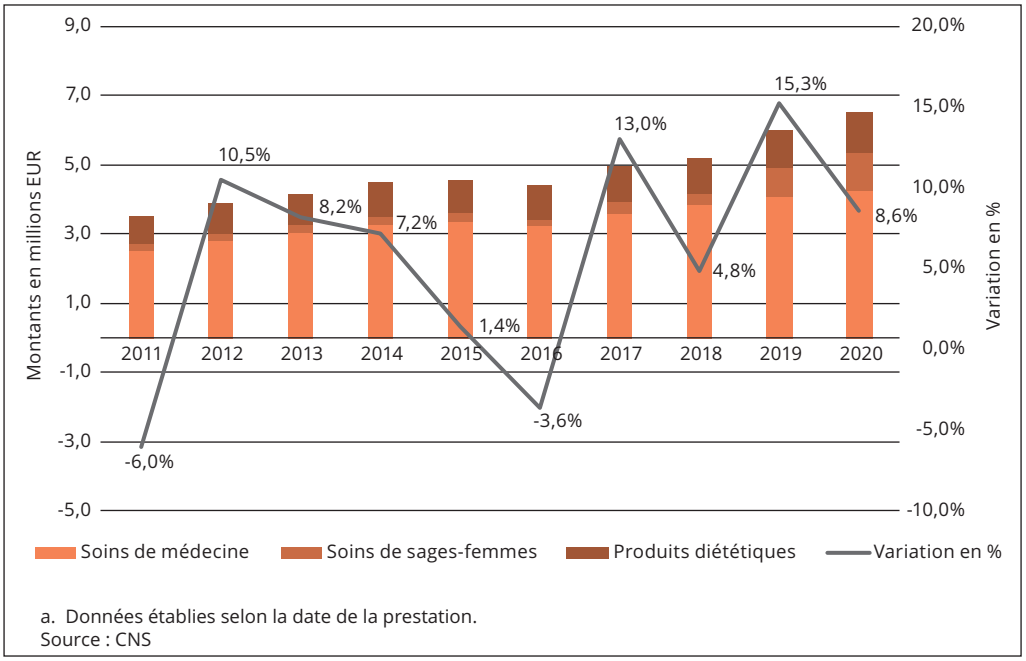
2.1.4. Les prestations de maternité

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

2.1.4.1. Les dépenses pour prestations en nature de maternité

Les dépenses pour les prestations de maternité étudiées dans cette partie se limitent aux prestations dont bénéficient les femmes enceintes et qui sont remboursées par l'assurance maladie-maternité. Elles regroupent actuellement les honoraires médicaux, les produits diététiques et les soins de sages-femmes.

Graphique 35: Évolution des dépenses pour prestations en nature de maternité [a] (en millions EUR)



a. Données établies selon la date de la prestation.
Source : CNS

En 2020, les dépenses pour prestations en nature de maternité se chiffrent à 6,5 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 8,6% par rapport à 2019. Les dépenses pour soins de sages-femmes augmentent de 31,5%, celles des produits diététiques de 9,5% et celles des soins de médecine de 3,7%.

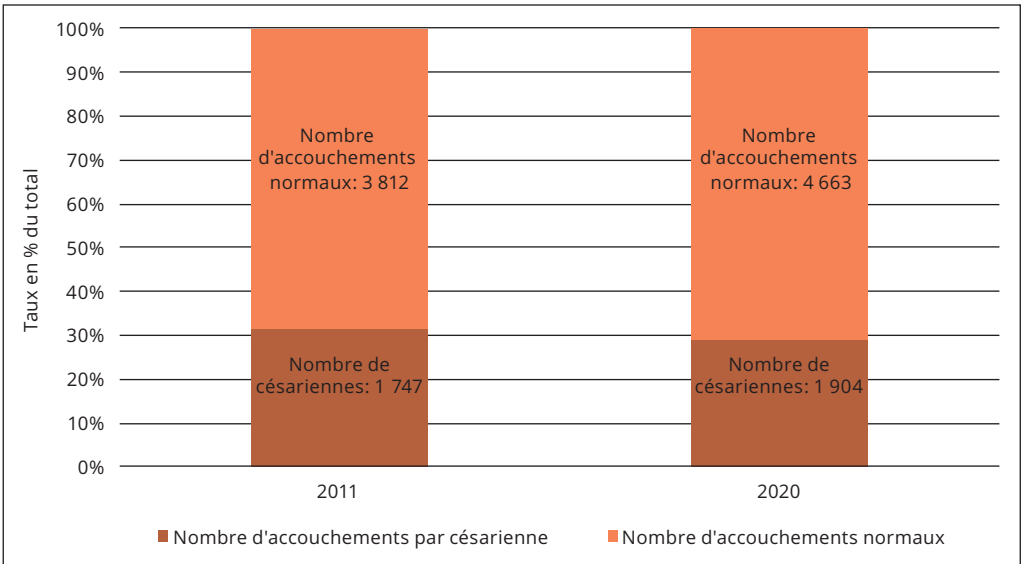
2.1.4.2. Les accouchements

En 2020, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité est de 6 567. Comparé à 2011, ceci représente une augmentation de 17,6%. Toutefois, la population protégée résidente a également augmenté (+17,7% sur cette même période). Trois points sont mis en évidence :

- diminution des accouchements chez les femmes âgées de moins de 24 ans ;
- augmentation des accouchements chez les femmes âgées de 40 ans et plus ;
- légère augmentation des accouchements par césarienne par rapport à l'année précédente (+2,0%), mais diminution par rapport à 2018 (-3,4%).

Le taux des césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 29,0% en 2020 contre 31,3% en 2011.

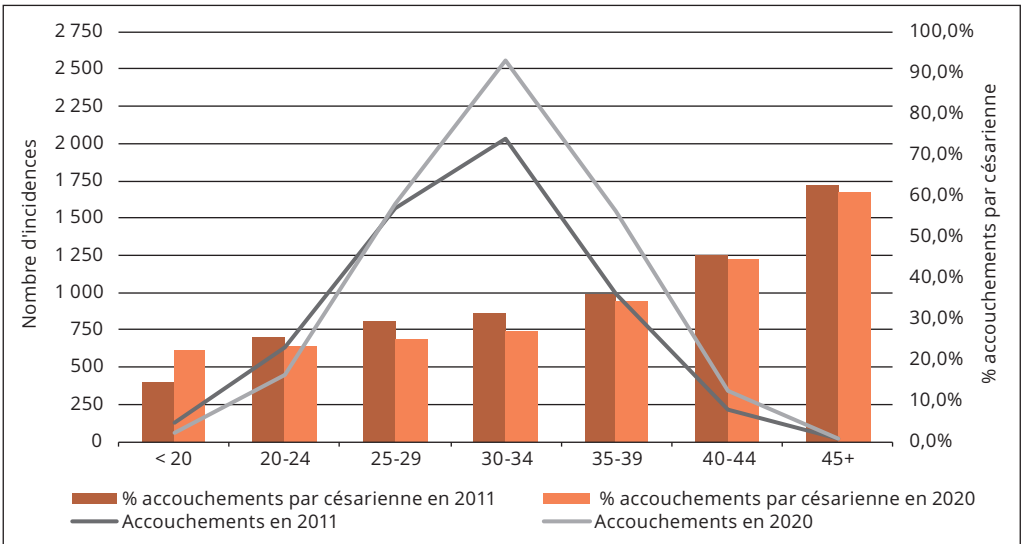
Graphique 36: Le nombre d'accouchements par césarienne et du nombre d'accouchements normaux en 2011 et 2020



Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le graphique 37 indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements des femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2011 et 2020.

Graphique 37: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2011 et 2020



Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le nombre d'accouchement diminue chez les adolescentes et augmente chez les femmes âgées de plus de 30 ans.

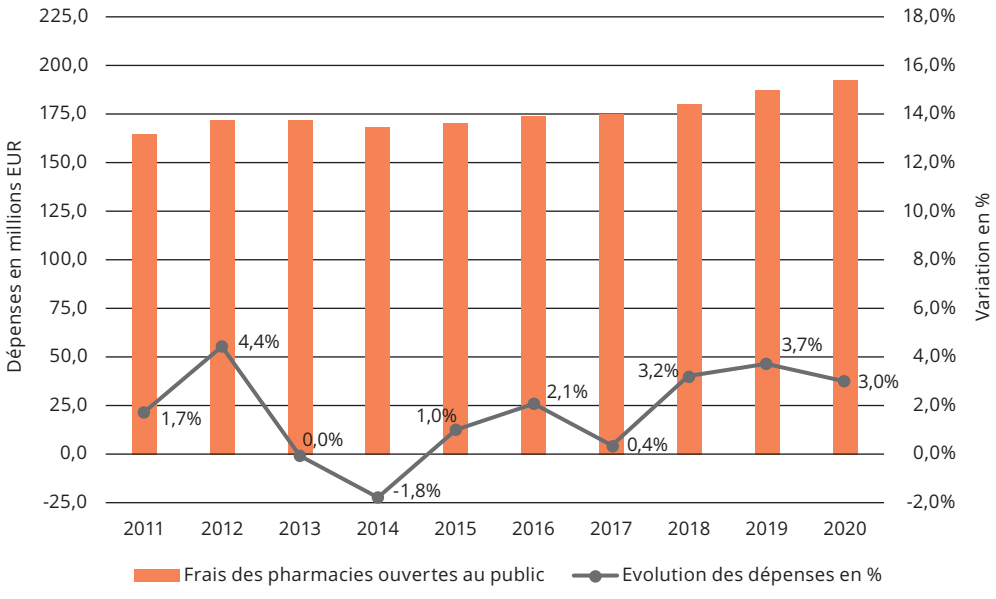
2.1.5. Les médicaments

Encadré méthodologique

Les données statistiques sur les médicaments se réfèrent uniquement aux médicaments prescrits par un médecin et remboursés par la CNS selon les taux définis par ses statuts. Les médicaments non prescrits sont donc exclus. De plus, les données ne concernent que les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier (y inclus les médicaments à délivrance hospitalière).

Les prix de vente au public des médicaments au Luxembourg sont légalement liés aux prix de vente applicables dans leur pays de provenance. La grande majorité des médicaments du marché luxembourgeois est de provenance belge. Or, la base légale belge contraint l'industrie pharmaceutique de revoir régulièrement à la baisse les prix de vente au public sous peine de perdre les conditions de remboursement de l'assurance maladie ce qui explique, par ricochet, la stabilité des dépenses relatives aux médicaments.

Graphique 38: Évolution des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public [ab]

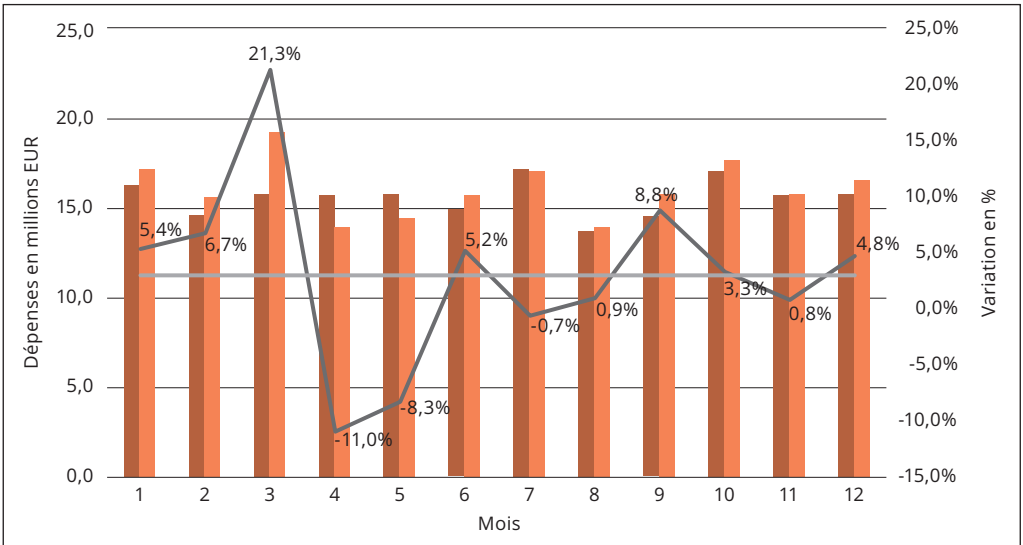


a. Données établies selon la date de la prestation.
b. Les médicaments à délivrance hospitalière sont exclus.
Source : CNS.

En 2020, les dépenses en remboursements de médicaments vendus par les pharmacies ouvertes au public s'élèvent à 192,7 millions EUR, soit une augmentation de 3,0% par rapport à 2019. Cette augmentation s'explique entre autres par l'inscription de nouveaux médicaments sur la liste positive allant de pair avec un accroissement des options thérapeutiques dans les domaines des traitements médicamenteux des cancers et des maladies auto-immunes. L'évolution de ces dépenses tient également compte de l'introduction de la blistérisation à partir du mois de mai 2020. De plus, la consommation de

médicaments utilisés dans le cadre des traitements symptomatiques des états grippaux ou des symptômes légers de la COVID-19 a augmenté. Néanmoins, cet impact financier est faible.

Graphique 39: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public [a b c]



a. Données établies selon la date de la prestation.
b. Les médicaments à délivrance hospitalière sont exclus.
Source : CNS.

L'analyse du graphique ci-dessus montre une augmentation de 21,3% des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public au mois de mars 2020, suivi par une baisse de 11,0% respectivement de 8,3% en avril et en mai. Cet effet est causé par une activité accrue au mois de mars 2020 due au nombre plus élevé d'ordonnances établies pour les traitements chroniques visant ainsi à couvrir les besoins pour les mois à venir. À l'exception du mois de juillet (-0,7%), les dépenses augmentent de nouveau pour les autres mois de l'année 2020.

Le tableau suivant présente les quatre groupes ATC les plus pris en charge par la CNS et représentant 62% du montant net total.

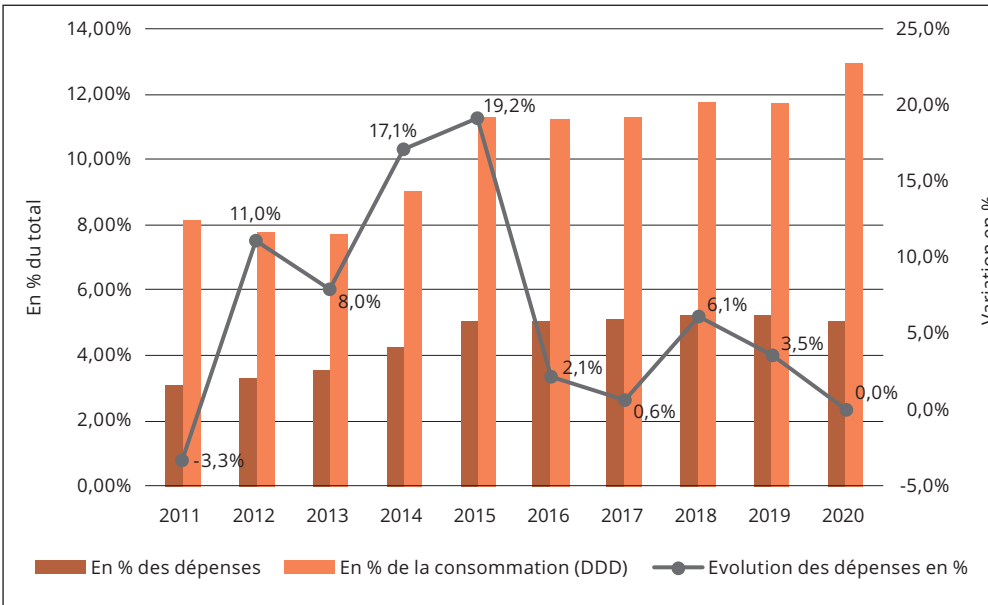
Tableau 16: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2020 [a]

Code ATC 1er niveau	Montant net total %	Variation 2019/2020
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	18%	4%
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	18%	7%
Système nerveux central	13%	3%
Système cardio-vasculaire	13%	2%

a. Concerne uniquement les médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public.
Source : Décompte CNS.

Dans un souci de gérer les dépenses relatives aux médicaments de manière efficace, la prescription des médicaments génériques est promue par le Ministère de la Santé. De plus, le pharmacien a, depuis avril 2014, le droit de substitution de médicaments sous condition qu'ils aient la même forme pharmaceutique et la même composition qualitative et quantitative en principe actif (article 22bis du CSS).

Graphique 40: Part des médicaments génériques dans l'ensemble des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public



a. Données établies selon la date de la prestation.
Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

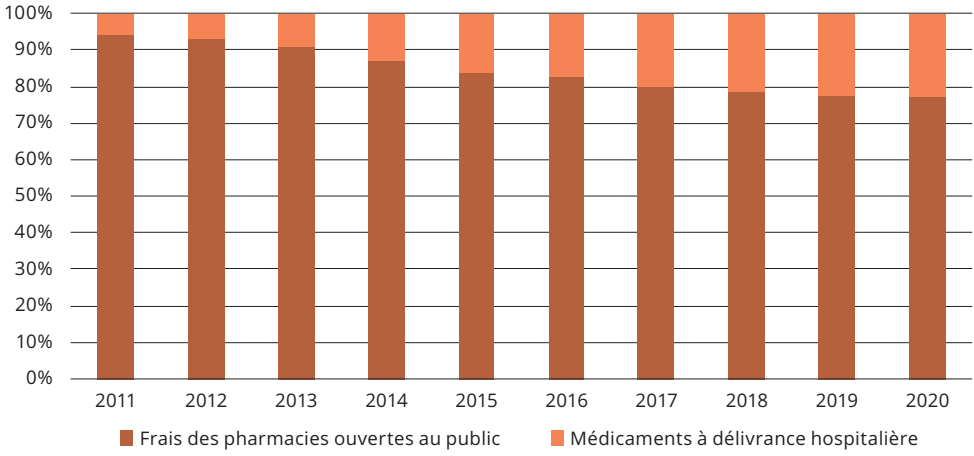
En 2011, la part des dépenses relatives aux médicaments génériques se situe à 3,1% des dépenses totales des médicaments. Avec l'introduction en 2014 du droit de substitution, la prescription des médicaments génériques augmente. En effet les dépenses évoluent de 17,1% en 2014, respectivement de 19,2% en 2015 par rapport à 8,0% en 2013. Leur poids dans les dépenses totales des médicaments passe de 3,6% en 2013 à 5,0% en 2015. Depuis, leurs dépenses évoluent modérément. En effet, en 2020 les dépenses relatives aux médicaments génériques représentent 5,1% des dépenses totales des médicaments.

Une analyse de l'impact de la substitution sur le nombre de « Daily Defined Doses » (DDD) consommées [14] entre 2013 et 2015 montre une augmentation de 20,8% en 2014, respectivement de 29,0% en 2015 par rapport à 4,1% en 2013. Leur part passe de 7,7% en 2013 à 11,3% de l'ensemble des DDD consommés en 2015. En 2020 cette part s'élève dorénavant à 13,0%.

Les médicaments à délivrance hospitalière (médicaments délivrés par les pharmacies des hôpitaux à des patients en ambulatoire p.ex. dans le cadre de traitements anti-cancéreux) s'élèvent à 56,2 millions EUR en 2020.

14. La DDD est la dose d'entretien journalière moyenne pour un médicament utilisé pour son principe actif chez un adulte.

Graphique 41: Évolution des dépenses totales relatives aux médicaments



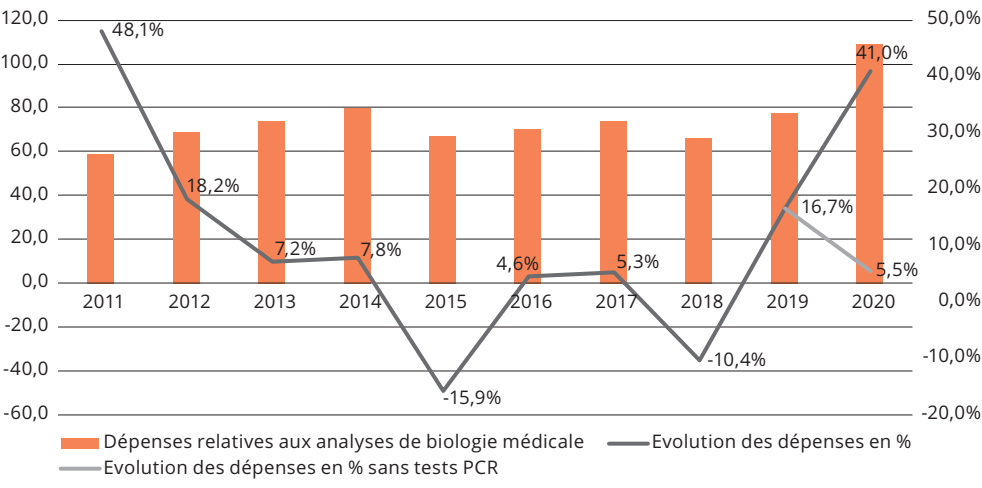
a. Données établies selon la date de la prestation.
Source : CNS.

Les dépenses totales relatives aux médicaments affichent 248,9 millions EUR en 2020, dont 22,6% concernent les dépenses pour les médicaments à délivrance hospitalière contre 5,9% en 2011. Cette évolution s'explique par la prise en charge de nouveaux traitements médicamenteux coûteux comme par exemple contre l'hépatite C, l'immunothérapie, la chimiothérapie, etc.

2.1.6. Les analyses de biologie médicale

Le graphique suivant illustre l'évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale réalisées en dehors du milieu hospitalier au cours des dix dernières années.

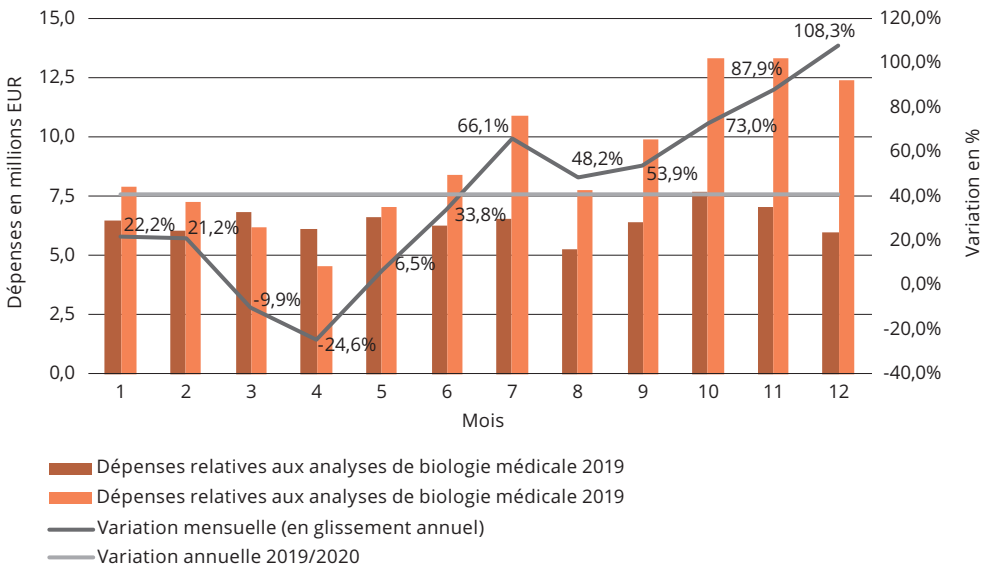
Graphique 42: Évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale [a]



a. Données établies selon la date de la prestation.
Source : CNS.

Après une croissance de 16,7% en 2019, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale continuent à augmenter considérablement en 2020 (+41,0%). Cette hausse est essentiellement due à l'activité-clé des laboratoires privés liée au dépistage de la COVID-19[15]. Dans ce contexte, l'assurance maladie-maternité ne prend en charge que les analyses effectuées sur base d'une ordonnance médicale pour un diagnostic. Le coût lié à ces analyses s'élève à 27,5 millions EUR pour 2020 [16]. L'augmentation supplémentaire de 5,0% de la valeur de la lettre clé à partir du 1er mai 2019 introduite par la loi du 26 avril 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2019 impacte également l'évolution des dépenses de l'ordre de 1,6%. En faisant abstraction des dépenses liées à la réalisation des tests PCR et des frottis y associés, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale auraient augmenté de 5,5% en 2020.

Graphique 43: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale [a]



a. Données établies selon la date de la prestation.
Source : CNS.

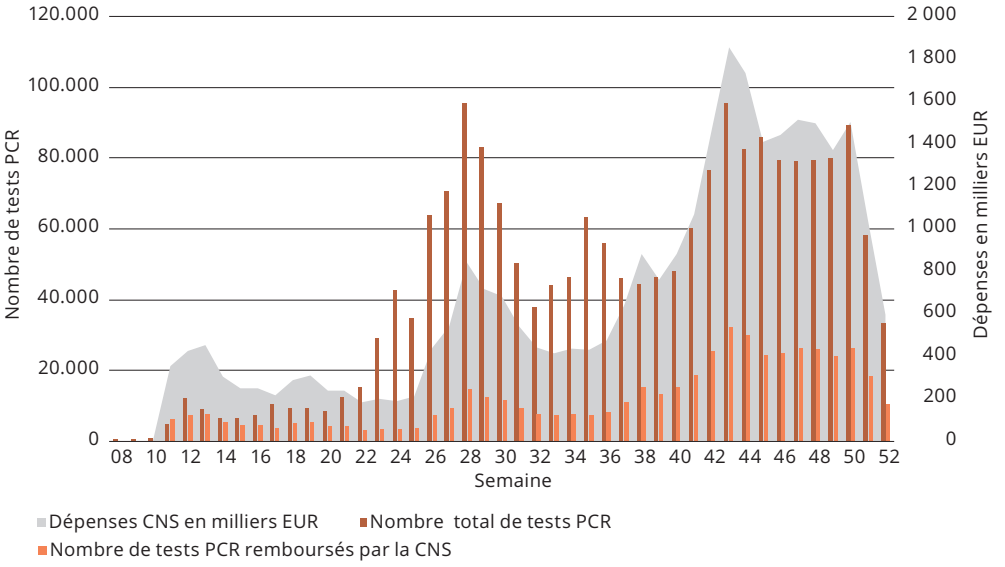
Les mois de mars et avril se caractérisent par une baisse des dépenses liée à la décision du Gouvernement de réduire dès le 18 mars 2020 l'activité des cabinets médicaux aux problèmes de santé les plus sévères et/ou les plus urgents, ce qui a eu un impact direct sur l'activité des laboratoires. Dès le mois de mai, les dépenses croissent de manière importante ce qui est due à l'activité-clé des laboratoires privés liée au dépistage de la COVID-19. La croissance exponentielle des dépenses à partir du mois d'octobre 2020 s'explique par l'augmentation importante des infections à la COVID-19 au cours de cette période.

Finalement, en moyenne annuelle, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale évoluent de 41,0% en 2020. Cette variation se situe bien au-dessus de celle de l'année 2019 (+16,7%).

15. BH860 : Coronavirus COVID-19, amplification d'ARN, y compris détection de l'amplification.
16. BH860 (Coronavirus COVID-19, amplification d'ARN, y compris détection de l'amplification) et BY003 (frotti de la peau et de la muqueuse pour examen microbiologique).

Le graphique suivant montre d'un côté l'évolution hebdomadaire du nombre total de tests PCR réalisés en 2020 et de l'autre côté l'évolution hebdomadaire du nombre de tests PCR réalisés sur ordonnance médicale et remboursés par la CNS et les dépenses y associées en 2020.

Graphique 44: Évolution hebdomadaire du nombre total de tests PCR réalisés, du nombre de tests PCR réalisés sur ordonnance médicale et remboursés par la CNS et des dépenses y relatives en 2020



Source: Direction de la Santé, bases de données de la sécurité sociale, calculs IGSS.

Ce graphique met en évidence la stratégie ambitieuse du Luxembourg pour le dépistage des infections COVID-19 à large échelle (« Large-scale testing ») mis en place à partir du 27 mai 2020. Le Luxembourg est ainsi le pays européen disposant des capacités à tester les plus élevés [17].

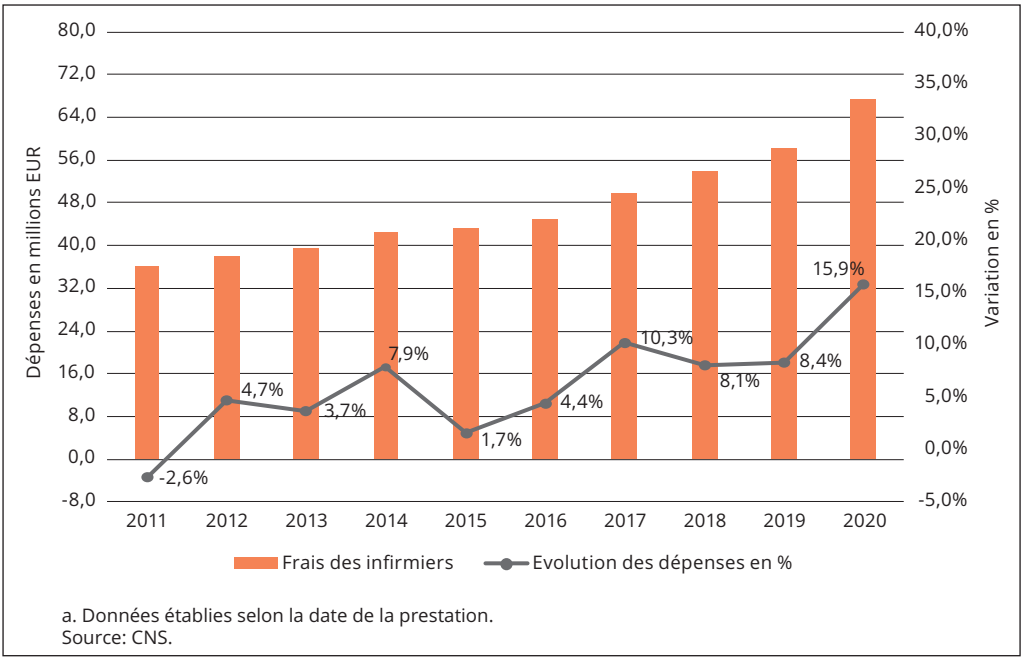
De l'autre côté, il faut également noter que 26% des tests PCR réalisés en 2020 sont réalisés sur ordonnance médicale pour un diagnostic et sont donc remboursés par la CNS. Le montant ainsi à charge de l'assurance maladie-maternité se chiffre à quelques 28,0 millions EUR.

17. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/luxembourg-country-health-profile-2021

2.1.7. Les soins infirmiers

Le graphique suivant illustre l'évolution des dépenses relatives aux soins infirmiers au cours des dix dernières années.

Graphique 45: Évolution des dépenses pour soins infirmiers [a]

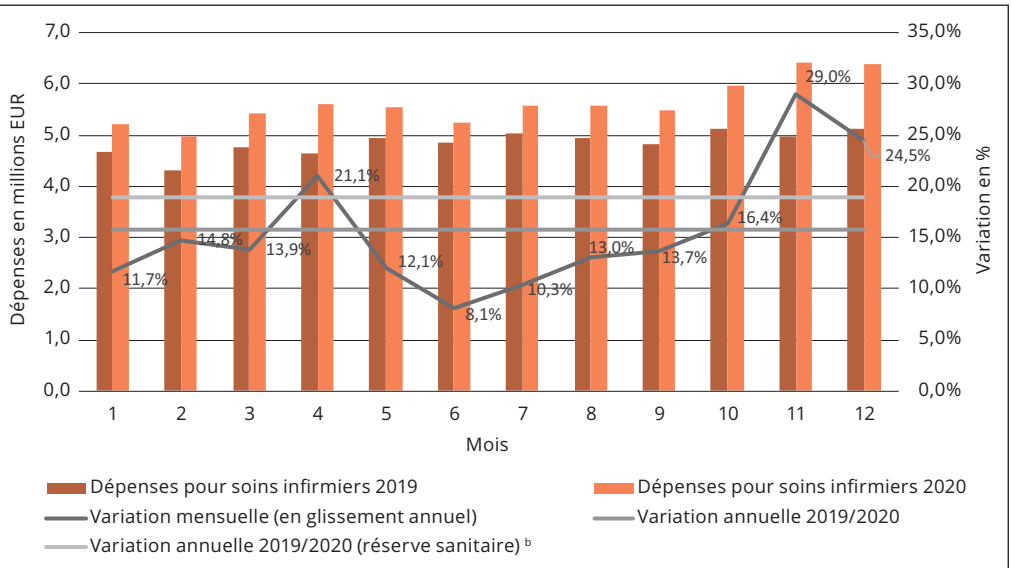


a. Données établies selon la date de la prestation.
Source: CNS.

Les dépenses pour soins infirmiers s'élèvent à 67,4 millions EUR en 2020, ce qui représente une augmentation de 15,9% par rapport à 2019. Les facteurs principaux qui influencent l'évolution des dépenses pour 2020 sont la variation de l'échelle mobile des salaires de 2,5%, l'augmentation de l'activité « normale », les mesures de la lutte contre la COVID-19 et l'augmentation ad hoc additionnelle et temporaire de la valeur de la lettre-clé de 1,75% pour la période du 1er mai 2019 jusqu'au 31 décembre 2020 [18]. Dans le cadre de la prise en charge des patients COVID-19 et de la réorganisation du système de santé le surcoût des forfaits horaires infirmiers se situe à 3,1 millions EUR pour 2020.

18. Art. 33 de la loi du 26 avril 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2019.

Graphique 46: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des dépenses relatives aux soins infirmiers [a]



a. Données établies selon la date de la prestation.
b. A titre comparatif y inclus la participation à la réserve sanitaire. Les infirmiers ont eu la possibilité de travailler comme employés d'Etat à durée déterminée à raison de 16 heures par semaine dans la réserve sanitaire.
Source : CNS.

L'analyse de la variation des dépenses pour soins infirmiers de 2020 par rapport au même mois de l'année 2019 met en évidence des taux de variation élevés sur toute cette période. L'augmentation des dépenses pour le mois d'avril s'explique notamment par l'introduction d'un forfait journalier pour la prise en charge des patients COVID-19 vivant dans un établissement d'aides et de soins à partir du 16 mars 2020. La hausse importante observée depuis octobre 2020 est en lien avec l'évolution exponentielle des infections à la COVID-19 sur cette période.

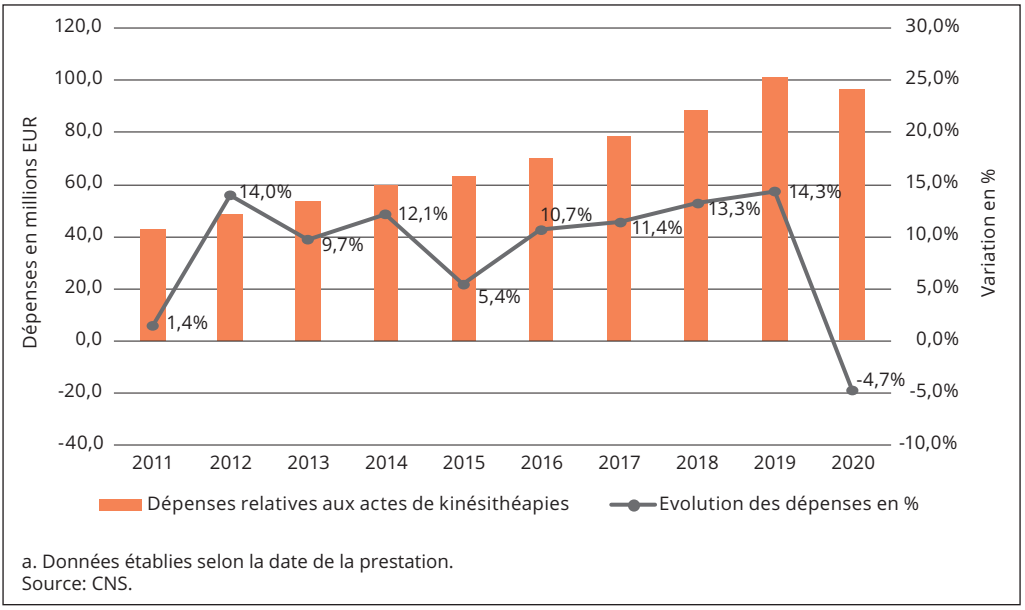
De manière générale, l'évolution des dépenses pour les soins infirmiers s'élève à 15,8% en moyenne annuelle en 2020, comparée à 8,4% en 2019.

Entre le 16 mars et le 4 mai 2020, période au cours de laquelle l'activité en cabinet libéral était réduite aux problèmes de santé sévères et/ou urgents, les infirmiers ont eu la possibilité de travailler comme employés d'État à durée déterminée à raison de 16 heures par semaine dans la réserve sanitaire. En ajoutant ces compensations aux dépenses pour soins infirmiers à charge de l'assurance maladie-maternité, alors le taux de croissance de ces dépenses passe à 18,9% en 2020.

2.1.8. Les soins de kinésithérapie

Le graphique suivant illustre l'évolution des dépenses relatives aux soins de kinésithérapie au cours des dix dernières années.

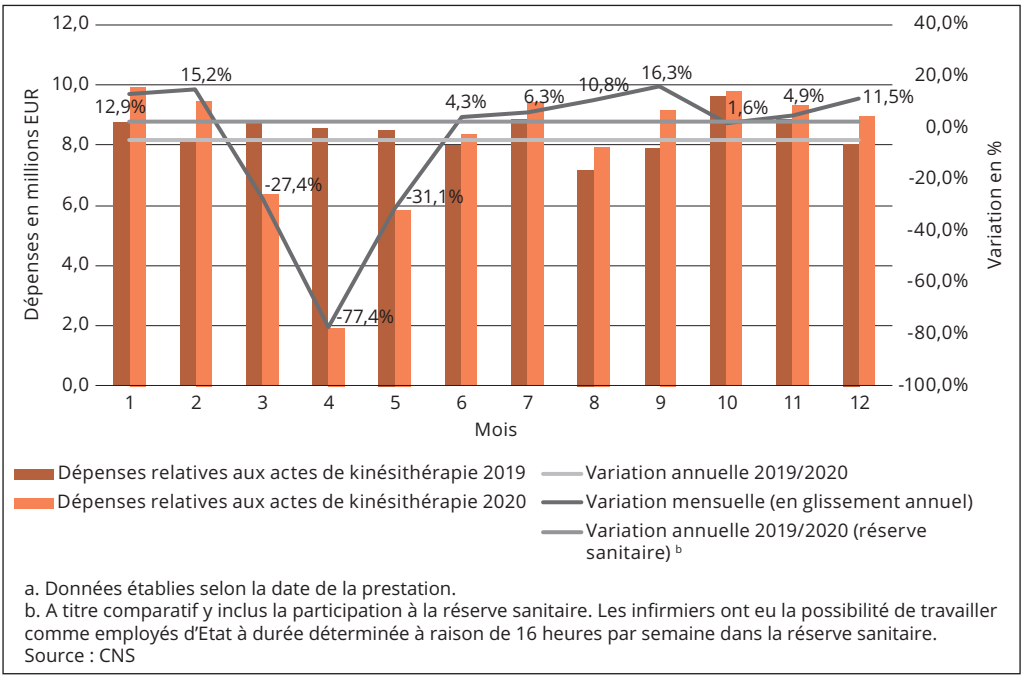
Graphique 47: Évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie [a]



a. Données établies selon la date de la prestation.
Source: CNS.

En 2020, les dépenses pour les soins de kinésithérapie évoluent de -4,7%. Cette baisse des dépenses s'explique notamment par la moins-value estimée à 13 millions EUR due à une réduction de l'activité lors de la crise sanitaire COVID-19 et de la variation de l'échelle mobile des salaires de 2,5%.

Graphique 48: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie [a]



a. Données établies selon la date de la prestation.
b. A titre comparatif y inclus la participation à la réserve sanitaire. Les infirmiers ont eu la possibilité de travailler comme employés d'Etat à durée déterminée à raison de 16 heures par semaine dans la réserve sanitaire.
Source : CNS

Le graphique ci-dessus montre une chute importante des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie pendant les mois de mars à mai 2020. Cette évolution est liée à la réduction de l'activité dans les cabinets aux problèmes de santé sévères et/ou urgents entre le16 mars au 4 mai 2020. La reprise de l'activité a lieu dès lors, mais la population assurée hésite encore à se déplacer chez le kinésithérapeute. Les mois août et septembre affichent de nouveau des taux de progression similaires à ceux observés avant la crise sanitaire. A partir du mois d'octobre par contre, suite à l'augmentation importante des infections à la COVID-19, l'activité des kinésithérapeutes ralentit une fois de plus. En fin de compte, la moyenne annuelle montre une baisse de 4,7% en 2020, comparée à une hausse de 14,3% en 2019.

Or, il faut également noter que, lors du confinement, les kinésithérapeutes ont eu la possibilité de travailler comme employés d'État à durée déterminée à raison de 16 heures par semaine dans la réserve sanitaire. En ajoutant ces compensations aux dépenses pour soins de kinésithérapie à charge de l'assurance maladie-maternité, alors le taux de croissance de ces dépenses passe à 2,5% en 2020.

2.1.9. Les autres soins de santé

Le tableau qui suit présente l'évolution des soins des sages-femmes, des orthophonistes et psychomotriciens, mais également des dispositifs médicaux, des soins palliatifs (à partir de 2017) et des autres soins de santé. Parmi ces autres soins de santé figurent les frais de voyage, les soins prestés dans les foyers psychiatriques, les cures et la médecine préventive, les indemnités funéraires et diverses autres prestations.

Tableau 17: Évolution des dépenses pour les autres soins de santé de 2011 à 2020 (en milliers EUR)

Type de prestation	2011	2015	2020	Variation 2019/2020	Variation 2011/2020
Dispositifs médicaux	36,0	44,4	52,4	2,1%	45,5%
Soins des sages-femmes	0,5	0,8	2,2	23,4%	325,4%
Psychomotriciens	1,1	1,4	1,3	-16,4%	25,9%
Orthophonie	1,3	2,1	2,3	-13,9%	73,6%
Diététiciens			1,0	78,3%	
Soins palliatifs			12,7	29,9%	
Autres soins de santé	32,0	34,7	39,6	-4,8%	23,7%
TOTAL	**71,0**	**83,5**	**111,6**	**2,0%**	**57,2%**

Source : CNS.

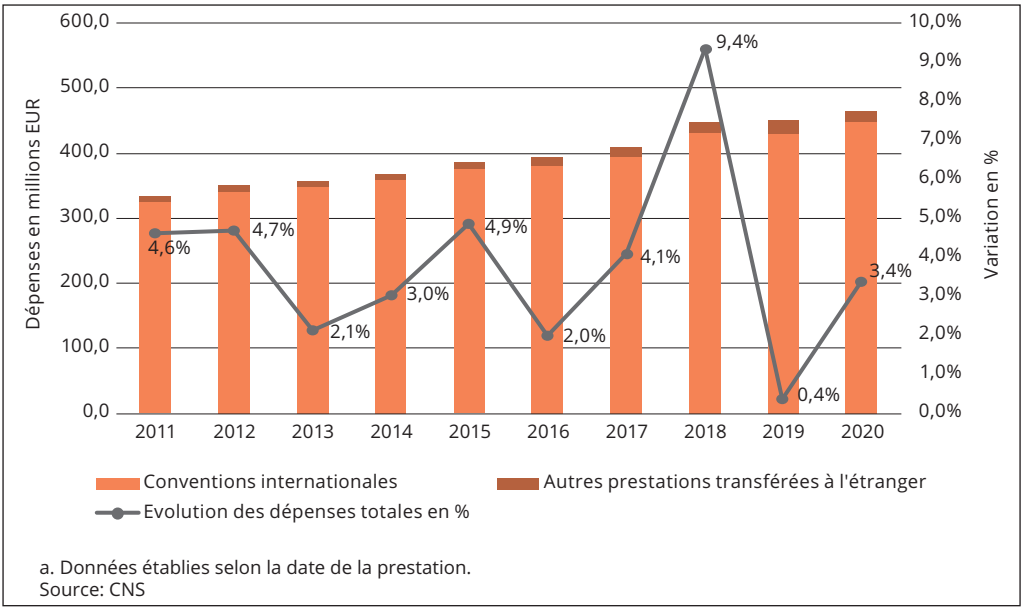
En 2020, les dépenses pour les autres soins de santé augmentent de 2,0% par rapport à 2019. Cette faible variation de 2020 s'explique par l'impact de la crise sanitaire liée à la COVID-19. Les prestations des psychomotriciens et orthophonistes affichent une baisse des dépenses de plus de 14,0% et les cures une diminution encore plus remarquable de 37,1% sur cette même année. De l'autre côté, les dépenses pour soins palliatifs évoluent de 29,9% et celles des sages-femmes de 23,4 % [19].

19. Introduction de la téléconsultation dans le cadre de l'épidémie COVID-19.

2.2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER

Les prestations à l'étranger distinguent entre la prise en charge des soins de santé des assurés non-résidents dans leur pays de résidence, dites conventions internationales, (96,3% des dépenses totales en 2020) et les autres prestations, notamment planifiées ou non, des assurés résidents à l'étranger (3,7% des dépenses totales en 2020).

Graphique 49: Évolution des dépenses pour prestations à l'étranger [a]



a. Données établies selon la date de la prestation.
Source: CNS

Les dépenses pour les prestations à l'étranger se chiffrent à 464,5 millions EUR en 2020. Leur taux de croissance de 3,4% par rapport à 2019 est notamment dû à une augmentation de 3,9% des dépenses provenant des assurés non-résidents.

Tableau 18: Évolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger [a] entre 2018 et 2020

	2018		2019		2020			
	Nombre d'autorisations	En % du total	Nombre d'autorisations	En % du total	Nombre d'autorisations	En % du total	Variation 2017/2018	Variation 2018/2019
Accordé	12 551	84,7%	11 823	82,3%	9 689	82,3%	-5,8%	-18,0%
En instance	1 782	12,0%	1 774	12,3%	1 360	12,3%	-0,4%	-23,3%
Refusé	488	3,3%	774	5,4%	1 061	5,4%	58,6%	37,1%
TOTAL	**14 821**	**100,0%**	**14 371**	**100,0%**	**12 110**	**100,0%**	**-3,0%**	**-15,7%**
	Nombre de patients		**Nombre de patients**		**Nombre de patients**			
Accordé	7 424		6 889		5 957		-7,2%	-13,5%
En instance	1 513		1 481		1 220		-2,1%	-17,6%
Refusé	432		700		953		62,0%	36,1%
TOTAL	**8 929**		**8 522**		**7 466**		**-4,6%**	**-12,4%**

a. Il n'est pas possible de séparer les personnes ayant reçu une autorisation pour un examen ou un traitement à l'étranger et celles qui ont vraiment profité de cette autorisation.

Source : CNS, calcul IGSS.

En 2020, 12 110 demandes d'autorisation dans le cadre du règlement CEE 883/2004 ont été reçues par la CNS. Ces demandes ont été introduites par 7 466 patients. La plupart des demandes concernent des traitements stationnaires et des consultations ou examens. Dans 80,0% des cas, la demande d'autorisation a été accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), 8,8% des demandes ont été refusées et 11,2% des cas sont encore en instance.

Comparé à l'année précédente, le nombre total des demandes d'autorisation a diminué de 15,7% : plus de demandes ont été refusées (+37,1%) et moins de demandes ont été acceptées (-18,0%).

La très grande majorité (92,5%) des demandes de transferts est destinée aux trois pays limitrophes (Allemagne, Belgique, France). Plus de la moitié des autorisations est accordée pour l'Allemagne (53,7%) et 28,4% pour la Belgique. Cependant, les chiffres présentés ne donnent pas d'indication sur les traitements effectivement obtenus.

Tableau 19: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays fournisseur en 2020 [a]

Pays fournisseur	Nombre d'autorisations				Nombre de patients				Répartition par pays des autorisations accordées	Répartition par pays du total des autorisations
	Accordé	En instance	Refusé	Total	Accordé	En instance	Refusé	Total		
Allemagne	5 200	732	451	6 383	3 157	670	395	3 939	53,7%	52,7%
Belgique	2 756	248	316	3 320	1 713	223	292	2 051	28,4%	27,4%
France	1 178	181	141	1 500	748	157	129	952	12,2%	12,4%
Suisse	115	22	16	153	78	15	15	100	1,2%	1,3%
Italie	60	21	25	106	44	19	22	80	0,6%	0,9%
Portugal	138	54	33	225	98	46	31	151	1,4%	1,9%
Pays-Bas	124	20	11	155	102	20	10	124	1,3%	1,3%
Autres pays	118	82	68	268	100	76	61	68	1,2%	2,2%
TOTAL	**9 689**	**1 360**	**1 061**	**12 110**	**5 957**	**1 220**	**953**	**7 466**	**100,0%**	**100,0%**

a. Il n'est pas possible de séparer les personnes ayant reçu une autorisation pour un examen ou un traitement à l'étranger et celles qui ont vraiment profité de cette autorisation.

Source : CNS, calcul IGSS.

3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

3.1. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE

La CNS procède à la liquidation des prestations en espèces de maladie pour les périodes de maladie dépassant le cadre légal d'intervention patronale. Pour les périodes de maladie intervenant au cours de la période de conservation légale de la rémunération, les prestations en espèces sont, dans un premier temps, avancées par les employeurs. Ces derniers sont ensuite remboursés, à concurrence de 80% des rémunérations payées à leurs salariés, par la Mutualité des Employeurs.

Tableau 20: Évolution des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)

	2018	2019	2020
Prestations à charge de la CNS	**148,4**	**203**	**341,3**
Variation annuelle en %	*13,4%*	*36,8%*	*68,1%*
dont Indemnités pécuniaires proprement dites	132,7	185,9	326,3
dont Indemnités pendant périodes d'essais	15,5	16,8	14,8
dont Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,24	0,3	0,2
Majoration du taux de cotisation pour prestations en espèces	*0,50%*	*0,50%*	*0,50%*
Prestations à charge de la Mutualité des Employeurs	**435,8**	**444,5**	**417,4**
Variation annuelle en %	*12,1%*	*2,0%*	*-6,1%*

Source : CNS, Mutualité des Employeurs.

L'année 2020 est caractérisée par une augmentation importante des prestations en espèces à charge de la CNS et d'une diminution des prestations en espèces à charge de la Mutualité des Employeurs. Les prestations en espèces à charge de la CNS s'établissent à 341,3 millions EUR en 2020 et sont ainsi de 68,1% plus élevées qu'en 2019. Cette évolution est liée aux mesures COVID-19 des indemnités pécuniaires de maladie, du gel du compteur pour le calcul des 78 semaines d'incapacité de travail et du congé pour soutien familial. Les prestations en espèces à charge de la Mutualité s'établissent, quant à elles, à 417,4 millions EUR en 2020, contre 444,5 millions EUR l'année passée (-6,1%).

3.2. L'ANALYSE DE L'ABSENTÉISME POUR CAUSE DE MALADIE

Encadré méthodologique

1. Champ étudié

Absences pour cause de maladie des salariés de statut privé. Ne sont donc pas considérées les absences des indépendants ainsi que celles des salariés qui ont droit à la continuation illimitée de la rémunération et qui, partant, ne bénéficient pas de l'indemnité pécuniaire versée par la Caisse nationale de santé (fonctionnaires, employés et ouvriers de l'État, fonctionnaires et employés communaux).

2. Source

Périodes d'incapacité de travail transmises à la CNS par les assurés et périodes communiquées mensuellement par les employeurs au Centre commun de la sécurité sociale.

3. Définitions

Taux d'absentéisme

Pour un groupe d'individus donné et pour une période donnée, le taux d'absentéisme est défini par le rapport entre le nombre total de jours civils de maladie de tous les individus et le nombre total de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.

Taux d'absentéisme de courte et de longue durée

Le taux d'absentéisme de courte durée correspond au nombre de jours civils d'absence, issus des absences de 21 jours ou moins, rapporté au nombre de jours civils d'occupation.

Le taux d'absentéisme de longue durée correspond au nombre de jours civils d'absence, issus des absences de plus de 21 jours, rapporté au nombre de jours civils d'occupation.

Épisode de maladie

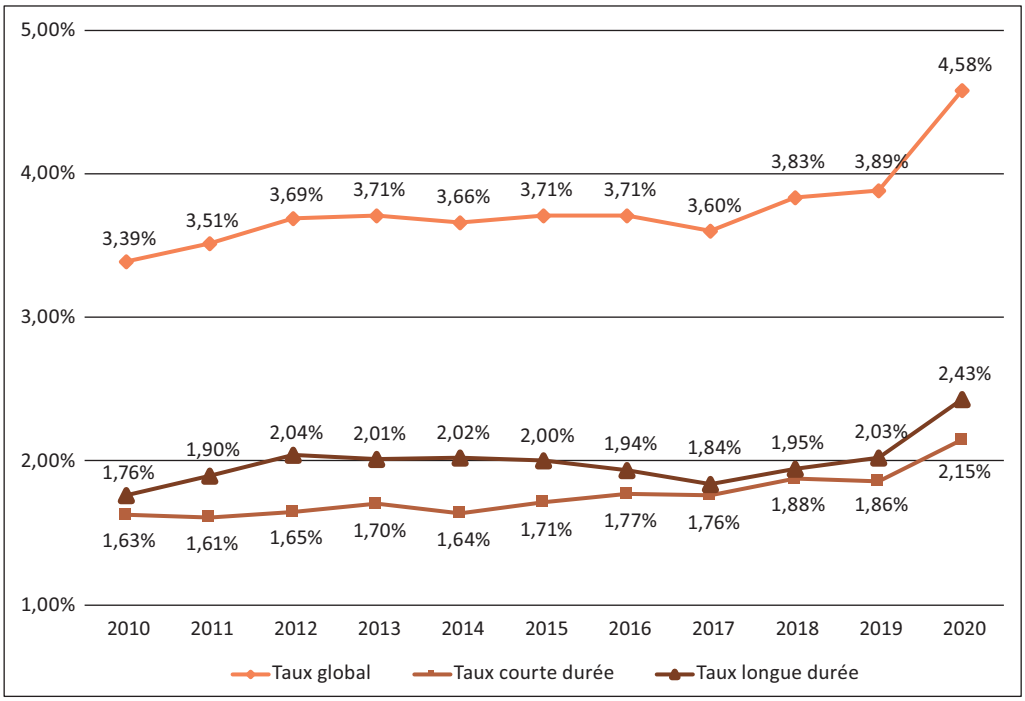
Un épisode de maladie est une période constituée de jours civils d'absence pour cause de maladie consécutifs et relevant d'une même raison médicale.

Désormais le taux d'absentéisme de longue durée correspond au nombre de jours d'absence, issus des absences de plus de 21 jours, rapporté au nombre de jours d'occupation.

3.2.1. Évolution récente du taux d'absentéisme

La crise sanitaire causée par la pandémie de la COVID-19 a provoqué une augmentation inédite du taux d'absentéisme (nombre de jours d'absence rapporté au nombre de jours d'occupation) qui est passé de 3,88% en 2019 à 4,58% en 2020 (+17,8%). L'ampleur de cette augmentation se retrouve aussi bien dans l'évolution du taux de courte durée (absences de moins de 21 jours) (+15,6%) que dans celle du taux de longue durée (+19,9%) (graphique 50).

Graphique 50: Évolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2010



Remarque : Au cours de l'année 2020, l'IGSS a procédé à d'importantes opérations de maintenance sur la base de données dont sont extraits les chiffres de l'absentéisme. Aussi, les données historiques présentées dans ce rapport peuvent présenter quelques différences par rapport à celles reprises dans les rapports précédents (encadré 1).

Derrière cette augmentation de l'absentéisme se cachent cependant une multitude de facteurs qui ont agi dans des sens différents et qui rendent, de ce fait, la lecture des données particulièrement complexe. Parmi les principaux facteurs figurent ceux qui relèvent directement de la maladie induite par le coronavirus (mesures de quarantaine et d'isolement, symptômes de la maladie, gestes barrières, incertitudes sur l'évolution de la pandémie etc.) ainsi que les mesures mises en œuvre par le Gouvernement en vue de contrer la propagation du virus (mesures de chômage partiel, congé pour raisons familiales (CPRF) et généralisation du télétravail).

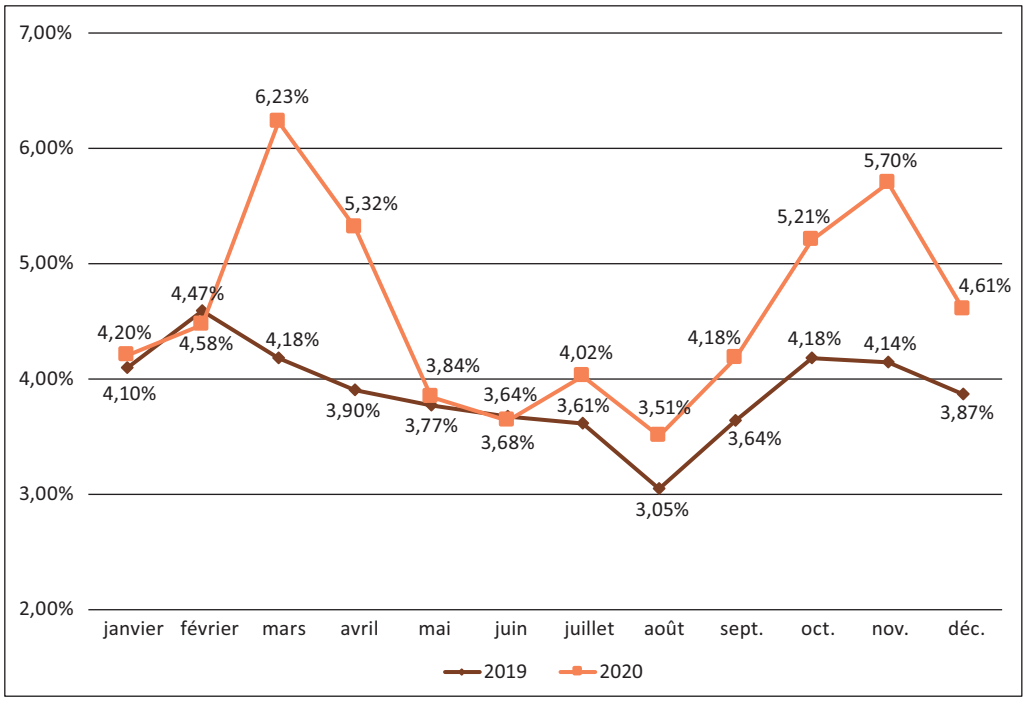
De manière plus précise, le fait que cette augmentation résulte quasi exclusivement d'une hausse de la durée moyenne des épisodes d'absence suggère que le rôle joué par les mesures de quarantaine et d'isolement, à travers les durées décrétées par les autorités de santé (jusqu'à 14 jours au début de la crise), a été majeur (tableau 21).

Tableau 21: Décomposition de la progression du taux d'absentéisme entre 2019 et 2020

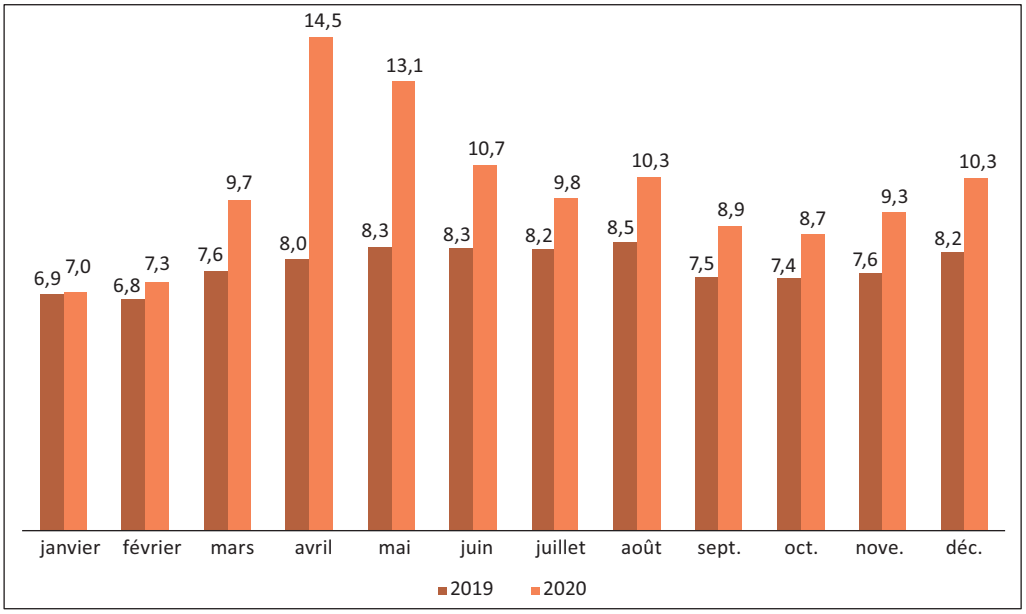
	2019	2020	Variation
Durée moyenne des épisodes d'absence	7,55 jours	9,74 jours	+28,9%
Part des salariés absents au cours de l'année	55,8%	56,5%	+1,2%
Nombre moyen d'épisodes par salarié absent	2,93	2,70	-7,9%
Nombre moyen de jours d'occupation par salarié	318 jours	324 jours	+2,0%
Taux d'absentéisme	3,88%	4,58%	+17,8%

L'impact qu'ont eu les mesures de quarantaine et d'isolement peut également s'apprécier à travers l'évolution mensuelle du taux d'absentéisme, caractérisée par deux sommets (6,30% en mars et 5,79% en novembre 2020) suggérant les pics épi-démiologiques des deux premières vagues de l'épidémie, ainsi qu'à travers l'évolution mensuelle du nombre moyen de jours d'absence par personne absente qui fait apparaître pour chacun des mois de l'année 2020 et, plus particulièrement pour le mois d'avril (+82%), des valeurs supérieures à celle observées en 2019 (graphiques 51-53).

Graphique 51: Évolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie pour les années 2019 et 2020

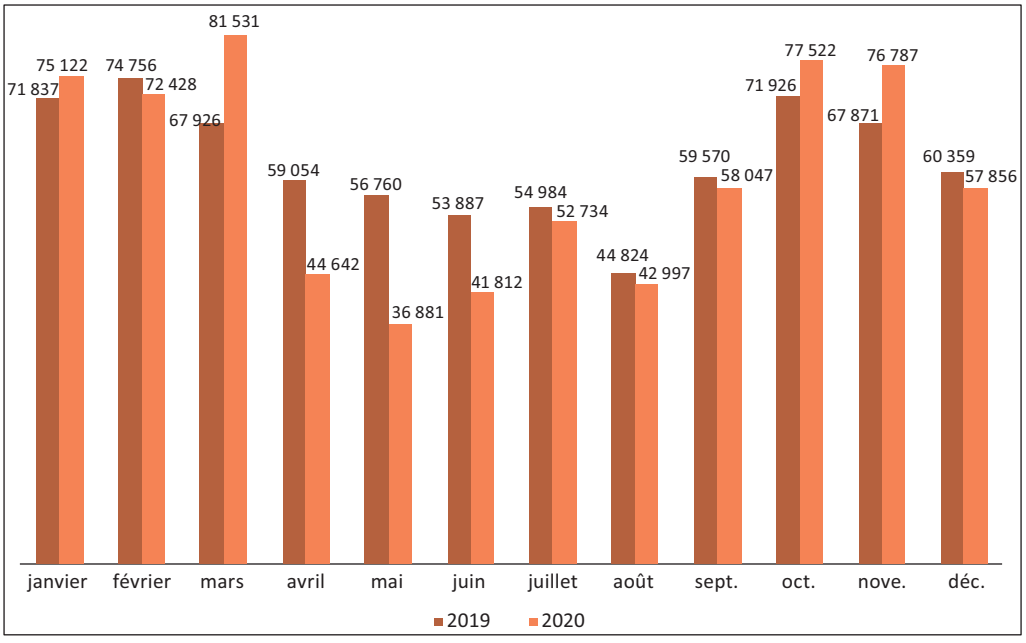


Graphique 52: Évolution mensuelle du nombre moyen de jours d'absence par personne absente pour les années 2019 et 2020



En revanche, l'évolution mensuelle du nombre de personnes absentes fait ressortir les effets qu'ont eu les mesures mises en œuvre par le Gouvernement pour lutter contre la propagation du virus (chômage partiel, télétravail, CPRF) sur le nombre de personnes absentes entre avril et septembre et, plus particulièrement, au cours du mois de mai (-35%) (graphique 53).

Graphique 53: Évolution mensuelle du nombre de personnes absentes pour les années 2019 et 2020



Encadré méthodologique

Encadré 1 - Révision des programmes de production des statistiques sur l'absentéisme et redéfinition d'indicateurs

Depuis l'introduction du statut unique (2009) et dans le cadre des travaux menés par le groupe de haut niveau sur l'absentéisme (constitué des Ministres de la Sécurité Sociale, du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire, ainsi que des Partenaires Sociaux), l'IGSS assure le suivi régulier de l'évolution de l'absentéisme au travail. Ce suivi repose sur une base de données que l'IGSS a développée à partir des déclarations d'absence transmises par les assurés à la Caisse nationale de santé (CNS) ainsi que des périodes d'absence renseignées mensuellement par les employeurs au Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

Dans le cadre d'opérations de maintenance visant l'optimisation et l'automatisation des étapes qui séparent les données de base sur les absences des indicateurs présentés dans ce rapport, l'IGSS a procédé à une reprogrammation complète de sa base de données dédiées aux absences au travail. En parallèle, la notion d'épisode d'absence a été précisée et les définitions des taux d'absentéisme de courte et de longue durée ont été revues :

Épisode d'absence :

Auparavant, la définition d'un épisode de maladie était celle d'une période constituée de jours civils consécutifs d'absence pour cause de maladie. La notion d'épisode intègre désormais la raison médicale de l'absence.

Dorénavant, la définition d'un épisode de maladie est celle d'une période constituée de jours civils consécutifs d'absence pour cause de maladie relevant d'une même raison médicale.

Taux d'absentéisme de courte durée :

Auparavant, le taux d'absentéisme de courte durée correspondait au nombre de jours d'absence situés entre le 1er et le 21ème jour de chaque absence (longue ou courte), rapporté au nombre de jours d'occupation.

Désormais le taux d'absentéisme de courte durée correspond au nombre de jours d'absence, issus des absences de 21 jours ou moins, rapporté au nombre de jours d'occupation.

Taux d'absentéisme de longue durée :

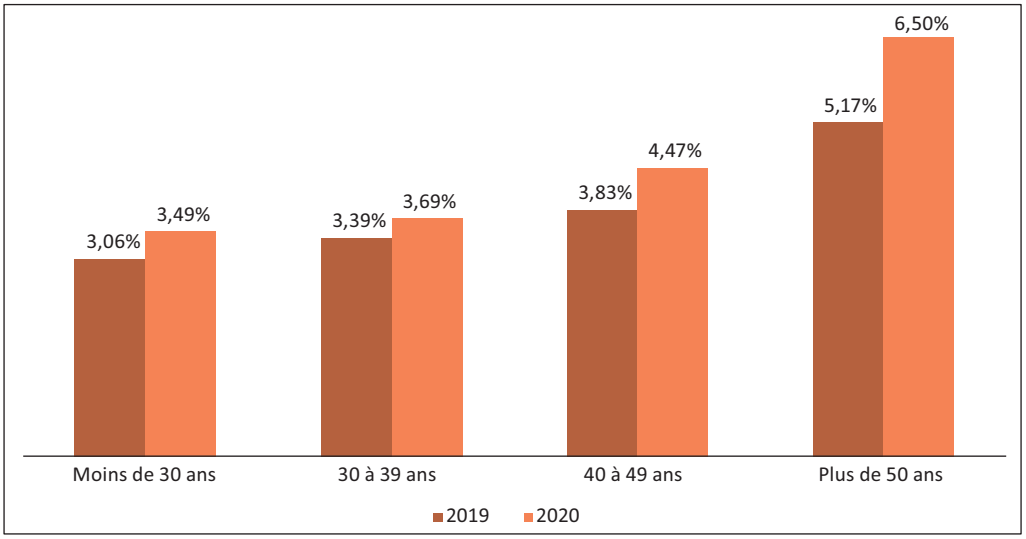
Auparavant, le taux d'absentéisme de longue durée correspondait au nombre de jours d'absence situés entre le 22ème et le dernier jour de chaque absence, rapporté au nombre de jours d'occupation.

Désormais le taux d'absentéisme de longue durée correspond au nombre de jours d'absence, issus des absences de plus de 21 jours, rapporté au nombre de jours d'occupation.

3.2.2. Taux d'absentéisme selon quelques caractéristiques individuelles

L'âge est un facteur aggravant de l'absentéisme. En 2020, le taux d'absentéisme des plus de 50 ans est 1,9 fois plus élevé que celui des moins de 30 ans. Entre 2019 et 2020, le taux d'absentéisme a augmenté dans chaque groupe d'âge de la population, mais pas de façon homogène. En effet, la progression du taux d'absentéisme des plus de 50 ans (+25,7%) a été près de deux fois plus élevée que celle des moins de 50 ans (+13,3%) (graphique 54).

Graphique 54: Taux d'absentéisme selon le groupe d'âge en 2019 et 2020



À côté de l'âge, d'autres caractéristiques individuelles comme la résidence, le genre ou encore le type d'activité font partie des déterminants de l'absentéisme (tableau 22).

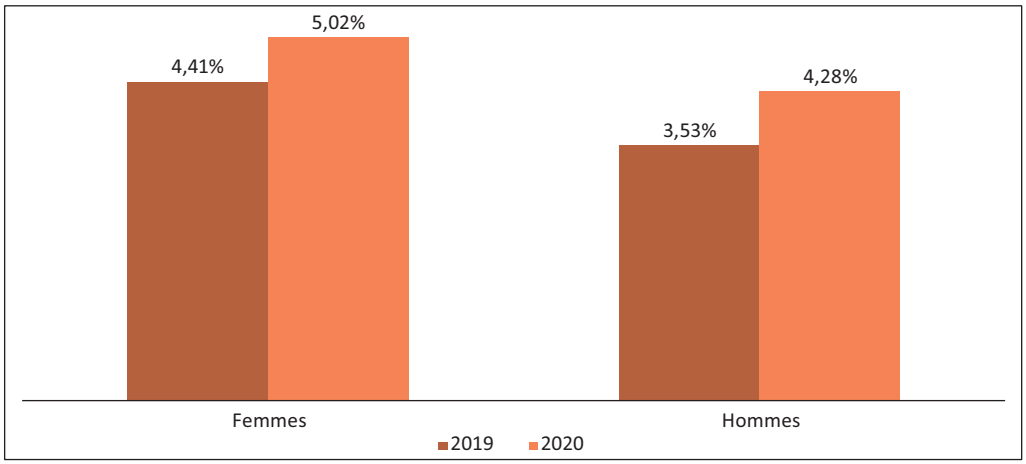
Tableau 22: Taux d'absentéisme 2020 selon la résidence, le sexe et le type d'activité

	Frontaliers			Résidents			Frontaliers et résidents		
	Femmes	**Hommes**	**TOTAL**	**Femmes**	**Hommes**	**TOTAL**	**Femmes**	**Hommes**	**TOTAL**
Salariés exerçant une activité manuelle [a]	7,97%	6,45%	6,77%	6,64%	5,53%	5,94%	7,08%	6,02%	6,33%
Autres salariés	4,81%	3,30%	3,95%	3,77%	2,47%	3,12%	4,26%	2,91%	3,54%
TOTAL	**5,46%**	**4,68%**	**4,96%**	**4,68%**	**3,82%**	**4,21%**	**5,02%**	**4,28%**	**4,58%**

a. L'information sur le caractère manuel de l'activité apparait dans la déclaration d'entrée des salariés introduite par les employeurs auprès du Centre Commun de la Sécurité Sociale.

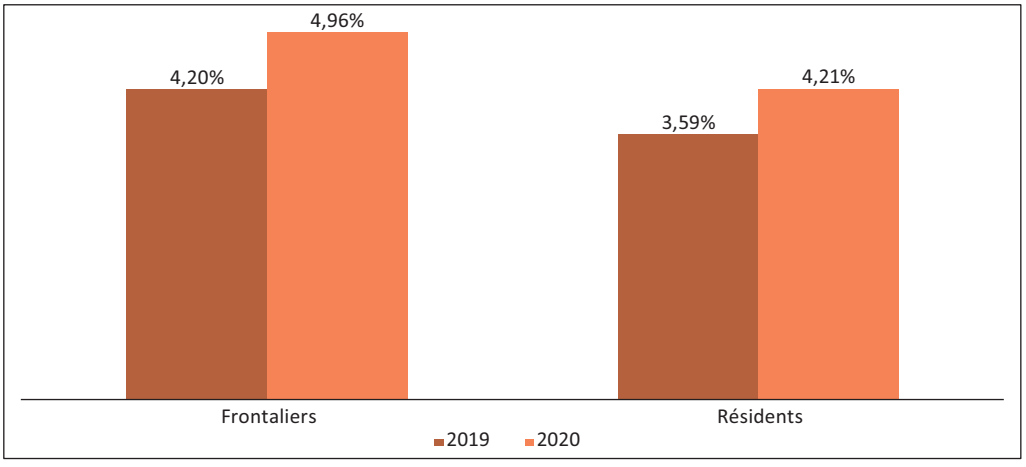
Le taux d'absentéisme des femmes (5,02%) est supérieur à celui des hommes (4,28%). Cet écart est souvent expliqué par certaines spécificités physiologiques des femmes ainsi que par leur implication plus forte dans les tâches familiales. Le taux d'absentéisme des femmes, qui était de 4,41% en 2019, affiche une progression de +13,8%. Le taux d'absentéisme des hommes, qui était de 3,53% en 2019, affiche une progression de +21,2% (graphique 55).

Graphique 55: Taux d'absentéisme selon le sexe en 2019 et 2020



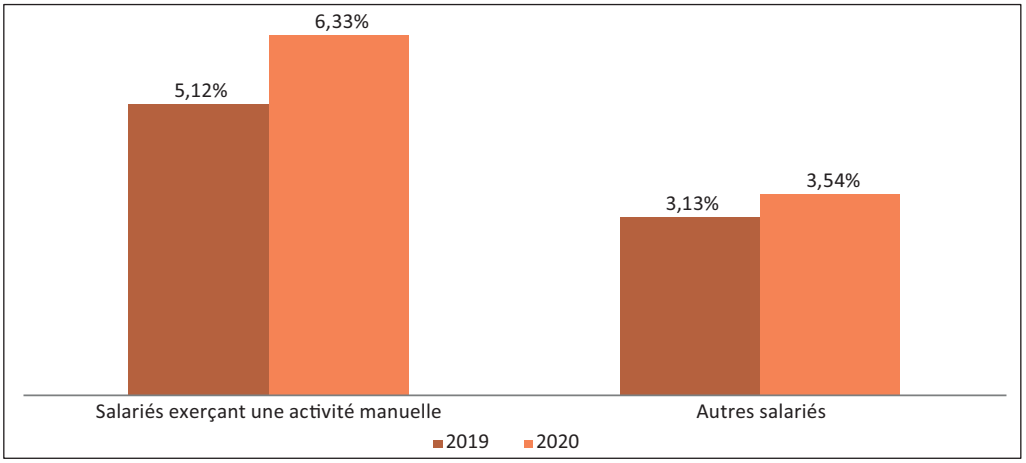
Le taux d'absentéisme des frontaliers (4,96%) est supérieur à celui des résidents (4,21%). Le fait de résider au-delà des frontières est porteur d'un certain nombre de particularités qui peuvent expliquer cet écart. Parmi celles-ci, il y a lieu de mentionner les durées de trajet domicile-travail qui sont majorées et qui peuvent être vues comme une source de fatigue et de stress supplémentaire. Il y a également lieu de supposer l'existence de différences quant aux habitudes des prescripteurs (dans la durée de l'arrêt maladie notamment). Le taux d'absentéisme des frontaliers, qui était de 4,20% en 2019, progresse de +18,1%. Le taux d'absentéisme des résidents, qui était de 3,59% en 2019, affiche une progression de +17,3% (graphique 56).

Graphique 56: Taux d'absentéisme selon la résidence en 2019 et 2020



Le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle (6,33%) est supérieur à celui des autres salariés (3,54%). Cet écart s'explique par la pénibilité du travail manuel par rapport au travail intellectuel. Le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle, qui était de 5,12% en 2019, affiche une progression de +23,6%. Le taux d'absentéisme des autres salariés, qui était de 3,13% en 2019, affiche une progression de +13,1% (graphique 57).

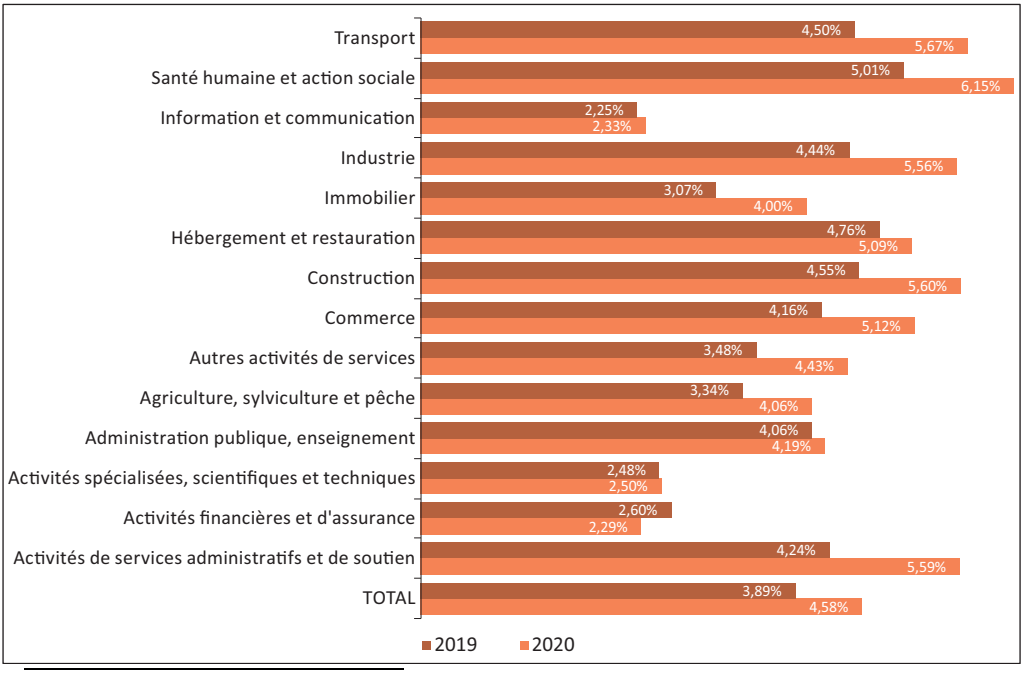
Graphique 57: Taux d'absentéisme selon le statut socioprofessionnel en 2019 et 2020



3.2.3. Analyse sectorielle

Le taux d'absentéisme varie fortement d'un secteur d'activité à l'autre. Cette hétérogénéité s'explique par les conditions de travail et par la structure de la main d'œuvre qui caractérisent chacun des secteurs d'activité, ainsi que par le degré avec lequel chacun d'entre eux a été concerné par le chômage partiel, le CPRF ou encore le télétravail. Le graphique 58 présente les taux d'absentéisme par secteur pour les années 2019 et 2020.

Graphique 58: Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité [20] en 2019 et 2020



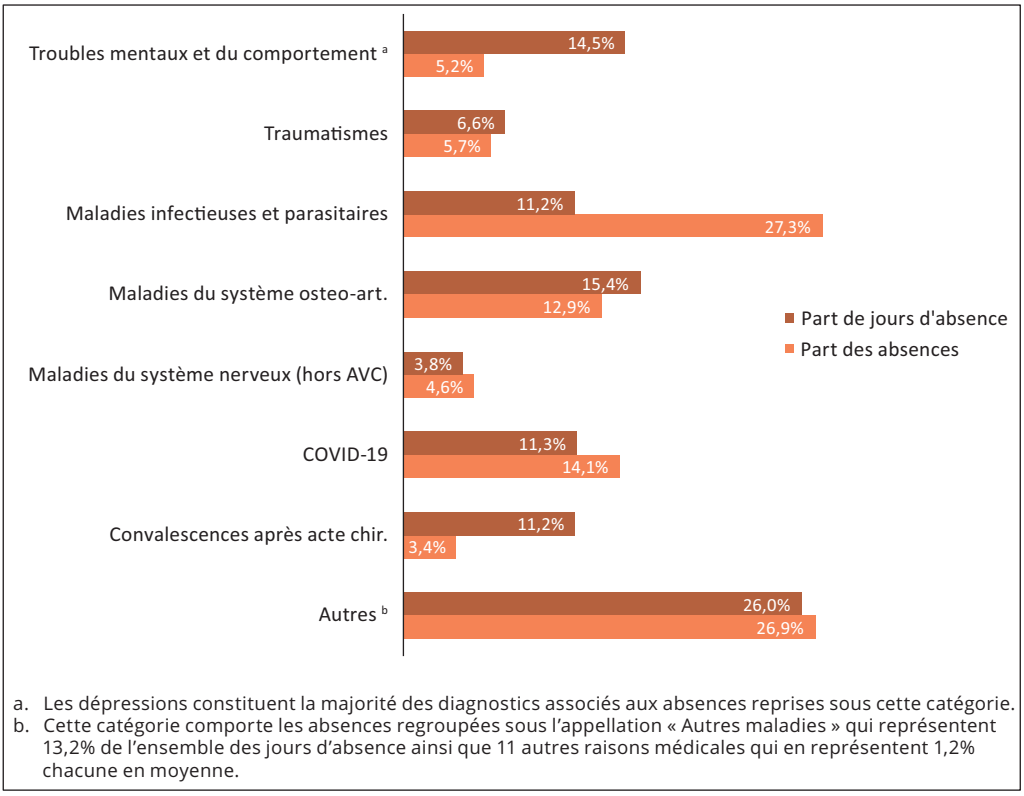
20. Les données du secteur Administration publique ne concernent que les salariés de droit privé. Le secteur « Enseignement » ne concerne que l'enseignement privé. Le secteur des autres activités de services comprend notamment le secteur des arts, spectacles et activités récréatives, ainsi que celui des activités des ménages en tant qu'employeurs.

Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale est le secteur ayant le taux d'absentéisme le plus élevé (6,15%). Ce dernier est en augmentation de +22,8% par rapport à 2019. Le secteur des activités de services administratifs et de soutien, qui comporte notamment le travail intérimaire, affiche la hausse la plus forte entre 2019 et 2020 (+31,8%). D'une façon plus générale, à l'exception des activités financières et d'assurance (-11,9%), particulièrement concernées par le télétravail, tous les secteurs ont vu leur taux augmenter.

3.2.4. Raisons médicales des absences des résidents [21]

En 2020, les absences liées aux maladies du système ostéo-articulaire ont concentré la plus grande part des jours de maladie des salariés résidents (15,4%). Les maladies infectieuses et parasitaires (grippes, gastro-entérites, sinusites, otites...) ont, quant à elles, concentré le plus grand nombre d'épisodes d'absence (27,3%) (graphique 59).

Graphique 59: Répartition du nombre de jours et du nombre d'épisodes de maladie des salariés résidents en 2020, selon la raison médicale

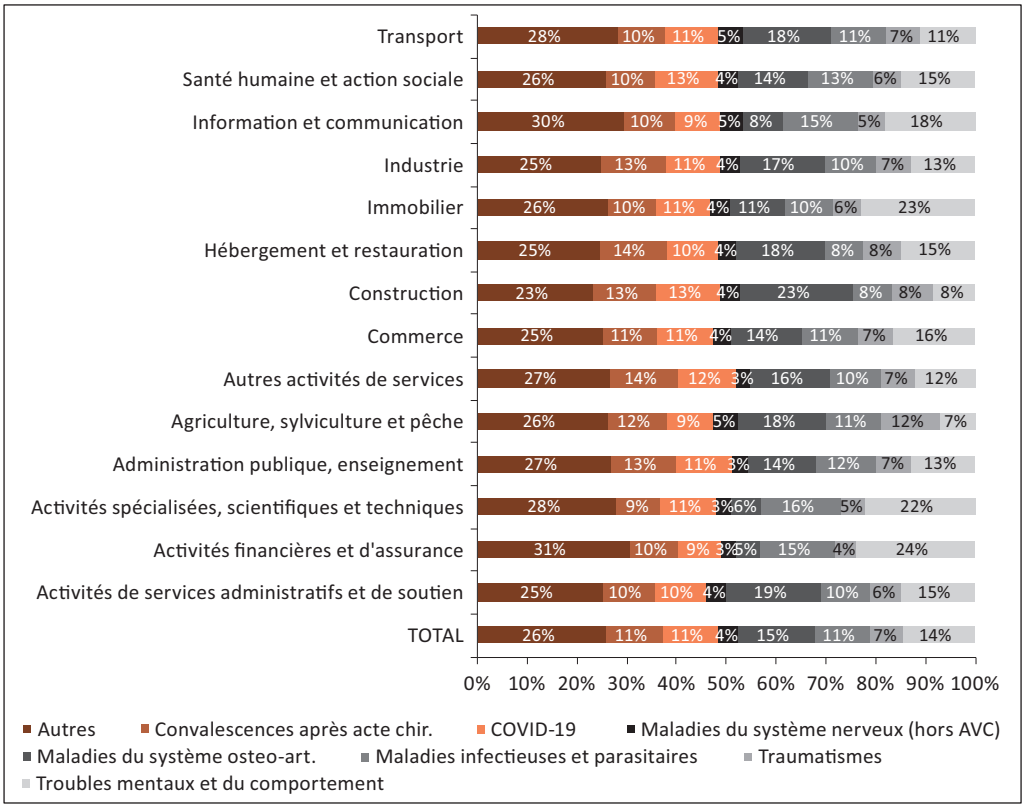


a. Les dépressions constituent la majorité des diagnostics associés aux absences reprises sous cette catégorie.
b. Cette catégorie comporte les absences regroupées sous l'appellation « Autres maladies » qui représentent 13,2% de l'ensemble des jours d'absence ainsi que 11 autres raisons médicales qui en représentent 1,2% chacune en moyenne.

21. Pour l'analyse des raisons médicales, seuls les salariés résidents sont considérés. Les diagnostics proviennent des déclarations remplies par les médecins et sont regroupés conformément à la classification internationale des maladies (CIM-10). Les données relatives aux frontaliers ne sont pas exploitables car seuls 20% des diagnostics sont codifiés contre 80% pour les résidents.

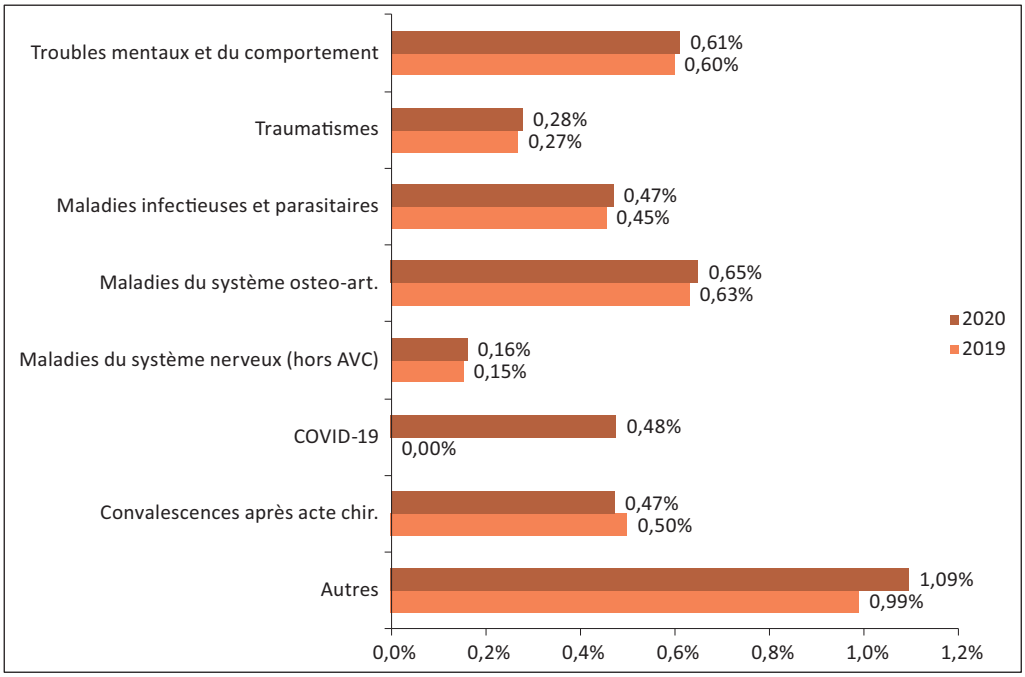
Au niveau sectoriel, le poids que représente chacune des principales raisons médicales dans les absences varie fortement. À titre d'exemple, alors que les troubles mentaux et du comportement représentent 7,0% des jours d'absence dans le secteur de l'agriculture, ils en représentent 23,9% dans le secteur des activités financières et d'assurance (graphique 60).

Graphique 60: Poids des principales raisons médicales dans le nombre de jours de maladie des salariés résidents en 2020 selon le secteur d'activité



D'un point de vue dynamique, la décomposition du taux d'absentéisme des salariés résidents selon la raison médicale révèle que la COVID-19 explique 77% de l'augmentation du taux d'absentéisme observée en 2020 (pour rappel 3,59% en 2019 contre 4,21% en 2020) et, par conséquent, en est le principal moteur (graphique 61).

Graphique 61: Décomposition du taux d'absentéisme des salariés résidents selon la raison médicale en 2019 et 2020



L'augmentation (resp. diminution) de la contribution d'une raison médicale au taux d'absentéisme ne signifie cependant pas forcément que le poids de cette dernière est également en hausse (resp. baisse). En effet, l'évolution d'une contribution au taux d'absentéisme reflète non seulement l'évolution du poids de la raison médicale, mais aussi celle des comportements d'absence. Ainsi, toute choses égales par ailleurs, une progression identique du nombre de jours d'absence relevant des différentes raisons médicales conduira à une augmentation de leurs contributions au taux d'absentéisme tout en laissant leurs poids respectifs inchangés.

3.3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MATERNITÉ

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.

Tableau 23: Évolution des prestations en espèces de maternité de 2018 à 2020 (en millions EUR)

	2018	2019	2020
Prestations à charge de la CNS	**153,6**	**163,5**	**421,9**
Variation annuelle en %	*12,1%*	*6,4%*	*158,0%*
dont Indemnités de maternité proprement dites	107,2	113,6	123,3
dont Indemnités de congé d'accueil	0,3	0,3	0,2
dont Indemnités pour femmes enceintes et allaitantes	28,6	31,5	41,5
dont Indemnités de congé pour raisons familiales	17,5	18,1	256,8

Source : CNS, décomptes annuels.

En 2020, les prestations en espèces de maternité (et assimilées) augmentent de 158,0%. Le congé légal augmente de 8,6% et le congé pour raisons familiales augmente de 1 319,0% (+3,4% en 2019) suite aux mesures COVID-19 du congé pour raisons familiales. Le coût relatif aux dispenses de travail pour femmes enceintes, qui affiche depuis 2013 une croissance modérée, augmente à nouveau de manière considérable depuis 2018. En 2020, il croît de 31,8%.

3.4. L'ANALYSE DE L'ABSENTÉISME POUR CAUSE DE MATERNITÉ

3.4.1. Les bénéficiaires d'un congé de maternité

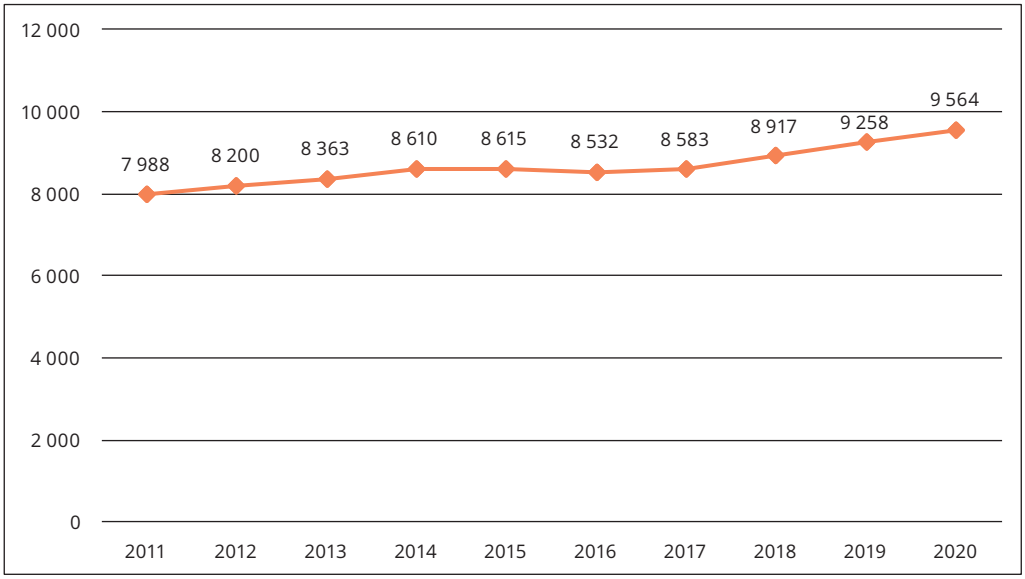
9 564 femmes, soit 6,7% des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans, ont bénéficié d'un congé de maternité en 2020. Par rapport à l'année passée, ce nombre a progressé de +3,3% (tableau 24).

Tableau 24: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité en 2020, selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	Nombre	En % du total
<20 ans	9	0,1%
20-24	373	3,9%
25-29	2 190	22,9%
30-34	3 949	41,3%
35-39	2 418	25,3%
=> 40	625	6,5%
TOTAL	9 564	100,0%

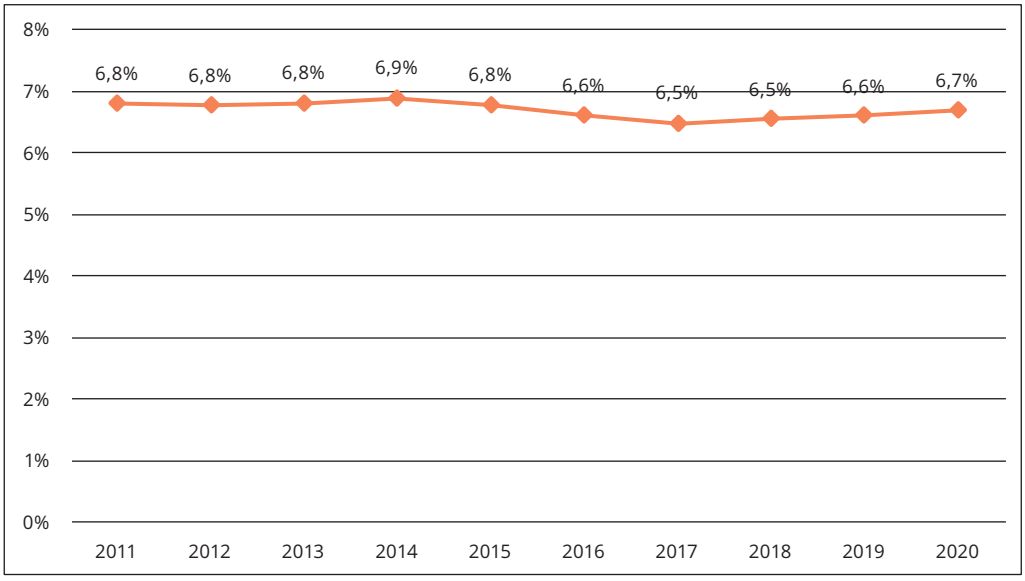
Entre 2011 et 2020, le nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité est passé de 7 881 à 9 564 ce qui constitue une augmentation moyenne de 2,0% par année (graphique 62).

Graphique 62: Évolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité



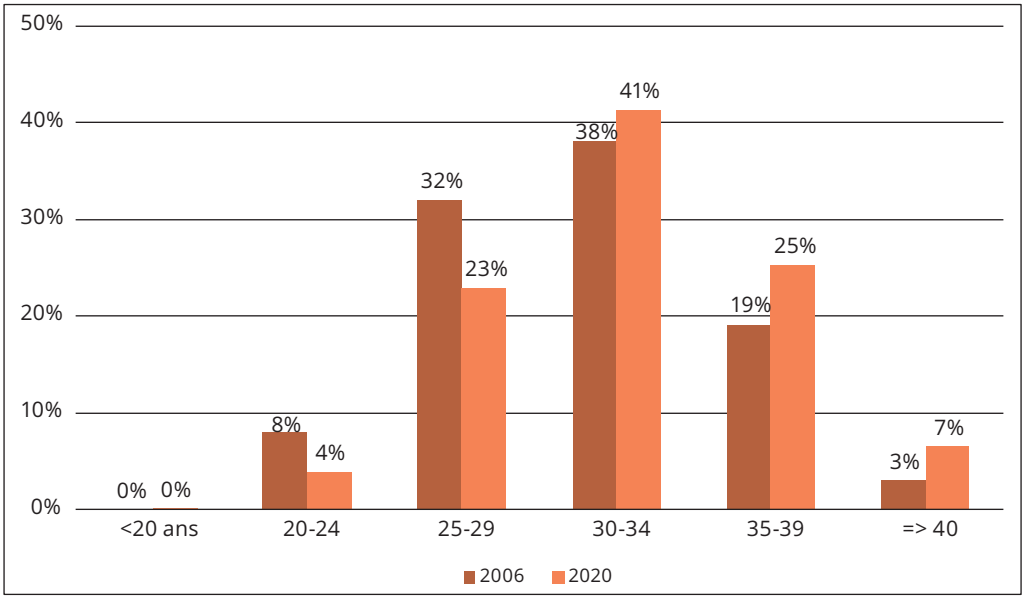
Etant donné que le nombre de femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans a progressé de +1,9% par rapport à l'année 2019, la proportion de femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité augmente de +1,4% pour passer de 6,6% à 6,7% (graphique 63).

Graphique 63: Évolution de la proportion des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ayant bénéficié d'un congé de maternité



Concernant la répartition des bénéficiaires d'un congé de maternité selon l'âge, force est de constater que les comportements en termes de natalité ont profondément changé entre 2006 et 2020. En 2006, 60,0% des bénéficiaires avaient plus de 30 ans, en 2020 par contre ce taux atteint 73,1% (graphique 64).

Graphique 64: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2006 et 2020

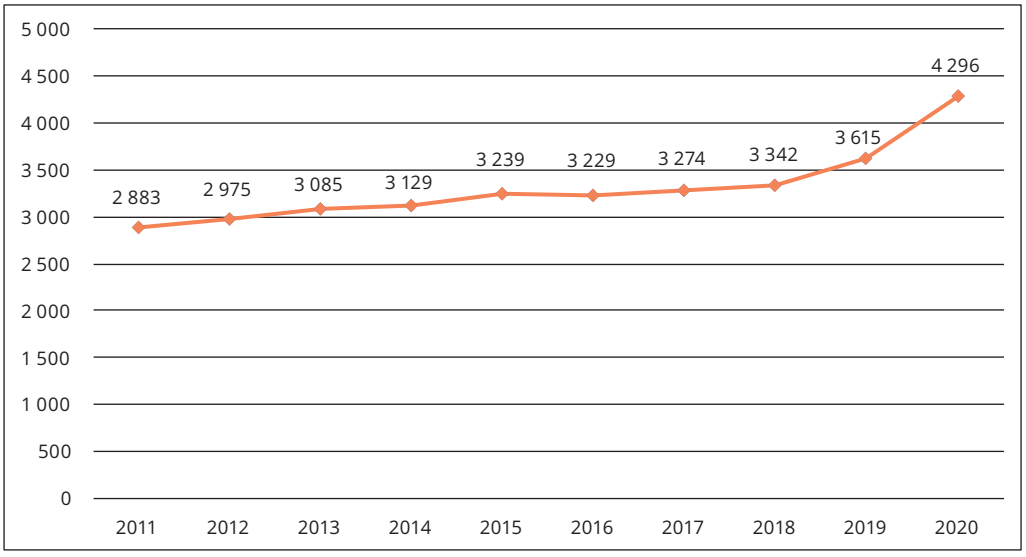


3.4.2. Les dispenses de travail pour femmes enceintes

Les dispenses de travail pour femmes enceintes font partie des mesures protectrices que peut prendre l'employeur si une femme enceinte ou allaitante occupe un poste dangereux.

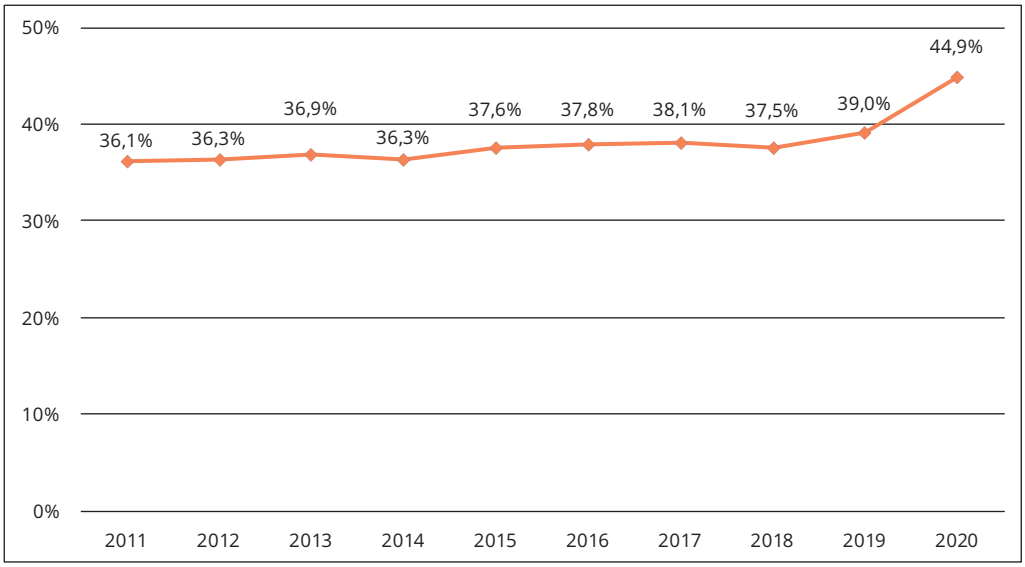
En 2020, 4 296 femmes ont bénéficié d'une dispense de travail. Ce nombre est en augmentation de 18,8% par rapport à l'année passée (graphique 65).

Graphique 65: Évolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail



Etant donné que le nombre de femmes enceintes a progressé de +3,3% par rapport à l'année 2019, la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail a augmenté de +15,0% pour passer de 39,0% à 44,9%. Cette progression est à mettre au crédit du renforcement des mesures de protection des femmes enceintes face à leur vulnérabilité à la COVID-19 (graphique 66).

Graphique 66: Évolution de la part des femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail



En 2020, quatre secteurs ont concentré à eux seuls plus de 80% des dispenses : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (44%), le secteur de l'hébergement et de la restauration (11%), le secteur des activités de services administratifs et de soutien (10%) et le secteur du commerce (17%) (tableau 25).

Tableau 25: Répartition sectorielle des dispenses en 2020

Secteur	Nombre	En % du total
Santé humaine et action sociale	1 897	44,2%
Commerce	735	17,1%
Hébergement et restauration	459	10,7%
Activités de services administratifs et de soutien	423	9,8%
Autres activités de service	260	6,1%
Administration publique, enseignement	148	3,4%
Industrie	111	2,6%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	65	1,5%
Transport	58	1,4%
Activités financières et d'assurance	57	1,3%
Construction	33	0,8%
Information et communication	17	0,4%
Non-déterminés	14	0,3%
Immobilier	12	0,3%
Agriculture, sylviculture et pêche	7	0,2%
TOTAL	**4 296**	**100,0%**

Du fait de son exposition particulière à la COVID-19, le secteur de la santé humaine et de l'action sociale a affiché un taux de dispense de 90% (tableau 26).

Tableau 26: Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail en 2020 selon le secteur d'activité

Secteur d'activité	Proportion
Santé humaine et action sociale	90%
Hébergement et restauration	72%
Activités de services administratifs et de soutien	61%
Commerce	56%
Autres secteurs	16%
TOTAL	**45%**

3.4.3. Le congé pour raisons familiales

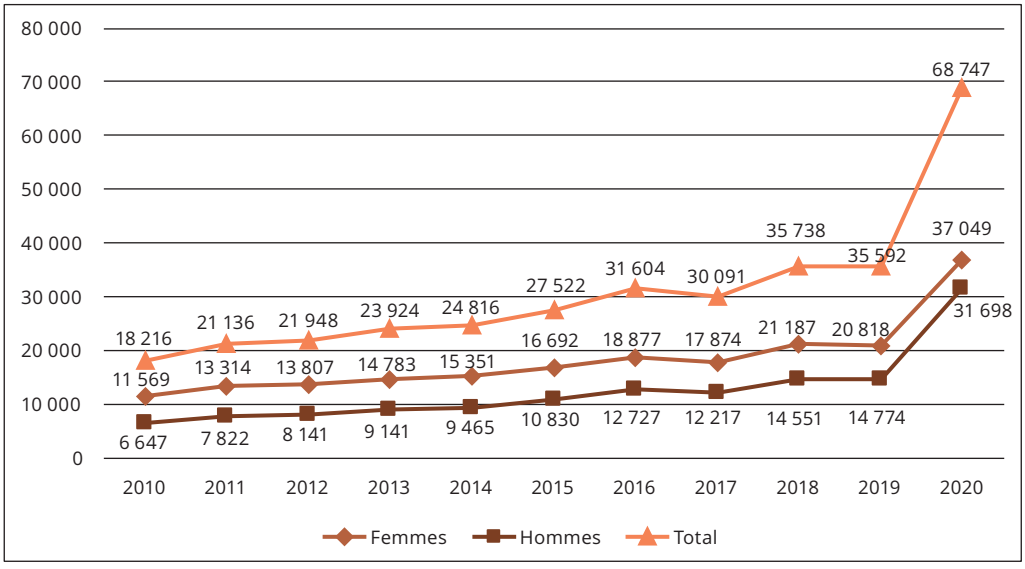
Un assuré actif ayant à charge un enfant âgé de moins de 18 ans et nécessitant en cas de maladie grave, d'accident ou d'autre raison impérieuse de santé la présence de l'un de ses parents peut prétendre à un congé pour raisons familiales. Le nombre de jours de congé est fixé en fonction de l'âge de l'enfant. Il est de :

- 12 jours si l'enfant est âgé de 0 à moins de 4 ans accomplis
- 18 jours si l'enfant est âgé de 4 ans accomplis à moins de 13 ans accomplis
- 5 jours si l'enfant est âgé de 13 ans accomplis à moins de 18 ans accomplis et s'il est hospitalisé.

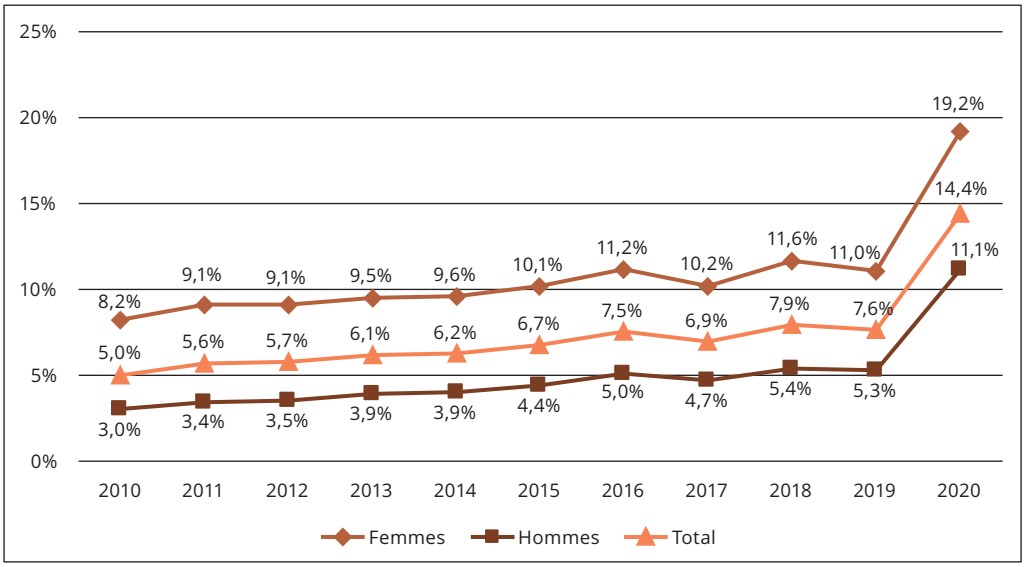
Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 et afin de lutter contre la propagation du virus Sars-Cov-2, le champ d'application du congé pour raisons familiales a été élargi aux fermetures des écoles ou des structures d'éducation/d'accueil et aux mises en quarantaine, isolement et maintien à domicile d'enfants pour raisons de santé publique. Les jours de congé pour raisons familiales pris dans ces situations particulières ne sont pas décomptés des jours légaux disponibles par tranche d'âge tel qu'énoncés au paragraphe précédent.

En 2020, 68 747 travailleurs, soit 14,4% des actifs, ont bénéficié d'un congé pour raisons familiales. Cette proportion a presque doublé par rapport à l'année précédente (7,6%). En absolu comme en relatif, ce sont les femmes qui y recourent le plus fréquemment (graphiques 67-68).

Graphique 67: Évolution du nombre de bénéficiaires du congé pour raisons familiales selon le sexe



Graphique 68: Évolution de la part des salariés ayant bénéficié du congé pour raisons familiales selon le genre



4. LA SITUATION FINANCIÈRE

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 dix pour cent du montant annuel des dépenses.

Les principales sources de financement de l'assurance maladie-maternité sont :

- Les cotisations des assurés et employeurs. Le taux de cotisation s'élève à 5,6%. Ce taux est majoré de 0,5% pour les assurés ayant droit aux prestations en espèces ;
- La participation forfaitaire de l'État, fixée à 40% des cotisations.

Encadré méthodologique

Les données sont issues des décomptes de la CNS et sont ajustées, pour les besoins statistiques, au niveau des écritures de provisions pour prestations. En effet, suivant les principes comptables, une prestation n'est enregistrée qu'au moment où la liquidation est comptabilisée et non pas à la date effective de la prestation. Par approximation, les soins prestés durant un exercice donné, mais non encore facturés au 31 décembre sont toutefois présents dans les décomptes via les provisions. De même, le décompte de l'année contient des prestations qui, bien que facturées durant l'année en question, ont été prestées avant l'exercice comptable. Afin de pouvoir présenter des statistiques plus conformes à l'évolution effective des prestations, l'ajustement des données comptables consiste à ajouter les soins de santé provisionnés parmi les prestations de l'année et à déduire les prestations délivrées avant l'exercice comptable mais liquidées durant l'exercice, les prélèvements aux provisions.

Les frais de maternité sont inclus dans les frais des soins médicaux, des soins des autres professions de santé et des dispositifs médicaux.

4.1. SITUATION GLOBALE

Le tableau ci-après retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2016.

Tableau 27: Évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR) [a] [b]

Exercice	2016	2017	2018	2019	2020
N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle)	775,17	794,54	802,82	814,40	834,76
Recettes					
Cotisations	1 567,9	1 677,6	1 774,1	1 886,8	1 994,4
Cotisations forfaitaires Etat	1 045,2	1 118,4	1 182,8	1 257,9	1 329,6
Autres contributions de l'État [c] [d]	20,1	20,2	20,3	20,3	406,4
Autres recettes	39,6	36,2	31,0	38,3	34,1
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**2 672,9**	**2 852,5**	**3 008,2**	**3 203,3**	**3 764,4**
Variation annuelle en %	*3,6%*	*6,7%*	*5,5%*	*6,5%*	*17,5%*
Dépenses					
Frais d'administration	82,9	87,0	81,7	86,8	92,0
Prestations en espèces [e]	279,5	293,6	330,4	401,2	815,4
Prestations en nature	2 125,4	2 318,2	2 449,8	2 596,5	2 845,1
Autres dépenses	3,3	3,7	13,8	17,2	24,3
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**2 491,2**	**2 702,4**	**2 875,8**	**3 101,6**	**3 776,8**
Variation annuelle en %	*0,6%*	*8,5%*	*6,4%*	*7,9%*	*21,8%*
Solde des opérations courantes	**181,7**	**150,0**	**132,5**	**101,7**	**-12,4**
Réserve globale	587,1	737,2	869,7	971,3	958,9
Réserve minimale	249,1	270,2	287,6	310,2	377,7
Taux réserve globale / dépenses courantes	23,6%	27,3%	30,2%	31,3%	25,4%
Taux réserve minimum / dépenses courantes	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Résultat de l'exercice	**180,1**	**128,9**	**115,2**	**79,1**	**-79,9**
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	**338,0**	**466,9**	**582,1**	**661,2**	**581,2**
Taux de cotisation unique pour prestations en nature	5,6%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Majoration pour assurés couverts par une prestation en espèce	0,5%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,2%	5,33%	5,37%	5,45%	5,74%

a. Données établies selon la date comptable.

b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.

c. Y compris une dotation de 20 millions EUR : l'article 14 de la loi du 27 décembre 2010 prévoit le paiement par l'État d'une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général. Cette disposition est prolongée par le projet de loi relatif au budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2022 jusqu'au 31 décembre 2023.

d. Y compris, sur base de la loi du 15 décembre 2020 autorisant la participation de l'État au financement des mesures prises en charge par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la crise sanitaire due à la pandémie COVID-19 et modifiant la loi modifiée du 20 décembre 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2020, l'imputation sur l'exercice 2020 d'une recette de 386 millions EUR correspondant au remboursement par l'État lié à des dépenses concernant l'exercice 2020 dans le cadre des mesures prises dans le contexte de la lutte contre le virus COVID-19. Le versement des 386 millions EUR se répartit sur les exercices 2020 à 2023, à raison de 200 millions EUR en 2020 et de 62 millions EUR par an entre 2021 et 2023.

e. Y compris la part patronale des cotisations pour les prestations en espèces.

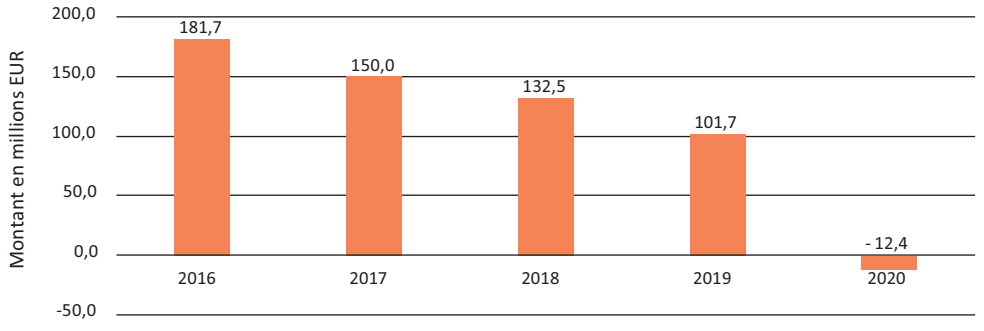
Source : CNS

A partir de 2016, le solde des opérations courantes diminue. Il reste positif mais passe de 181,7 millions EUR en 2016 à 101,7 millions EUR en 2019 (-44,1%). Après opérations sur réserves, les résultats des exercices 2016 à 2019 sont positifs mais baissent de manière consécutive (de 180,1 millions EUR en 2016 à 79,1 millions EUR en 2019).

En 2020, le solde des opérations courantes devient négatif et se situe à -12,4 millions EUR. De même, le résultat de l'exercice, obtenu après opérations sur réserves, est négatif et s'élève à -79,9 millions EUR.

L'évolution du solde des opérations courantes des 5 dernières années est illustré dans le graphique suivant.

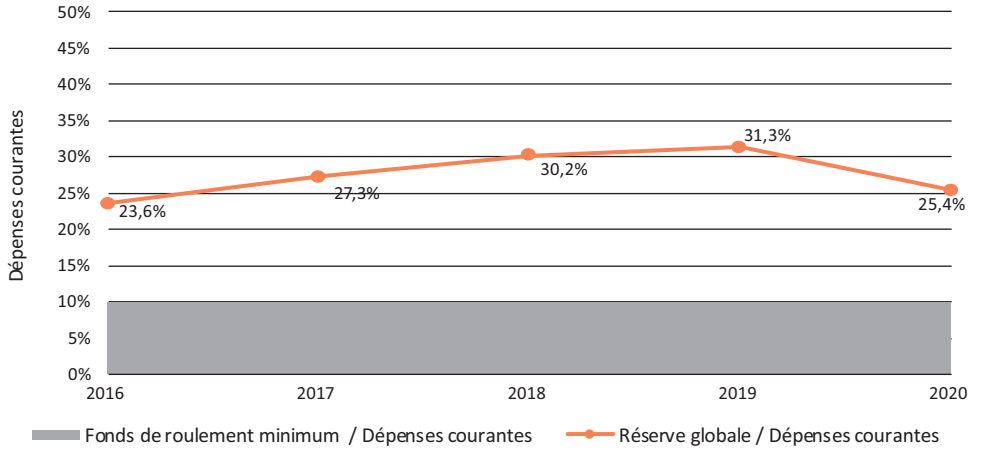
Graphique 69: Évolution du solde des opérations courantes de 2016 à 2020 (en millions EUR) [a b]



a. Données établies selon la date comptable.
b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.
Source : CNS

Le graphique 70 présente l'évolution de la réserve globale par rapport aux dépenses courantes sur la période de 2016 à 2020.

Graphique 70: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2016 à 2020 [a b]



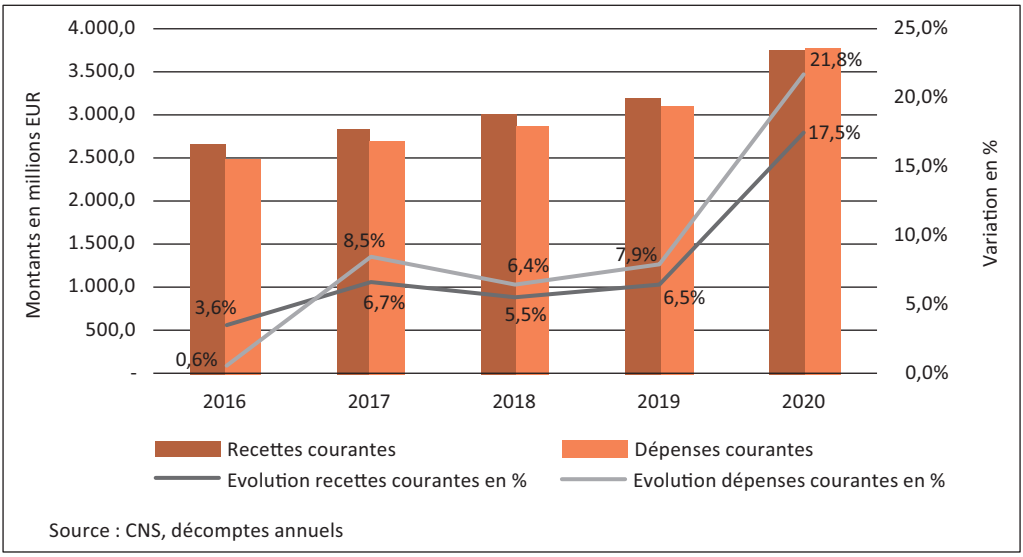
a. Données établies selon la date comptable.
b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.
Source : CNS

Pour l'année 2020, la réserve globale s'élève à 958,9 millions EUR et représente une baisse de 17,8% par rapport à 2019. Le rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes s'élève en 2020 à 25,4% contre 31,1% en 2019.

4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES

Le graphique 71 montre l'évolution des recettes et dépenses courantes des 5 dernières années.

Graphique 71: Évolution des recettes et dépenses courantes a à partir de 2016 [a b]



Source : CNS, décomptes annuels

Les mesures introduites par la réforme du système de santé en 2010 et prolongées jusqu'en 2016 ont permis de cadrer l'évolution des dépenses pour soins de santé au Luxembourg. Dès 2017, les dépenses courantes évoluent à nouveau à un rythme plus accéléré et plus élevé que celui des recettes courantes. La budgétisation de l'activité du Laboratoire national de santé en matière de génétique humaine et d'anatomie pathologique ainsi que du Centre de réhabilitation du Château de Colpach dès le mois d'avril 2018, les améliorations de la prise en charge des patients et les adaptations de la convention collective de travail dans le secteur hospitalier ont abouti à une augmentation de 6,4% des dépenses courantes en 2018. En 2019 s'ajoute l'impact sur l'évolution des prestations en espèces de la loi du 10 août 2018 sur la prolongation du droit aux indemnités pécuniaires de 52 à 78 semaines pendant une période de référence de 104 semaines, la reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques et l'augmentation de la période de référence de 52 à 78 semaines (+36,5%).

La hausse des recettes courantes de 17,5% en 2020 s'explique principalement par la dotation de 386 millions EUR, inscrite dans le budget de l'État 2020 et s'étalant sur quatre ans pour le remboursement des mesures COVID-19, ayant pour objet la prise en charge par l'État des mesures relatives aux prestations en espèces, hors gel de la limite des 78 semaines d'incapacité de travail et considérant les dépenses de soins de santé engagées par le Haut-Commissariat de la Protection Nationale. La dotation est entièrement imputée sur les recettes de la CNS de l'exercice 2020 mais payée en 4 tranches : 200 millions EUR en 2020 et trois autres tranches à hauteur de 62 millions EUR chacune payée en 2021, 2022 et 2023. L'évolution des recettes est aussi marquée par le ralentissement de l'économie

luxembourgeoise en 2020 avec une croissance de l'emploi salarié plus lente que les années précédentes.

L'évolution des dépenses de l'assurance maladie-maternité est fortement impactée par les mesures introduites pour lutter contre le virus COVID-19. La hausse de 21,8% des dépenses en 2020 s'explique par une augmentation des dépenses pour soins de santé de 9,6% et des dépenses pour prestations en espèces de 103,2%.

Au niveau des dépenses pour soins de santé, la réorganisation du système de santé décidée par la Ministre de la Santé a conduit à la limitation de l'activité des hôpitaux, des médecins et des professions de santé. Aussi, la prise en charge par filières spécifiques des patients COVID-19, l'introduction de forfaits horaires et de consultations spéciales chez les médecins, médecins-dentistes, infirmiers et sages-femmes pour assurer le traitement médical des personnes atteintes du virus, l'introduction de la téléconsultation, le recours accru aux tests COVID-19 réalisés par les laboratoires privés, sont à l'origine de l'évolution des dépenses de 2020. Toutes ces dépenses sont à charge de l'assurance maladie-maternité.

En ce qui concerne les prestations en espèces, l'assurance maladie-maternité a pris en charge en 2020 les mesures COVID-19 du congé pour raisons familiales, des indemnités pécuniaires de maladie, du gel du compteur pour le calcul des 78 semaines d'incapacité de travail et du congé pour soutien familial. L'État a participé au financement du congé pour raisons familiales et du congé social ainsi qu'au transfert de la charge de la Mutualité des employeurs à la CNS fixé à 386 millions EUR et réparti sur les années 2020-2023 (200 millions EUR en 2020 et trois autres tranches à hauteur de 62 millions EUR chacune payée en 2021, 2022 et 2023).

Le tableau 28 illustre l'évolution des recettes courantes, influencée par la participation de l'État et les cotisations payées par les assurés et employeurs.

Tableau 28: Évolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité de 2016 à 2020 (en millions EUR) [a] [b]

Exercice	2016	2017	2018	2019	2020
Etat	1 068,0	1 141,2	1 205,6	1 280,7	1 738,6
Assurés et employeurs	1 565,3	1 675,1	1 771,6	1 884,3	1 991,8
Administrations	17,9	18,9	17,1	18,5	20,1
Autres sources de financement	21,7	17,3	13,9	19,7	14,0
TOTAL RECETTES COURANTES	**2 672,9**	**2 852,5**	**3 008,2**	**3 203,3**	**3 764,4**

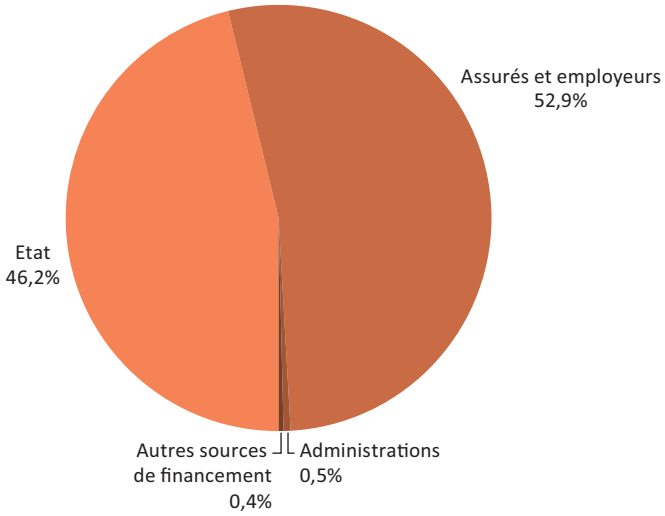
a. Données établies selon la date comptable.

b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.

Source : CNS, décompte annuel.

Le poids des différents intervenants dans le financement demeure stable au fil des années. L'État supporte 40% de l'ensemble des cotisations. A côté de cette participation, l'État verse depuis 2011 et cela jusqu'en 2023 une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les frais supplémentaires incombant à la CNS du fait de l'intégration des frais de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité. En 2020, l'État participe au financement des mesures prises en charge par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la crise sanitaire due à la pandémie COVID-19 à hauteur de 386 millions EUR. Le versement des 386 millions EUR se répartit sur les exercices 2020 à 2023, à raison de 200 millions EUR en 2020 et de 62 millions EUR par an entre 2021 et 2023.

Graphique 72: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2020 [a] [b] (en % du total)



a. Données établies selon la date comptable.
b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.
Source : CNS

La participation de l'État dans le financement de l'assurance maladie-maternité s'élève à 1 280,7 millions EUR en 2019, contre 1 205,6 millions EUR en 2018 (+6,2%). Les cotisations payées par les assurés et employeurs se chiffrent à 1 884 millions EUR, soit une augmentation de 6,4% par rapport à 2018.

Suite à la participation de l'État au financement des mesures prises en charge par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la crise sanitaire due à la pandémie COVID-19 en 2020, le montant de la participation totale de l'État pour l'exercice 2020 se chiffre à 1 738,6 millions et représente ainsi une croissance de 35,7% par rapport à 2019.

Tableau 29: Évolution des dépenses pour soins de santé de 2016 à 2020 (en millions EUR) [a] [b]

Type de prestation	2016	2017	2018	2019	2020
Soins hospitaliers	809,0	917,4	975,4	1 047,4	1 141,6
Soins de médecine [c]	362,4	382,0	410,7	438,4	465,9
Soins de médecine dentaire [d]	73,4	83,0	85,3	91,3	94,8
Médicaments (extrahospitalier)	212,3	215,1	228,8	237,7	252,9
Dispositifs médicaux (extrahospitalier) [c]	45,8	47,1	50,0	51,3	52,2
Analyses de biologie médicale (extrahospitalier)	71,5	73,2	66,5	76,7	104,0
Soins des autres professions de santé [c]	117,2	131,1	153,6	163,4	169,0
Autres soins de santé [e]	35,3	42,5	46,5	47,0	52,1
Total des prestations au Luxembourg	1 726,9	1 891,4	2 016,8	2 153,2	2 332,5
Total des prestations à l'étranger	398,8	426,7	433,0	438,9	508,7
Total des soins de santé	**2 125,7**	**2 318,1**	**2 449,8**	**2 592,1**	**2 841,2**
Variation annuelle	*1,0%*	*9,1%*	*5,7%*	*5,8%*	*9,6%*

a. Données établies selon la date comptable.
b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.
c. Y compris les prestations de maternité.
d. Sans les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la convention conclue entre l'Etat et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes. Leur coût s'élève à 1,6 millions EUR en 2020.
e. Le poste des « Autres soins de santé » regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive, les soins palliatifs, les indemnités funéraires, les soins de sages-femmes, d'orthophonistes et de psychomotriciens, les traitements des podologues et des diététiciens, le solde des mesures d'élargissements de prestations présentées lors du comité quadripartite d'octobre 2017.

Source : CNS

Selon les données comptables, les dépenses pour prestations de soins de santé atteignent 2 841,2 millions EUR en 2020 contre 2 592,1 millions EUR en 2019, soit une augmentation de 9,6%. Le taux de 2020 résulte d'une croissance des prestations au Luxembourg de 8,3% et d'une augmentation des prestations à l'étranger de 15,9%.

L'évolution des soins de santé au Luxembourg de 9,6% en 2020 s'explique surtout par l'impact de la crise sanitaire sur le budget de l'assurance maladie-maternité. Ainsi, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale évoluent de 35,5%, les dépenses pour soins hospitaliers de 9,0%, pour soins de médecine dentaire de 3,8% et pour soins de médecine de 6,3%.

En tenant compte des dotations et prélèvements aux provisions ainsi que des régularisations en fin d'exercice, la variation des dépenses relatives aux prestations à l'étranger en 2020 s'explique par une augmentation des dépenses pour conventions internationales [22] de 14,2% et par une croissance de 73,2% des autres prestations étrangères [23].

22. Il s'agit notamment de la prise en charge des soins de santé des assurés non-résidents dans leur pays de résidence.
23. Les autres prestations étrangères, planifiées ou non planifiées, correspondent aux prestations fournies aux assurés résidents à l'étranger.

Le tableau suivant présente l'évolution des dépenses pour prestations en espèces au cours des 5 dernières années.

Tableau 30: Évolution des dépenses pour prestations en espèces de 2016 à 2020 (en millions EUR) [a] [b]

Type de prestation	2016	2017	2018	2019	2020
Prestations en espèces de maladie	127,1	130,9	148,4	203,9	341,3
Prestations en espèces de maternité	128,3	137,0	153,7	163,6	421,9
Total des prestations en espèces	**255,4**	**268,0**	**302,1**	**367,5**	**763,2**
Variation annuelle	-2,1%	4,9%	12,7%	21,6%	107,7%

a. Données établies selon la date comptable.

b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.

Source : CNS

En 2020, les dépenses pour prestations en espèces augmentent de 107,7%. Cette évolution est due à une croissance de 67,4% des prestations en espèces de maladie et de 157,9% des prestations en espèces de maternité.

La croissance importante des prestations en espèces de maladie en 2020 est, d'un côté, liée à la prise en charge de certaines mesures décidées par le Gouvernement en vue de lutter contre la crise sanitaire. Il s'agit notamment du transfert de la charge financière des indemnités pécuniaires de maladie de la Mutualité des employeurs vers l'assurance maladie-maternité et du gel de la limite des 78 semaines d'incapacité de travail. De l'autre côté, la pandémie a provoqué une augmentation importante du taux d'absentéisme de 17,8% en 2020 et qui se situe ainsi à 4,58% (3,88 en 2019).

L'évolution de 2020 des dépenses pour prestations en espèces de maternité est impactée par le financement du congé pour raisons familiales établi dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 et du congé pour soutien familial, deux mesures de lutte contre la COVID-19. S'y ajoute une augmentation des dépenses liées aux dispenses de travail des femmes enceintes qui est à mettre au crédit du renforcement des mesures de protection des femmes enceintes face à leur vulnérabilité à la COVID-19.

4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

Les affiliés à la Mutualité sont en premier lieu les employeurs qui cotisent à cette institution et qui bénéficient du remboursement à concurrence de 80% des rémunérations payées à leurs salariés pendant la durée de la continuation de la rémunération (13 premières semaines en moyenne) suite à une incapacité de travail pour cause de maladie.

Les affiliés peuvent également comprendre les ressortissants des professions libérales et indépendantes qui cotisent sur une base facultative pour couvrir ce même risque à leur propre égard.

Le financement de la Mutualité repose sur un système de classes de risque au sein desquelles les entreprises sont réparties. A chaque classe (4 au total) correspond un taux de cotisation différent. Ces derniers sont adaptés chaque année. L'appartenance d'une entreprise à une classe de risque dépend de son taux d'absentéisme financier (rapport entre les montants versés au titre des incapacités de travail et l'assiette cotisable de l'ensemble des salariés de cette entreprise) constaté au cours d'une fenêtre d'observation donnée.

Le tableau qui suit retrace l'évolution financière de la Mutualité des Employeurs depuis 2016.

Tableau 31: Évolution des recettes et dépenses de la Mutualité des Employeurs entre 2016 et 2020 (en millions EUR)

Exercice	2016	2017	2018	2019	2020
RECETTES					
Cotisations	298,2	321,7	342,3	342,5	355,7
Participation de tiers (Etat)	39,8 [a]	70,0	98,9	104.0	61,1
Autres recettes	0,8	0,7	0,9	0,7	0,4
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**338,8**	**392,3**	**442,1**	**447,3**	**417,2**
Variation annuelle en %	*-12,9%*	*15,8%*	*12,7%*	*1,2%*	*-6,7%*
DEPENSES					
Frais d'administration	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6
Prestations en espèces	366,2	388,6	435,8	444,5	417,4
Autres dépenses	0,0	0,1	0,2	0,4	0,8
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**367,6**	**390,1**	**437,4**	**446,4**	**446,4**
Variation annuelle en %	*-2,4%*	*6,1%*	*12,1%*	*2,1%*	*-6,0%*
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	**-28,8**	**2,2**	**4,7**	**0,9**	**-2,7**
Réserve globale	36,8	39,0	43,7	44,6	42,0
Réserve minimale	36,8	39,0	43,7	44,6	42,0
Taux réserve globale / dépenses courantes	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Taux réserve minimum / prestations	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Excédent / découvert cumulé (après op. sur réserve)	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Taux de cotisation moyen	1,95%	1,95%	1,95%	1,85%	1,85%

a. Dont Cotisations forfaitaires de l'État (8,2 millions EUR) permettant d'assurer un taux de cotisation moyen égal à 1,95% (accord du 16 février 2016 entre le Gouvernement et l'Union des entreprises luxembourgeoises).

En 2016 a pris fin le versement par l'État de la subvention forfaitaire de 25 millions EUR qui avait débuté en 2011 afin de compenser l'augmentation du salaire social minimum. Cette subvention ne constituait pas seulement une recette pour la Mutualité mais également une dépense étant donné qu'elle était intégralement reversée aux employeurs. Cet évènement explique la diminution des dépenses observée en 2016 (-2,4%) ainsi qu'une part de la diminution constatée au niveau des recettes (-12,9%). L'autre part résulte du nouveau mode de calcul de la participation de l'État dans le financement de la Mutualité des employeurs, inscrit à l'article 39 de la loi du 18 décembre 2015 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2016 et modifié par l'accord du 16 février 2016 entre le Gouvernement et l'Union des entreprises luxembourgeoises. En effet, la participation de l'État ne correspond désormais plus à une fraction de l'assiette cotisable obligatoire mais à l'excédent des dépenses courantes sur les recettes courantes dans la limite permettant de maintenir le taux de cotisation moyen des employeurs à 1,95%, tout en assurant une réserve équivalant à 10% du montant annuel des dépenses. Aussi, le fait que la Mutualité des employeurs dispose d'un excédent cumulé confortable à l'issu de l'exercice 2015 a permis à l'État de réduire sensiblement sa participation tout en respectant les dispositions énoncées plus haut. En 2016, cette dernière s'élève à 40 millions EUR contre 63,5 millions EUR (hors subvention forfaitaire de 25 millions EUR) engagés en 2015.

L'accélération des recettes courantes constatée en 2017 (+15,8%) s'explique, d'une part, par la dynamique des recettes de cotisation résultant, pour l'essentiel, de la croissance de l'emploi salarié (+3,7%) de l'indexation des salaires (+2,5%) et, d'autre part, par un effet de base dû à l'importante baisse de la participation de l'État en 2016 commentée au paragraphe précédent. Du côté des dépenses, étant donné que le taux d'absentéisme financier (rapport entre prestations en espèces et assiette cotisable) a légèrement diminué, l'accélération observée (+6,1%) s'explique par les facteurs sur lesquels repose la progression de l'assiette cotisable (croissance de l'emploi et indexation notamment).

En 2018, les recettes courantes ont progressé de 12,7% sous l'effet de l'augmentation des recettes de cotisation, engendrée par la croissance de l'emploi salarié (+3,9%) ainsi que l'indexation des salaires (+1,0%), et de l'augmentation de la participation de l'État rendue nécessaire par la hausse des dépenses courantes (+12,1%). Cette dernière résulte d'une augmentation du taux d'absentéisme financier (rapport entre prestations en espèces et assiette cotisable) en lien avec la durée atypique de l'épidémie de grippe de la saison 2017/2018 ainsi que des facteurs sur lesquels repose la progression de l'assiette cotisable (croissance de l'emploi et indexation notamment).

Les ralentissements observés en 2019 au niveau des recettes (+1,2% en 2019 contre +12,7% en 2018) et au niveau des dépenses (+2,1% en 2019 contre +12,1% en 2018) sont les conséquences du transfert de charge de mutualité des employeurs vers la CNS ainsi que de la diminution du taux de cotisation moyen (de 1,95% à 1,85%) induits par la loi du 10 août 2018, modifiant le Code du travail et le Code de la sécurité sociale en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée.

L'année 2020 a été marquée par la crise sanitaire causée par la pandémie de la COVID-19. Afin d'en atténuer l'impact économique et social, le gouvernement a décidé un vaste ensemble de mesures visant à maintenir l'appareil productif du pays, à protéger les capacités financières des entreprises de toute taille ainsi qu'à sauvegarder les emplois et le pouvoir d'achat des ménages. Au niveau de la sécurité sociale, une de ces mesures a consisté en le transfert de charge, entre avril et juin 2020, des périodes d'incapacité de travail relevant habituellement de la mutualité des employeurs (13 premières semaines moyenne) vers la Caisse nationale de santé. Cette mesure a ainsi conduit à une forte diminution des dépenses courantes (-6,0%) et, sous l'effet du recul de la participation de l'État, à une diminution équivalente des recettes courantes (-6,7%).

ASSURANCE DÉPENDANCE

INTRODUCTION

Le cercle des personnes protégées de l'assurance dépendance est identique à celui de l'assurance maladie-maternité. Au 31 décembre 2020, 15 148 personnes affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise sont prises en charge par l'assurance dépendance.

RÉFORME DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le 1er janvier 2018 est entrée en vigueur la réforme de l'assurance dépendance [1]. Cette réforme a introduit de grands changements au niveau de l'organisation de l'assurance dépendance, mais n'a pas remis en question les quatre principes directeurs de l'assurance dépendance, à savoir

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

La réforme a introduit entre autres une plus grande flexibilité au niveau des actes essentiels de la vie par l'introduction d'une facturation par forfait, des changements au niveau de l'organisation et du temps accordé pour les activités de maintien à domicile (gardes, gardes de nuits, formations et activités d'assistance à l'entretien du ménage), les activités d'appui à l'indépendance et les activités d'accompagnement en établissement [2].

La Cellule d'évaluation et d'orientation, qui a pour mission l'évaluation et la détermination des aides et soins, le conseil et le contrôle, est devenue l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC).

1. http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2017/08/29/a778/jo
2. Avant 2018, la terminologie suivante était utilisée pour désigner les actes précités : tâches domestiques, activités de soutien et de conseil.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance a reconnu la dépendance comme un risque dont la survenance est couverte par la sécurité sociale au même titre que la maladie, l'accident de travail, l'invalidité et la vieillesse. Les dispositions relatives à l'assurance dépendance sont inscrites dans le livre V du Code de la sécurité sociale (CSS).

L'assurance dépendance a pour objectif de compenser les frais générés par le besoin d'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie.

L'assistance d'une tierce personne consiste à effectuer en tout ou en partie à la place de la personne dépendante les actes essentiels de la vie ou à surveiller ou à soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution de ces actes (art. 348 du CSS).

Les actes essentiels de la vie comprennent :

- dans le domaine de l'hygiène corporelle: les aides et soins visant à la propreté du corps ;
- dans le domaine de l'élimination: les aides et soins visant à l'évacuation des déchets de l'organisme ;
- dans le domaine de la nutrition: les aides et soins visant à l'assistance pour l'absorption de l'alimentation, l'hydratation et la nutrition entérale ;
- dans le domaine de l'habillement: les aides et soins visant à s'habiller et à se déshabiller ;
- dans le domaine de la mobilité: les aides et soins visant aux changements de position, aux déplacements et aux accès et sorties du logement.

LES BÉNÉFICIAIRES

Suivant l'article 352 du CSS, le bénéfice des prestations est ouvert aux personnes protégées en application des articles 1 à 7 du CSS se rapportant à l'étendu de l'assurance maladie-maternité (AMM) luxembourgeoise et dans les conditions énoncées à l'article 349 du CSS.

Ainsi, pour être couvert par l'assurance dépendance, le besoin d'aides et de soins dans le domaine des actes essentiels de la vie doit être important et régulier et représenter au moins trois heures et demie par semaine. Néanmoins, en cas de besoin important et régulier, les adaptations du logement et les aides techniques peuvent être allouées sans l'atteinte du seuil de trois heures et demie. En outre, l'état de dépendance doit, suivant toute probabilité, dépasser six mois ou être irréversible.

Les personnes qui ne remplissent pas ces conditions, mais disposent d'une décision de la Caisse nationale de santé (CNS) sur base d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs font également partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance (art. 349 du CSS).

ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

L'organisation de l'assurance dépendance a été confiée à deux instances, à savoir la Caisse nationale de santé (CNS) et l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC).

La Caisse nationale de santé

La CNS assure la gestion de l'assurance dépendance. L'assurance dépendance est placée sous la responsabilité du conseil d'administration de la CNS qui a entre autres pour mission de prendre les décisions individuelles sur base des avis émis par l'AEC et de statuer sur le budget de l'assurance dépendance.

L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance

L'Administration est placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale (art. 386 alinéa 1 du CSS). Des missions d'évaluation, de contrôle et de conseil lui sont attribuées.

L'AEC a ainsi pour mission de déterminer les aides et soins que requiert la personne dépendante et établit la synthèse de prise en charge, qu'elle transmet sous forme d'avis à la CNS.

Elle est en outre chargée d'une mission de contrôle de la qualité des prestations fournies et de l'adéquation entre les prestations dispensées et les besoins de la personne dépendante. Dans ce cadre, elle établit tous les deux ans un rapport.

Elle a également pour mission d'informer et de conseiller les personnes protégées, l'entourage de la personne dépendante et les instances concernées en matière d'aides et soins et de prise en charge des personnes dépendantes.

La Commission consultative

Composée de représentants du gouvernement, de représentants des bénéficiaires et des prestataires, des partenaires sociaux et de la CNS, la Commission consultative donne son avis sur les instruments d'évaluation et de mesure de la dépendance, ainsi que sur la liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance. Elle émet en outre un avis dans le cadre de la fixation par règlement grand-ducal des normes concernant la qualification et la dotation du personnel et les coefficients d'encadrement du groupe.

L'Action concertée

Réuni à l'initiative du Ministre de la sécurité sociale, ce comité a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements d'aides et de soins et de proposer des améliorations de la situation et de la prise en charge des personnes dépendantes. Il rassemble les Ministres ayant dans leurs attributions la Famille, la Santé et le Budget ou leurs représentants, les organisations œuvrant dans les domaines de la Santé, de la Famille et de l'Action sociale, ainsi que les associations représentant les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les prestations de l'assurance dépendance peuvent être classées dans les rubriques suivantes:

- les aides et soins pour les actes essentiels de la vie (AEV), dans les cinq domaines de l'hygiène corporelle, de l'élimination, de la nutrition, de l'habillement et de la mobilité ;
- les activités d'appui à l'indépendance - forfait hebdomadaire de 5 heures en individuel ou de 20 heures en groupe (AAI) ;
- les aides techniques (AT) ;

dans le cadre d'une prise en charge stationnaire :

- les activités d'accompagnement en établissement - forfait hebdomadaire de 4 heures (AAE) ou forfait hebdomadaire majoré de 10 heures (AAE-M) ; [3]

dans le cadre d'un maintien à domicile :

- les activités de garde - forfait hebdomadaire de 7 heures pour garde individuelle (AMD-GI), forfait hebdomadaire majoré de 14 heures pour garde individuelle (AMD-GI-M), forfait hebdomadaire de 40 heures pour garde en groupe (AMD-GG), forfait hebdomadaire majoré de 56 heures pour garde en groupe (AMD-GG-M), forfait annuel de 10 nuits pour garde de nuit (AMD-GDN) ;
- les activités d'assistance à l'entretien du ménage - forfait hebdomadaire de 3 heures (AMD-M) ;
- le matériel d'incontinence - forfait mensuel de 14,32 EUR au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 (FMI) ;
- les adaptations de logement (AL) ;
- la formation pour les aides techniques - forfait annuel de 2 heures (AMD-FAT) ;
- la formation de l'aidant (en cas de présence d'un aidant) - forfait annuel de 6 heures (AMD-FA).

L'AEC recense lors de l'évaluation/de la réévaluation les besoins du demandeur en aides et soins, ainsi que les capacités et disponibilités de son aidant individuel. Elle détermine ensuite dans une synthèse de prise en charge, les aides et soins dont le demandeur a besoin. Sur base des durées forfaitaires et des fréquences des actes essentiels de la vie retenus par application du référentiel des aides et soins, le demandeur éligible se voit attribuer un des quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins prévus à l'article 350 paragraphe 3 alinéa 1 du CSS [4].

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le financement de l'assurance dépendance est assuré par trois ressources :

- une contribution dépendance prélevée sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement des personnes assurées. Le taux de la contribution dépendance est fixé à 1,4% ;
- une contribution annuelle de l'État à raison de 40% des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve ;
- une redevance assurance dépendance du secteur de l'énergie.

3. Les forfaits majorés AAE-M, AMD-GI-M et AMD-GG-M ont été introduits par la Loi du 10 août 2018 modifiant 1. le Code du travail ; et 2. le Code de la sécurité sociale en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée et sont entrés en vigueur au 1er septembre 2018. Cette loi a également précisé les modalités de conversion entre gardes individuelles et gardes en groupes, et a prévu la prise en charge d'une garde en cas de déplacement à l'extérieur du domicile.
4. Lorsque le besoin en AEV du demandeur atteint le seuil de 3,5 heures par semaine.

1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Pour pouvoir opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, les prestataires doivent exercer leur activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministère de tutelle, soit en vertu d'une autre disposition légale. Ils doivent également adhérer à la convention-cadre négociée entre la CNS et l'association représentative des prestataires (COPAS) ou s'engager avec la CNS par un contrat de prestations de service [5].

1.1. LA CONVENTION-CADRE

Les prestataires adhèrent à la convention-cadre par un contrat d'aides et de soins conclu avec la CNS. Chaque prestataire y précise le cercle de personnes qu'il s'engage à prendre en charge ainsi que l'aire géographique où il exerce ses activités.

En adhérant à la convention-cadre, les prestataires s'engagent notamment à prester les aides et soins conformément à la synthèse de prise en charge établie par l'AEC et à fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité ainsi qu'à respecter les procédures et les modalités de documentation des normes de dotation et de qualification du personnel.

Les articles 389 et 389 du CSS définissent quatre catégories de prestataires qui doivent conclurent des contrats d'aides et de soins avec la CNS :

- les réseaux d'aides et de soins (RAS) ;
- les centres semi-stationnaires (CSSTA) ;
- les établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC) ;
- les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI).

Un contrat d'aides et de soins peut couvrir l'activité de plusieurs structures apparentant à un même gestionnaire. Certains gestionnaires ont signé plusieurs contrats d'aides et de soins avec la CNS. Un gestionnaire peut ainsi gérer par exemple un réseau d'aides et de soins et plusieurs centres semi-stationnaires.

Pour le paiement des prestations, une valeur monétaire spécifique aux prestations de chaque catégorie de prestataire est appliquée. Ces valeurs monétaires sont négociées tous les deux ans entre l'association représentative des prestataires, la Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins (COPAS), et la CNS. Les prestations prises en charge par l'assurance dépendance sont exprimées en durées de prise en charge dans le CSS. Ces durées sont multipliées par la valeur monétaire correspondante, pondérée en fonction des coefficients de qualification du personnel et des coefficients d'encadrement du groupe, fixés par règlement grand-ducal [6].

1.1.1. Les réseaux d'aides et de soins

Le réseau d'aides et de soins se définit comme un ensemble constitué d'une ou de plusieurs personnes physiques ou morales, assurant la prise en charge de la personne dépendante à domicile.

5. http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/conv/2010/01/08/n1/jo
6. Règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 2017 déterminant : 1° les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2° les coefficients d'encadrement du groupe.

Au 31 décembre 2020, 23 prestataires ont conclu un contrat en tant que réseau d'aides et de soins. 13 réseaux prennent en charge l'ensemble de la population dépendante dans tout le pays et un réseau est spécialisé dans la prise en charge de personnes atteintes de troubles psycho-gériatriques. 9 réseaux s'adressent spécifiquement aux personnes handicapées [7]. Etant donné que le réseau d'aides et de soins doit fournir l'ensemble des prestations du maintien à domicile, il regroupe des centres semi-stationnaires ou s'assure de leur collaboration par un contrat de sous-traitance.

1.1.2. Les centres semi-stationnaires

Les centres semi-stationnaires accueillent soit de jour, soit de nuit des personnes bénéficiant de prestations dans le cadre du maintien à domicile et assurent leur prise en charge en fonction de leur état de dépendance. Actuellement, ces centres accueillent uniquement les personnes durant la journée.

Au 31 décembre 2020, 55 centres semi-stationnaires, sous l'égide de 22 prestataires différents ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS. 38 exercent leur activité sur base d'un agrément de centre psycho-gériatrique et 17 sont des centres de jour pour personnes handicapées [8].

1.1.3. Les établissements d'aides et de soins à séjour continu

Les établissements d'aides et de soins à séjour continu hébergent de jour et de nuit des personnes dépendantes et leur assurent l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance.

Ainsi, au 31 décembre 2020, 52 établissements de ce type, dont 22 maisons de soins et 30 centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS.

1.1.4. Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent

Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent hébergent de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance.

Ils répondent de façon prépondérante, aux besoins des personnes handicapées au sens de la loi du 12 septembre 2003 ainsi que des personnes bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire pour personnes handicapées [9].

La singularité des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent par rapport aux établissements d'aides et de soins à séjour continu tient au fait qu'ils permettent une alternance entre le séjour dans l'établissement et le séjour dans un domicile privé. Le bénéficiaire de l'assurance dépendance fréquentant un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent peut recevoir les prestations prévues pour les établissements durant son séjour à l'établissement. Il peut recevoir les prestations prévues pour le domicile, lorsqu'il séjourne à domicile.

Au 31 décembre 2020, 43 structures disposent d'un contrat d'aides et de soins du type de l'établissement d'aides et de soins à séjour intermittent [10].

7. Source : CNS.
8. Source : CNS.
9. http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2014/0015/a015.pdf#page=13
10. Source : CNS.

1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES

Les fournisseurs spécialisés en aides techniques et adaptations du logement concluent un contrat de prestation de service avec la CNS par lequel ils s'engagent à respecter le cahier de charges, les prix de location ainsi que les modalités relatives à l'entretien, à la réparation, au remplacement et à la reprise des aides techniques. En 2020, l'assurance dépendance s'adresse à 160 fournisseurs spécialisés.

La majorité des fournisseurs d'aides techniques et d'adaptations du logement appartiennent au secteur de la construction. Il s'agit plus précisément d'entreprises effectuant des travaux d'installation d'équipements thermiques et de climatisation ainsi que d'entreprises de menuiserie.

1.3. LE PERSONNEL

La présente section porte sur le personnel prestant exclusivement des aides et soins aux personnes dépendantes, à savoir les réseaux d'aides et de soins [11], les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

1.3.1. Les prestataires d'aides et de soins

Les chiffres des tableaux 1 et 2 portent sur le personnel employé dans le secteur des soins de longue durée. Les données de 2020 sont communiquées par les prestataires à la CNS en vue de l'établissement du rapport d'analyse prévisionnel de l'assurance dépendance par l'IGSS (art. 395bis du CSS).

Tableau 1: Évolution des effectifs du personnel [a b c]

	2018	En % du total	2019	En % du total	2020	En % du total
Réseaux d'aides et de soins	2 669,9	27,7%	2 779,7	28,2%	2889,4	28,6%
Centres semi-stationnaires	434,1	4,5%	445,8	4,5%	426,0	4,2%
Établissements d'aides et de soins à séjour continu	5 442,6	56,4%	5 520,7	56,0%	5630,1	55,7%
Établissements d'aides et de soins à séjour intermittent	1 105,3	11,5%	1 118,9	11,3%	1157,3	11,5%
TOTAL	**9 652,0**	**100,0%**	**9 865,1**	**100,0%**	**10 102,9**	**100,0%**

a. Le personnel est exprimé en équivalents temps plein (ETP).
b. Moyenne annuelle.
c. Source : données CNS.

Les effectifs employés et communiqués à la CNS par le secteur des soins de longue durée représente en 2020 un total de 10 102,9 ETP. Parmi ce total, 55,7% sont occupés dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu (maisons de soins et centres intégrés). Suivent les réseaux d'aides et de soins et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et finalement les centres semi-stationnaires qui occupent 4,2% de l'effectif total considéré.

11. Y compris le personnel non affecté à des activités relatives à l'assurance dépendance.

Les effectifs en 2019 augmentent de 2,2% par rapport à 2018 respectivement de 2,4% en 2020 par rapport à 2019. L'évolution des ETP de 2020 est probablement impactée par la crise sanitaire liée au COVID-19 et ceci suite au recours au congé pour raisons familiales (élargi), aux congés de maladie de courte durée prises en charge par la CNS dès le premier jour [12], au recours au chômage partiel et à la fermeture des foyers et centres de jour.

Le tableau 2 présente le détail par qualification du personnel employé par les différents prestataires.

Tableau 2: Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée par qualification [a b c]

Type de prestataire	2018	2019	2020
Réseaux d'aides et de soins	**2 669,9**	**2 779,7**	**2 889,4**
Personnel d'assistance et de soins	2 445,4	2 555,1	2 658,1
Personnel socio-éducatif	24,7	22,2	21,9
Personnel administratif	151,3	159,0	156,5
Personnel technique et logistique	48,6	43,4	53,0
Centres semi-stationnaires	**434,1**	**445,8**	**426,0**
Personnel d'assistance et de soins	240,6	269,9	243,4
Personnel socio-éducatif	111,6	106,0	105,8
Personnel administratif	25,9	23,0	24,6
Personnel technique et logistique	56,1	47,0	52,2
Établissements d'aides et de soins à séjour continu	**5 442,6**	**5 520,7**	**5 630,1**
Personnel d'assistance et de soins	3 711,0	3 811,1	3 915,4
Personnel socio-éducatif	196,7	222,9	249,9
Personnel administratif	295,2	306,5	315,4
Personnel technique et logistique	1 239,7	1 180,2	1 149,5
Établissements d'aides et de soins à séjour intermittent	**1 105,3**	**1 118,9**	**1 157,3**
Personnel d'assistance et de soins	428,0	469,9	509,3
Personnel socio-éducatif	475,1	453,2	444,5
Personnel administratif	73,4	71,6	70,6
Personnel technique et logistique	128,8	124,3	133,0
TOTAL	**9 652,0**	**9 865,1**	**10 102,9**
Variation en %	*1,8%*	*2,2%*	*2,4%*
Nombre d'ETP prestant des soins	**6 825,0**	**7 105,9**	**7 326,2**
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	**70,7%**	**72,0%**	**72,5%**

a. Le personnel est exprimé en ETP.
b. Moyenne annuelle.
c. Source : données CNS.

Pour les années 2018 à 2020, la proportion du nombre d'ETP qui preste des soins (soins, médical et paramédical) augmente pour se situer à 72,5% en 2020 par rapport à 70,7% en 2018.

12. Il s'agit ici de deux mesures décidées par le Gouvernement dans le cadre de la pandémie COVID-19. Entre le 1er avril 2020 et le 30 juin 2020 la CNS a pris en charge les congés de maladie de courte durée dès le premier jour de maladie. Le congé pour raisons familiales élargi a été introduit le 16 mars 2020 pour les parents devant assurer la garde de leur enfant fréquentant le fondamental en cas de fermeture des écoles et des maisons relais ainsi qu'en cas de mise en quarantaine ou d'isolement de l'enfant.

Pour les quatre types de prestataire, le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif représente la plus grande proportion des ETP par année. Néanmoins, ce pourcentage varie par type de prestataire. En 2020 ce type de personnel représente 92,8% des effectifs des réseaux d'aides et de soins, 82,4% des effectifs des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, 82,0% des effectifs des centres semi-stationnaires et finalement 74,0% des effectifs des établissements d'aides et de soins à séjour continu. Ces derniers occupent une plus grande part de personnel technique et logistique que les 3 autres types de prestataires.

Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, qui assurent la prise en charge de personnes handicapées et nécessitent par conséquent un personnel issu de disciplines différentes, affichent un pourcentage du personnel socio-éducatif qui dépasse celui des professionnels chargés spécifiquement des soins (38,4% comparé à 0,8% dans les RAS ou 4,4% dans les ESC en 2020). En cela, ils se distinguent fortement des trois autres types de prestataires.

2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Encadré méthodologique

Les chiffres qui suivent rendent compte d'une situation instantanée et non d'une situation dynamique. Ils concernent les personnes qui, à la date du 31 décembre de l'année concernée (sauf indication contraire), sont en possession d'une décision positive de la CNS. Chaque personne s'y retrouve une seule fois avec la dernière décision relative à son dossier. Ces chiffres ne concernent que les bénéficiaires en vie en date du 31 décembre de l'année concernée. Une distinction est faite entre les personnes affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise et les personnes ayant droit aux prestations de l'assurance dépendance au Luxembourg dans le cadre d'une attestation S1.

Par ailleurs, les chiffres à la date du 31 décembre 2020 sont provisoires dans la mesure où des décisions rétroactives peuvent encore intervenir pour des demandes reçues avant le 31 décembre. Un certain recul est nécessaire pour établir des données définitives, possible à partir du moment où toutes les décisions se rapportant aux demandes formulées dans le courant de l'année auront été signifiées.

Avec l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1er janvier 2018, les données de l'année 2018 constituent une rupture de série. Ainsi, les chiffres de 2018 sont difficilement comparables à ceux de 2017 et l'analyse des résultats doit être réalisée avec précaution.

Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, qui répondent de façon prépondérante aux besoins des personnes handicapées, permettent à leurs résidents d'alterner leur séjour entre domicile et établissement. Depuis le 1er janvier 2018, les personnes résidant en établissement d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI) peuvent être identifiées sur base du prestataire ayant déclaré leur prise en charge (avant 2018, le prestataire était identifié que lors de la facturation). Ainsi, dans le cadre de cette section, les bénéficiaires séjournant au courant du mois qui précède, respectivement qui suit le 31 décembre au moins une fois dans un ESI ne figurent plus, depuis 2018, parmi les personnes vivant à domicile, mais sont considérés comme résidant dans un ESI.

2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La population des personnes dépendantes au 31 décembre 2020 peut se dessiner en quelques grands traits :

- la population dépendante continue à augmenter ;
- le taux de dépendance de la population protégée reste stable ;
- il y a deux fois plus de bénéficiaires à domicile que de bénéficiaires en établissement ;
- presque deux bénéficiaires sur trois sont des femmes ;
- trois hommes dépendants sur quatre résident à domicile ;
- trois bénéficiaires sur quatre en établissement d'aides et de soins à séjour continu sont des femmes ;
- l'âge moyen des bénéficiaires est beaucoup plus élevé en établissement d'aides et de soins à séjour continu qu'à domicile.

Tableau 3: Évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance [a b c]

Année	Nombre total	Variation en %	Nombre de bénéficiaires affiliés à l'AMM luxembourgeoise	Variation en %	Nombre de bénéficiaires résidents affiliés à l'AMM luxembourgeoise	En % du total affilié
2011	12 386	4,5%	12 154	4,6%	11 772	96,9%
2012	12 999	4,9%	12 753	4,9%	12 358	96,9%
2013	13 378	2,9%	13 130	3,0%	12 727	96,9%
2014	13 492	0,9%	13 267	1,0%	12 848	96,8%
2015	13 569	0,6%	13 330	0,5%	12 897	96,8%
2016	13 780	1,6%	13 541	1,6%	13 098	96,7%
2017	13 914	1,0%	13 663	0,9%	13 190	96,5%
2018 [d]	14 538	4,5%	14 239	4,2%	13 699	96,2%
2019	15 141	4,1%	14 833	4,2%	14 221	95,9%
2020	15 480	2,2%	15 148	2,1%	14 467	95,5%

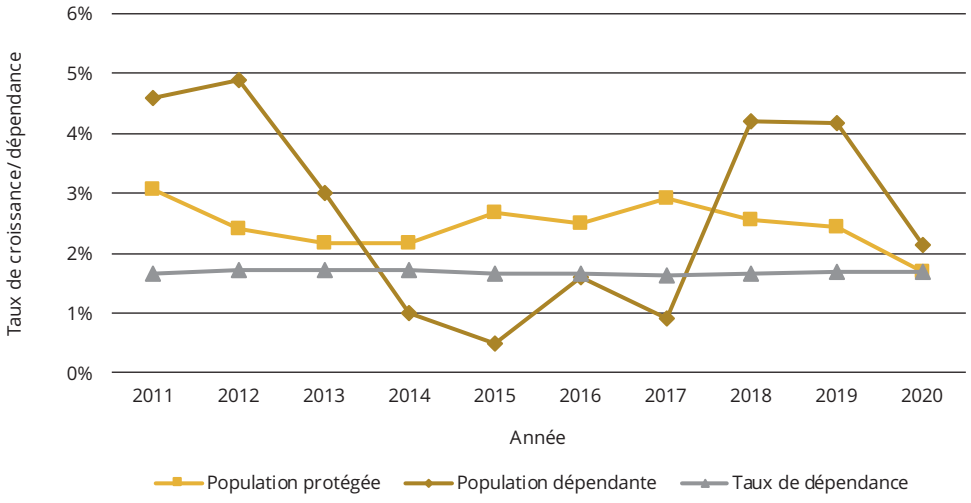
a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2020.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Rupture de série : entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1er janvier 2018.

En 2018, le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise (AMM) augmente de 4,2% contre 0,9% en 2017. Cette évolution s'explique notamment par le report des évaluations à réaliser par l'AEC de fin 2017 à début 2018 afin de tenir compte des nouvelles dispositions introduites dans le cadre de la réforme. Ce nombre évolue de 4,2% en 2019 et de 2,1% en 2020.

Le tableau 3 illustre également que la part des bénéficiaires non-résidents est restée relativement stable au cours des dernières années. Il convient de noter qu'à côté des personnes dépendantes disposant d'une synthèse de prise en charge au 31 décembre, il existe d'autres personnes, qui ne figurent pas dans la situation du 31 décembre mais qui ont aussi reçu des prestations de l'assurance dépendance au cours de l'année (personnes rétablies, personnes décédées, bénéficiaires d'aides techniques etc.).

Dans la suite de la section, l'analyse se limite aux personnes affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise.

Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance [a b c]



a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2020.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le graphique 1 met en parallèle le taux de croissance de la population protégée et celui de la population dépendante. Alors que le taux de croissance de la population dépendante se situe au-dessus du taux de croissance de la population protégée sur la période de 2011 à 2013, la situation s'inverse à partir de 2014. La population protégée connaît jusqu'en 2017 une plus forte croissance que la population dépendante. En 2018, le taux de croissance de la population dépendante dépasse à nouveau celui de la population protégée.

Le taux de dépendance en 2020 reste stable par rapport à 2018 avec 1,7%. Toutefois, il faut noter que le nombre de personnes bénéficiant de prestations et résidant à l'étranger est très faible alors que la population protégée non-résidente est importante. Le rapport de la population dépendante résidente à la population protégée résidente est beaucoup plus élevé que le rapport global (résidents et non-résidents). Au 31 décembre 2020, les personnes dépendantes au Luxembourg représentent 2,5% de la population protégée résidente. Le taux de dépendance des personnes ayant atteint au moins 65 ans s'élève, quant à lui, en 2020 à 13,1%.

Parmi les 15 148 bénéficiaires à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise au 31 décembre 2020, 26,4% bénéficient d'une synthèse basée sur une conversion de leur plan de prise en charge établi lors d'une évaluation faite antérieur au 1er janvier 2018. 3,0% des bénéficiaires ont droit à une prise en charge forfaitaire lié à leur pathologie (dispositions particulières), 2,1% à une synthèse « soins palliatifs » et 0,2% à une synthèse « décès » (personnes décédées avant qu'une évaluation ait pu avoir lieu). Les 68,3% bénéficiaires restant bénéficient d'une synthèse établie selon les nouvelles dispositions prévues par la réforme de l'assurance dépendance à partir du 1er janvier 2018.

Tableau 4: Évolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour [a] [b]

Année	Domicile	En % du total	Variation en %	ESI	En % du total	Variation en %	ESC	En % du total	Variation en %	Total	Variation en %
2018	8 901	62,5%		659	4,6%		4 679	32,9%	3,0%	14 239	4,2%
2019	9 399	63,4%	5,6%	654	4,4%	-0,8%	4 780	32,2%	2,2%	14 833	4,2%
2020[c]	9 895	65,3%	5,3%	640	4,2%	-2,1%	4 613	30,5%	-3,5%	15 148	2,1%

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2020.

Le maintien à domicile avant l'hébergement en institution est un des principes directeurs recherché par le législateur lors de l'introduction de l'assurance dépendance. En 2020, la part des bénéficiaires à domicile se situe à 65,3%, ce qui signifie que presque deux bénéficiaires sur trois reçoivent des prestations à domicile.

Le nombre de bénéficiaires vivant à domicile augmente en 2020 de 5,3% par rapport à 2019, celui des bénéficiaires résidant dans un ESI affiche une baisse 2,1% et celui des bénéficiaires séjournant dans un ESC affiche une baisse de 3,5%. Cette baisse peut être mise en relation avec la pandémie COVID-19. En effet, les personnes dépendantes séjournant à domicile ont préféré retarder leur transfert dans un ESC et les conditions d'admission dans les établissements étaient plus strictes (p.ex. isolation des personnes nouvellement admises, etc.).

Parmi les 640 bénéficiaires résidant dans un ESI en 2020, 168 personnes [13] alternent leur séjour entre établissement et domicile.

L'année 2020 est marquée par la pandémie COVID-19 et les personnes dépendantes comptent parmi les personnes les plus vulnérables. Pendant l'année 2020, 2 125 personnes résidentes, affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise et disposant d'une synthèse de prise en charge en vigueur sont testées positives au virus. Parmi ces personnes, 58,3% sont prises en charge dans un ESC, 3,6% dans ESI et 38,1% par un réseau d'aides et de soins. 328 personnes sont mortes en lien avec la COVID-19.

Parmi les 13 699 personnes dépendantes résidentes et affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise au 31 décembre 2018, 14,5% sont mortes en 2019. Ce taux s'élève à 15,4% en 2020 et se compose de 13,4% de décès sans lien avec la COVID-19 et de 2,0% de décès avec lien avec la COVID-19.

Tableau 5: Évolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour [a] [b]

Année	Domicile		ESI		ESC		Total		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
2018	3 742	5 159	358	301	1 238	3 441	5 338	8 901	14 239
2019	3 972	5 427	354	300	1 288	3 492	5 614	9 219	14 833
2020[c]	4 195	5 700	353	287	1 233	3 380	5 781	9 367	15 148

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2020.

13. Résultat provisoire pour 2020, comme il se base sur la facturation des prestations réalisées par les ESI et réseaux d'aides et de soins à la CNS. Il s'agit du nombre des bénéficiaires ESI avec une facturation à domicile entre le 01.12.2020 et le 31.01.2021.

En 2020, sur les 15 148 bénéficiaires affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise, 61,8% sont des femmes et 38,2% sont des hommes. Avec 72,6%, la grande majorité des hommes réside à domicile, tandis que chez les femmes ce même taux n'est que de 60,9%. Alors que les hommes ne représentent que 38,2% de l'ensemble des bénéficiaires des prestations de l'assurance dépendance, ils affichent un taux de 42,4% parmi les personnes vivant à domicile. L'âge moyen des bénéficiaires vivant dans un ESC est beaucoup plus élevé, un phénomène qui s'explique notamment par l'espérance de vie plus élevée des femmes. Dans les ESI, les hommes représentent 55,2% des bénéficiaires.

Tableau 6: Évolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour [a] [b]

Groupe d'âge	2018				2019				2020 [c]			
	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total
0-19	1 033	68	<10	1 104	1 111	61	<10	1 175	1 174	47	<10	1 226
20-39	478	173	<10	658	515	178	10	703	573	169	18	760
40-59	976	250	62	1 288	1 006	242	71	1 319	1 024	237	80	1 341
60-69	1 029	121	213	1 363	1 097	130	222	1 449	1 166	139	245	1 550
70-79	1 692	40	683	2 415	1 843	37	640	2 520	1 918	34	616	2 568
80-89	2 861	<10	2 313	5 181	2 900	<10	2 288	5 194	2 989	14	2 128	5 131
>=90	832	<10	1 398	2 230	927	<10	1 546	2 473	1 051	<10	1 521	2 572
TOTAL	**8 901**	**659**	**4 679**	**14 239**	**9 399**	**654**	**4 780**	**14 833**	**9 895**	**640**	**4 613**	**15 148**

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2020.

Les personnes âgées de moins de 60 ans et séjournant dans un ESC sont peu nombreuses. En ce qui concerne les personnes âgées de plus de 60 ans, 24,0% des septuagénaires, 41,5% des octogénaires et 59,1% des nonagénaires sont pris en charge dans un ESC en 2020.

Tableau 7: Évolution de l'âge moyen et de l'âge médian des bénéficiaires de l'assurance dépendance [a] [b]

	2018				2019				2020[c]			
	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total
Age moyen	66,0	45,4	84,8	71,2	65,8	45,8	84,9	71,1	65,7	47,3	84,5	71,1
Age médian	76	49	86	80	76	49	87	80	76	51	86	80

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2020.

Entre 2018 et 2020, il y a peu de variation au niveau des groupes d'âge à domicile et en ESC. En ESI, l'âge moyen augmente de 1,9 ans. La différence d'âge moyen entre les bénéficiaires vivant à domicile et dans un ESC s'élève à 18,8 ans en 2020.

2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES

Parmi l'ensemble des bénéficiaires qui viennent d'être évoqués, un groupe particulier ne répond pas aux critères habituels servant à déterminer la dépendance.

Les articles 3 à 6 du règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance prévoient l'octroi de prestations forfaitaires pour les personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication, les personnes atteintes de spina bifida, d'aphasie et les personnes présentant une laryngectomie [14].

Pour ces personnes, le législateur a introduit des dispositions particulières permettant de déroger au principe du besoin minimum d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. Ces personnes ont droit à une prestation en espèces forfaitaire correspondant à 361 minutes d'aides et de soins par semaine.

Tableau 8: Évaluation de la répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type d'affection [a b c d]

Type	2018			2019			2020 [e]		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Forfait surdité ou capacité auditive réduite	91	79	170	91	82	173	90	85	175
Forfait cécité ou acuité visuelle réduite	121	145	266	123	151	274	117	140	257
Forfait Spina Bifida symptomatique	20	18	38	20	18	38	20	19	39
Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Forfait laryngectomie	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Total	**241**	**244**	**485**	**245**	**253**	**498**	**238**	**246**	**484**

a. Art 305 point 3 du CSS.
b. Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
c. Nombre annuel.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
e. Données provisoires pour 2020.

En 2020, 484 personnes bénéficient de prestations forfaitaires. Ce groupe représente 4,9% de l'ensemble des bénéficiaires vivant à domicile. Les personnes atteintes de cécité respectivement d'acuité visuelle réduite représentent 55,0% des cas et les personnes sourdes 34,7%.

14. Avant la réforme de 2018, les personnes atteintes d'une aphasie/dysarthrie grave et les personnes présentant une laryngectomie ont été regroupées parmi les personnes souffrant de surdité respectivement de troubles de la communication.

Tableau 9: Évolution de l'âge moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type d'affection [a b c d]

Type	2018	2019	2020 [e]
Forfait surdité ou capacité auditive réduite	54,3	53,1	52,2
Forfait cécité ou acuité visuelle réduite	63,4	63,4	62,3
Forfait Spina Bifida symptomatique	33,6	33,8	35,5
Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave	64,4	67,6	62,8
Forfait laryngectomie	64,7	65,5	65,9
Ensemble des bénéficiaires de prestations forfaitaires	**57,9**	**57,7**	**56,6**

a. Art 350 point 9 du CSS.
b. Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
c. Nombre annuel - âge au 31 décembre.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
e. Données provisoires pour 2020.

Les personnes bénéficiant d'un forfait en raison de Spina Bifida sont beaucoup plus jeunes que les bénéficiaires appartenant aux autres groupes.

2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DES FORFAITS SOINS PALLIATIFS ET DÉCÈS

Les personnes qui disposent d'une décision de la CNS sur base d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs font partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance (art. 349 du CSS), sans évaluation de leur état de santé par l'AEC.

De plus, les personnes protégées, ayant introduit une demande pour obtenir des prestations de l'assurance dépendance, mais qui décèdent avant que l'AEC n'ait pu faire une évaluation de leur état de santé, comptent également parmi les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Dans ces deux cas de figure, l'assurance dépendance prend en charge un forfait correspondant à 780 minutes d'aides et de soins par semaine.

Tableau 10: Évolution du nombre de bénéficiaires d'un forfait Décès ou d'un forfait Soins palliatifs [a b]

Type de forfait	2018	2019	2020[c]
Forfait Décès	**352**	**337**	**274**
Hommes	196	187	147
Femmes	156	150	127
dont décédés au courant de l'année	294	288	237
Forfait Soins palliatifs	**1 029**	**1 144**	**1 259**
Hommes	464	509	571
Femmes	565	635	688
dont décédés au courant de l'année	*717*	*814*	*852*

a. Nombre annuel.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2020.

En 2020, 274 personnes (53,6% hommes et 46,4% femmes) ont introduit une demande pour obtenir des prestations de l'assurance dépendance, mais elles sont décédées avant que l'AEC n'ait pu faire une évaluation de leur état de santé.

1 259 personnes ont droit au forfait Soins palliatifs en 2020, dont 54,6% sont des femmes.

Une personne peut être comptée dans les 2 types de forfaits, ceci par exemple lorsqu'elle introduit sa demande pour bénéficier des prestations de l'assurance dépendance et que par la suite elle obtient l'accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs. Tel est le cas pour 69 personnes en 2020.

Le tableau 11 présente l'âge moyen des bénéficiaires d'un forfait Décès ou d'un forfait Soins palliatifs.

Tableau 11: Évolution de l'âge moyen des bénéficiaires d'un forfait Décès ou Soins palliatifs [a] [b]

Type de forfait	2018	2019	2020[c]
Forfait Décès	80,2	79,5	80,7
Hommes	80,0	78,9	79,6
Femmes	80,4	80,3	82,0
Forfait Soins palliatifs	78,4	78,5	78,9
Hommes	77,1	77,3	76,9
Femmes	79,5	79,4	80,5

a. Nombre annuel - âge au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2020.

Au niveau de l'âge moyen, les femmes bénéficiant du forfait Soins palliatifs ont en moyenne 3,7 ans de plus que les hommes en 2020.

2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE

L'objet de l'assurance dépendance prévue par la loi du 19 juin 1998 est de répondre au besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

Le législateur a pris l'option de définir la dépendance en liant le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie à une cause médicale : une maladie physique, psychique ou mentale ou une déficience de même nature.

La cause de la dépendance est établie lors de l'évaluation médicale. Il est rare que la dépendance soit liée à un seul diagnostic. Le protocole de l'évaluation prévoit de retenir 10 diagnostics à la base de la dépendance.

Ces diagnostics sont ordonnés selon leur incidence sur le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

Encadré méthodologique

Les données reprises ici font référence au diagnostic retenu comme la cause principale en relation avec la dépendance.

Les données sont présentées sous deux formes de classification. Dans le premier tableau, les diagnostics sont regroupés selon les chapitres de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM10) établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce tableau permet d'offrir une vision relativement détaillée des différentes causes de la dépendance et permet ultérieurement des comparaisons internationales.

Les autres tableaux font appel à une classification conçue par les médecins de l'AEC. Elle permet de mettre davantage en évidence les diagnostics pertinents pour le domaine de la dépendance.

Les tableaux présentés portent sur les bénéficiaires d'aides et de soins de l'assurance dépendance en vie au 31 décembre 2020 (y compris les bénéficiaires de prestations forfaitaires). Ces tableaux ne reprennent pas les personnes qui bénéficient seulement d'aides techniques ou d'adaptations du logement.

Les personnes qui disposent d'une décision de la CNS sur base d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs font partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance (art. 349 du CSS), sans évaluation de leur état de santé par l'AEC. Aucune information concernant leur cause de dépendance figure par conséquent dans les bases de données de l'AEC.

Les bénéficiaires d'une synthèse « décès » figurent parmi les bénéficiaires avec une cause non codée, comme ces personnes sont décédées avant qu'une évaluation n'ait pu avoir lieu.

Les bénéficiaires séjournant au courant du mois qui précède, respectivement qui suit le 31 décembre au moins une fois dans un ESI ne figurent plus, depuis 2018, parmi les personnes vivant à domicile, mais sont considérés comme résidant dans un ESI.

2.4.1. Les causes de la dépendance selon la classification CIM 10

Le tableau 12 affiche les causes de dépendance selon la classification CIM 10.

Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2020 [a] [b] [c] (en % du total)

Chapitre de la classification CIM 10	Hommes	Femmes	Total
Chapitre I. - Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,6%	0,3%	0,4%
Chapitre II. - Tumeurs	2,6%	2,1%	2,3%
Chapitre III. - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,1%	0,1%	0,1%
Chapitre IV - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,6%	2,0%	1,9%
Chapitre V. - Troubles mentaux et du comportement	29,6%	26,6%	27,8%
Chapitre VI. - Maladies du système nerveux	22,0%	15,9%	18,2%
Chapitre VII. - Maladies de l'œil et de ses annexes	2,8%	3,0%	2,9%
Chapitre VIII. - Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1,4%	1,0%	1,2%
Chapitre IX. - Maladies de l'appareil circulatoire	9,1%	7,9%	8,3%
Chapitre X. - Maladies de l'appareil respiratoire	1,7%	1,8%	1,7%
Chapitre XI. - Maladies de l'appareil digestif	0,4%	0,3%	0,4%
Chapitre XII. - Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,1%	0,1%	0,1%
Chapitre XIII. - Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	7,7%	19,9%	15,2%
Chapitre XIV. - Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,4	0,3%	0,3%
Chapitre XV. - Grossesse, accouchement et puerpéralité	0,0%	0,0%	0,0%
Chapitre XVI. - Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,3%	0,1%	0,2%
Chapitre XVII. - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	5,0%	2,6%	3,5%
Chapitre XVIII. - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	4,7%	6,1%	5,6%
Chapitre XIX. - Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	4,1%	4,9%	4,6%
Chapitre XX. - Causes externes de morbidité et de mortalité	0,1%	0,1%	0,1%
Chapitre XXI. - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	1,9%	1,5%	1,7%
Soins palliatifs	2,5%	1,9%	2,1%
Cause non codée [d]	1,3%	1,3%	1,3%
TOTAL	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

a. Situation au 31 décembre 2020.
b. Données provisoires.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Y compris 27 personnes bénéficiant d'un forfait Décès au 31 décembre.

2.4.2. Les causes de la dépendance selon la classification établie par l'AEC

Une description plus détaillée de la classification établie par l'AEC est reprise dans le tableau 13.

Tableau 13: Classification des causes de la dépendance selon la AEC

Groupe	Libellé	Commentaire
1	Démence et troubles des fonctions cognitives	Diagnostics se rapportant à la maladie d'Alzheimer, démence vasculaire et toutes les autres formes de démence quelle qu'en soit la cause, y compris les démences sans précision.
2	Troubles psychiatriques	Diagnostics se rapportant aux syndromes dépressifs, névroses et psychoses, à l'exclusion des diagnostics de démence et de retard mental.
3	Maladies du système cardio-vasculaire	Diagnostics ayant trait à l'insuffisance cardiaque et pulmonaire ainsi que toutes les autres affections du système cardio-pulmonaire.
4	Maladies du système nerveux	Affections du système nerveux central (essentiellement les séquelles d'AVC (accidents vasculaires-cérébraux), maladies de Parkinson, sclérose en plaques, paraplégies et paralysies infantiles) ou périphérique (essentiellement les polynévrites)).
5	Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	Diagnostics ayant trait aux malformations congénitales, les retards du développement moteur ou mental ainsi que les anomalies chromosomiques.
6	Maladies du système ostéo-articulaire	Maladies rhumatologiques et orthopédiques.
7	Troubles sensoriels	
8	Tumeurs malignes	
9	Autres	On retrouve ici tous les diagnostics qui ne relèvent pas des autres catégories.

Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2020 [a] [b] [c] (en % du total)

Classification AEC	0-19	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Groupe 1. - Démences et troubles des fonctions cognitives	0,2%	0,0%	1,7%	7,0%	19,0%	30,3%	34,3%	20,2%
Groupe 2. - Troubles psychiatriques	37,7%	15,8%	10,7%	14,0%	8,8%	4,5%	2,9%	9,7%
Groupe 3. - Maladies du système cardio-vasculaire	0,2%	0,0%	2,2%	5,0%	7,5%	7,6%	7,9%	5,9%
Groupe 4. - Maladies du système nerveux	18,4%	31,6%	34,2%	32,6%	23,7%	14,3%	8,8%	19,8%
Groupe 5. - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	35,9%	36,2%	13,6%	6,8%	2,3%	0,5%	0,0%	7,2%
Groupe 6. - Maladies du système ostéo-articulaire	1,0%	3,9%	12,2%	13,4%	19,8%	28,4%	33,2%	21,3%
Groupe 7. - Troubles sensoriels	2,0%	7,5%	11,3%	3,5%	3,0%	3,0%	3,6%	4,0%
Groupe 8. - Tumeurs malignes	0,8%	0,8%	3,1%	3,9%	3,1%	2,1%	1,2%	2,2%
Groupe 9. - Autres	2,9%	2,9%	6,0%	8,6%	8,3%	6,0%	5,3%	6,1%
Soins palliatifs	0,0%	0,1%	2,8%	3,1%	3,0%	2,1%	2,0%	2,1%
Cause non codée [d]	0,9%	1,2%	2,2%	2,0%	1,5%	1,1%	0,7%	1,3%
Nombre de bénéficiaires	**1 226**	**760**	**1 341**	**1 550**	**2 568**	**5 131**	**2 572**	**15 148**

a. Situation au 31 décembre 2020.
b. Données provisoires.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Y compris 27 personnes bénéficiant d'un forfait Décès au 31 décembre.

En se référant à la classification du tableau 13, les maladies du système ostéo-articulaire (21,3%), les démences et troubles des fonctions cognitives (20,2%) ainsi que les maladies du système nerveux (19,8%) sont les trois premières causes principales de la dépendance de la population dépendante. Ces trois groupes représentent 61,3% de la population dépendante au 31 décembre 2020.

En fonction de l'âge du bénéficiaire, les troubles psychiatriques et les malformations congénitales et retards du développement moteur et mental constituent les premières causes de dépendance chez les jeunes de moins de 40 ans. Les maladies du système nerveux deviennent ensuite la cause principale jusqu'à l'âge de 80 ans. A partir de 80 ans, les démences et troubles des fonctions cognitives sont la cause principale de dépendance. Jusqu'à l'âge de 69 ans, les démences et troubles des fonctions cognitives sont peu répandues. Les maladies du système ostéo-articulaires viennent en deuxième position pour les personnes au-dessus de 70 ans.

Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2020 [a] [b] [c] (en % du total)

Classification AEC	Hommes				Femmes			
	Domicile	ESI	SEC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total
Groupe 1. - Démences et troubles des fonctions cognitives	10,5%	0,0%	36,3%	15,4%	13,5%	0,7%	41,4%	23,2%
Groupe 2. - Troubles psychiatriques	13,9%	18,4%	12,8%	13,9%	7,1%	15,0%	6,6%	7,1%
Groupe 3. - Maladies du système cardio-vasculaire	6,5%	0,6%	4,7%	5,8%	6,8%	0,0%	5,1%	6,0%
Groupe 4. - Maladies du système nerveux	25,7%	32,3%	22,5%	25,4%	17,4%	30,3%	13,2%	16,3%
Groupe 5. - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	10,3%	45,0%	1,5%	10,6%	5,6%	47,4%	0,7%	5,1%
Groupe 6. - Maladies du système ostéo-articulaire	14,0%	0,8%	12,0%	12,8%	30,1%	2,8%	22,8%	26,6%
Groupe 7. - Troubles sensoriels	5,4%	0,6%	1,9%	4,3%	4,8%	0,7%	2,5%	3,8%
Groupe 8. - Tumeurs malignes	3,0%	0,3%	1,4%	2,5%	2,7%	0,0%	1,1%	2,1%
Groupe 9. - Autres	6,2%	1,4%	4,2%	5,5%	7,9%	2,4%	4,6%	6,5%
Soins palliatifs	2,8%	0,0%	2,4%	2,5%	2,5%	0,0%	1,1%	1,9%
Cause non codée [d]	1,6%	0,6%	0,4%	1,3%	1,6%	0,7%	0,8%	3,8%
Nombre de bénéficiaires	**4 195**	**353**	**1 233**	**5 781**	**5700**	**287**	**3 380**	**9 367**

a. Situation au 31 décembre 2020.
b. Données provisoires pour 2020.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Y compris 27 personnes bénéficiant d'un forfait Décès au 31 décembre.

La cause de dépendance la plus répandue chez les hommes en 2020 est le groupe des maladies du système nerveux (25,4%) alors que les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance chez les femmes (26,6%).

Dans les ESI, les personnes souffrent essentiellement de malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental, des maladies du système nerveux et des troubles psychiatriques.

40% des bénéficiaires résidant dans ESC souffrent de démences et de troubles des fonctions cognitives.

A domicile, la cause de dépendance principale (hommes et femmes confondus) est le groupe des maladies du système ostéo-articulaire (23,3% - prédominance chez les femmes), suivi de près des maladies du système nerveux (21,0% - prédominance chez les hommes).

3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La première partie de cette section porte sur les prestations telles qu'elles sont notifiées dans la synthèse de prise en charge établie par l'AEC.

La deuxième partie de cette section analyse les prestations auxquelles les personnes protégées peuvent prétendre, sans nécessairement bénéficier d'une synthèse de prise en charge, à savoir les aides techniques et les adaptations de logement.

La troisième partie est consacrée aux prestations facturées, c'est-à-dire aux dépenses de l'assurance dépendance pour la couverture de ces prestations [15].

3.1. LES PRESTATIONS REQUISES RETENUES DANS LES SYNTHÈSES DE PRISE EN CHARGE

Encadré méthodologique

Les chiffres de la première partie de cette section présentent les prestations requises, c'est-à-dire les prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation. Il s'agit des prestations nécessaires aux personnes dépendantes, telles qu'elles sont déterminées par l'AEC et retenues dans la synthèse de prise en charge. Il ne s'agit pas des aides et soins qui sont facturés et remboursés par la CNS.

Le besoin en aides et soins pour actes essentiels de la vie est exprimé en temps requis. Il s'agit de la durée totale [a] pour les actes AEV retenus dans la synthèse de prise en charge des personnes dépendantes. La durée totale est utilisée pour déterminer le niveau de besoins hebdomadaires en aides et soins, appelé « niveau de dépendance » dans la suite de l'analyse.

Les bénéficiaires séjournant au courant du mois qui précède, respectivement qui suit le 31 décembre au moins une fois dans un ESI I ne figurent plus, depuis 2018, parmi les personnes vivant à domicile, mais sont considérés comme résidant dans un ESI.

a. La durée des différents actes, ainsi que les conditions d'octroi sont définies dans le référentiel des aides et soins de l'assurance dépendance.

3.1.1. Les prestations pour les actes essentiels de la vie

Les prestations pour les actes essentiels de la vie sont celles que la loi définit comme les aides et soins pour les actes relevant des domaines de l'hygiène corporelle, de l'élimination, de la nutrition, de l'habillement et de la mobilité.

15. La période analysée se limite néanmoins aux factures introduites et remboursées par la CNS jusqu'au 31 décembre 2019.

Lors de l'évaluation, les aides et soins et leur fréquence sont déterminés d'après un relevé-type qui prévoit une durée forfaitaire pour les différentes prestations du référentiel d'aides et de soins. Sur base de la détermination des aides et de soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, le demandeur se voit attribuer un des quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins suivants :

- Niveau 1 de 210 à 350 minutes.
- Niveau 2 de 351 à 490 minutes.
- Niveau 3 de 491 à 630 minutes.
- Niveau 4 de 631 à 770 minutes.
- Niveau 5 de 771 à 910 minutes.
- Niveau 6 de 911 à 1 050 minutes.
- Niveau 7 de 1 051 à 1 190 minutes.
- Niveau 8 de 1 191 à 1 330 minutes.
- Niveau 9 de 1 331 à 1 470 minutes.
- Niveau 10 de 1 471 à 1 610 minutes.
- Niveau 11 de 1 611 à 1 750 minutes.
- Niveau 12 de 1 751 à 1 890 minutes.
- Niveau 13 de 1 891 à 2 030 minutes.
- Niveau 14 de 2 031 à 2 170 minutes.
- Niveau 15 supérieur ou égal à 2 171 minutes.

De plus, la loi prévoit que si, suite à une hospitalisation en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins, la personne dépendante présente un besoin momentané d'assistance dépassant les aides et soins pour les actes essentiels de la vie prévus dans sa synthèse de prise en charge, alors son requis pour prestations en nature est majoré de 45 minutes par semaine pendant huit semaines sans pouvoir dépasser la prise en charge du forfait 15. Les prestations délivrées dans ce contexte ne peuvent évidemment pas être analysées au titre de prestations requises.

Une première analyse de l'évolution du temps requis pour les actes essentiels de la vie étudie la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance.

Tableau 16: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance [a] [b]

Niveau de dépendance	2018	En % du total	2019	En % du total	2020 [c]	En % du total
Niveau 1	4 409	31,0%	4 532	30,6%	4 525	29,9%
Niveau 2	2 043	14,3%	2 117	14,3%	2 234	14,7%
Niveau 3	1 407	9,9%	1 544	10,4%	1 647	10,9%
Niveau 4	1 096	7,7%	1 165	7,9%	1 262	8,3%
Niveau 5	882	6,2%	1 013	6,8%	1 056	7,0%
Niveau 6	837	5,9%	870	5,9%	888	5,9%
Niveau 7	729	5,1%	677	4,6%	641	4,2%
Niveau 8	565	4,0%	566	3,8%	521	3,4%
Niveau 9	487	3,4%	470	3,2%	426	2,8%
Niveau 10	341	2,4%	382	2,6%	381	2,5%
Niveau 11	286	2,0%	283	1,9%	268	1,8%
Niveau 12	164	1,2%	161	1,1%	161	1,1%
Niveau 13	157	1,1%	181	1,2%	194	1,3%
Niveau 14	78	0,5%	107	0,7%	122	0,8%

Tableau 16: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance [a] [b] (Suite)

Niveau de dépendance	2018	En % du total	2019	En % du total	2020 [c]	En % du total
Niveau 15	17	0,1%	11	0,1%	13	0,1%
Prestation forfaitaire	453	3,2%	463	3,1%	457	3,0%
Soins palliatifs	245	1,7%	249	1,7%	325	2,1%
Décès	43	0,0%	42	0,3%	27	0,2%
TOTAL	**14 239**	**100,0%**	**14 833**	**100,0%**	**15 148**	**100,0%**

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2020.

Au cours des trois dernières années, la répartition est restée relativement stable. 55,5% des bénéficiaires se trouvent dans un des 3 premiers niveaux de dépendance en 2020 (55,2% en 2018).

La répartition par niveau de dépendance en fonction du lieu de séjour diffère fortement en fonction du lieu de séjour.

Tableau 17: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par lieu de séjour en 2020 [a] [b] [c]

Niveau de dépendance	Domicile (%)	ESI (%)	ESC (%)	TOTAL (%)	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	39,8%	11,6%	11,0%	29,9%	4 525
Niveau 2	18,1%	13,6%	7,8%	14,7%	2 234
Niveau 3	11,6%	10,5%	9,4%	10,9%	1 647
Niveau 4	7,2%	9,8%	10,6%	8,3%	1 262
Niveau 5	5,0%	7,3%	11,3%	7,0%	1 056
Niveau 6	3,5%	7,3%	10,7%	5,9%	888
Niveau 7	2,1%	6,6%	8,5%	4,2%	641
Niveau 8	1,6%	8,0%	6,8%	3,4%	521
Niveau 9	1,3%	5,8%	5,7%	2,8%	426
Niveau 10	1,0%	7,2%	5,1%	2,5%	381
Niveau 11	0,6%	5,6%	3,7%	1,8%	268
Niveau 12	0,3%	3,3%	2,4%	1,1%	161
Niveau 13	0,4%	2,0%	3,0%	1,3%	194
Niveau 14	0,2%	1,1%	2,1%	0,8%	122
Niveau 15	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%	13
Prestation forfaitaire	4,5%	0,2%	0,2%	3,0%	457
Soins palliatifs	2,6%	0,0%	1,5%	2,1%	325
Décès	0,2%	0,0%	0,1%	0,2%	27
TOTAL	**9 895**	**640**	**4 613**	**15 148**	**15 148**

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2020.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

A domicile, 39,8% des bénéficiaires sont classés dans le niveau de dépendance 1, 18,1% dans le niveau 2 et 11,6% dans le niveau de dépendance 3 (69,5% pour les 3 niveaux). Ainsi, plus de 2 tiers des bénéficiaires à domicile se retrouvent dans un des 3 premiers niveaux. Dans les niveaux 10 à 15, se retrouvent uniquement 2,6% des bénéficiaires vivant à domicile.

Dans un ESC, 28,2% des bénéficiaires se retrouvent dans un des 3 premiers niveaux de dépendance. Le niveau de dépendance le plus représenté est le niveau 5 avec 11,3%. Suivent ensuite les niveaux 1, 6 et 4 avec à chaque fois entre 10,6% et 11,0% des bénéficiaires résidant dans un ESC. Le pourcentage des bénéficiaires dans les niveaux plus élevés diminue progressivement, mais il est largement supérieur à celui du domicile avec 16,5% dans les niveaux 10 à 15.

Tout comme dans un ESC, un tiers des bénéficiaires vivant dans un ESI ont un niveau de dépendance inférieur ou égal à 3. Le pourcentage des personnes ayant un niveau de dépendance supérieur ou égal à 10 s'élève à 19,4% et est largement supérieur à celui des pensionnaires d'un ESC.

Un nouveau référentiel des aides et soins est d'application depuis le 1er janvier 2018. Le temps requis pour les actes essentiels de la vie reste stable entre 2018 et 2020, alors que de plus en plus de synthèses sont établies sur base du nouveau référentiel. Ce résultat n'est pas inattendu puisque lors de la rédaction du nouveau référentiel, il a été veillé à garder un minutage total identique avant et après la réforme. La répartition des bénéficiaires selon les différents niveaux de dépendance n'affiche guère de variation sur les dernières années.

Tableau 18: Évolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV) [a] [b] [c]

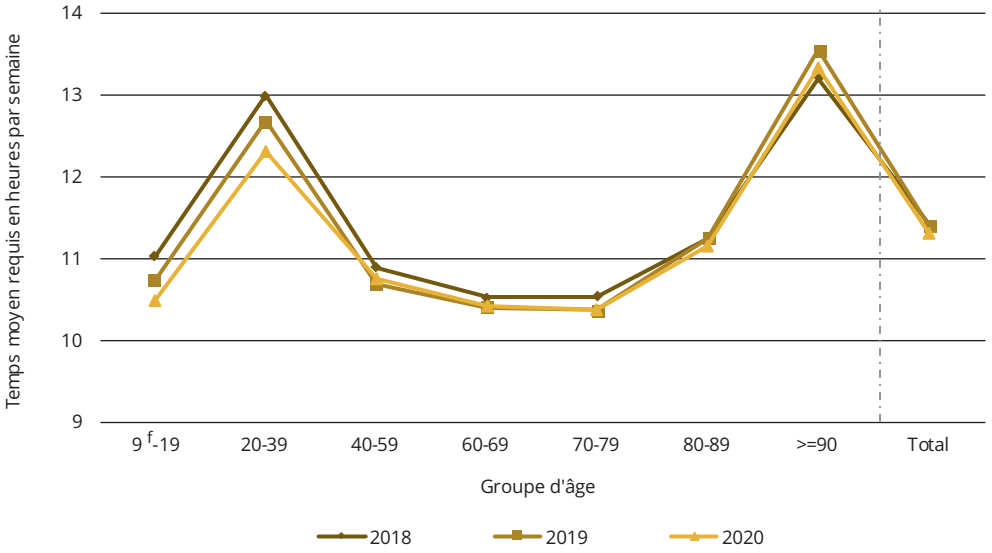
Année	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
2018	684	11,4	13 097
2019	684	11,4	13 662
2020 [d]	679	11,3	13 921

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Données provisoires pour 2020.

La moyenne du temps requis pour les actes essentiels de la vie s'élève à 11,3 heures en 2020. L'écart entre le temps moyen requis pour les femmes et les hommes s'élève à 11,5 minutes en 2020.

La différence entre le temps moyen requis calculé pour les personnes vivant à domicile et celui des personnes séjournant dans un ESC est de 7,4 heures en 2020. Le temps moyen requis pour les AEV s'élève dans le cadre d'une prise en charge à domicile à 8,6 heures contre 16,0 heures dans un ESC et 15,7 heures dans un ESI.

Graphique 2: Évolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge [a b c d e]



a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2020.
d. Rupture de série : entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1er janvier 2018 avec l'introduction d'un nouveau référentiel des aides et soins.
e. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
f. Ne tient pas compte des synthèses des enfants de moins de 9 ans à partir de 2018.

Pour la population dépendante âgée entre 40 et 69 ans, le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie reste assez stable entre 10 et 11 heures. A partir de 70 ans, le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie augmente avec l'âge du bénéficiaire.

3.1.2. Les activités d'appui à l'indépendance, les activités de maintien à domicile et les activités d'accompagnement en établissement

Pour les quatre tableaux qui suivent, l'analyse ne prend pas en compte les forfaits Décès, Soins palliatifs et Dispositions particulières, car il s'agit de synthèses forfaitaires. De plus, l'AEC n'effectue pas d'évaluation des besoins du demandeur dans le cadre de la prise en charge des personnes ayant droit aux soins palliatifs et celles décédées avant l'évaluation.

Un bénéficiaire vivant à domicile peut avoir droit à des activités d'appui à l'indépendance et à des activités de maintien à domicile. Les activités de maintien à domicile regroupent les gardes de nuit, les gardes en groupe (standards ou majorées), les gardes individuelles (standards ou majorées) et les activités d'assistance à l'entretien du ménage.

Les gardes individuelles ne sont pas cumulables avec les gardes en groupes, par conséquent la synthèse de prise en charge d'une personne dépendante ne peut contenir qu'un seul des actes AMD-GG, AMD-GG-M, AMD-GI, AMD-GI-M. Néanmoins une personne peut convertir une partie de sa garde individuelle accordée en garde en groupe, respectivement sa garde en groupe en garde individuelle. Le terme « AMD-Garde » représente les gardes individuelles et les gardes en groupe (standards et majorées).

Les personnes vivant dans un ESC ou un ESI bénéficient toutes de l'activité d'accompagnement en établissement (standard ou majorée) et peuvent se voir accorder des activités d'appui à l'indépendance.

Tableau 19: Répartition des personnes vivant à domicile selon leur synthèse de prise en charge en 2020 (en %) [a b c d]

Niveau de dépendance	AAI	AMD-GDN	AMD-GG	AMD-GG-M	AMD-GI	AMD-GI-M	AMD-Garde	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	50,4%	0,8%	46,6%	0,6%	6,1%	0,3%	53,6%	3 943
Niveau 2	60,3%	3,9%	47,1%	2,0%	15,3%	1,3%	65,6%	1 787
Niveau 3	66,9%	5,5%	50,9%	2,5%	16,3%	2,1%	71,9%	1 145
Niveau 4	71,3%	10,0%	52,6%	3,9%	18,4%	1,5%	76,5%	711
Niveau 5	70,2%	10,2%	55,9%	4,3%	15,7%	1,8%	77,8%	490
Niveau 6	67,0%	13,2%	52,1%	7,4%	19,5%	2,3%	81,4%	349
Niveau 7	68,4%	16,7%	48,3%	10,5%	20,1%	8,6%	87,6%	209
Niveau 8	57,1%	19,9%	46,2%	9,6%	23,7%	7,1%	86,5%	156
Niveau 9	55,2%	27,2%	41,6%	8,0%	21,6%	9,6%	80,8%	125
Niveau 10	47,5%	27,3%	36,4%	10,1%	23,2%	13,1%	82,8%	99
Niveau 11	61,3%	40,3%	30,6%	11,3%	30,6%	14,5%	87,1%	62
Niveau 12	50,0%	46,7%	26,7%	10,0%	30,0%	16,7%	83,3%	30
Niveau 13	52,4%	50,0%	35,7%	9,5%	11,9%	33,3%	90,5%	42
Niveau 14	44,4%	38,9%	27,8%	16,7%	16,7%	22,2%	83,3%	18
Niveau 15	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	<10
TOTAL	**58,3%**	**5,7%**	**48,0%**	**2,6%**	**12,5%**	**1,9%**	**64,9%**	**9 168**

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2020.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Dans le cadre du maintien à domicile, le pourcentage des 9 168 personnes qui se voit attribuer des activités d'appui à l'indépendance s'élève à 58,3% en 2020.

Uniquement 5,7% des bénéficiaires vivant à domicile ont droit à une garde de nuit. Cependant, pour pouvoir profiter de ces gardes, la personne dépendante nécessite la présence d'une tierce personne 24 heures sur 24. Ces gardes sont donc attribuées surtout à des personnes avec des niveaux de dépendance plus élevés.

Par contre, 64,9% des personnes dépendantes vivant à domicile ont droit à des activités de garde (pendant la journée), que ce soit sous forme individuelle ou en groupe (standard ou majorée).

Il convient également d'ajouter que toutes les personnes dépendantes résidant à domicile ont droit aux activités d'assistance à l'entretien du ménage à hauteur de 3 heures par semaine.

Tableau 20: Répartition des personnes vivant dans un ESC selon leur synthèse de prise en charge en 2020 (en %) [a b c d]

Niveau de dépendance	AAI	AAE	AAE-M	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	71,3%	96,9%	3,1%	508
Niveau 2	88,9%	97,2%	2,8%	360
Niveau 3	90,3%	92,4%	7,6%	435
Niveau 4	93,4%	91,4%	8,6%	488
Niveau 5	89,6%	86,5%	13,5%	519
Niveau 6	91,1%	81,7%	18,3%	492
Niveau 7	87,7%	72,6%	27,4%	390
Niveau 8	86,6%	73,9%	26,1%	314
Niveau 9	79,2%	71,2%	28,8%	264
Niveau 10	74,6%	63,1%	36,9%	236
Niveau 11	64,7%	65,9%	34,1%	170
Niveau 12	62,7%	56,4%	43,6%	110
Niveau 13	44,6%	54,7%	45,3%	139
Niveau 14	48,5%	43,3%	56,7%	97
Niveau 15	60,0%	20,0%	80,0%	10
TOTAL	**82,5%**	**81,4%**	**18,6%**	**4 532**

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2020.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Dans un ESC, 18,6% des 4 532 personnes dépendantes bénéficient du forfait majoré pour l'activité d'accompagnement. L'attribution de cet acte augmente avec le niveau de dépendance. La majorité des résidents, à savoir les 81,4% restant, a droit au forfait normal de l'activité d'accompagnement.

Les activités d'appui à l'indépendance sont attribuées à 82,5% des bénéficiaires dans un ESC. Les bénéficiaires présentant un niveau de dépendance allant de 2 à 8 ont droit à des activités d'appui à l'indépendance dans plus de 86% des cas.

Le tableau qui suit montre la répartition des synthèses de prise en charge en vigueur au 31 décembre des pensionnaires d'un ESI.

Tableau 21: Répartition des personnes résidant dans un ESI selon leur synthèse de prise en charge en 2020 (en %) [a b c d]

Niveau de dépendance	AAI	AAE	AAE-M	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	56,8%	91,9%	8,1%	74
Niveau 2	75,9%	85,1%	14,9%	87
Niveau 3	79,1%	88,1%	11,9%	67
Niveau 4	88,9%	79,4%	20,6%	63
Niveau 5	91,5%	76,6%	23,4%	47
Niveau 6	87,2%	83,0%	17,0%	47
Niveau 7	88,1%	69,0%	31,0%	42
Niveau 8	88,2%	64,7%	35,3%	51
Niveau 9	83,8%	59,5%	40,5%	37
Niveau 10	87,0%	73,9%	26,1%	46
Niveau 11	83,3%	69,4%	30,6%	36
Niveau 12	95,2%	85,7%	14,3%	21
Niveau 13	92,3%	38,5%	61,5%	13
Niveau 14	57,1%	71,4%	28,6%	<10
Niveau 15	100,0%	0,0%	100,0%	<10
TOTAL	**81,5%**	**77,8%**	**22,2%**	**639**

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2020.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Parmi les résidents d'un ESI, 4 bénéficiaires sur 5 ont droit à des activités d'appui à l'indépendance. Presque un quart des bénéficiaires a droit au forfait majoré des activités d'accompagnement en établissement AAE-M.

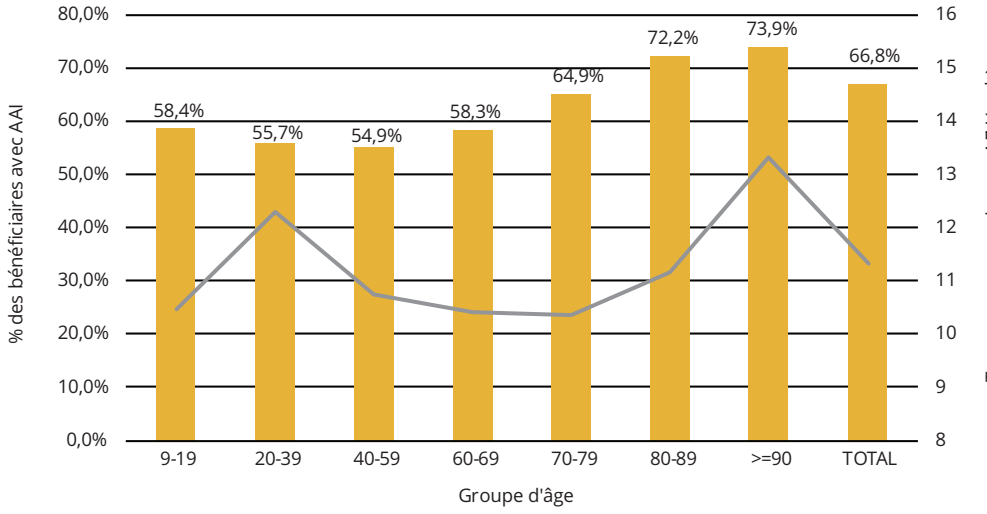
Tableau 22: Répartition des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale et lieu de séjour en 2020 (en %) [a b c d]

Classification AEC	Domicile	ESI	ESC	TOTAL
Groupe 1. - Démences et troubles des fonctions cognitives	82,5%	100,0%	78,6%	80,2%
Groupe 2. - Troubles psychiatriques	72,0%	85,2%	88,4%	77,2%
Groupe 3. - Maladies du système cardio-vasculaire	49,4%	100,0%	80,4%	57,5%
Groupe 4. - Maladies du système nerveux	57,9%	88,6%	86,8%	66,9%
Groupe 5. - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	53,7%	75,9%	78,0%	60,9%
Groupe 6. - Maladies du système ostéo-articulaire	51,4%	81,8%	85,8%	61,3%
Groupe 7. - Troubles sensoriels	48,5%	25,0%	83,3%	61,2%
Groupe 8. - Tumeurs malignes	45,5%	100,0%	80,0%	51,6%
Groupe 9. - Autres	48,3%	91,7%	81,7%	56,6%
Cause non codée	21,4%	50,0%	63,0%	29,3%
TOTAL	**58,3%**	**81,5%**	**82,5%**	**67,0%**

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2020.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'octroi des AAI varie fortement en fonction de la cause de dépendance. Ainsi 80,2% des bénéficiaires souffrant de démence ou de troubles des fonctions cognitives obtiennent des AAI, alors que ce pourcentage ne s'élève qu'à 51,6% pour les bénéficiaires ayant une tumeur maligne.

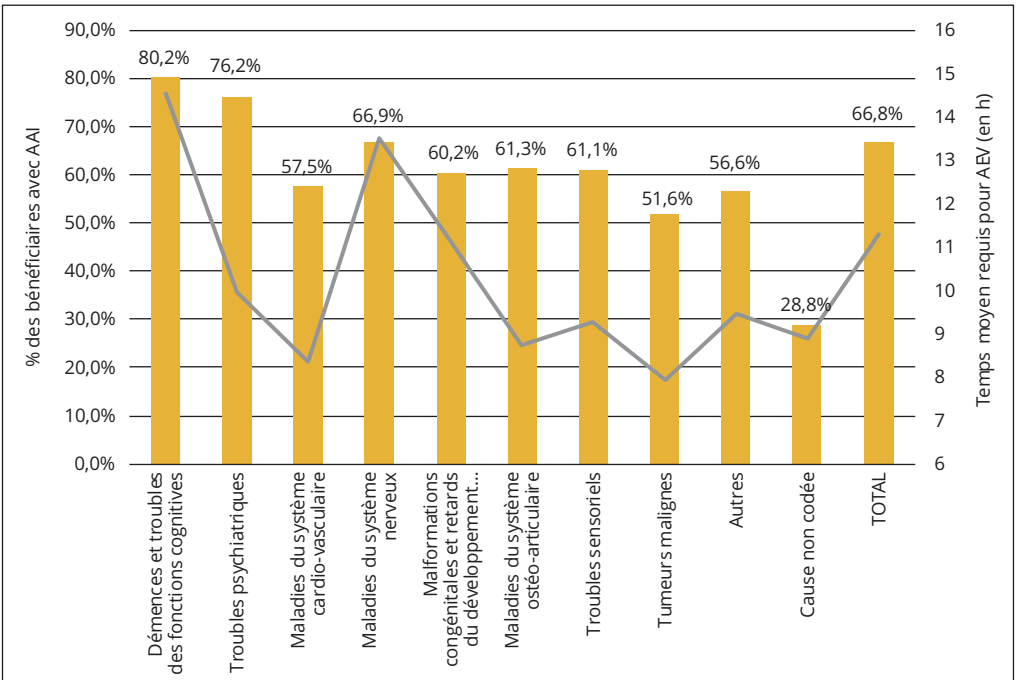
Graphique 3: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour les AEV (en heures) par groupe d'âge en 2020 [a b c d]



a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2020.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En comparant le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge avec le pourcentage des personnes ayant droit à des AAI, une ressemblance peut être constatée. Ceci laisse donc conclure que l'octroi des AAI est en relation avec le niveau de dépendance, et que l'octroi augmente avec l'âge à partir de 40 ans.

Graphique 4: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour AEV (en heures) par cause de dépendance principale en 2020 [a b c d]



a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2020.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En faisant la même analyse par cause de dépendance principale, le besoin en aides et soins en AEV et la cause de la dépendance ont une influence sur l'attribution des AAI. En effet, alors que le besoin pour les AEV est quasi-identique en moyenne pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques et les personnes atteintes de troubles sensoriels, 76,2% des personnes atteintes de troubles psychiatriques ont droit à des AAI contre seulement 61,1% des personnes atteintes de troubles sensoriels.

3.1.3. Formation liée aux aides techniques et formation à l'aidant

Deux formations peuvent être accordées aux personnes lors de l'établissement de la synthèse de prise en charge dans le cadre du maintien à domicile.

La formation liée aux aides techniques a pour but de conseiller et rendre compétent la personne dépendante ou son aidant pour l'utilisation des aides techniques mises à disposition à la personne dépendante à domicile. Elle est accordée sous forme d'un forfait annuel correspondant à 2 heures, lorsque la personne dépendante ou son aidant rencontrent des difficultés pour l'utilisation des aides techniques.

Le but de la formation à l'aidant est de conseiller et rendre compétent l'aidant pour l'exécution des aides à fournir à la personne dépendante dans le cadre des actes essentiels de la vie en lui transmettant les techniques et le savoir nécessaire. Elle est accordée sous forme d'un forfait annuel correspondant à 6 heures.

Tableau 23: Les bénéficiaires vivant à domicile ayant droit à une formation en fonction de l'origine du plan en 2020 [a b c d]

Origine du plan	Formation liée aux aides techniques	Formation à l'aidant	TOTAL	En % des bénéficiaires à domicile
Conversion	8	73	81	3,2%
Synthèse	32	126	148	2,5%
TOTAL	**40**	**199**	**229**	**2,7%**

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2020.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Au 31 décembre 2020, 229 personnes dépendantes résidentes sont titulaires d'une synthèse de prise en charge à domicile comportant au moins une formation, ce qui représente 2,9% des bénéficiaires résidents exclusivement à domicile (les bénéficiaires alternant entre domicile et établissement d'aides et de soins à séjour intermittent ne sont pas compris).

3.1.4. Le remplacement des prestations en nature par des prestations en espèces

Conformément à l'art. 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les activités d'assistance à l'entretien du ménage peuvent être remplacées par des prestations en espèces si la personne est à domicile [16].

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance en 2018, l'AEC évalue les capacités et disponibilités de l'aidant pour fournir au moins une fois par semaine les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie. L'AEC retient les aides et soins pour les actes essentiels de la vie ou les activités d'assistance à l'entretien du ménage qui sont intégralement ou partiellement fournis par l'aidant et elle établit dans la synthèse de prise en charge la répartition de l'exécution des prestations requises entre cet aidant et les prestataires.

Pour rappel, les prestations de l'assurance dépendance sont un droit de la personne dépendante et les prestations en espèces sont versées à la personne dépendante afin de lui permettre de se procurer les aides et soins auprès d'une personne indépendante d'un réseau d'aides et de soins.

Dans la pratique, cette possibilité de remplacement donne lieu à trois formes d'octroi des prestations ou trois possibilités de partage :

- uniquement des prestations en nature ;
- uniquement des prestations en espèces [17] ;
- une combinaison de prestations en nature et de prestations en espèces.

16. Les personnes bénéficiant de prestations en espèces à l'étranger ainsi que les personnes bénéficiant de prestations forfaitaires (personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication et les personnes atteintes de spina bifida) ne sont pas reprises dans les tableaux qui suivent.
17. Dans ce cas de figure, la synthèse de prise en charge ne prévoit aucune intervention par un prestataire, et par conséquent elle ne peut pas contenir des AAI ou des activités de garde.

Tableau 24: Évolution de la répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage [a b c]

Année	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
2018	1 826	22,9%	1 267	15,9%	4 894	61,3%	7 987	100,0%
2019	2 197	26,1%	1 174	14,0%	5 040	59,9%	8 411	100,0%
2020 [d]	2 560	29,0%	1 105	12,5%	5 175	58,5%	8 840	100,0%

a. Situation au 31 décembre.
b. Bénéficiaires résidents uniquement à domicile (sans alternance avec ESI) sans dispositions particulières.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Données provisoires pour 2020.

La part des personnes dépendantes ayant recours à des prestations combinées et des prestations en espèces continuent à diminuer en 2020 en faveur des prestations en nature. Ce recul peut s'expliquer par le fait que depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance en 2018, l'AEC évalue les capacités et disponibilités de l'aidant. Le type de partage le plus retenu reste cependant celui des prestations combinées (58,5%), suivi des prestations en nature (29,0%) et des prestations en espèces (12,5%).

Parmi les 5 175 bénéficiaires de prestations combinées en 2020, 3 399 personnes font recours à des prestataires pour obtenir des AEV et/ou des AMD-M. Les 1 776 bénéficiaires restant obtiennent des AAI et des activités de garde de la part des prestataires, les AEV et AMD-M sont cependant entièrement fournis par leur aidant.

Tableau 25: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par groupe d'âge en 2020 [a b c d]

Groupe d'âge	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
0-19	17	0,7%	66	6,0%	742	14,3%	825	9,3%
20-39	30	1,2%	122	11,0%	286	5,5%	438	5,0%
40-59	188	7,3%	215	19,5%	368	7,1%	771	8,7%
60-69	334	13,0%	212	19,2%	489	9,4%	1 035	11,7%
70-79	593	23,2%	227	20,5%	1 015	19,6%	1 835	20,8%
80-89	1 045	40,8%	208	18,8%	1 661	32,1%	2 914	33,0%
>=90	353	13,8%	55	5,0%	614	11,9%	1 022	11,6%
TOTAL	**2 560**	**100,0%**	**1 105**	**100,0%**	**5 175**	**100,0%**	**8 840**	**100,0%**

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires.
c. Bénéficiaires résidents uniquement à domicile (sans alternance avec ESI) sans dispositions particulières.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les prestations combinées sont le type de partage préféré pour tous les groupes d'âge.

Tableau 26: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par sexe en 2020 [a b c d]

Sexe	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
Hommes	886	34,6%	528	47,8%	2 207	42,6%	3 621	41,0%
Femmes	1 674	65,4%	577	52,2%	2 968	57,4%	5 219	59,0%
TOTAL	**2 560**	**100,0%**	**1 105**	**100,0%**	**5 175**	**100,0%**	**8 840**	**100,0%**

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires.
c. Bénéficiaires résidents uniquement à domicile (sans alternance avec ESI) sans dispositions particulières.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Une analyse du type de partage en fonction du sexe met en évidence qu'aussi bien les hommes que les femmes bénéficient majoritairement de prestations combinées.

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1er janvier 2018, les aidants sont évalués par l'AEC afin de contrôler leur disponibilité et leur capacité de fournir les aides et soins requis. Le tableau 27 reprend les informations sur les aidants évalués depuis l'entrée en vigueur de la réforme. Il s'agit des aidants de personnes dépendantes résidentes au Luxembourg qui disposent d'une synthèse de prise en charge avec intervention d'un aidant basée sur le nouveau référentiel des aides et soins de l'assurance dépendance.

Tableau 27: Répartition des aidants évalués depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance par groupe d'âge et sexe en 2020 [a b c d]

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
0-39	88	552	640	14,0%
40-59	456	1538	1994	43,8%
60-69	267	684	51	20,9%
70-79	200	389	589	12,9%
80+	210	171	381	8,3%
Total	**1 221**	**3 334**	**4 555**	**100%**

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2020.
c. Bénéficiaires résidant à domicile et en ESI sans dispositions particulières.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Parmi les 8 840 bénéficiaires de prestations en espèces ou de prestations combinées qui résident uniquement à domicile, 4 552 [18] disposent d'une synthèse de prise en charge établie à partir du 1er janvier 2018. Un quart des aidants évalués sont des hommes et trois quarts des aidants ont moins de 70 ans. Alors que les femmes sont majoritaires jusqu'à 79 ans, la situation s'inverse à partir de 80 ans ou le nombre des aidants masculins dépasse légèrement celui des aidants féminins.

A noter que pour ces 4 555 aidants, 20,4% bénéficient de la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension par l'assurance dépendance.

18. Parmi les aidants évalués, trois s'occupent de personnes dépendantes alternant entre ESI et domicile.

3.1.5. La prise en charge de la cotisation assurance pension pour l'aidant dans le cadre de l'assurance dépendance

L'aidant est la personne qui assure, à domicile, les aides et soins à la personne dépendante en dehors d'un réseau d'aides et de soins. Il peut s'agir soit d'un membre de la famille ou d'un autre proche (aidant), soit d'un salarié qui assure les aides et soins avec un contrat de travail en dehors d'un réseau d'aides et de soins (aidant salarié).

La loi prévoit que la cotisation à l'assurance pension de cette personne puisse être prise en charge par l'assurance dépendance. Le tableau 28 présente la répartition par sexe et groupe d'âge des aidants pour qui cette cotisation est prise en charge. Il est question ici du nombre « net », ce qui revient à dire que si un aidant a été pris en charge plusieurs fois successivement, il n'est comptabilisé qu'une seule fois.

Tableau 28: Répartition des aidants dont la cotisation assurance pension est prise en charge entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2020 par groupe d'âge et sexe [a]

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
< 25 ans	<10	78	87	2,1%
25-29	22	219	241	5,7%
30-34	35	399	434	10,3%
35-39	56	541	597	14,1%
40-44	70	564	634	15,0%
45-49	89	594	683	16,2%
50-54	105	684	789	18,7%
55-59	62	511	573	13,6%
> 60 ans	18	172	190	4,5%
Total	**466**	**3 762**	**4 228**	**100%**

a. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les chiffres de ce tableau montrent la proportion écrasante de femmes concernées par cette prise en charge, mais aussi l'importante proportion des quadragénaires et quinquagénaires qui représentent 63,5% des aidants concernés.

3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

Les aides techniques tout comme les adaptations du logement peuvent être octroyées à une personne sans que celle-ci atteigne le seuil de 3,5 heures pour les actes essentiels de la vie. Toutefois, leur octroi est toujours subordonné à un avis de l'AEC.

3.2.1. Les aides techniques

La personne a droit à la prise en charge des aides techniques qui lui permettront de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie. La liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance en fonction du lieu de séjour a été déterminée par le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006.

Encadré méthodologique

Les aides techniques mises à disposition par la voie d'acquisition sont pour la plupart supposées être utilisées par la personne jusqu'à la fin de vie de l'aide technique, jusqu'au moment où la personne rapporte l'aide technique au Service Moyens Accessoires (SMA) parce qu'elle ne compte plus l'utiliser ou jusqu'à la mort de la personne. Dans les deux derniers cas le titre sera clôturé et l'aide technique ne sera plus renseignée comme en service auprès de la personne. Dans le premier cas, il n'est pas garanti que dans le cas d'un renouvellement l'ancien titre sera toujours clôturé. Ainsi une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2019 par voie d'acquisition sera comptée sur plusieurs années tandis qu'une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2019 par voie de location ne peut pas se trouver chez une personne au 31.12.2019 (p.ex. en réparation chez SMA) mais le sera de nouveau au 31.12.2020.

Le tableau 29 reprend le Top Ten des aides techniques mises à disposition par la voie d'acquisition qui satisfont aux critères précités ainsi que toutes les aides techniques mises à disposition par la voie de location.

Tableau 29: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO [a b c]

Code ISO	Libellé_ISO	2019			2020		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0912	Aides pour l'hygiène	21 026	196	21 222	22 919	273	23 192
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	7 793	3 441	11 234	7 606	3 991	11 597
1818	Dispositifs de soutien	9 982	89	10 071	10 401	132	10 533
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	10	9 806	9 816	14	10 135	10 149
1221	Fauteuils roulants	301	8 200	8 501	388	8 167	8 555
1830	Dispositifs de changement de niveau	5 650	662	6 312	6 065	699	6 764
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres)	1 366	5 236	6 602	1 432	5 279	6 711
0906	Aides de protection portées sur le corps	3 724		3 724	3 757		3 757
1812	Lits	236	3 007	3 243	248	3 111	3 359
1212	Adaptations pour voitures automobiles	2 907		2 907	3 146		3 146

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2020.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les aides les plus sollicités en 2020 sont les aides pour l'hygiène suivi des aides pour se laver, baigner et se doucher.

Tableau 30: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale [a b c]

Code ISO	Libellé_ISO	2019			2020		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0300	Aides pour les traitements et l'entraînement	1 689	5 340	7 029	1 767	5 387	7 154
0900	Aides pour les soins personnels et la protection	34 509	3 637	38 146	36 335	4 264	40 599
1200	Aides pour la mobilité personnelle	6 502	21 112	27 614	7 008	21 480	28 488
1500	Aides pour les activités domestiques	2 609		2 609	2 770		2 770
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles	17 356	4 361	21 717	18 238	4 615	22 853
2100	Aides pour la communication, l'information et la signalisation	5 277	150	5 427	5 545	184	5 729
2400	Aides pour manipuler les produits et les biens	2 740	14	2 754	2 834	16	2 850
TOTAL		**70 682**	**34 614**	**105 296**	**74 497**	**35 946**	**110 443**
Variation en %		*5,2%*	*5,3%*	*5,2%*	*5,4%*	*3,8%*	*4,9%*

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2020.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Au 31 décembre 2020, 110 443 aides techniques sont mises à disposition par l'assurance dépendance, 67,5% sous forme d'acquisition et 32,5% sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition augmente de 4,9% par rapport à 2019.

Les aides techniques mises le plus fréquemment à disposition sont les aides pour les soins personnels et la protection, parmi lesquelles les aides pour l'hygiène occupent la première place. En second lieu viennent les aides pour la mobilité personnelle. Parmi les aides pour le traitement et l'entraînement, le matériel destiné à prévenir les escarres représente le plus gros poste de dépense. Pour rappel, les troubles du système ostéo-articulaire représentent la première cause de dépendance.

3.2.2. Les adaptations du logement

En cas de maintien à domicile, des adaptations du logement peuvent être prises en charge dans le cadre de l'assurance dépendance, dans la mesure où elles permettent, à l'instar des aides techniques, de maintenir et d'accroître l'autonomie de vie de la personne dépendante.

Depuis le 1er janvier 2007, les personnes peuvent bénéficier des adaptations du logement sans nécessairement présenter le besoin minimum d'aides et de soins pour les actes essentiels de la vie (Art. 349 du CSS).

Le tableau 31 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou plusieurs décisions positives depuis 2018 par la CNS. Il ne s'agit dès lors pas du nombre de demandes, ni du nombre de réalisations pour adaptations du logement présentées ou en cours de traitement durant l'année référencée.

Tableau 31: Évolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement [a] [b]

Année	Nombre	Variation en %
2018	164	10,1%
2019	168	2,4%
2020 [c]	168	0,0%

a. Données établies selon la date de prestation.
b. Source : Décompte CNS.
c. Données provisoires.

3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES

Encadré méthodologique

Les statistiques sur les prestations dispensées et remboursées par la CNS sont basées sur la date de la prestation sans tenir compte de leur liquidation par l'assurance dépendance. Cette méthode s'avère beaucoup plus adéquate pour mesurer l'évolution réelle des prestations dans le temps, qu'une analyse des données comptables. Les fichiers établis sur base de la date des prestations sont des fichiers ouverts. Ils sont alimentés en continu, avec l'inconvénient que l'analyse de ces fichiers en évolution nécessite un certain recul dans le temps pour obtenir des résultats cohérents, raison pour laquelle les extractions sont limitées à l'année 2019. Les données comptables en revanche, figées dès la clôture de l'exercice, permettent certes des analyses cohérentes mais peu conformes à la réalité (en raison notamment des données portant sur les provisions).

Les statistiques publiées dans le présent chapitre se rapportent :

- aux prestataires exerçant au Luxembourg ;
- aux bénéficiaires résidant au Luxembourg et affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise ;
- aux bénéficiaires résidant en dehors du Luxembourg et affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise ;
- aux prestations fournies dans le cadre de l'assurance dépendance.

Avec l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1er janvier 2018, les données de facturation de l'année 2018 constituent une rupture de série.

Avant 2018, le montant des aides et soins opposables à la CNS par les prestataires de l'assurance dépendance était déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins apportés aux personnes dépendantes, et pondérée en tenant compte de la qualification requise du professionnel qui les prodigue, par les valeurs monétaires négociées chaque année par la CNS et la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS).

Depuis 2018, un forfait [19] est payé pour les actes essentiels de la vie (y compris les majorations pour fluctuations imprévisibles), les forfaits pour soins palliatifs, les activités

19. Le montant du forfait est obtenu en multipliant les minutes relatives au forfait avec les valeurs monétaires négociées du secteur.

d'assistance à l'entretien du ménage, les activités d'accompagnement en établissement et le forfait pour décès avant évaluation.

Les prestations, qui continuent à répondre à la logique de facturation à l'acte, sont les activités d'appui à l'indépendance, les gardes individuelles et en groupe (y compris les gardes individuelles en déplacement à l'extérieur), les gardes de nuit, les formations à l'aidant et les formations liées aux aides techniques. Le montant de ces prestations est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins portés aux personnes dépendantes, et pondérée en tenant compte de la qualification du professionnel et des coefficients d'encadrement du groupe, par les valeurs monétaires négociées tous les deux ans par la CNS et la COPAS.

La loi du 29 août 2017 prévoit la négociation biennale d'une valeur monétaire spécifique pour quatre types de prestataires : les réseaux d'aides et de soins, les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

La présente section est consacrée à l'étude approfondie de l'ensemble des prestations de soins de l'assurance dépendance facturées et remboursées par la CNS.

3.3.1. Aperçu global sur les prestations facturées

Les tableaux et graphiques qui suivent analysent dans un premier temps le coût annuel total des prestations de soins de longue durée prises en charge par l'assurance dépendance pour l'ensemble de la population dépendante. Ensuite, l'analyse se focalise exclusivement sur les bénéficiaires de prestations résidant au Luxembourg.

Tableau 32: Évolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2010 (en millions EUR)[a] [b]

Année	Montant	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2010	415,2	8,4%	409,9	98,7%
2011	455,3	9,7%	449,6	98,7%
2012	496,9	9,1%	491,0	98,8%
2013	531,2	6,9%	525,7	99,0%
2014	559,9	5,4%	553,6	98,9%
2015	564,4	0,8%	558,0	98,9%
2016	576,2	2,1%	570,0	98,9%
2017	597,2	3,6%	591,5	99,1%
2018	619,0	3,7%	606,1	97,9%
2019	664,4	7,3%	658,2	99,1%

a. La loi du 23 décembre 2016 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2017 prévoit dans l'article 44 que l'État verse une subvention unique maximale de 30 millions EUR afin de compenser les découverts inévitables et imprévisibles au titre des exercices de prestation 2015 à 2017 des prestataires dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la Cellule d'évaluation et d'orientation (changement du nom en AEC suite à la réforme) dans le cadre du paquet d'avenir. Dans le cadre de la loi du 26 avril 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2019, cette subvention a été augmenté d'un montant maximal de 8 millions EUR. La subvention se répartit comme suit : 9,5 millions EUR en 2015, 12,3 millions EUR en 2016 et 15,9 millions EUR en 2017.

b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Entre 2010 et 2012, les prestations ont connu des croissances qui se situent entre 8,4% et 9,7%. Un ralentissement de la croissance est observé depuis 2013 qui s'explique notamment

par une faible augmentation du nombre de bénéficiaires. De plus, les différentes valeurs monétaires pour 2013, 2014 et 2015 au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1.1.1948 n'ont pas été modifiées par rapport à celles de 2012. Seul l'indice en vigueur a augmenté en 2013. L'année 2015 était marquée par une faible croissance du nombre de bénéficiaires de 0,6% et un recul de 5,7% du temps moyen requis suite aux mesures prises dans le cadre du BNG. Néanmoins, une croissance de 0,8% est observée en 2015 au niveau des prestations facturées. En 2016, le nombre de bénéficiaires augmente de 1,6% et le temps moyen requis recule encore de 3,2% (suite des mesures BNG) alors que les dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance connaissent une croissance de 2,1%. En 2017, une croissance de 3,6% est observée suivi d'une croissance de 3,7% en 2018 et de 7,3% en 2019.

En 2019, 99,1% des dépenses sont imputables aux bénéficiaires résidents. Le poste des bénéficiaires non-résidents se révèle plutôt instable. Les variations s'expliquent par des retards dans l'introduction des factures en provenance d'institutions étrangères mais aussi par le petit nombre de bénéficiaires concernés (612 au 31 décembre 2019). Pour ces raisons, les données qui suivent porteront exclusivement sur le coût engendré par la prise en charge des personnes dépendantes résidant au Luxembourg.

Tableau 33: Évolution des prestations par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire [a] [b] [c] (en millions EUR)

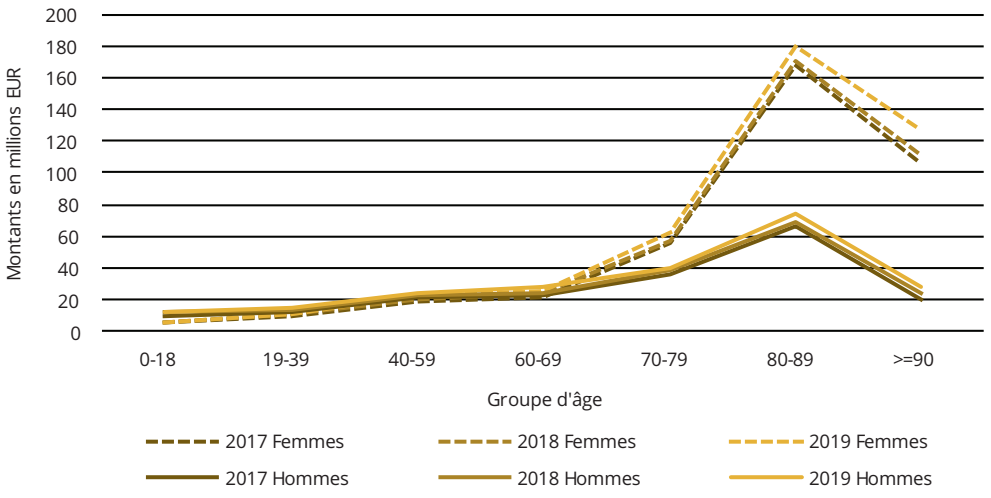
Groupe d'âge	2017 [d]			2018 [d]			2019		
	Domicile	ESI	ESC	Domicile	ESI	ESC	Domicile	ESI	ESC
0-20	13,3	1,4	0,0	15,9	2,0	0,0	17,1	2,1	0,0
20-39	12,3	9,7	0,4	13,3	10,8	0,5	14,1	12,3	0,6
40-59	19,8	16,9	4,1	21,7	17,6	4,2	22,1	19,2	5,0
60-69	23,0	8,2	14,2	24,6	9,0	15,0	27,1	10,5	15,8
70-79	46,8	2,7	42,0	49,4	2,9	43,5	54,0	3,2	45,2
80-89	85,1	0,7	147,9	92,2	0,5	147,7	96,9	0,5	156,7
>=90	33,2	0,0	93,9	35,3	0,0	99,9	39,5	0,0	116,2
TOTAL	**233,6**	**39,5**	**302,5**	**252,5**	**42,7**	**310,8**	**270,9**	**47,8**	**339,5**
Variation en %	4,5%	1,6%	2,5%	8,1%	8,1%	2,8%	7,3%	11,8%	9,2%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Calcul de l'âge au 31 décembre.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Sans mécanisme de compensation - montant de 9,5 millions EUR en 2015, 12,3 millions EUR en 2016 et de 15,9 millions EUR en 2017 accordé aux différents prestataires sans être attribué à un bénéficiaire spécifique.

L'étude sur le coût des prestations de l'assurance dépendance délivrées au Luxembourg met en évidence une nouvelle croissance des dépenses pour le maintien à domicile tout comme pour le milieu stationnaire (ESI et ESC). En effet, la variation annuelle des dépenses pour prestations à domicile s'élève en 2019 à 7,3% et en milieu stationnaire à 11,8% en ESI et à 9,2% en ESC.

En ventilant les dépenses selon l'âge du bénéficiaire, le coût le plus élevé se rapporte aux personnes âgées de plus de 70 ans. En 2019, elles représentent 77,8% de l'ensemble des dépenses, 93,7% des dépenses pour les bénéficiaires vivant dans un ESC et 70,3% du coût relatif au maintien à domicile. Les dépenses pour les personnes séjournant dans un ESI par contre ne représentent que 7,7% du coût total ce qui s'explique notamment par le fait que sa population est en moyenne beaucoup plus jeune.

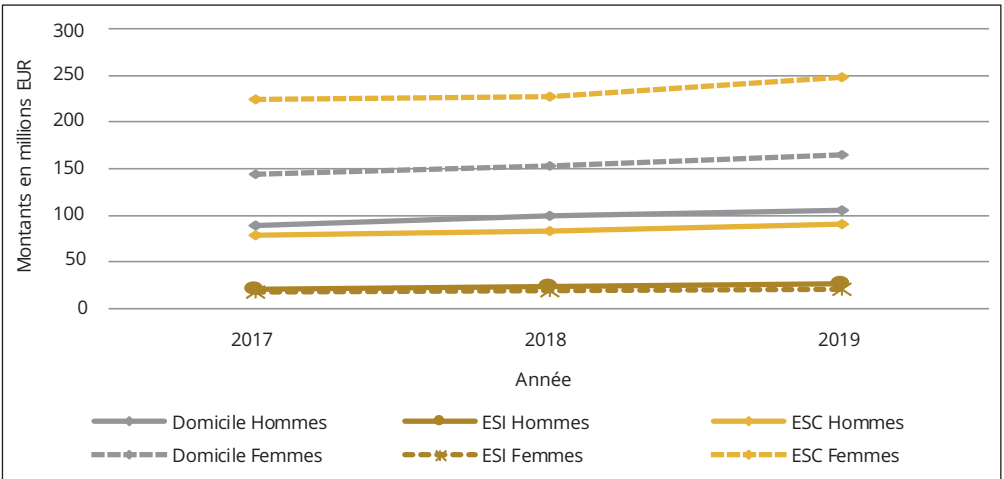
Graphique 5: Évolution du coût des prestations par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire [a] [b]



a. Sans le mécanisme de compensation - montant de 9,5 millions EUR en 2015, 12,3 millions EUR en 2016 et 15,9 millions EUR en 2017 accordé aux différents prestataires sans être attribué à un bénéficiaire spécifique.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le coût des prestations pour les femmes dépendantes est en moyenne 2,0 fois plus élevé que celui des hommes. Il est même en moyenne 2,5 fois plus élevé pour les femmes âgées de 80 à 89 ans que pour les hommes du même groupe d'âge. Cette forte différence s'explique, entre autres, par une population féminine plus importante qui, de plus, a une moyenne d'âge plus élevée et un degré de dépendance plus important, car ce dernier augmente en fonction de l'âge.

Graphique 6: Évolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire [a] [b]



a. Sans le mécanisme de compensation - montant de 9,5 millions EUR en 2015, 12,3 millions EUR en 2016 et 15,9 millions EUR en 2017 accordé aux différents prestataires sans être attribué à un bénéficiaire spécifique.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'analyse du coût par lieu de séjour et par sexe pour l'année 2019 conduit aux constats suivants :

- pour les femmes, le coût total des prestations en maintien à domicile est inférieur à celui des prestations en établissement ;
- pour les hommes, le coût total des prestations en maintien à domicile se situe que légèrement au-dessus de celui des prestations en établissement d'aides et de soins à séjour continu ;
- les dépenses totales pour le maintien à domicile chez les femmes sont supérieures à celles des hommes ;
- les dépenses totales engagées pour les soins prestés dans les ESC aux femmes dépendantes sont supérieures à celles des hommes dépendants ;
- les dépenses en ESI pour des soins prestés aux hommes sont légèrement supérieurs à ceux prestés aux femmes.

3.3.2. Les dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire

La répartition des dépenses entre les différents types de prestataire est montrée dans le tableau suivant.

Tableau 34: Évolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR) [a b c]

	2017	2018 [d]	2019
Etablissement d'aides et de soins à séjour continu	312,1	310,8	339,5
Etablissement d'aides et de soins à séjour intermittent	39,4	42,7	47,8
Réseau d'aides et de soins	137,0	147,0	159,8
Centre semi-stationnaire	26,8	23,5	25,0
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA	12,4	10,8	12,2
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	2,3	2,9	2,9
International [e]	0,0	0,0	0,0
Pas de prestataire [f]	67,1	81,2	77,2
TOTAL	**597,2**	**619,0**	**664,4**
Variation en %	*3,6%*	*3,7%*	*7,3%*

a. Statistiques établies selon la date prestation.
b. Y compris le montant distribué dans le cadre du mécanisme de compensation avec affectation aux différents prestataires en 2015, 2016 et 2017.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Rupture de série en 2018. Les changements au niveau de la logique de facturation entraînent notamment que c'est le prestataire ayant déclaré la prise en charge de la personne dépendante (en règle général un prestataire RAS en cas du maintien à domicile), obtient l'entièreté du forfait pour AEV, même si des AEV sont également fournis dans un CSSTA.
e. Caisses de maladie étrangères.
f. Les bénéficiaires des dispositions particulières, des prestations en espèces (y compris les prestations en espèces transférées à l'étranger) ou des produits nécessaires aux aides et soins.

Quelle que soit l'année considérée, la majorité des dépenses pour prestations est imputable aux établissements d'aides et de soins à séjour continu. Ces dépenses représentent, sur toute la période analysée, plus de la moitié de l'ensemble des dépenses engagées par l'assurance dépendance pour les prestataires d'aides et de soin.

3.3.3. Les dépenses pour les différents types de prestation

Cette sous-section a pour but de donner un aperçu de l'évolution, à partir de 2017, des dépenses pour les différents types de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance.

Tableau 35: Évolution du coût des prestations en nature par type de prestation et lieu de séjour au Luxembourg [a] [b] (en millions EUR)

Type de prestation	2017	2018 [c]	2019	Variation en %	
				2017/2018	2018/2019
MAINTIEN A DOMICILE	**233,6**	**252,5**	**270,9**	**8,1%**	**7,3%**
Prestation en nature	160,9	176,8	193,2	9,9%	9,3%
Période transitoire [d]	3,6	0,0	0,0	-100,0%	
Prestations en espèces	50,2	57,8	58,2	15,2%	0,7%
Produits nécessaires aux aides et soins	4,2	4,2	4,4	-1,1%	3,8%
Aides techniques	12,4	10,7	12,2	-13,0%	13,5%
Adaptations de logement	2,3	2,9	2,9	24,5%	-0,3%
ETABLISSEMENT	**342,0**	**353,5**	**387,3**	**3,4%**	**9,5%**
Prestation en nature - ESC	302,5	310,8	339,5	2,8%	9,2%
Prestation en nature - ESI	39,5	42,7	47,8	8,1%	11,8%
Mécanisme de compensation [e]	**15,9**	**0,0**	**0,0**	**-99,7%**	**-100,0%**
TOTAL	**591,5**	**606,1**	**658,2**	**2,5%**	**8,6%**

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Rupture de série en 2018.
d. La période transitoire est la période qui s'écoule entre la date de la demande et la date de la décision. Le poste période transitoire ne reprend toutefois que les prestations en nature payées aux prestataires. Les prestations en espèces sont liquidées au moment de la décision et sont enregistrées sous le poste prestations en espèces. Abrogé suite à la réforme entrée en vigueur au 1.1.2018.
e. La loi du 23 décembre 2016 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2017 prévoit dans l'article 44 que l'État verse une subvention unique maximale de 30 millions EUR afin de compenser les découverts inévitables et imprévisibles au titre des exercices de prestation 2015 à 2017 des prestataires dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet d'avenir. Dans le cadre de la loi du 26 avril 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2019, cette subvention a été augmentée d'un montant maximal de 8 millions EUR.

Le tableau 35 met en évidence une croissance des dépenses pour prestations en nature en 2019 de 8,6% par rapport à 2018. Pour le maintien à domicile, elle s'élève à 7,3% contre 9,5% pour l'établissement (ESC et ESI) [20].

3.3.3.1. Les dépenses pour les prestations en nature

Cette sous-section est consacrée aux dépenses pour les prestations en nature qui se rapportent principalement aux actes essentiels de la vie, aux activités de maintien à domicile (gardes, gardes de nuits, formations et activités d'assistance à l'entretien du ménage), aux activités d'appui à l'indépendance et aux activités d'accompagnement en établissement.

20. Sans tenir compte du mécanisme de compensation accordé en 2017.

Tableau 36: Évolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature [a b c] (en millions EUR)

Type de prestation	2017	2018 [d]	2019	Variation en %	
				2017/2018	2018/2019
AEV	304,3	327,5	355,3	7,6%	8,5%
AMD-M	13,7	16,7	18,0	21,9%	7,6%
AAI	89,0	84,6	86,4	-5,0%	2,2%
AAE	57,1	63,1	79,2	10,5%	25,5%
AMD-G	38,7	38,2	41,2	-1,5%	8,1%
AMD-GN		0,3	0,3		25,8%
AMD-Formation [e]	0,0	0,0	0,0	-54,6%	-4,7%
TOTAL	**502,9**	**530,4**	**580,5**	**5,5%**	**9,5%**

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Ne tient pas compte du mécanisme de compensation mis en place pour compenser les découverts dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Rupture de série - entrée en vigueur de la réforme de dépendance (nouvelle répartition des types de prestations, classification approximative pour les années précédentes).
e. < 50 000 EUR.

En 2019, les dépenses pour les actes essentiels de la vie représentent 355,3 millions EUR, soit 61,2% de l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature. Elles sont suivies par les activités d'appui à l'indépendance, qui représentent 86,4 millions EUR, soit 14,8% de l'ensemble des dépenses. Les activités de maintien à domicile ainsi que les activité d'accompagnement en établissement représentent 23,8% des dépenses.

Tableau 37: Répartition des dépenses pour certains types de prestations en nature par groupe d'âge du bénéficiaire en 2019 [a b] (en millions EUR)

Groupe d'âge	AEV	AMD-M	AAI	AAE	AMD-G	AMD-GN	Formation [c]	En % du total
0-19	0,8%	1,2%	2,7%	0,6%	6,7%	3,7%	4,6%	1,5%
20-39	3,0%	1,5%	5,2%	3,6%	4,5%	1,7%	6,9%	3,5%
40-59	6,2%	8,0%	6,7%	6,7%	6,9%	5,4%	12,8%	6,4%
60-69	7,6%	10,7%	7,1%	6,9%	8,5%	13,8%	17,0%	7,6%
70-79	15,4%	22,9%	13,7%	12,6%	19,1%	16,2%	5,5%	15,3%
80-89	40,6%	40,7%	39,4%	40,4%	38,8%	43,9%	49,5%	40,2%
>= 90	26,5%	14,9%	25,3%	29,3%	15,5%	15,3%	3,7%	25,5%
TOTAL	**355,3**	**18,0**	**86,4**	**79,2**	**41,2**	**0,3**	**0,0**	**580,5**

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. < 50 000 EUR

La part la plus importante des dépenses concerne les personnes âgées de plus de 70 ans. Ce sont à la fois les groupes aux effectifs les plus élevés et les groupes présentant les besoins en aides et soins les plus importants.

En 2019, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 82,5% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 78,5% pour les activités d'assistance à l'entretien du ménage, 78,3% pour les activités d'appui à l'indépendance, 82,2% pour les activités

d'accompagnement en établissement et 73,4% pour les gardes réalisées dans le cadre des activités de maintien à domicile.

3.3.3.2. Les dépenses pour les prestations en espèces et le plan de partage des bénéficiaires à domicile

Conformément à l'art. 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les activités d'assistance à l'entretien du ménage prises en charge par l'assurance dépendance peuvent être remplacées par des prestations en espèces, tel que décrit précédemment sous le point 3.1.4.

Les prestations en espèces sont destinées à permettre à la personne dépendante de se procurer les aides et soins nécessaires auprès d'une personne de son choix, indépendante d'un réseau d'aides et de soins.

Tableau 38: Évolution des dépenses pour prestations à domicile par type de partage [a b c d] (en millions EUR)

Type de partage	2017	2018 [e]	2019	Variation en %	
				2017/2018	2018/2019
Prestations en nature uniquement	47,2	65,1	79,7	37,9%	22,5%
Prestations en espèces uniquement	24,8	32,7	33,6	32,3%	2,5%
Prestations combinées dont	139,2	136,8	138,1	-1,7%	0,9%
Prestations en nature	113,8	111,8	113,5	-1,7%	1,5%
Prestations en espèces	25,5	25,1	24,7	-1,5%	-1,7%
TOTAL dont	**211,1**	**234,7**	**251,5**	**11,1%**	**7,2%**
Prestations en nature	160,9	176,8	193,2	9,9%	9,3%
Prestations en espèces	50,2	57,8	58,2	15,2%	0,7%

a. Ne tient pas compte du mécanisme de compensation mis en place pour compenser les découverts dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet d'avenir (9,5 millions EUR en 2015, de 12,3 millions EUR en 2016 et de 8,2 millions EUR en 2017).

b. Sont considérées les prestations en nature pour aides et soins.

c. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

e. Rupture de série - entrée en vigueur de la réforme de dépendance au 1.1.2018 avec forfaitisation des AEV et AMD-M et application d'une méthode plus affinée pour la répartition entre prestations combinées et autres (mensuel et non plus annuel).

Au 1er janvier 2018, la réforme de l'assurance dépendance est entrée en vigueur et la facturation des actes essentiels de la vie et des activités d'assistance à l'entretien du ménage suit une logique de forfait et non plus une logique de facturation à l'acte. De plus, la méthodologie d'extraction pour la distinction entre les différents types de partage a été affinée et permet maintenant une distinction mensuelle et non plus annuelle de ce partage. Par conséquent, les années 2017 et 2018 sont difficilement comparable.

3.3.3.3. Les dépenses pour les autres prestations de l'assurance dépendance

Les autres prestations de l'assurance dépendance couvrent les dépenses pour les prestations forfaitaires en raison de certaines maladies et les dépenses pour les aides techniques et les adaptations de logement.

Tableau 39: Évolution des dépenses pour les prestations forfaitaires de l'assurance dépendance [a] [b] (en milliers EUR)

Type	2017	2018 [c]	2019	Variation en %	
				2017/2018	2018/2019
Forfait surdité ou capacité auditive réduite	1 145,8	1 159,6	1 138,9	1,2%	-1,8%
Forfait cécité ou acuité visuelle réduite	1 839,4	1 954,5	1 958,9	6,3%	0,2%
Forfait spina Bifida symptomatique	268,0	270,0	271,9	0,7%	0,7%
Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave		36,0	35,3		-1,9%
Forfait laryngectomie		20,9	54,2		159,2%
TOTAL	**3 253,3**	**3 440,9**	**3 459,2**	**5,8%**	**0,5%**

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Rupture de série au 1er janvier 2018 - introduction de deux nouveaux forfaits par le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998.

En 2018, le nombre de bénéficiaires de prestations forfaitaires n'a guère évolué par rapport à 2017. L'augmentation des dépenses résulte essentiellement de l'augmentation des forfaits payés aux personnes concernés, suite à la réforme de l'assurance dépendance. En 2019, les dépenses augmentent de 0,5% par rapport à 2018, ce qui s'explique par une augmentation du nombre de bénéficiaires par rapport à 2018.

Tableau 40: Évolution des dépenses pour les aides techniques [a] [b] (en millions EUR)

Mise à disposition	2017	2018	2019	Variation en %	
				2017/2018	2018/2019
Location	6,3	6,2	6,7	-0,8%	8,3%
Acquisition	6,1	4,6	5,5	-24,7%	19,9%
TOTAL	**12,4**	**10,8**	**12,2**	**-12,6%**	**13,2%**

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'assurance dépendance prend en charge le tarif de location des aides techniques ou, à défaut, leur acquisition. Les modifications suite à la réforme de l'assurance dépendance consistaient essentiellement en une mise à jour de la liste des aides techniques arrêtées par règlement grand-ducal ainsi qu'une revue, pour certaines, des modalités de prise en charge. Ainsi, un plus grand nombre d'aides techniques est disponible sous le mode de la location au détriment du nombre d'aides techniques disponible par acquisition. Ainsi, les dépenses pour les aides techniques (location et acquisition) diminuent de 12,6% en 2018 et augmentent de nouveau de 13,2% en 2019.

Les dépenses relatives aux adaptations se chiffrent en 2019 à 2,9 millions EUR, ce qui représente une diminution de 0,3% par rapport à 2018.

4. LA SITUATION FINANCIÈRE

Pour faire face aux charges qui lui incombent, l'assurance dépendance applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes (Art. 375 alinéa 1 du CSS).

Le financement de l'assurance dépendance est assuré par trois ressources :

- une contribution dépendance prélevée sur les revenus professionnels et les revenus de remplacements des personnes assurées. Le taux de la contribution est fixé à 1,4% ;
- une contribution annuelle de l'État à raison de 40% des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve ;
- une redevance assurance dépendance du secteur de l'énergie.

Encadré méthodologique

L'analyse ci-après est basée sur les décomptes annuels de l'assurance dépendance. Pour des besoins d'illustration toutefois, elle affiche la situation dite « rectifiée » des recettes et dépenses courantes. Ainsi les provisions pour prestations de l'année non encore déboursées sont réintégrées dans les dépenses courantes, tandis que les dépenses relatives à des prestations des exercices antérieurs, tout comme leur contrepartie au côté des recettes - les reprises de provisions -, ne sont pas considérées. Ce redressement permet de mieux retracer l'évolution effective des prestations en nature et ne modifie pas le solde de l'année et / ou le montant de la réserve.

4.1. SITUATION GLOBALE

L'exercice 2020 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse de 5,5% des recettes courantes et une hausse de 8,6% des dépenses courantes. Le solde des opérations courantes affiche un excédent de 35,5 millions EUR.

Tableau 41: Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance [a] [b] (en millions EUR)

EXERCICE	2016	2017	2018	2019	2020
RECETTES COURANTES					
Contribution dépendance	373,6	402,2	428,7	457,9	477,6
Contribution forfaitaire Etat	217,7	250,9	263,8	272,5	301,1
Contribution Etat : mécanisme de compensation	11,1	10,7	8,2	7,7	
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
Autres recettes	1,4	0,9	1,1	0,7	0,9
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**605,6**	**666,5**	**703,8**	**740,8**	**781,5**
Variation annuelle en %	*2,6%*	*10,1%*	*5,6%*	*5,3%*	*5,5%*

Tableau 41: Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance [a] [b] (en millions EUR) (Suite)

EXERCICE	2016	2017	2018	2019	2020
DEPENSES COURANTES					
Frais d'administration	16,5	17,6	15,8	17,1	18,5
Prestations en espèces	5,1	5,1	4,9	4,8	4,7
Prestations en nature	529,4	600,8	635,8	658,4	713,9
dont :					
Prestations à domicile	211,0	242,8	289,0	224,8	291,3
Prestations en milieu stationnaire	308,4	347,1	334,0	419,3	407,0
Prestations à l'étranger	10,0	10,9	12,7	14,3	15,5
Actions expérimentales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferts de cotisations	6,9	7,0	7,4	5,8	7,8
Autres dépenses	0,4	0,2	0,3	0,5	1,0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**558,4**	**630,7**	**664,1**	**686,6**	**745,9**
Variation annuelle en %	*-3,4%*	*12,9%*	*5,3%*	*3,4%*	*8,6%*
SOLDE OPERATIONS COURANTES	**47,2**	**35,9**	**39,6**	**54,2**	**35,5**
Dotation / prélèvement fonds de roulement	-3,1	7,3	3,6	2,3	6,7
Excédent / découvert de l'exercice	50,3	28,6	36,0	51,9	28,8
RÉSERVE	**185,5**	**221,4**	**261,0**	**315,2**	**350,8**
Variation annuelle en %	*34,1%*	*19,3%*	*17,9%*	*20,8%*	*11,3%*

a. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.
b. Source(s) : Décompte de l'assurance dépendance - CNS, calcul IGSS.

L'excédent des exercices 2016 à 2017 s'explique par les mesures prises dans le cadre du budget de nouvelle génération et par une faible croissance du nombre des bénéficiaires de l'assurance dépendance.

La réforme de l'assurance dépendance, entrée en vigueur au 1er janvier 2018 a entraîné des modifications importantes au niveau de la facturation. Il en résulte qu'à la clôture de l'exercice 2018 la CNS avait à disposition seulement une partie très restreinte des factures des prestataires d'aides et de soins. Les montants des provisions et régularisations se sont ainsi accrus considérablement en 2018 : provisions -337,2 millions EUR en 2018 contre 39,3 millions EUR en 2017 et régularisations -153,6 millions EUR en 2018 contre 21,3 millions EUR en 2017. L'estimation en 2018 et 2019 des provisions ne s'est par ailleurs pas basée sur l'historique de facturation (car quasi inexistant), mais sur les plans de facturation découlant des synthèses de prises en charge décrivant les prestations requises des bénéficiaires. Le retard dans la facturation a su être réduit considérablement en 2019 et en 2020 de façon à ce que les provisions pour 2019 ne s'élèvent plus qu'à 114,6 millions EUR et pour 2020 plus qu'à 32,1 millions EUR et les factures régularisées jusqu'au 31 mars 2020 (et ainsi comprises dans les dépenses 2019) à 190,5 millions EUR et jusqu'au 11 mars 2021 (et ainsi comprises dans les dépenses 2020) à 89,2 millions EUR.

4.2. LES RECETTES COURANTES

Le financement de l'assurance dépendance repose essentiellement sur deux sources : la contribution dépendance et la contribution forfaitaire de l'État.

Tableau 42: Évolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance [a] [b]

Exercice	Assurés actifs et autres	Assurés pensionnés	Contribution sur le patrimoine	Montant total de la contribution dépendance	Taux de contribution
2016	301,2	51,8	20,6	373,6	1,40%
2017	321,3	55,0	25,8	402,2	1,40%
2018	343,1	57,2	28,4	428,7	1,40%
2019	362,7	62,0	33,3	457,9	1,40%
2020	382,9	64,6	30,1	477,6	1,40%

a. Source(s) : Décompte de l'assurance dépendance - CNS, calcul IGSS.

b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.

La contribution dépendance a rapporté 477,6 millions EUR en 2020 dont 80,2% issus des assurés actifs et autres, 13,5% des assurés pensionnées et 6,3% de contribution sur le patrimoine.

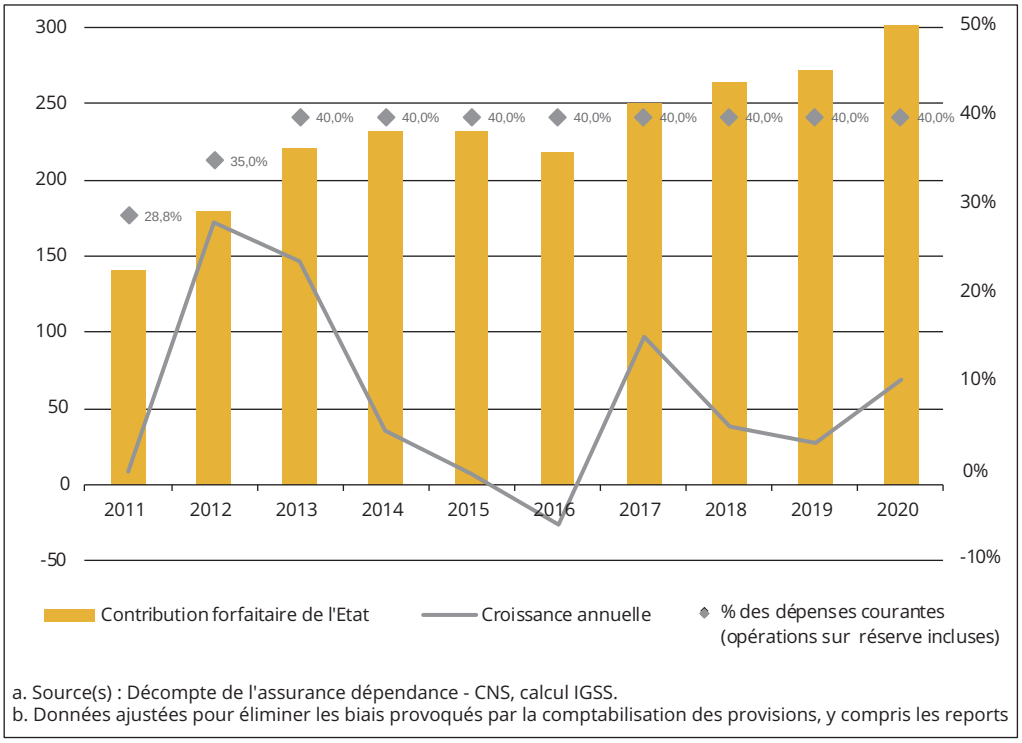
Tableau 43: Évolution de la participation de l'État aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR) [a] [b]

Exercice	En valeur nominale	Variation annuelle en %	En valeur n.i. 100	Variation annuelle en %
2016	228,8	-1,1%	29,5	-1,1%
2017	261,6	14,4%	32,9	11,6%
2018	272,0	4,0%	33,9	2,9%
2019	280,2	3,0%	34,4	1,5%
2020	301,1	7,4%	36,1	4,8%

a. Source(s) : Décompte de l'assurance dépendance - CNS, calcul IGSS.

b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.

Graphique 7: Évolution de la participation de l'État aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR) [a b]



a. Source(s) : Décompte de l'assurance dépendance - CNS, calcul IGSS.
b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports

Le produit de la contribution spéciale s'élève pour 2020 à 1,9 million EUR. A noter qu'elle affichait des montants de 3 à 4 millions EUR en début du millénaire.

4.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les dépenses courantes affichent une croissance de 8,6% en 2020.

Les frais d'administration s'élèvent à 18,5 millions EUR et représentent 2,5% des dépenses courantes en 2020.

Les prestations en espèces correspondent aux anciennes allocations pour personnes gravement handicapées qui continuent à être payées aux ayants-droit tant que des prestations en nature de l'assurance dépendance ne leurs sont pas accordées. Le volume des prestations en espèces continue à baisser, et s'élève à 4,7 millions EUR en 2020 (0,6% des dépenses courantes).

Les prestations en nature [21] représentent 95,7% des dépenses courantes. Le montant rectifié des prestations en nature atteint 713,9 millions EUR en 2020. Avec 57,0% des prestations en nature, soit 407,0 millions EUR, les dépenses en milieu stationnaire occupent la première place devant les prestations à domicile avec 291,3 millions EUR.

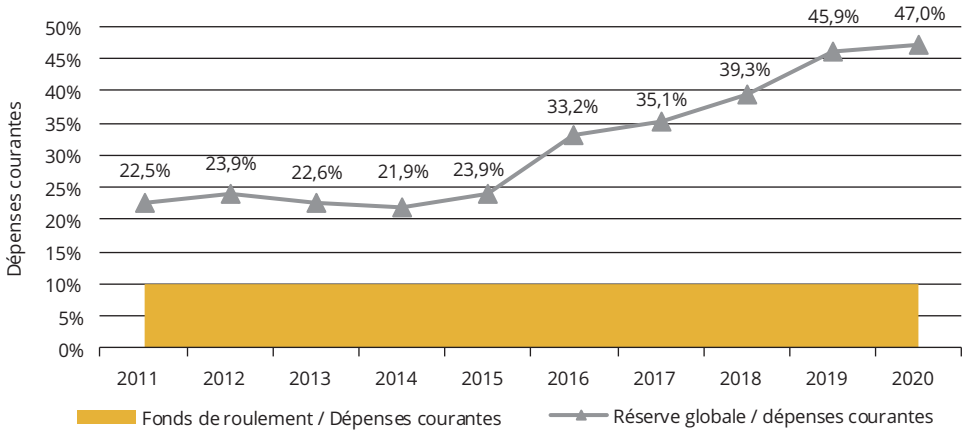
21. Aides en soins à domicile et en milieu stationnaire, prestations en espèces subsidiaires, forfaits pour produits d'aides et soins, des aides techniques et adaptations du logement.

4.4. LA RÉSERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La loi prévoit que la réserve de l'assurance dépendance ne doit pas être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes (y compris opérations sur réserve).

Le solde des opérations courantes de 2020 de 35,5 millions EUR fait croître la réserve globale de l'assurance dépendance de 11,3%. Le rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes augmente continuellement depuis 2015 et passe de 45,9% en 2019 à 47,0% en 2020.

Graphique 8: Évolution de la réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes [a b]



a. Source(s) : Décompte de l'assurance dépendance - CNS, calcul IGSS.
b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports

ASSURANCE PENSION

INTRODUCTION

En 2020 la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) a payé 194 441 pensions par mois en moyenne, soit un plus de 3,7% par rapport à 2019. Le nombre moyen d'assurés cotisants s'élève à 461 345 (+2,1%), ce qui correspond à 42,1 pensions pour 100 cotisants *(coefficient de charge)*.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION

L'assurance pension protège les assurés contre les trois risques vieillesse, invalidité et survie. Elle est obligatoire pour chaque personne exerçant au Grand-Duché une activité professionnelle ou justifiant des périodes assimilées.

Les pensions sont versées mensuellement. Il y a lieu de distinguer entre les pensions personnelles destinées à l'assuré et les pensions de survie versées, le cas échéant, à certains membres de famille de l'assuré décédé.

RÉGIMES D'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG

Le régime général d'assurance pension couvre le secteur privé et concerne près de 90% de la population exerçant une activité professionnelle au Luxembourg.

A côté du régime général, il existe les régimes spéciaux (statutaires) pour les assurés du secteur public (fonctionnaires et employés de l'État, fonctionnaires et employés communaux, agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois). Depuis 1999, les régimes spéciaux et le régime général sont quasiment identiques, notamment en ce qui concerne les conditions d'attribution et le calcul des pensions. Un régime spécial transitoire est applicable aux agents publics en service avant 1999.

Enfin, des régimes de pensions spécifiques à certains organismes internationaux gèrent les pensions des fonctionnaires qui y ont travaillé.

Le présent chapitre se limite aux données du régime général d'assurance pension.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION

Pensions personnelles

Le droit à une pension de vieillesse dépend de l'âge et de la durée du stage (périodes en assurance pension) accompli par l'assuré.

Il existe *les périodes d'assurance obligatoire*, c.-à-d. les périodes cotisées (activité professionnelle rémunérée, revenu de remplacement, baby-years, etc.) et les périodes complémentaires, c.-à-d. les périodes non cotisées mais prises en compte pour le stage (éducation enfants, études, etc.).

Sur base *volontaire*, l'assurance continuée et l'assurance facultative permettent à l'assuré d'éviter des trous de carrière en cas d'arrêt ou de réduction de l'activité professionnelle. Sous certaines conditions, il est aussi possible d'effectuer un achat rétroactif de *périodes effectives*.

Les périodes d'assurance obligatoire et les périodes volontaires, c.-à-d. l'ensemble des périodes cotisées, constituent les périodes effectives.

A 65 ans, âge de retraite légal, un assuré a droit à une pension de vieillesse à condition d'avoir accompli un stage d'au moins 120 mois (10 ans) de périodes effectives dans l'assurance pension.

Une pension de vieillesse anticipée peut être accordée dès l'âge de 60 ans si l'assuré peut se prévaloir d'un stage cumulé de 480 mois (40 ans) dont au moins 120 mois (10 ans) de périodes effectives.

Une pension de vieillesse anticipée peut être accordée dès l'âge de 57 ans si l'assuré peut se prévaloir d'un stage de 480 mois (40 ans) de périodes obligatoires.

A droit à une pension d'invalidité, l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure, a perdu sa capacité de travail.

Pensions de survie

Sous certaines conditions, le conjoint ou partenaire survivant d'un assuré a droit à une pension pour conjoint survivant jusqu'au moment d'un éventuel nouveau mariage ou de son propre décès. Un survivant divorcé peut, le cas échéant, aussi bénéficier d'une pension de survie.

Les enfants légitimes d'un défunt assuré reçoivent une pension d'orphelin jusqu'à l'accomplissement de leur 18ème anniversaire, délai pouvant être reporté jusqu'à l'âge de 27 ans en cas d'études ou de formation.

Il est à préciser qu'une personne ne peut être bénéficiaire que d'une seule pension personnelle, mais cette dernière peut être cumulée à une ou plusieurs pensions de survie.

Autres prestations prises en charge par la caisse de pension

Outre les pensions proprement dites, la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) prend en charge des *allocations trimestrielles* [1] (assimilées aux pensions), rembourse quelques indemnités de préretraite et participe, à parts égales avec le Fonds pour l'emploi, au financement de l'*indemnité d'attente professionnelle* [2]. En cas de carrières mixtes (régime

1. Ancienne prestation destinée à des bénéficiaires à faible revenus (supprimée graduellement).
2. Loi du 23 juillet 2015 sur le reclassement professionnel interne et externe.

général et régimes statutaires), elle peut être amenée à participer partiellement dans des pensions dites mixtes.

Pour les personnes bénéficiaires d'une indemnité préretraite versée par le Fonds pour l'emploi, et qui auraient droit à une pension de vieillesse anticipée du régime général, la CNAP rembourse au Fonds pour l'emploi le montant de la pension auquel le bénéficiaire aurait droit.

L'indemnité professionnelle d'attente, instaurée en 2016, est une prestation accordée à des salariés en processus de reclassement, qui, au terme de la durée légale de chômage (prolongée), n'ont pas pu être reclassés. Elle est gérée par l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) et financée à parts égales par le Fonds pour l'emploi et le régime général d'assurance pension. A noter qu'elle remplace l'ancienne *indemnité d'attente*, qui, si les conditions d'attribution restent remplies, continue à être versée aux anciens bénéficiaires. L'indemnité d'attente est financée par le régime général d'assurance pension.

ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

Pour le régime général d'assurance pension, un seul organisme de gestion, la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP), couvre tous les assurés [3], indépendamment de leur statut socio-professionnel. La CNAP calcule et paie les prestations.

La perception des cotisations est effectuée par le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

Le Fonds de compensation (FDC) a pour mission de gérer le patrimoine de l'assurance pension, c.-à-d. la réserve de compensation composée par la réserve légale et les éventuels surplus réalisés par le régime général.

FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

Le régime général d'assurance pension luxembourgeois est un système dit de répartition des charges par période de couverture de 10 ans, avec constitution obligatoire d'une réserve à hauteur de 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Les charges du régime sont couvertes par des cotisations et des revenus du patrimoine. Pour la période de couverture 2013-2022, le taux de cotisation global est fixé à 24%, partagé à parts égales (8% chacun) entre les assurés, les employeurs et l'État. L'assiette de cotisation est composée des revenus professionnels des assurés. Elle est comprise entre le salaire social minimum (SSM) et la limite supérieure fixée à 5 fois le SSM.

3. Exception : les agents sous statut 'privé' de la Banque Centrale du Luxembourg.

1. LES PRESTATIONS

Encadré méthodologique

En ce qui concerne les prestations (nombre, nature, montant) et les caractéristiques des bénéficiaires (sexe, âge, résidence), les chiffres de cette partie proviennent des données de liquidations mensuelles fournies par la CNAP.

Les données sur les assurés cotisants sont issues des données d'affiliation fournies par le CCSS.

Les effectifs moyens représentent la moyenne des 12 effectifs mensuels. Les effectifs et montants pour décembre représentent les pensions de décembre versées en novembre de l'année en question.

1.1. LES PRESTATIONS PAYÉES

Au mois de décembre 2020, le régime général d'assurance pension compte 197 414 pensions en cours de paiement, soit une augmentation de 3,6% par rapport au décembre de l'année précédente (190 495). Les pensionnaires masculins représentent 51,7% des bénéficiaires.

A noter que ce chiffre comprend 1 397 avances, c.-à-d. des montants versés à des ayants droits pour lesquels le montant définitif de la pension n'a pas encore été fixé pour les premiers mois de retraite, ainsi que 119 allocations trimestrielles.

Outre ces pensions, la CNAP a versé 2 663 indemnités d'attente et remboursé 492 indemnités de préretraite au Fonds pour l'emploi.

Tableau 1: Évolution des prestations en cours de paiement [a]

Nombre	2016	2017	2018	2019	2020
Pensions	**173.058**	**178.138**	**183.838**	**190.495**	**197.414**
dont					
Pensions	171.466	176.745	182.291	188.843	195.898
Avances	1.394	1.216	1.392	1.515	1.397
Allocations trimestrielles	198	177	155	137	119
Variation en %	*3,4%*	*2,9%*	*3,2%*	*3,6%*	*3,6%*
Indemnités préretraites	**512**	**490**	**500**	**487**	**492**
Variation en %	*-6,1%*	*-4,3%*	*2,0%*	*-2,6%*	*1,0%*
Indemnité d'attente	**4.557**	**4.046**	**3.468**	**3.009**	**2.663**
Variation en %	*-2,9%*	*-11,2%*	*-14,3%*	*-13,2%*	*-11,5%*
TOTAL	**178.127**	**182.674**	**187.806**	**193.991**	**197.414**
Variation en %	*3,2%*	*2,6%*	*2,8%*	*3,3%*	*1,8%*

a. Prestations liquidées pour décembre de chaque année.

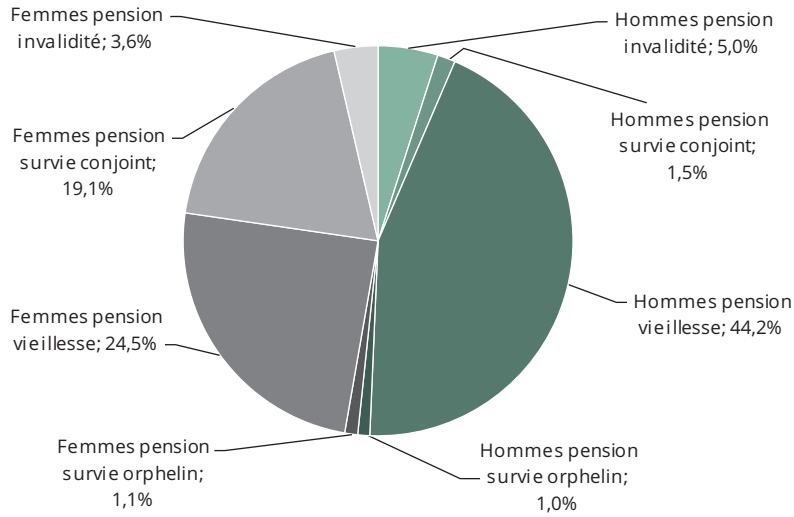
1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS

Plus que trois quarts des 197 414 pensions du régime général versées en décembre 2020 sont des pensions personnelles. Parmi ces pensions se trouvent 135 763 pensions de vieillesse (y compris les pensions de vieillesse anticipée) et 16 976 pensions d'invalidité.

La loi prévoit que toutes les pensions d'invalidité soient reconduites en pensions de vieillesse à partir du 65ème anniversaire du bénéficiaire. Outre les 16 976 pensions d'invalidité, il y a ainsi 25 676 pensions d'invalidité reconduites.

Presque deux pensions personnelles sur trois sont attribuées à des hommes. Par contre, la situation est complètement différente pour les 40 004 pensions de survie-conjoint, avec 92,7% de femmes bénéficiaires. Pour les 3 993 pensions de survie-orphelins, les deux sexes sont quasiment équilibrés.

Graphique 1: Répartition des pensions 2020 [a] par type de pension et par sexe du bénéficiaire



a. Pensions payées pour décembre 2020, y inclus avances et allocations trimestrielles.

1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES ET LES PENSIONS TRANSFÉRÉES

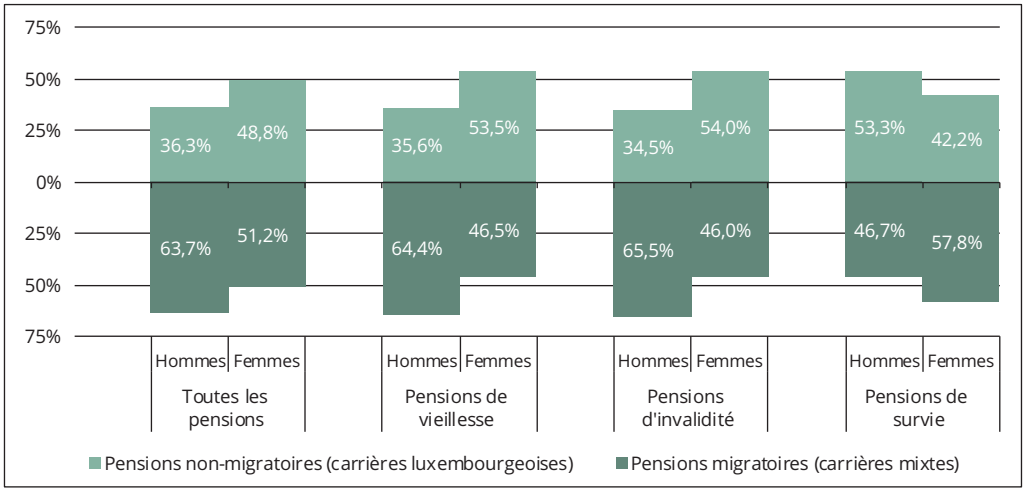
Avec une population composée à 47,2% [4] de résidents de nationalité étrangère, et un marché de travail comptant 210 milliers de frontaliers [5], il n'est pas étonnant que cet aspect international se manifeste aussi au niveau du régime général de pensions.

Ainsi, 57,7% des bénéficiaires d'une pension du régime général de décembre 2020 ont accumulé durant leur carrière professionnelle à la fois des périodes d'assurance au Luxembourg et des périodes d'assurance à l'étranger. Ces gens, éventuellement aussi bénéficiaires des pensions venant d'autres pays, reçoivent des pensions dites *migratoires.*

4. Données 2020 - STATEC Le Luxembourg en chiffres 2021.
5. Frontaliers non-résidents 2020 - STATEC Le Luxembourg en chiffres 2021.

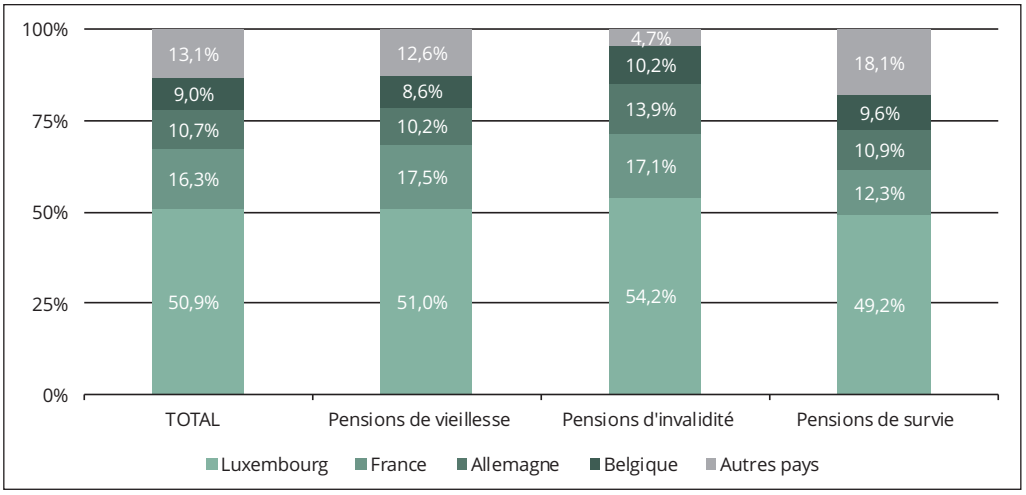
Pour les hommes bénéficiaires d'une pension du régime général, 36,3% ont eu des carrières exclusivement luxembourgeoises (non-migratoires). Le taux est de 48,8% chez les femmes.

Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension en 2020



Le caractère international se montre aussi par le fait que 49,1% des pensions versées en décembre 2020 sont destinées à des bénéficiaires non-résidents. En 1995, ce taux représentait moins qu'un quart de l'ensemble des pensions pour dépasser le tiers dès 2000. Au total en décembre 2020, 94 726 pensions sont versées dans des pays de l'Union européenne et 2 268 à des bénéficiaires dans quelques 75 pays du reste du monde.

Graphique 3: Répartition des pensions 2020 par pays de destination



Les trois pays limitrophes représentent les premiers pays destinataires avec, en premier lieu la France avec 32,2 milliers de pensions, suivie par l'Allemagne avec 21,1 milliers de pensions et ensuite la Belgique avec 17,7 milliers de pensions. Les places suivantes sont occupées par l'Italie (9,2 milliers de pensions) et le Portugal (8,9 milliers de pensions).

1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS

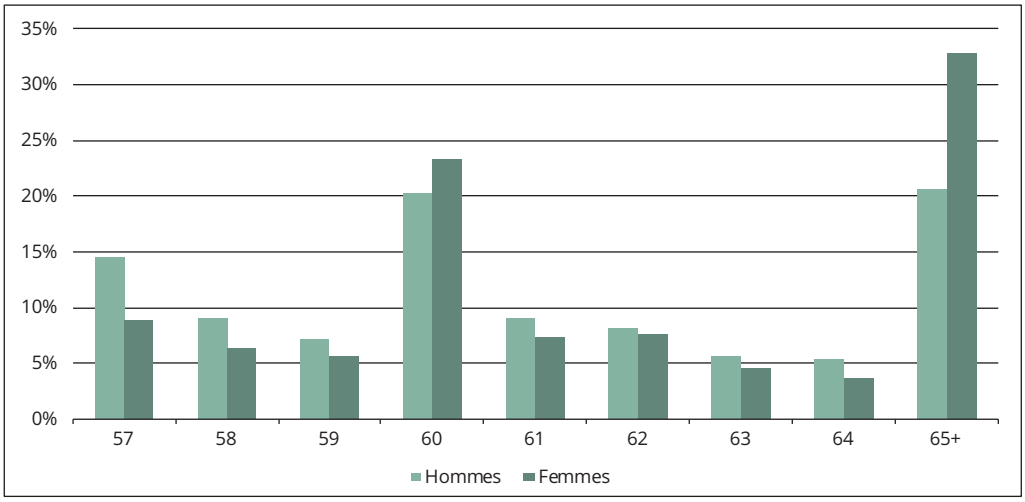
9 793 bénéficiaires d'une pension de décembre 2020 ont reçu leur première pension durant l'année, dont 7 083 pensions de vieillesse, 816 pensions d'invalidité et 1 660 pensions de survie-conjoint. Le taux des pensions migratoires parmi les nouvelles pensions est de 57,8%.

Pour les bénéficiaires de nouvelles pensions de vieillesse, 26,6% ont moins de 60 ans [6] et 47,8% sont âgés entre 60 et 64 ans.

Parmi les 1 803 bénéficiaires d'une pension de vieillesse à 65 ans ou plus, les bénéficiaires d'une pension non-migratoire affichent en moyenne 26,5 années de périodes d'assurance obligatoire au Luxembourg. Les bénéficiaires d'une pension migratoire par contre présentent 12,2 années de périodes d'assurance obligatoires au Luxembourg. Très peu de personnes ont demandé leur pension de vieillesse au-delà de 65 ans.

L'âge moyen des nouveaux retraités est de 61,2 ans. Pour les pensions d'invalidité il s'élève à 54,1 ans et pour les pensions de survie-conjoint à 71,1 ans.

Graphique 4: Répartition par âge du bénéficiaire des pensions de vieillesse attribuées en 2020



1.5. LE NIVEAU MOYEN DES PENSIONS

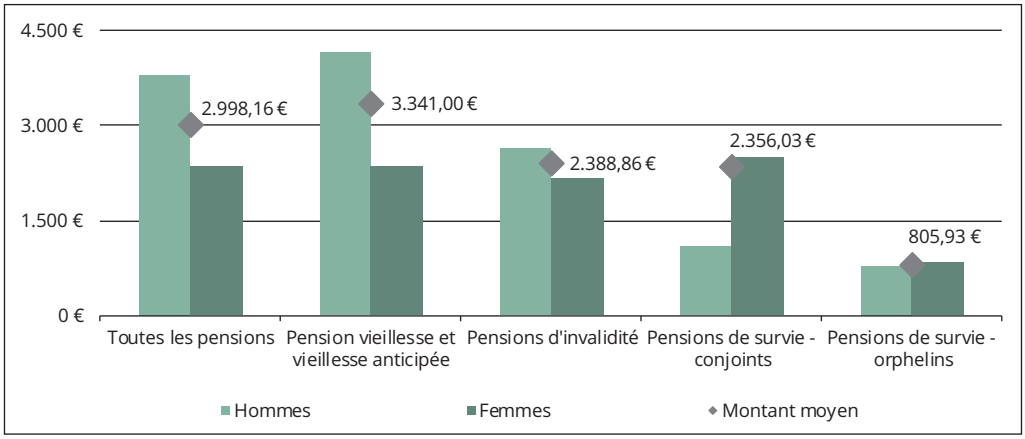
Le montant d'une pension de vieillesse dépend essentiellement de la durée de stage d'assurance accompli et de la base d'assiette totale accumulée durant le stage.

Le montant moyen de toutes les pensions versées pour décembre 2020 s'élève à 2 008,0 EUR et à 2 216,4 EUR pour les pensions de vieillesse. Il convient de rappeler la présence de 57,7% de pensions migratoires, c'est-à-dire des cas où les bénéficiaires ont, à côté de l'assurance pension au Luxembourg, aussi contribué dans des régimes étrangers.

Le montant moyen des pensions basées sur une carrière d'assurance exclusivement luxembourgeoise (pensions non-migratoires) s'élève à 2 998,2 EUR, tandis que celui des pensions migratoires n'atteint que 1 280,4 EUR. Les bénéficiaires de ces dernières sont, le cas échéant, aussi éligibles à des pensions (partielles) provenant d'autres pays.

6. Il s'agit de l'âge en fin d'année et donc pas forcément de l'âge au moment d'attribution.

Graphique 5: Niveau moyen des pensions non migratoires par type de pension en 2020 (en EUR)



1.6. LES ASSURÉS

Le nombre moyen des assurés a progressé de 2,1% pour atteindre 461 385 personnes en 2020. Il se compose de 59,2% d'hommes et de 54,2% d'assurés résidents. En moyenne, 435 430 assurés sont salariés (ou bénéficiaires d'un revenu de remplacement cotisable), 21 417 cotisent sur base d'une activité indépendante et 4 498 sur base volontaire.

L'âge moyen des assurés obligatoires s'élève à 40,8 ans pour les hommes et à 39,9 ans pour les femmes. Les assurés volontaires ont une moyenne d'âge de 49,9 chez les hommes et 51,5 chez les femmes.

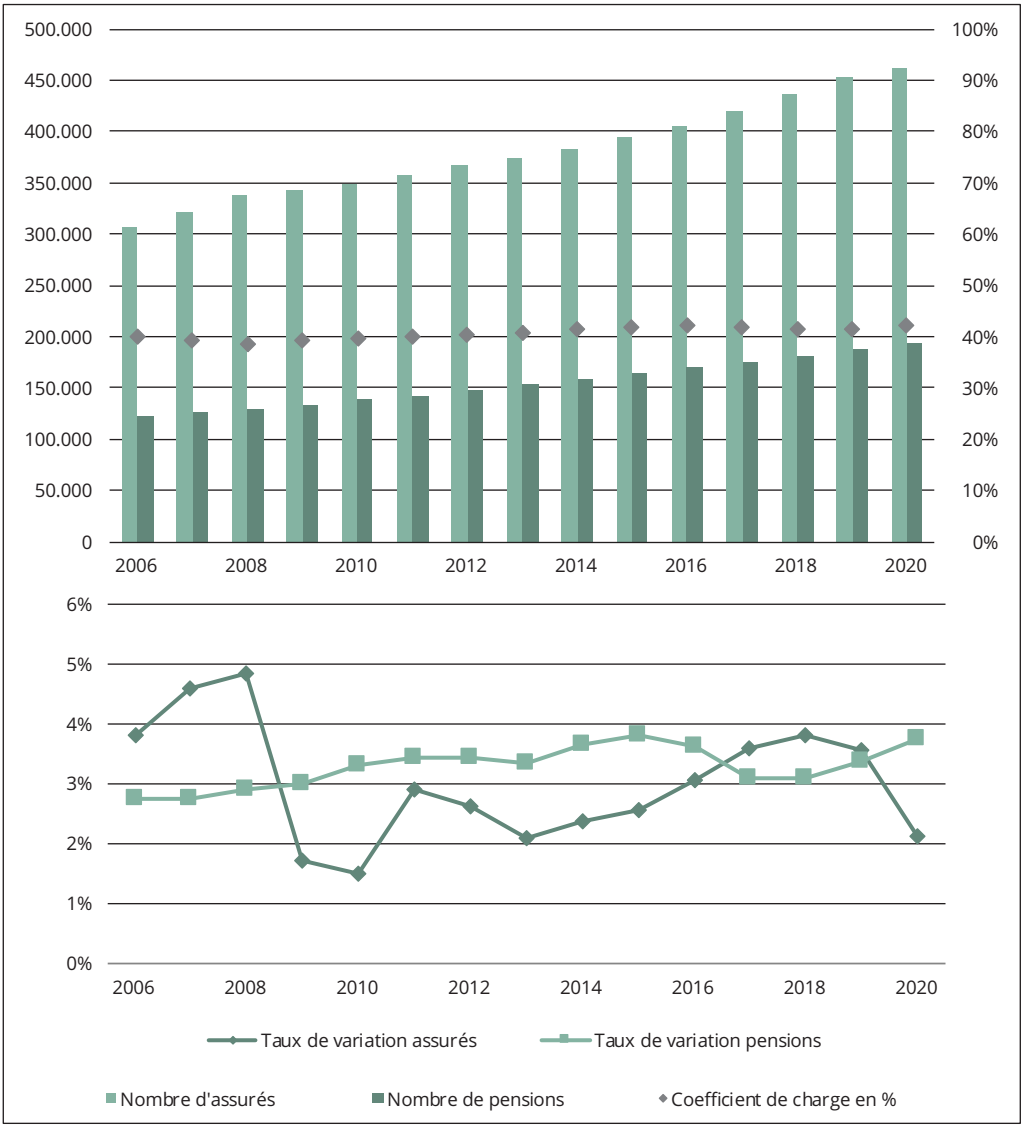
Tableau 2: Évolution des assurés cotisants

Nombre	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Assurés cotisant	**405.583**	**420.162**	**436.318**	**451.824**	**461.345**
Variation en %	*3,1%*	*3,6%*	*3,8%*	*3,6%*	*2,1%*
dont					
Assurance obligatoire	402.143	416.455	432.306	447.562	456.848
Assurance volontaire	3.440	3.707	4.012	4.263	4.498
dont					
Résidents Luxembourg	224.209	231.404	238.850	245.340	250.253
Résidents France	91.311	95.951	101.497	107.296	109.595
Résidents Belgique	45.122	46.449	48.025	49.488	50.300
Résidents Allemagne	44.941	46.357	47.946	49.701	51.197

En 2020, la croissance du nombre de pensions dépasse celle du nombre d'assurés cotisants (+2,1% contre 3,6%). Le coefficient de charge [7] passe à 42,1 (41,5 en 2019).

7. Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.

Graphique 6: Évolution du nombre moyen d'assurés et de pensions



2. LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

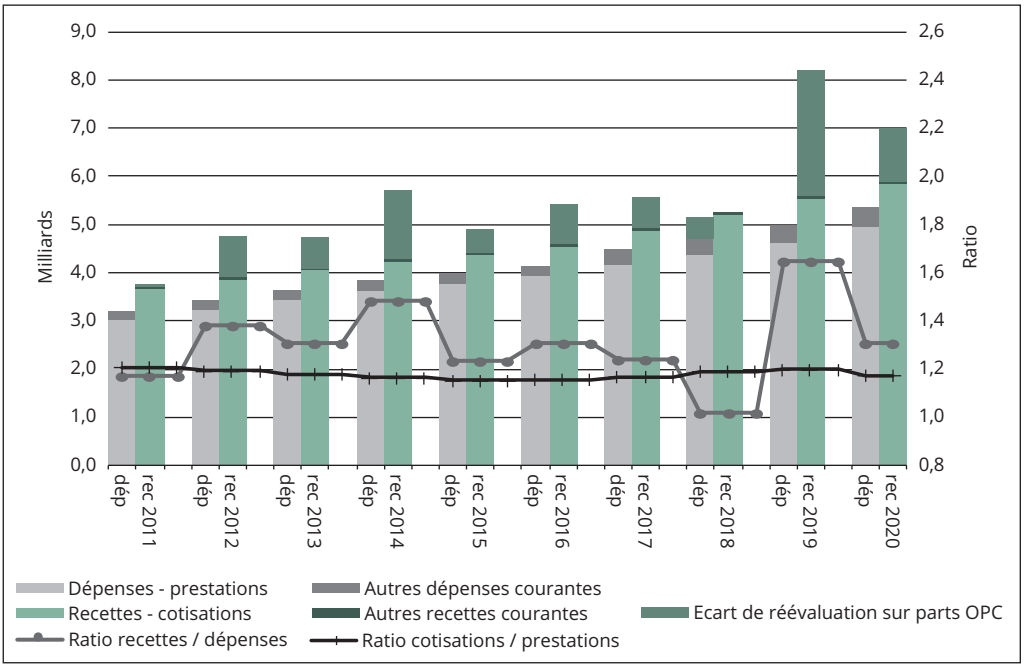
En 2020 les recettes courantes du régime général d'assurance pension dépassent les dépenses courantes de 1 657 millions EUR.

Tableau 3: Évolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension (en millions EUR)

Exercice	2016	2016	2017	2018	2020
RECETTES					
Cotisations des assurés et des employeurs	**3.033**	**3.254**	**3.460**	**3.687**	**3.889**
Variation annuelle en %	*4,2%*	*4,2%*	*6,3%*	*6,6%*	*5,5%*
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1.516	1.626	1.729	1.843	1.944
Participation de tiers	0	0	0	0	0
Transferts provenant d'autres organismes	4	7	5	6	4
Revenus sur immobilisation	34	37	42	44	44
Produits divers de tiers	6	9	7	6	3
Produits financiers	830	628	2	2.599	1.131
Autres recettes	0	0	0	0	1
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**5.422**	**5.561**	**5.245**	**8.187**	**7.015**
Variation annuelle en %	*10,3%*	*2,5%*	*-5,7%*	*56,1%*	*-14,3%*
DEPENSES					
Frais d'administration	44	46	47	49	52
Prestations en espèces	3.932	4.183	4.359	4.611	4.967
Variation annuelle en %	*4,0%*	*6,4%*	*4,2%*	*5,8%*	*7,7%*
Transfert de cotisations à d'autres organismes	161	243	276	279	302
Décharges et restitutions à d'autres organismes	5	7	8	11	14
Frais de gestion du patrimoine	2	3	3	2	2
Charges financières	0	0	442	0	2
Dotations aux provisions et aux amortissements	8	8	20	20	20
Autres dépenses	0	0	0	0	0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**4.153**	**4.490**	**5.155**	**4.972**	**5.358**
Variation annuelle en %	*4,1%*	*8,1%*	*14,8%*	*-3,5%*	*7,8%*
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	**1.269**	**1.071**	**90**	**3.215**	**1.657**
Réserve minimale	5.899	6.275	6.539	6.917	7.450
Excédent/découvert cumulé (après op. sur réserve)	11.912	12.606	12.431	15.268	16.391
RESERVE GLOBALE	17.809	18.880	18.970	22.184	23.841
Variation annuelle en %	*7,7%*	*6,0%*	*0,5%*	*16,9%*	*7,5%*

Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général d'assurance pension.

Graphique 7: Évolution des dépenses et recettes courantes du régime général d'assurance pension



2.1. LES RECETTES

Les recettes en cotisations ont connu une croissance de 5,5% en 2020 (+6,6% en 2019) pour atteindre 5 833 millions EUR.

Au total, les recettes courantes du régime général s'élèvent à 7 015 millions EUR, dont 1 174 millions EUR de recettes sur réserve réalisés par le FDC. Ces dernières se composent essentiellement de l'écart de réévaluation sur parts OPC en hauteur de 1 126 millions EUR qui représente la variation en valeur des actifs investis dans l'organisme de placement collectif (OPC) : « Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS » détenu par le FDC. L'écart de réévaluation sur parts OPC 2020 se décompose de 367,6 millions EUR de revenus dits réalisés (dividendes et intérêts perçus diminués des frais de gestion) et d'une plus-value sur investissements de 759 millions EUR.

Outre l'écart de réévaluation sur parts OPC, il y a lieu de mentionner 43,7 millions EUR de revenus sur immobilisations (loyers perçus) et 1,0 million EUR de revenus sur prêts accordés réalisés par le FDC.

2.2. LES DÉPENSES

Le niveau des prestations atteint 4 967 millions EUR en 2020, soit une progression de 7,7% par rapport à 2019.

Les pensions proprement dites (pensions personnelles et pensions de survie) représentent 4 864,3 millions EUR, soit 98% des dépenses en prestations. Le coût des indemnités d'attente s'élève à 67,2 millions EUR. Le reste des dépenses en prestations est composé de remboursements au Fonds pour l'emploi relatifs aux indemnités professionnelle d'attente et les préretraites ainsi que des remboursements de cotisations et quelques autres versements en capital.

Tableau 4: Évolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR)

Dépenses en prestations	2016	2017	2018	2019	2020
Pensions	3.807,4	4.063,0	4.250,8	4.506,6	4.864,3
Variation annuelle en %	*4,1%*	*6,7%*	*4,6%*	*6,0%*	*7,9%*
Indemnités d'attente	97,9	93,5	80,4	72,4	67,2
Variation annuelle en %	*-0,5%*	*-4,4%*	*-14,0%*	*-10,0%*	*-7,2%*
Indemnités professionnelle d'attente		0,0	1,7	5,0	8,1
Variation annuelle en %				*191,1%*	*61,6%*
Indemnités de préretraite	21,9	21,4	21,2	21,7	21,8
Variation annuelle en %	*-10,2%*	*-2,4%*	*-0,7%*	*2,0%*	*0,7%*

2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE

Les recettes en cotisations dépassent les dépenses en prestations de 867 millions EUR, soit un surplus de 17%.

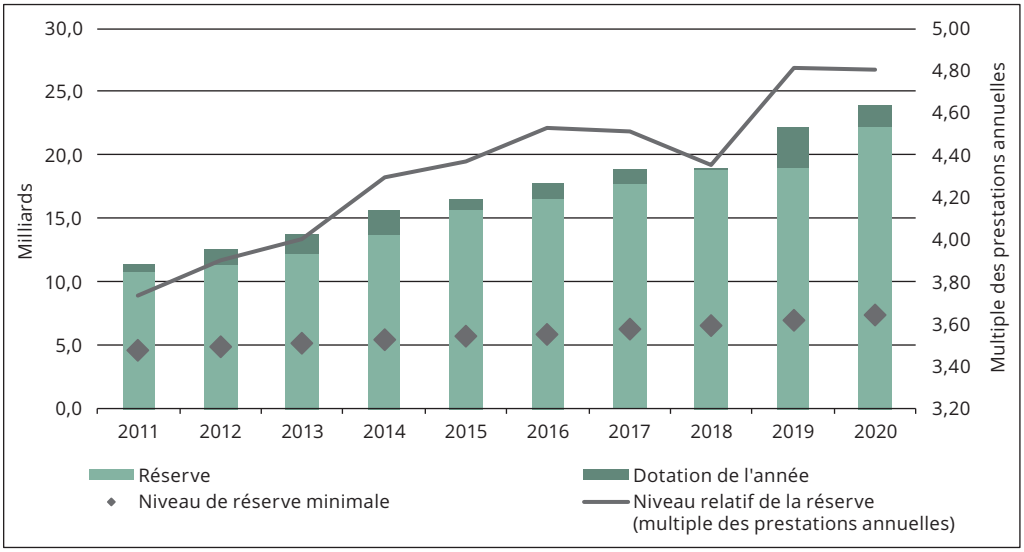
Hors FDC, l'excédent courant de la CNAP s'élève à 505,3 millions EUR pour 2020. Après dotation au fonds de roulement minimal [8], la CNAP a ainsi pu transférer 455,0 millions EUR au FDC.

L'excédent consolidé du régime général (CNAP et FDC) atteint 1 657 millions EUR et permet de porter la réserve à 23 841 millions EUR, dont 922 millions EUR de fonds de roulement (CNAP) et 22 919 millions EUR de réserve de compensation (FDC). Au 31 décembre 2020, la réserve représente 4,80 fois le montant des prestations annuelles et dépasse largement le seuil minimum requis de 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Au 31 décembre 2020, les actifs du FDC sont essentiellement composés de 501 millions EUR d'immobilisations, dont 412 millions EUR d'immobilisations corporelles (terrains, immeubles, installations et mobilier) et de 21 615 millions EUR de valeurs mobilières, placées en grandes parties dans l'OPC : Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS.

8. La loi prévoit un niveau correspondant à 20% des prestations de l'année précédente.

Graphique 8: Évolution de la réserve du régime général d'assurance pension



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

Tableau 5: Évolution de la situation du régime général de pension

Année	Coefficient de charge [a]	Prime de répartition pure [b]	Niveau relatif de la réserve [c]
2016	42,1	21,92%	4,53
2017	41,9	22,09%	4,51
2018	41,5	21,80%	4,35
2019	41,5	21,58%	4,81
2020	42,1	22,05%	4,80

a. Coefficient de charge = nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.
b. Prime de répartition pure = rapport dépenses courantes / masse cotisable.
c. Niveau relatif réserve = réserve exprimée comme multiple des prestations annuelles.

ASSURANCE ACCIDENT

INTRODUCTION

L'assurance accident appartient aux plus anciens régimes de protection sociale. Introduite par le législateur en 1902, l'assurance accident couvre d'abord les accidents du travail proprement dits. En 1928 et 1933, y sont ajoutés respectivement les maladies professionnelles et les accidents de trajet.

Sont assurés obligatoirement contre les accidents du travail, les accidents de trajet et contre les maladies professionnelles l'ensemble des salariés, y compris les fonctionnaires et les employés de l'État, des communes et des établissements publics, les personnes y assimilées, ainsi que les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle artisanale, commerciale ou libérale.

L'assurance accident gère pour le compte de l'État les régimes spéciaux. Ces derniers incluent en particulier les écoliers, élèves et étudiants, et ceci dans le cadre de leurs activités scolaires et périscolaires.

En 2020, la population protégée par l'assurance accident se chiffre en moyenne à 484 835 personnes. Ce nombre est principalement constitué de la population active et des chômeurs, à l'exclusion de certaines catégories liées à des activités extraprofessionnelles, qui sont marginales et plus difficiles à estimer. La situation actuelle de la population protégée est présentée en détail au chapitre sur la protection sociale du présent ouvrage.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

L'assurance accident a pour objectif principal d'indemniser les assurés victimes d'un accident du travail ainsi que les victimes d'un accident de trajet et de certaines maladies dites professionnelles.

La loi définit l'accident du travail comme celui qui est survenu à un assuré par le fait du travail ou à l'occasion de son travail. Il est caractérisé par l'action soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion de l'organisme humain.

La loi qualifie d'accident de trajet celui survenu sur le trajet de l'aller et du retour entre le lieu de travail et soit la résidence, soit le lieu où l'assuré prend habituellement ses repas.

Une maladie professionnelle est une maladie qui a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée. Il incombe au médecin de faire la déclaration d'une maladie

professionnelle. Ensuite, l'employeur doit fournir tous les renseignements nécessaires concernant l'exposition professionnelle à des risques.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

L'assuré a droit à la réparation du préjudice résultant d'une lésion ou d'une maladie survenue à la suite d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle. La réparation consiste dans l'octroi de prestations en nature et de prestations en espèces. Prestations en espèces pendant les 78 premières semaines

En cas d'incapacité de travail totale temporaire suite à un accident ou à une maladie professionnelle, le salarié a droit au maintien intégral de son salaire (Lohnfortzahlung) jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77^{e} jour d'incapacité de travail, pendant une période de référence de 18 mois de calendrier successifs. La mutualité des employeurs rembourse à l'employeur, pour compte de l'assurance accident, 80 % de la rémunération.

Si à l'issue de cette première période l'assuré continue à être atteint d'incapacité de travail totale, il a droit au paiement d'une indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé pour compte de l'assurance accident. Cette indemnité pécuniaire est versée pendant un maximum de 78 semaines sur une période de référence de 104 semaines [1]. Le montant de l'indemnité correspond au salaire cotisable de la victime au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Les rentes

Pour les accidents survenus et les maladies professionnelles déclarées à partir du 1er janvier 2011, les rentes accident y relatives indemnisent la perte totale ou partielle du revenu professionnel. Elles sont soumises aux retenues pour l'impôt sur le revenu et elles donnent lieu à l'affiliation aux assurances maladie-maternité et pension. De plus, elles sont adaptées automatiquement à l'évolution du coût de la vie et ajustées tous les deux ans à l'évolution du niveau de vie. L'octroi d'une pension de vieillesse anticipée ou l'accomplissement d'un âge de 65 ans impliquent la cessation du paiement des rentes.

Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

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

Les prestations des survivants

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie. Les rentes de survie ne sont pas déterminées en faisant abstraction de l'octroi de la pension de survie au titre de l'assurance pension, mais elles sont au contraire conçues comme complément à cette pension.

1. Loi du 10 août 2018 modifiant 1. le Code du travail ; et 2. le Code de la sécurité sociale en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée.

Les bénéficiaires d'une rente de survie octroyée suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ayant causé le décès de l'assuré ont en outre chacun droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire.

Les prestations pour soins de santé

L'assurance accident accorde une multitude de prestations en nature prévues en matière d'assurance maladie-maternité. Les soins de santé liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle sont intégralement pris en charge par l'assurance accident sans que l'assuré ait à avancer les frais des prestations.

Les prestations de l'assurance dépendance

L'assuré qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle, a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition, de la mobilité, de l'élimination ou de l'habillement, a droit aux prestations en nature et en espèces prévues en matière d'assurance dépendance.

Indemnisation des dégâts matériels

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

ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT

La gestion de l'assurance accident incombe à l'Association d'assurance accident (AAA), qui est un établissement public chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

L'AAA est placée sous la tutelle du Ministère de la Sécurité sociale et sous la surveillance de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Elle est gérée par un conseil d'administration composé d'un président, de 8 délégués des employeurs et de 8 délégués des employés.

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT

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. Celle-ci ne peut être inférieure au montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice.

Les charges du régime général sont essentiellement financées par des cotisations. Celles-ci sont à payer par les employeurs et les assurés non-salariés. Le taux de cotisation pour l'exercice à venir est fixé chaque année par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident.

Le financement des régimes spéciaux incombe à l'État, qui rembourse à l'AAA les prestations payées pour les personnes assurées dans le cadre des régimes spéciaux.

1. PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES

Les informations contenues dans cette section proviennent soit des données comptables, soit des données statistiques de l'Association d'assurance accident.

Encadré méthodologique

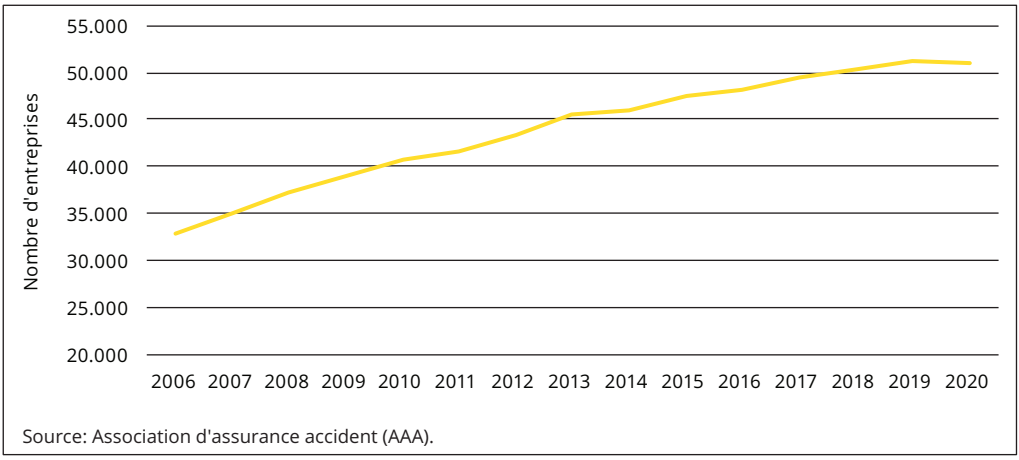
Pour la détermination des statistiques ont été pris en compte :

- le nombre d'affiliés à l'assurance accident qui correspond à celui retenu au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre de prestations qui correspond aux prestations liquidées au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre d'accidents déclarés qui comprend tous les accidents déclarés relevant de l'exercice concerné ;
- le nombre d'accidents reconnus qui comprend tous les accidents relevant de l'exercice concerné reconnus comme accident du travail avant le 2 septembre de l'année suivante.

1.1. LES EMPLOYEURS

Le graphique suivant illustre l'évolution du nombre des employeurs affiliés à l'assurance accident depuis 2006.

Graphique 1: Évolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)



Source: Association d'assurance accident (AAA).

Les répercussions de la pandémie se montrent au niveau de l'affiliation des employeurs à l'assurance accident. Pour la première fois depuis 1985, le nombre d'employeurs affiliées à l'assurance accident ne s'accroît pas. En 2020, leur nombre se situe à 51 076 unités, ce qui équivaut à une diminution de 0,3% par rapport à 2019. Le taux de croissance annuel moyen s'élève à 3,5% sur la période de 2006 à 2020.

Avec une diminution de 1,3% par rapport à 2019, l'évolution du nombre des employeurs serait plus prononcée si l'analyse se limitait aux employeurs hors ménages. Bien que la croissance du nombre des ménages soit moins forte que celle observée au cours des années précédentes, elle reste positive avec une augmentation de 1,3% par rapport à 2019. Entre 2016 et 2020, le nombre des employeurs hors ménages croît de 0,6% en moyenne annuelle, celui des ménages de 2,8%.

Tableau 1: Évolution récente du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)

	2016	2017	2018	2019	2020
Employeurs	**48.229**	**49.521**	**50.353**	**51.219**	**51.076**
dont ménages	18.691	19.548	20.126	20.579	20.837
dont employeurs hors ménages	29.538	29.973	30.227	30.640	30.239
Travailleurs-unité	**394.275**	**406.129**	**423.213**	**435.681**	**453.434**

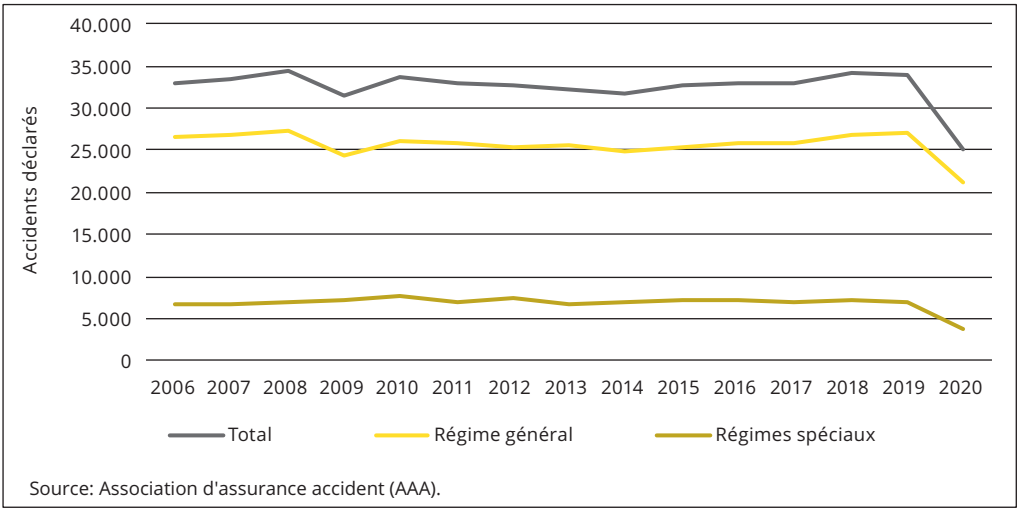
Source: Association d'assurance accident (AAA).

Afin de calculer un taux de fréquence des accidents, la notion de travailleurs-unité s'avère indispensable. Un travailleur-unité correspond au total des heures de travail déclarées divisé par le temps de travail moyen annuel. Le nombre de travailleurs-unités se situe en 2020 à 453 434 et montre une progression de 4,1% par rapport à 2019.

1.2. LES ACCIDENTS

Le nombre d'accidents déclarés à l'assurance accident en 2020 s'élève à 24 971, dont 21 121 (84,6%) relèvent du régime général et 3 850 (15,4%) des régimes spéciaux. L'évolution du nombre d'accidents au cours des 15 dernières années souligne la situation extraordinaire qui se présente en 2020 en pandémie. Une chute du nombre d'accidents déclarés de 26,2% face à 2019 témoigne de l'application des mesures de confinement.

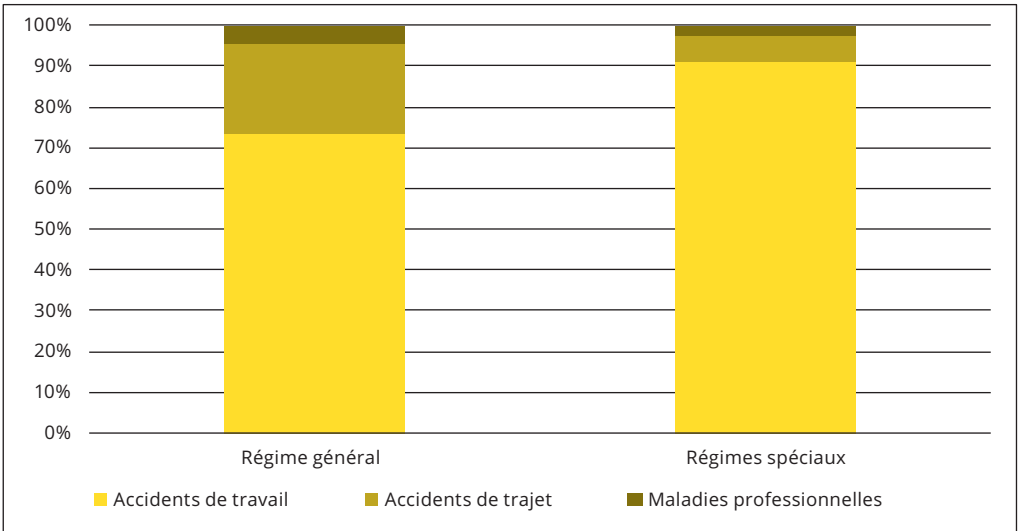
Graphique 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés par régime



Source: Association d'assurance accident (AAA).

Dans l'ensemble des cas déclarés au régime général en 2020, 73,3% concernent des accidents du travail proprement dits, 22,5% des accidents de trajet et 4,2% des maladies professionnelles. Dans le cadre des régimes spéciaux, les accidents du travail proprement dits représentent 91,0% des accidents déclarés, les accidents de trajet 6,4% et les maladies professionnelles 2,6%. Cette distribution différente s'explique par le fait que les régimes spéciaux incluent les écoliers, élèves et étudiants.

Graphique 3: Nombre d'accidents déclarés du régime général et des régimes spéciaux par type d'accident



Source: Association d'assurance accident (AAA).

Toute personne assurée devenue victime d'un accident du travail ou de trajet, respectivement d'une maladie professionnelle, est tenue d'informer sans retard son employeur. Celui-ci doit déclarer l'accident du travail à l'assurance accident en fournissant toutes les indications demandées sur un formulaire prescrit. Le refus de considérer comme accident du travail ou de trajet, ou comme maladie professionnelle un accident déclaré se fait par une décision de l'Association d'assurance accident.

En 2020, le nombre d'accidents reconnus par l'assurance accident s'élève à 18 753, soit 75,1% des accidents déclarés. Le taux des accidents reconnus est nettement plus bas pour le régime général que pour les régimes spéciaux. En effet, le régime général compte 15 415 accidents reconnus, ce qui donne un taux de 73,0%, tandis que 3 338 accidents ont été reconnus pour les régimes spéciaux, équivalant à une proportion de 86,7%.

Tableau 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général par type d'accident

Année	Accidents (tous)			Accidents du travail proprement dits			Accidents de trajet			Maladies professionnelles		
	Déclarés	Reconnus	Taux	Déclarés	Reconnus	Taux	Déclarés	Reconnus	Taux	Déclarés	Reconnus	Taux
2016	25.827	20.075	77,7%	19.058	16.429	86,2%	6.368	3.537	55,5%	401	109	27,2%
2017	25.901	19.517	75,4%	18.756	15.780	84,1%	6.753	3.638	53,9%	392	99	25,3%
2018	26.837	20.241	75,4%	19.514	16.417	84,1%	6.892	3.724	54,0%	431	100	23,2%
2019	27.002	19.918	73,8%	19.515	16.142	82,7%	6.872	3.649	53,1%	615	127	20,7%
2020	21.121	15.415	73,0%	15.492	12.656	81,7%	4.742	2.446	51,6%	887	313	35,3%

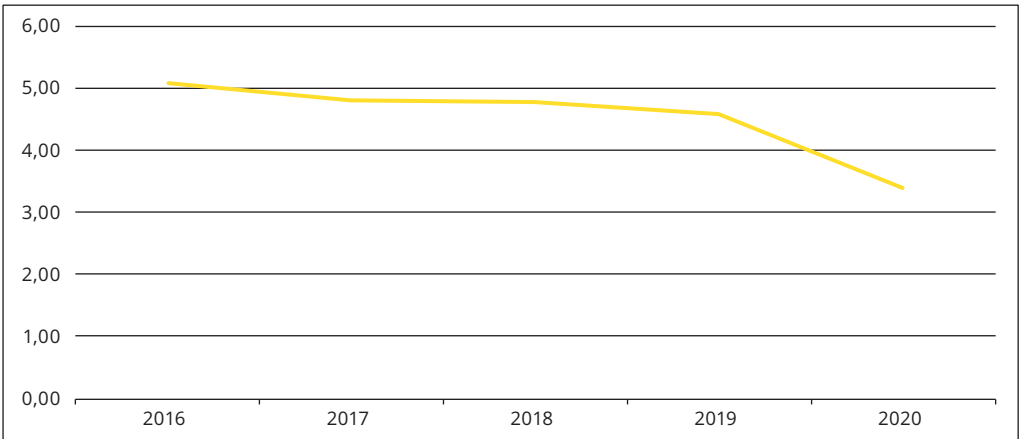
Source : Association d'assurance accident (AAA).

Le taux des accidents reconnus varie fortement en fonction du type d'accident déclaré. Ainsi, au régime général, 81,7% des accidents du travail proprement dits ont été reconnus, alors que seulement 51,6% des accidents de trajet et 35,3% des maladies professionnelles déclarés sont reconnus par l'assurance accident.

De plus, le taux d'accidents reconnus par l'assurance accident diminue au cours des 5 dernières années quel que soit le type d'accident.

Le taux de fréquence des accidents est obtenu en calculant le quotient du nombre d'accidents reconnus par le nombre de travailleurs-unité, multiplié par 100. Bien qu'il soit en déclin continu, il a connu une chute brusque en 2020, qui s'explique par la pandémie et l'application des mesures de confinement y relatives. Alors qu'il se situe encore à 5,09 en 2016, sa valeur n'affiche plus que 4,57 en 2019 avant de tomber à 3,40 en 2020.

Graphique 4: Évolution du taux de fréquence des accidents



Source: Association d'assurance accident (AAA).

1.3. LES PRESTATIONS

Etant donné que les prestations accordées sous l'ancienne législation continuent à exister, mais poursuivront leur réduction rapide dans les années à venir, l'accent est mis, dans cette sous-section, sur les prestations actuellement prises en charge par l'assurance accident.

1.3.1. Les prestations introduites en 2010

La présente sous-section résume les principales statistiques des prestations de l'assurance accident telles qu'elles ont été introduites ou modifiées par la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident.

1.3.1.1. Les prestations en espèces prises en charge pendant les 78 premières semaines

Les prestations en espèces prises en charge pendant les 78 premières semaines sont accordées en vue de maintenir le salaire intégral et d'autres avantages résultant du contrat de travail de l'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Le nombre total des prestations du type Lohnfortzahlung, après être resté stable au cours des dernières années, décroît, suite à l'effet de la pandémie, de manière brusque en ligne avec le nombre total d'accidents reconnus. En effet, ce nombre s'élève à 7 623 unités en 2020, ce qui correspond à une diminution de 26,1% par rapport à 2019. Le nombre d'indemnités pécuniaires par contre continue d'augmenter considérablement en 2020 en conséquence de la réforme des prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité de 2018. Il s'élève à 3 658 et affiche ainsi une croissance de 51,4% par rapport à 2019.

Tableau 3: Évolution du nombre de prestations en espèces pendant les 78 premières semaines

Catégorie	2018	2019	2020
Indemnités du type Lohnfortzahlung	11 769	10 317	623
Indemnités pécuniaires liquidées par la CNS	2 010	2 416	3 658

Source: Association d'assurance accident (AAA).

1.3.1.2. Les rentes

Les rentes comprennent les rentes complètes, payées en cas d'incapacité de travail totale, les rentes professionnelles d'attente, accordées lors d'un reclassement professionnel, les rentes partielles, garanties sous certaines conditions en cas de perte de revenu, et les rentes de survie.

En 2020, le nombre total de rentes accordées s'élève à 1 230 unités, ce qui correspond à une diminution de 3,1% par rapport à 2019. Les nombre de rentes accordées ne se référant pas uniquement à des accidents survenus dans la même année, sa progression est plus rigide face aux effets de la pandémie. La baisse du nombre de rentes complètes, qui se situe à 504 unités en 2020, face à 580 en 2019, est légèrement contrebalancée par une augmentation du nombre de rentes d'attente, qui s'élève à 485 unités en 2020. Le nombre de rentes partielles se situe à 16 unités, et celui des rentes de survie à 225 unités.

Tableau 4: Évolution du nombre des rentes

Catégorie	2018	2019	2020
Rentes complètes	583	580	504
Rentes partielles	8	9	16
Rentes professionnelles d'attente	432	469	485
Rentes de survie	187	212	225
TOTAL	**1 210**	**1 270**	**1 230**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

1.3.1.3. Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

En 2020, 2 816 indemnisations ont été accordées pour des préjudices extrapatrimoniaux, ce qui correspond à une forte baisse de 12,4% par rapport à 2019, où 3 216 indemnisations ont été enregistrées. Comme dans le cas de la plupart des prestations, les répercussions de la pandémie sont à l'origine du développement observé.

Avec 1 360 unités, presque la moitié des indemnités ont été versées pour des préjudices physiologiques et d'agrément. Parmi ces indemnités, 865 unités représentent des indemnités versées en capital, tandis que 495 concernent des paiements mensuels. Alors que les paiements mensuels augmentent de 17,6% en 2020, les versements en capital décroissent de 17,5% par rapport à 2019, où 1 048 indemnisations ont été reportées.

Les indemnités forfaitaires pour douleurs physiques endurées représentent la deuxième catégorie pour laquelle une forte réduction du nombre de cas a été enregistrée. Leur nombre passe de 1 074 en 2019 à 896 en 2020, ce qui correspond à une baisse de 16,6%. De même, les indemnités pour préjudice esthétique et les indemnités forfaitaires pour dommage moral des survivants diminuent. Leur nombre s'élève à 535 respectivement 25 unités en 2020.

Tableau 5: Évolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Catégorie	2018	2019	2020
Indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément (capital)	911	1.048	865
Indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément (mensuel)	359	421	495
Indemnités forfaitaires pour douleurs physiques endurées	931	1.074	896
Indemnités forfaitaires pour préjudice esthétique	496	642	535
Indemnités forfaitaires pour dommage moral (survivants)	22	31	25
TOTAL	**2 719**	**3 216**	**2 816**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

1.3.1.4. Prestations pour soins de santé

Les prestations pour soins de santé liquidées par la Caisse nationale de santé se rapportent à un total de 29 711 accidents en 2020, ce qui correspond à une baisse de 15,5% par rapport à 2019. De nouveau, la tendance régressive s'explique par l'effet de la pandémie.

Tableau 6: Évolution des prestations pour soins de santé

Catégorie	2018	2019	2020
Prestations pour soins de santé	34 914	35 142	29 711

Source: Association d'assurance accident (AAA).

1.3.1.5. Indemnisation des dégâts matériels

Les statistiques présentées distinguent entre les dégâts aux véhicules automoteurs et les dégâts matériels accessoires, ces derniers incluant les prothèses. Alors que 545 indemnités sont payées en 2019, un total de 386 indemnités est mis en compte pour 2020, ce qui équivaut à une baisse de 29,2%. Cette évolution s'explique une fois de plus par la pandémie et l'application des mesures de confinement. En outre, la hausse continue des contrats d'assurance « dommages matériels » (Casco)y contribue, étant donné que le droit à l'indemnisation par l'assurance accident n'existe pas si le préjudice est indemnisable à ce type de contrat d'assurance conclu avec une compagnie d'assurance privée.

Tableau 7: Évolution du nombre des dégâts matériels

Catégorie	2018	2019	2020
Dégât aux véhicules automoteurs	462	432	313
Dégât accessoire	117	113	73
TOTAL	**579**	**545**	**386**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

1.3.2. Les rentes accordées avant la réforme de l'assurance accident

Le nombre total des rentes accordées avant la réforme s'élève en 2020 à 11 227 unités, ce qui représente une diminution de 2,8% par rapport aux 11 550 unités en 2019.

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

Tableau 8: Évolution des rentes avant la réforme et rachats de rentes

Catégorie	2018	2019	2020
Rentes	**11 926**	**11 550**	**11 227**
Rentes viagères	11 173	10 846	10 555
Rentes transitoires pour blessés	36	24	20
Rentes pour survivants	717	680	652
Rachats de rentes	**56**	**46**	**36**
TOTAL	**11 982**	**11 596**	**11 263**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

Sur la période 2016 à 2020, le solde des opérations courantes de l'assurance accident est en moyenne légèrement positif, avec un excédent de 6,7 millions EUR par an.

Les dépenses courantes représentent 0,3% du PIB en 2020, et leur proportion est en régression constante. Par ailleurs, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 2016 et 2020 est de -2,0% (au nombre indice 100) ce qui témoigne d'une progression plus lente des dépenses de l'assurance accident par rapport à celle des dépenses des autres branches de la sécurité sociale.

Tableau 9: Évolution des recettes et des dépenses courantes de l'assurance accident (en millions EUR)

	2016	2017	2018	2019	2020
RECETTES					
Cotisations	205,2	219,6	210,1	200,2	191,8
Participations de tiers	5,9	6,2	6,2	6,5	5,5
Transferts de cotisations	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Produits divers provenant de tiers	9,6	10,4	11,4	10,0	10,0
Produits financiers	0,3	0,4	0,5	0,6	0,5
Autres recettes	0,0	0,2	0,0	1,9	0,1
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**221,0**	**236,9**	**228,2**	**219,2**	**208,0**
Variation annuelle en %	*-5,4%*	*7,2%*	*-3,7%*	*-3,9%*	*-5,1%*
DEPENSES					
Frais d'administration	12,7	13,4	14,4	14,6	15,9
Prestations en espèces	158,1	162,5	159,9	165,7	163,9
Prestations en nature	37,1	38,3	36,8	37,3	39,3
Transferts de cotisations à d'autres organismes	2,7	2,8	3,2	3,6	4,1
Autres dépenses	1,2	0,8	3,1	0,9	1,5
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**211,8**	**217,8**	**217,3**	**222,2**	**224,7**
Variation annuelle en %	*-4,1%*	*2,8%*	*-0,2%*	*2,3%*	*1,1%*
Solde des opérations courantes	**9,3**	**19,1**	**10,9**	**-2,9**	**-2,9**

Source : Compte de résultat et bilan de l'Association d'assurance accident.

L'exercice de 2017 fait ressortir une variation positive des recettes et dépenses. En dépit d'un taux de cotisation inchangé, la hausse des recettes, avec un pourcentage de 7,2% par rapport à 2016, est presque entièrement due à la progression des cotisations. Les dépenses augmentent de 2,8%.

En 2018, les recettes diminuent de 3,7% par rapport à 2017. Cette baisse est entièrement due à la réduction du taux de cotisation global de 1,0% à 0,9%, qui entraîne une révision à la baisse du total des cotisations. Les dépenses diminuent légèrement de 0,2% par rapport à 2017.

Une autre révision à la baisse du taux de cotisation global à hauteur de 0,1 points de pourcentage en 2019 aboutit à une diminution des recettes de 3,9% par rapport à 2018. En même temps, les dépenses augmentent de 2,9%. Cette dernière évolution est notamment due à un accroissement des dépenses pour prestations en espèces. Il en résulte un solde des opérations courantes négatif, pour la première fois depuis 2014.

Finalement, une troisième révision consécutive du taux de cotisation, cette fois ci de 0,8% à 0,75%, aboutit à une baisse continue des recettes en cotisations. Les recettes courantes diminuent de 5,1% par rapport à 2019. En même temps, c'est notamment la hausse des prestations en nature et des frais d'administration qui fait augmenter légèrement les dépenses courantes. Celles-ci augmentent de 1,1% par rapport à 2019. Le solde des opéra-tions courantes pour l'exercice 2020 est ainsi de nouveau négatif.

2.2. LES RECETTES COURANTES

En 2020, les recettes courantes de l'assurance accident se composent de 92,2% de cotisations et de 2,6% de la prise en charge par l'État des dépenses dans le cadre des régimes spéciaux. Les 5,5% résiduels incombent entre autres aux produits financiers.

Les recettes en cotisations diminuent de 4,2% par rapport à 2019 et se situent actuellement à 191,8 millions EUR.

Tableau 10: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2019 (en millions EUR)

Recettes	Montants	En % du total
Cotisations	191,8	92,2%
Participation de l'Etat	5,5	2,6%
Produits financiers et recettes diverses	10,7	5,2%
TOTAL	**208,0**	**100,0%**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

La loi du 17 décembre 2010 a introduit un taux de cotisation unique dans l'assurance accident qui est fixé annuellement par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident. Il s'élève à 0,75% en 2020, contre 0,8% en 2019.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

En 2020, les dépenses courantes de l'assurance accident se composent de 90,4% de prestations, de 7,1% de frais d'administration et de 2,5% de dépenses diverses.

Tableau 11: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2019 (en millions EUR)

Dépenses	Montants	En % du total
Frais d'administration	15,9	7,1%
Prestations en espèces	163,9	72,9%
Prestations en nature	39,3	17,5%
Dépenses diverses	5,6	2,5%
TOTAL	**224,7**	**100,0%**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

2.3.1. Les prestations du régime général

La progression des montants des prestations du régime général s'explique notamment par la variation de l'échelle mobile des salaires, la croissance de la masse salariale et le réajustement des rentes. A partir de 2011, les montants des nouvelles prestations de l'assurance accident ont subi un accroissement rapide, comparés aux montants concernés par l'ancienne législation qui baissent.

Tableau 12: Évolution du montant des prestations du régime général (en millions EUR)

	2016	2017	2018	2019	2020
Prestations en espèces	**155,9**	**160,5**	**157,8**	**163,7**	**161,6**
Indemnités pécuniaires	*29,6*	*27,7*	*29,5*	*32,2*	*30,9*
Rentes	*107,2*	*109,5*	*110,3*	*110,9*	*112,2*
Rachats de rentes	*3,3*	*3,1*	*2,6*	*1,5*	*1,2*
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	*15,9*	*20,1*	*15,5*	*19,1*	*17,4*
Prestations en nature	**33,6**	**34,4**	**33,1**	**33,2**	**36,6**
TOTAL DES PRESTATIONS	**189,6**	**194,9**	**190,9**	**196,9**	**198,2**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

2.3.2. Les prestations des régimes spéciaux

Les prestations des régimes spéciaux affichent un montant total de 4,9 millions EUR en 2020. Alors que les prestations en espèces ont légèrement augmenté, les prestations en nature ont connu une diminution importante qui s'explique notamment par la fermeture des écoles et des structures d'accueil d'enfants du 16 mars 2020 au 24 mai 2024 et le retour en classe organisé en alternance à partir du 25 mai 2020.

Tableau 13: Évolution du montant des prestations des régimes spéciaux (en millions EUR)

	2016	2017	2018	2019	2020
Prestations en espèces	**2,1**	**2,0**	**2,1**	**2,0**	**2,3**
Indemnités pécuniaires	*0,1*	*0,1*	*0,1*	*0,1*	*0,1*
Rentes	*1,6*	*1,6*	*1,6*	*1,6*	*1,7*
Rachats de rentes	*0,2*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,1*
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	*0,3*	*0,3*	*0,3*	*0,3*	*0,3*
Prestations en nature	**3,5**	**3,9**	**3,7**	**4,1**	**2,7**
TOTAL DES PRESTATIONS	**5,6**	**5,9**	**5,7**	**6,1**	**4,9**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

PRESTATIONS FAMILIALES

INTRODUCTION

Les prestations familiales ont vu le jour pendant la première guerre mondiale sous la forme d'un sursalaire alloué par certains employeurs du secteur de la sidérurgie aux travailleurs ayant des enfants à charge. La première base légale qui a créé les allocations familiales en faveur de tous les salariés date de 1947. Depuis, le champ des prestations familiales s'est fortement élargi et leurs objectifs se sont diversifiés, soit pour s'adapter aux changements sociétaux, notamment l'accès de plus en plus de femmes au marché du travail et l'évolution des structures familiales, soit pour accompagner, voire infléchir certains comportements. A côté de l'objectif de redistribution des familles sans enfants vers les familles avec enfants en place depuis la naissance des prestations familiales, des objectifs de santé publique, de conciliation vie familiale/vie professionnelle et de libre choix sont venus s'ajouter. Les objectifs affichés des dernières réformes en 2016 visent, quant à eux, à favoriser l'égalité des chances, à harmoniser la vie familiale et la vie professionnelle, à individualiser les droits de l'enfant, à rendre cohérent les différentes prestations familiales et à promouvoir les prestations en nature par rapport aux prestations en espèce.

OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES

L'allocation pour l'avenir des enfants a pour objet de soutenir l'avenir des enfants et ceci indépendamment de l'évolution de la structure du ménage auquel l'enfant appartient.

L'allocation de rentrée scolaire a pour objectif de compenser les frais spécifiques en relation avec la rentrée des classes.

L'allocation spéciale supplémentaire a pour objectif de compenser partiellement les charges supplémentaires imposées au ménage dues à la présence d'enfants handicapés.

Les prestations de naissance poursuivent un objectif de santé publique. Elles visent à réduire les risques d'accidents de la grossesse et de mortalité infantile.

Le congé parental permet aux parents d'interrompre ou de réduire leur activité professionnelle pour se consacrer à l'éducation de leur enfant. La durée du congé parental varie selon le modèle choisi, les bénéficiaires du congé parental perçoivent un revenu de remplacement et ils ont la garantie de retrouver le même emploi ou un emploi similaire à l'issue du congé.

LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS

Il existe deux types de prestations pour les familles et les enfants : les prestations en espèces et les prestations en nature. Les prestations en espèces actuelles sont les suivantes :

- l'allocation pour l'avenir des enfants, composée de l'allocation familiale de base et des majorations d'âge ;
- l'allocation de rentrée scolaire ;
- l'allocation spéciale supplémentaire en faveur des enfants handicapés ;
- les prestations de naissance, comprenant l'allocation prénatale, l'allocation de naissance proprement dite et l'allocation postnatale ;
- l'indemnité de congé parental ;
- l'allocation d'éducation (abolie au 1er juin 2015).

Les chèques-service accueil constituent des prestations familiales en nature et ont été introduits en 2009 en vue de réaliser à long terme la gratuité des services de garde d'enfants.

ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES

La Caisse pour l'avenir des enfants (CAE), créée en 2016, a pour mission de s'occuper de la gestion et du paiement des prestations familiales en espèces et en nature. La suite de ce chapitre analysera exclusivement les prestations familiales en espèces gérées par la CAE.

FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES

Les réformes des prestations familiales de 2016 ont profondément modifié le système de financement des prestations familiales et de l'indemnité du congé parental à partir du 1er janvier 2017. Pour le paiement des prestations familiales et du congé parental, la CAE applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve. Pour faire face aux charges globales, la CAE dispose d'une part d'une dotation étatique annuelle couvrant l'excédent des dépenses sur les recettes et d'autre part, des cotisations d'un nombre limité d'employeurs (l'État, les communes, les institutions de sécurité sociale, les syndicats de communes et les chambres professionnelles). Ces cotisations représentent 1,7% des traitements, salaires ou rémunérations des personnes occupées par ces employeurs. Ces cotisations ne représentent cependant qu'une partie infime des recettes. Les cotisations dues pour les salariés du secteur privé, ainsi que celles dues pour les non-salariés, et prises en charge par l'État depuis les années 90, sont abolies. De même, la participation du Fonds pour l'emploi dans l'indemnité de congé parental est abrogée.

1. LES PRESTATIONS

Le nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces, donc le nombre d'enfants et le nombre de naissances, est déterminant pour leur coût financier. L'indicateur conjoncturel de fécondité et le taux de natalité permettent de prévoir l'évolution du nombre d'enfants résidents. En 2020, l'indicateur conjoncturel de fécondité atteint 1,37 contre 1,34 en 2019, et le taux de natalité est de 10,25 contre 10,05 en 2019 (Source : STATEC, 2020). L'évolution du nombre d'enfants non-résidents peut être estimée à partir de la variation du nombre de travailleurs frontaliers, qui augmente de 2,1% entre décembre 2019 et décembre 2020 (Source : IGSS).

Les enfants sont bénéficiaires de l'allocation familiale de base, des majorations d'âge, de l'allocation spéciale supplémentaire, et de l'allocation de rentrée scolaire. Les (futures) mères sont les bénéficiaires des prestations de naissance (regroupant allocation prénatale, allocation de naissance et allocation postnatale). Finalement, les parents peuvent bénéficier d'une indemnité de congé parental ou de l'allocation d'éducation (jusqu'au 1er juin 2015), sous certaines conditions.

Encadré méthodologique

Deux sources alimentent le chapitre sur les prestations familiales : les comptes annuels publiés par la CAE et, pour le point concernant l'allocation familiale de base, les bases de données de la CAE stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale. Ces bases de données contiennent les informations liées aux paiements courants et aux paiements uniques en matière de prestations familiales et notamment en matière d'allocations familiales. Pour ces dernières, ces paiements concernent l'ensemble des enfants bénéficiaires résidents et non-résidents à partir de novembre 2017 alors que jusqu'octobre 2016 inclus, une partie seulement des enfants bénéficiaires non-résidents sont renseignés. En effet, dès lors que les enfants non-résidents, en grande majorité des enfants de travailleurs frontaliers, bénéficient de prestations familiales dans leur pays de résidence, le Luxembourg verse des prestations différentielles, c'est-à-dire la différence entre le montant de l'ensemble des prestations familiales auxquelles un enfant non-résident à droit au Luxembourg et le montant de l'ensemble des prestations familiales auxquelles il a droit dans son pays de résidence. Le mode de gestion des paiements différentiels étant différent des paiements courants et des paiements uniques, ils n'apparaissent pas dans l'ancienne base de données de la CAE (avant novembre 2017). Dans la nouvelle base de données de la CAE (à partir de novembre 2017), les paiements différentiels sont renseignés en tant que paiements uniques. Pour éviter une rupture de séries, ils ne sont donc pas repris dans les statistiques sur le nombre de bénéficiaires de ce chapitre qui ne se composent que des bénéficiaires des paiements courants. Les statistiques produites à partir des bases de données sous-estiment donc le nombre de bénéficiaires d'allocations familiales. Cette situation vaut également pour les nombres de bénéficiaires des majorations d'âge, de l'allocation spéciale supplémentaire, de l'allocation de rentrée scolaire et de l'allocation d'éducation publiés dans les comptes annuels de la CAE et repris dans ce chapitre.

Malgré ces considérations, il importe de savoir que 82 159 enfants (47 982 familles) ont bénéficié de prestations familiales différentielles en 2020 pour 84 405 enfants (47 086 familles) en 2019 et 82 159 enfants (45 608 familles) en 2018.

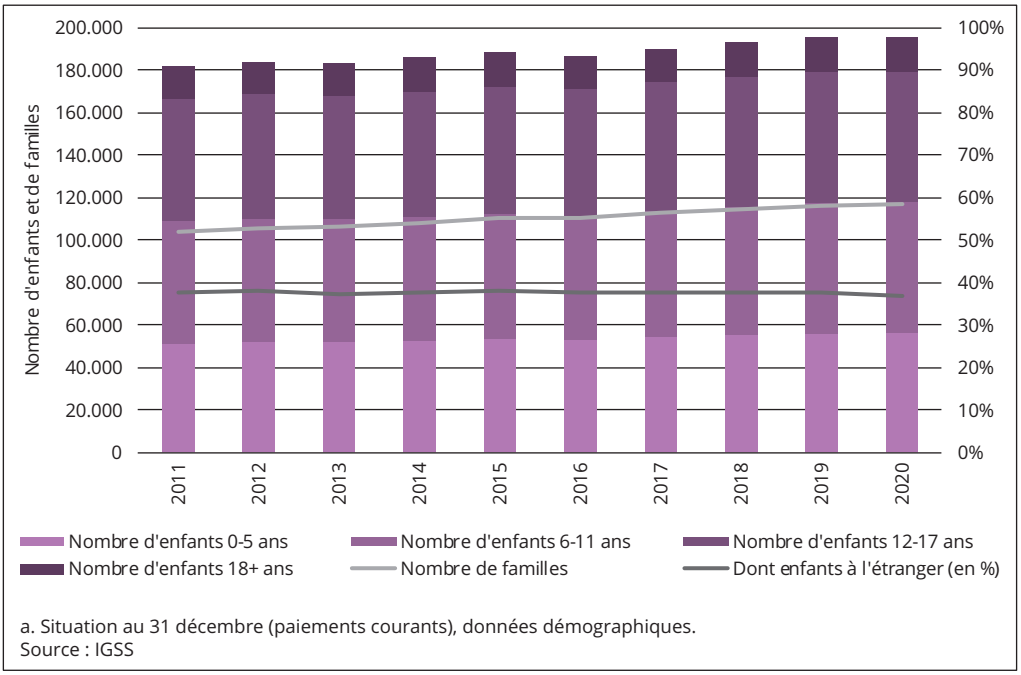
1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS

L'allocation pour l'avenir des enfants se compose de l'allocation familiale de base et des majorations d'âge.

1.1.1. L'allocation familiale de base

L'allocation familiale de base est allouée à tous les enfants résidents, ainsi qu'aux enfants des travailleurs frontaliers non-résidents jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis et elle est maintenue jusqu'à l'âge de 25 ans accomplis pour ceux qui poursuivent des études dans l'enseignement secondaire ou qui sont en apprentissage.

Graphique 1: Évolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et du nombre de familles [a]



a. Situation au 31 décembre (paiements courants), données démographiques.
Source : IGSS

Sur une fenêtre de 10 ans (2011 à 2020), deux périodes se distinguent franchement en matière de nombre de bénéficiaires d'allocations familiales (graphique 1).

Entre 2011 et 2015, le nombre total de bénéficiaires croit pour diminuer en 2016 suite aux modifications des conditions d'éligibilité aux allocations familiales pour les non-résidents. Dès 2017, le nombre total de bénéficiaires repart de nouveau à la hausse pour régresser très légèrement en 2020. En décembre 2020, la CAE a versé des allocations familiales (paiements courants) à 195 310 enfants issus de 116 773 familles, ce qui équivaut à une baisse du nombre des enfants de 311 unités (-0,2%) mais à un accroissement du nombre des familles de 444 unités (0,4%) par rapport à 2019. La réforme de 2016 a écarté la notion de groupe familial, c'est-à-dire le nombre d'enfants ouvrant droit aux allocations familiales au sein d'une même famille, qui prévalait jusque-là pour déterminer le montant des allocations familiales. Mais les données permettent de le reconstituer. Entre 2011 et 2020, la taille moyenne des groupes familiaux est passée de 1,74 à 1,67.

De 2011 à 2020, le pourcentage d'enfants non-résidents, bénéficiaires de paiements courants, est resté assez constant (37%-38% de tous les enfants bénéficiaires). En termes de nombre, les fluctuations annuelles pour les non-résidents sont les mêmes que pour l'ensemble des enfants bénéficiaires.

1.1.2. Les majorations d'âge

Chaque enfant bénéficiaire de l'allocation familiale de base a droit à une majoration d'âge dès qu'il atteint l'âge d'entrée dans le cycle 2 de l'école fondamentale (début de l'ancienne école primaire), soit 6 ans. Le montant de la majoration d'âge augmente quand l'enfant atteint l'âge d'entrée dans l'enseignement secondaire, soit 12 ans. Le but de cette prestation, introduite progressivement en 1976 et 1977, est d'adapter les allocations familiales versées

aux familles aux dépenses croissantes avec l'âge des enfants. La réforme de 2016 a réévalué les montants ; ils sont désormais de 20 EUR/mois dès que l'enfant atteint 6 ans et de 50 EUR/mois dès que l'enfant atteint 12 ans. En 2020, 139 151 enfants ont bénéficié d'une majoration d'âge, dont 77 471 (55,7%) âgés de 12 ans et plus.

1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE

L'allocation spéciale supplémentaire (ASS) a été introduite en 1985 afin de pallier les dépenses supplémentaires occasionnées aux familles ayant un enfant handicapé à charge. Chaque enfant, bénéficiaire de l'allocation pour l'avenir des enfants et 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 l'ASS. L'entrée en vigueur le 1er juin 2004 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées a eu pour effet de supprimer l'ASS aux bénéficiaires non-résidents percevant une prestation ou un revenu étranger en rapport avec leur handicap et donc de réduire subitement le nombre de bénéficiaires d'une ASS. A partir de 2006, le nombre d'ASS retrouve son rythme de progression normal. En 2016, la réforme des prestations familiales réévalue le montant de l'allocation spéciale supplémentaire qui passe à 200 EUR/mois, contre 185,60 EUR/mois jusque-là. En 2020, le nombre de bénéficiaires de cette allocation s'établit à 2 316 enfants, contre 2 570 enfants en 2019 (-9,9%).

1.3. L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE

L'allocation de rentrée scolaire existe depuis 1986. Elle est liquidée ensemble avec l'allocation pour l'avenir des enfants au mois d'août aux enfants âgés de plus de 6 ans qui suivent un régime scolaire primaire ou secondaire. Le montant de cette allocation est différencié suivant l'âge : 115 EUR/an pour les enfants de plus de 6 ans et 235 EUR/an pour ceux âgés de plus de 12 ans. Le nombre des allocations de rentrée scolaire, payées au mois d'août, s'établit pour 2020 à 128 499 unités, soit une augmentation de 1,4% par rapport à 2019.

1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE

Les prestations de naissance font partie des prestations familiales parmi les plus anciennes. Elles apparaissent dans la première base légale qui régit les prestations familiales en 1947. Actuellement, elles sont divisées en 3 tranches, et leur versement est soumis à des conditions d'examens médicaux de la mère et de l'enfant. L'évolution du nombre des bénéficiaires d'allocations de naissance a toujours suivi le mouvement des naissances, mais en raison des conditions d'attribution non remplies relatives aux visites médicales, le nombre des naissances au Luxembourg dépasse légèrement le nombre des allocations des résidents. En 2020, la CAE a liquidé 7 486 allocations prénatales, 7 606 allocations de naissance proprement dites et 7 236 allocations postnatales. Au total, 22 328 prestations de naissance, dont 21,2% à des non-résidents, ont été versées en 2020, ce qui constitue une augmentation de 2,7% par rapport à 2019.

1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL

Le congé parental, accordé depuis le 1er mars 1999, est modifié profondément en décembre 2016. Le congé parental est, sous certaines conditions, accordé à toute personne occupée légalement et de façon continue sur un lieu de travail situé sur le territoire du Luxembourg et qui s'adonne à l'éducation d'un enfant âgé de 6 ans au plus au début du congé parental. Le droit à un congé parental existe pour chacun des deux parents et ne peut être cumulé

dans le chef d'un des parents. L'un des parents doit prendre son congé successivement au congé de maternité ou d'accueil. Cette condition ne s'applique pas au parent qui vit seul avec son ou ses enfants. L'autre parent peut prendre son congé en même temps que son conjoint ou partenaire ou plus tard, mais le congé parental doit toujours débuter avant les 6 ans accomplis de l'enfant. En cas d'enfant adopté, le délai est porté à 12 ans. Il existe différents modèles de congé parental : congé à plein temps pendant 4 ou 6 mois, congé à mi-temps pendant 8 ou 12 mois, congé fractionné de 4 mois dans une période de 20 mois ou congé fractionné d'un jour par semaine pendant 20 mois au maximum. Le congé fractionné n'est possible que pour les parents travaillant à plein temps. L'indemnité de congé parental est un revenu de remplacement calculé sur base des revenus précédant le début du congé parental.

Le nombre de bénéficiaires de l'indemnité de congé parental est en augmentation depuis sa création en 1999, avec une accélération sans précédent depuis la réforme du 1er décembre 2016. En décembre 2020, cette prestation compte 10 886 bénéficiaires, une augmentation de 4,8% par rapport aux 10 387 bénéficiaires de décembre 2019. La réforme du congé parental en décembre 2016, caractérisée par davantage de flexibilité et un revenu de remplacement plus avantageux que l'indemnité forfaitaire en vigueur jusque-là, porte ses fruits dès la première année de son lancement. Ce sont notamment les pères qui montrent un intérêt pour le nouveau congé parental: ils représentent 53,3% des bénéficiaires en décembre 2019, contre 25% seulement en décembre 2016. Par rapport à la situation avant-réforme, ils ne se portent plus quasi exclusivement sur le congé parental à mi-temps, mais optent maintenant autant pour le congé parental à plein temps que pour celui à mi-temps. En décembre 2020, le nouveau congé fractionné reste le congé favori des pères, représentant 48,3% des congés parentaux pris par des hommes. Contrairement aux pères, les mères plébiscitent largement le congé parental à temps plein (67,1%).

Le tableau 1 ci-dessous regroupe le nombre de bénéficiaires des différentes prestations de la CAE pour 2017 à 2020.

Tableau 1: Évolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales [a]

Prestations	2017	2018	2019	2020	Variation 2019/20
Allocation pour l'avenir des enfants (paiements courants)	190.197	193.106	195.621	195.310	-0,2%
Majorations d'âge (paiements courants)	135.775	137.917	139.637	139.151	-0,3%
Allocation spéciale supplémentaire (paiements courants)	2.561	2.648	2.570	2.316	-9,9%
Allocation de rentrée scolaire [b]	124.211	126.607	126.764	128.499	1,4%
Prestations de naissance (total sur l'année)	20.761	21.295	21.744	22.328	2,7%
Indemnité de congé parental	8.251	9.596	10.387	10.886	4,8%
Allocation d'éducation (abrogée en 2015)	1.353	385	1	1	0,0%
Allocations différentielles (nombre d'enfants par année)	n.d.	82.159	84.405	85.876	1,7%

a. Situation au 31 décembre - uniquement paiements courants.

b. Situation au 31 août pour l'allocation de rentrée scolaire.

Source : IGSS.

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

La situation financière de la CAE dépend largement du nombre de bénéficiaires des prestations familiales. Compte tenu du fait que les cotisations n'incombent qu'à certains employeurs (l'État, les institutions de sécurité sociale, les communes, les syndicats intercommunaux et les chambres professionnelles) et que l'excédent des dépenses sur les recettes est couvert par une dotation de l'État, la situation financière de la CAE est assez peu impactée par la situation économique du pays et donc la fluctuation du nombre de cotisants.

En 2016, les recettes et dépenses diminuent de 1,6%. Cette diminution n'est pas l'effet des deux réformes entrées en vigueur en 2016, mais provient de l'abolition de l'allocation d'éducation et de l'allocation de maternité en 2015. En 2017, 2018, 2019 et 2020 les recettes et les dépenses augmentent de 5,5% respectivement 4,0%, 2,1% et 1,2%, principalement du fait de la réforme du congé parental de décembre 2016.

La suite de ce chapitre analyse en détail l'évolution du coût des différentes prestations, l'évolution des recettes et des dépenses, ainsi que les transferts à l'étranger.

Tableau 2: Évolution des recettes et dépenses courantes de la CAE (en millions EUR)

Exercice	2016	2017	2018	2019	2020
RECETTES					
Cotisations	341,6	59,6	60,9	64,4	69,0
Participation de l'Etat	675,3	1 133,9	1 179,9	1 202,9	1.213,8
Autres recettes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**1 016,9**	**1 193,5**	**1 240,9**	**1 267,3**	**1.283,0**
Participation Etat-déficit	113,9	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL DES RECETTES	**1 130,9**	**1 193,5**	**1 240,9**	**1 267,3**	**1.283,0**
Variation annuelle en %	*-1,6%*	*5,5%*	*4,0%*	*2,1%*	*1,2%*
DEPENSES					
Frais d'administration	**18,4**	**18,8**	**19,1**	**19,6**	**20,4**
Prestations	**1 101,5**	**1 160,0**	**1 219,1**	**1 245,7**	**1.259,6**
dont:					
Allocations familiales[a]	787,9	932,8	946,8	953,5	944,7
Boni pour enfant	148,2	4,2	0,9	0,5	0,4
Allocation d'éducation	39,3	15,2	6,6	0,9	0,1
Indemnité de congé parental	84,0	166,3	221,3	246,9	270,3
Allocation de rentrée scolaire	30,5	29,4	31,1	31,4	31,2
Prestations de naissance	11,6	12,0	12,4	12,6	13,0
Allocations de maternité	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres dépenses[b]	**11,0**	**14,7**	**2,7**	**2,0**	**3,0**
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**1 130,9**	**1 193,5**	**1 240,9**	**1 267,3**	**1.283,0**
Variation annuelle en %	*-1,6%*	*5,5%*	*4,0%*	*2,1%*	*1,2%*
SOLDE	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

a. Comprennent l'allocation familiale de base, les majorations d'âge et l'allocation spéciale supplémentaire ; à partir de 2016: allocation pour l'avenir des enfants.

b. Décharges, restitutions et extournes de cotisations et frais de gestion du patrimoine.

Source : CAE, Décompte.

Les dépenses pour les prestations d'allocations familiales (allocations familiales de base, majorations d'âge et allocations spéciales supplémentaires) ont régressé en 2020 de 8,8 millions EUR pour atteindre 944,7 millions EUR, contre 953,5 millions EUR en 2019. La hausse observée entre 2016 et 2017, qui est due à la réforme des allocations familiales et notamment l'intégration du boni pour enfants dans les allocations familiales de base à partir d'août 2016, est artificielle. En effet, les dépenses pour le boni pour enfants sont passées de 148,2 millions EUR en 2016 à 4,2 millions EUR en 2017, à 0,9 million EUR en 2018, à 0,5 million EUR en 2019 et 0,4 million en 2020. Ainsi, le coût des deux prestations passe de 936,1 millions EUR en 2016 à 945,0 millions EUR en 2020, soit une augmentation de 8,9 millions EUR entre 2016 et 2020. Avec une dépense de 860,6 millions EUR en 2020, les allocations familiales de base présentent 91,1% du total des dépenses pour les allocations familiales. Les majorations d'âge représentent 8,1% du total, avec une dépense de 76,0 millions EUR et les allocations spéciales supplémentaires 0,8% du total avec une dépense de 7,1 millions EUR en 2020.

Les dépenses au titre de l'allocation de rentrée scolaire sont passées de 31,4 millions EUR en 2019 à 31,2 millions EUR en 2020, soit une baisse de 0,5%.

Le montant total des prestations de naissance passe de 12,6 millions EUR en 2019 à 13,0 millions EUR en 2020, soit une hausse de 2,7%.

Les dépenses relatives à l'indemnité de congé parental affichent une augmentation de 9,5% en 2020, passant ainsi de 246,9 millions EUR en 2019 à 270,3 millions EUR en 2020. Cette hausse résulte de l'introduction d'une tranche indiciaire en janvier 2020 qui a entraîné une hausse de la valeur annuelle moyenne de l'indice de 2,5% entre 2019 et 2020 et de la hausse du nombre de congés parentaux (+4,8% entre décembre 2019 et décembre 2020).

En 2015, l'allocation d'éducation et les allocations de maternité ont été abolies, mais les droits à ces allocations ouverts avant leur abolition continuent à courir en 2020 et ce, jusqu'à leur extinction. Si plus de droits aux allocations de maternité courent encore en 2020, ce n'est pas le cas pour l'allocation d'éducation. Les dépenses pour l'allocation d'éducation s'élèvent à 0,08 million EUR en 2020, contre 0,9 million EUR en 2020.

2.1. LES RECETTES COURANTES

Les recettes courantes se composent surtout des cotisations de certains employeurs (l'État, les institutions de la sécurité sociale, les communes, les syndicats de communes et les chambres professionnelles), ainsi que de la dotation annuelle de l'État pour couvrir l'excédent des dépenses sur les recettes. En 2020, les recettes en cotisations représentent 5,4% des recettes et la dotation de l'État s'élève à 94,6% d'entre elles.

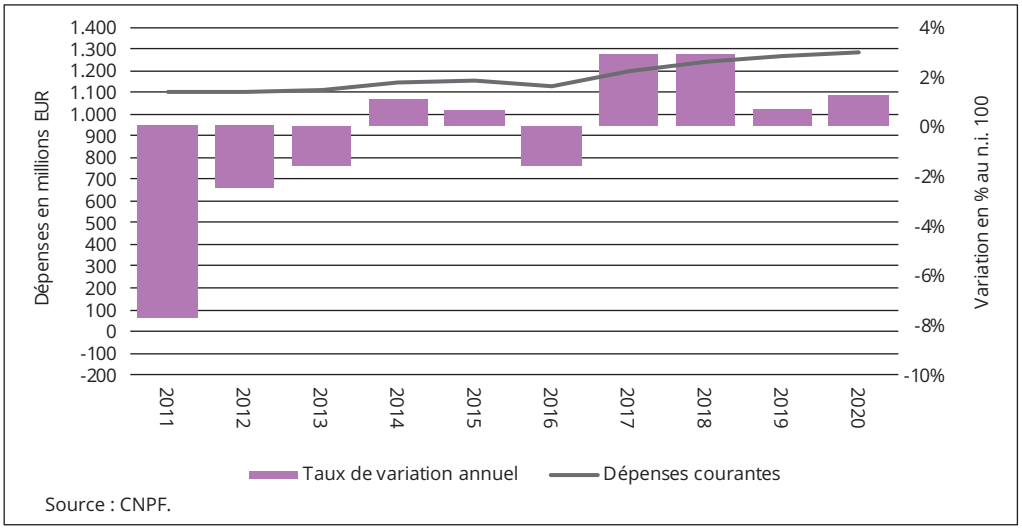
La dotation annuelle de l'État est de 1 213,8 millions EUR en 2020 pour 1 202,9 millions EUR en 2018, soit une hausse de 0,9%.

2.2. LES DÉPENSES COURANTES

L'analyse de l'évolution des dépenses montre que pour les années qui ont vu l'application de modifications législatives, les taux de variation des dépenses exprimés au nombre indice 100 de l'échelle mobile des salaires ont été plus forts.

L'évolution des dépenses courantes dépend exclusivement de l'évolution des prestations qui représentent 98,2% des dépenses courantes en 2020 et varie en fonction de l'évolution du niveau de ces prestations et du nombre de bénéficiaires.

Graphique 2: Évolution des dépenses courantes



Source : CNPF.

La baisse observée en 2011 résulte de l'introduction de la loi du 26 juillet 2010 qui diminue fortement le nombre de bénéficiaires d'allocations familiales âgés de 18 ans et plus et, partant, la dépense pour celles-ci. Entre 2012 et 2016, les dépenses restent plutôt stables. Entre 2017, et 2020, les dépenses augmentent suite à la réforme du congé parental : les dépenses liées aux indemnités du congé parental de 2017 sont près du double de celles de 2016, elles augmentent de 33% en 2018, de 11,5% en 2019 et de 9,5% en 2020.

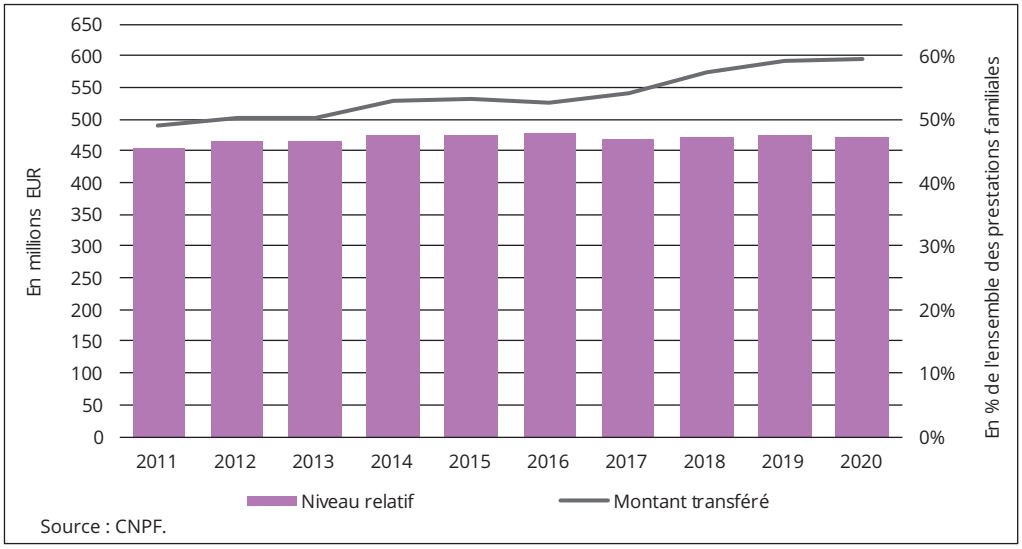
En 2020, les dépenses courantes s'élèvent à 1 283,0 millions EUR, contre 1 267,3 millions EUR en 2019. Les prestations représentent presque la totalité des dépenses totales de la CAE (98,2% en 2020). Ainsi, en 2020, le montant total des prestations payées par la CAE atteint 1 259,6 millions EUR contre 1 245,7 millions EUR pour l'année précédente (+2,2%).

Les frais d'administration ne représentent que 1,6% du total des dépenses en 2020 et affichent 20,4 millions EUR, par rapport à 19,6 millions EUR en 2019. Les frais de personnel représentent 66,0% du montant total des frais d'administration.

2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER

Toutes les prestations familiales sont exportables à l'étranger sous certaines conditions. Le montant total des prestations transférées à l'étranger (allocation pour l'avenir des enfants, allocation d'éducation, indemnité de congé parental, allocation de rentrée scolaire, allocation de naissance) se chiffre en 2020 à 594,8 millions EUR (contre 590,7 millions EUR en 2019), représentant 47,2% des prestations.

Graphique 3: Évolution des prestations familiales transférées à l'étranger



Source : CNPF.

Les transferts à l'étranger dépendent fortement de la conjoncture économique : les périodes de forte croissance des transferts à l'étranger correspondent en effet aux périodes avec un embauchage important de main-d'œuvre étrangère (frontalière ou non), qui a droit, pour elle ou sa famille, à certaines prestations familiales indépendamment du lieu de résidence. Les effets de la loi du 26 juillet 2010, qui modifie le système d'aide financière pour études supérieures et apporte des changements importants en ce qui concerne le boni pour enfants, les allocations familiales et l'allocation de rentrée scolaire pour les bénéficiaires âgés de 18 ans et plus, se font également sentir dans les montants transférés à l'étranger qui marquent un recul en 2011. Entre 2011 et 2015, les transferts à l'étranger augmentent de nouveau. En 2016, les effets de la réforme des allocations familiales d'août 2016 deviennent visibles. Entre 2017 et 2020, les effets de la réforme du congé parental de décembre 2016 se manifestent également chez les bénéficiaires non-résidents.

Tableau 3: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger en 2020 [a] (montants en millions EUR)

Prestation	Nombre de bénéficiaires à l'étranger		Montants payés à l'étranger	
Allocation pour l'avenir des enfants	72.211	37,0%	455,4	48,2%
Allocation de rentrée scolaire [b]	49.104	38,2%	15,8	50,8%
Indemnité de congé parental	5.030	46,2%	120,8	44,7%
Prestations de naissance (total)	4.736	21,2%	2,7	21,2%

a. Situation au 31 décembre 2020 et paiements courants pour le nombre de bénéficiaires.

b. Situation au 31 août.

Source : CAE.

En 2020, les allocations pour l'avenir des enfants (allocations familiales de base, majorations d'âge, et allocations spéciales supplémentaires) transférées à l'étranger ont atteint 454,0 millions EUR, soit 48,2% du montant total de ces allocations familiales. Le ralentissement de la dynamique de l'emploi dû à la pandémie de la COVID-19 en 2020 a également produit ses effets sur les allocations transférées à l'étranger dont le montant a reculé de 9,2 millions par

rapport à celui de 2019. L'allocation de rentrée scolaire suit la même tendance, puisque ses bénéficiaires se recrutent parmi les bénéficiaires des allocations pour l'avenir des enfants.

Suite à la réforme du congé parental en décembre 2016, le montant de l'indemnité du congé parental transféré à l'étranger et le nombre de bénéficiaires de cette indemnité doublent entre 2016 et 2017. Entre 2017 et 2018, le montant augmente de 25,6 millions et passe à 94,2 millions EUR pour atteindre 106,7 millions EUR en 2019 et 120,8 millions EUR en 2020. Par rapport au total des dépenses de l'indemnité de congé parental, le taux transféré à l'étranger marque une légère croissance (44,7% en 2020, 43,2% en 2019, 42,6% en 2018 et 41,3% en 2017).

Les prestations de naissance connaissent, par contre, beaucoup moins de succès à l'étranger (21,2% des bénéficiaires et des montants en 2020). L'obligation pour la mère et l'enfant de se soumettre à une série stricte d'examens médicaux pour avoir droit à cette prestation explique en partie cette situation. Le suivi médical des grossesses étant propre à chaque pays, les mères dont la grossesse est suivie médicalement à l'étranger peuvent difficilement satisfaire aux critères requis par la loi sur les allocations de naissance pour ouvrir droit aux prestations de naissance luxembourgeoises.

INCLUSION SOCIALE

INTRODUCTION

Selon la Commission européenne, l'inclusion sociale est un processus qui garantit que les personnes en risque de pauvreté et d'exclusion sociale obtiennent les possibilités et les ressources nécessaires pour participer pleinement à la vie économique, sociale et culturelle et qu'elles jouissent d'un niveau de vie et de bien-être considéré comme normal pour la société dans laquelle elles vivent. L'inclusion sociale leur garantit une meilleure participation aux processus de prise de décision qui affectent leur vie et un meilleur accès à leurs droits fondamentaux.[1]

Au Luxembourg, l'inclusion sociale est un des principaux risques ou besoins couverts par la protection sociale et relève de la solidarité nationale. La solidarité nationale s'exprime par la prise en charge de risques ou besoins sans contrepartie de cotisations (logique d'assistance).

En principe, l'inclusion sociale est un volet de la protection sociale réservé aux personnes résidentes au Grand-Duché de Luxembourg. En 2020, environ 125 000 personnes sont en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale [2]. Pour toutes les prestations (sauf le forfait d'éducation), la situation économique des personnes est prise en compte pour déterminer le droit à la prestation.

OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE

L'inclusion sociale vise à aider à couvrir les besoins individuels des personnes défavorisées afin de leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Au Luxembourg, chaque ménage a le droit d'appeler à la solidarité au cas où ses revenus tombent en-dessous d'un seuil garanti, abstraction faite de toute cause qui est à la base de l'insuffisance des ressources.

L'inclusion sociale 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 et à s'adapter au milieu social environnant. Ces secours sont apportés par les collectivités publiques aux personnes dont les ressources sont insuffisantes.

1. Source : Rapport conjoint sur l'inclusion sociale 2004, p. 11. (http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/final_joint_inclusion_report_2003_fr.pdf).
2. STATEC, Analyses 5-2021: Rapport « Travail et Cohésion sociale ».

LES PRESTATIONS DE L'INCLUSION SOCIALE

A l'heure actuelle, les prestations de la solidarité nationale suivantes sont fournies par le Fonds national de solidarité (FNS) :

- le revenu d'inclusion sociale (REVIS) qui remplace le revenu minimum garanti (RMG) depuis le 1er janvier 2019;
- le forfait d'éducation (« Mammerent ») ;
- le revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) ;
- l'allocation de vie chère ;
- le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique ;
- l'avance de pensions alimentaires.

L'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) est remplacée par les prestations de l'assurance dépendance à partir du 1er janvier 1999. Les allocations compensatoires sont abrogées par la loi du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti. Ces deux prestations continuent cependant à être payées aux bénéficiaires présents lors de l'abrogation, tant que le droit persiste.

A côté de ces prestations, il existe des prestations ciblées, qui peuvent être de nature palliative, curative ou préventive, pour intervenir à titre subsidiaire et compléter les prestations du FNS. Le bénéficiaire est tenu d'épuiser les prestations de la solidarité nationale avant de solliciter ces prestations ciblées.

ORGANISATION DE L'INCLUSION SOCIALE

Le Fonds national de solidarité (FNS) est créé en 1960 afin de coordonner les prestations de l'inclusion sociale et de combler les dernières lacunes laissées par le système de sécurité sociale qui était en train de se mettre en place.

L'Office national d'inclusion sociale (ONIS), qui remplace le Service national d'action sociale (SNAS) depuis le 1er janvier 2019, et l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) ont pour mission d'aider à réintégrer les bénéficiaires du revenu d'inclusion sociale sur le marché du travail.

Les prestations ciblées, en nature ou en espèces, sont prestées par les 30 offices sociaux, et réglées par la loi du 18 décembre 2009, qui remplace depuis janvier 2010 la loi du 28 mai 1897 sur les domiciles de secours. Depuis le 1er janvier 2019, date d'entrée en vigueur de la loi sur le revenu d'inclusion sociale, les offices sociaux hébergent également les agents régionaux d'inclusion sociale (ARIS).

La suite de ce chapitre analyse exclusivement les prestations fournies par le FNS et l'ONIS.

FINANCEMENT DE L'INCLUSION SOCIALE

Le financement du FNS prévu à sa création est appliqué jusqu'aujourd'hui. Il se compose essentiellement d'une dotation de l'État et d'une part dans le produit de la Loterie Nationale. De plus, dès le début, les prestations étaient restituables.

1. LES PRESTATIONS

Les prestations dont la gestion et le paiement sont à la charge du FNS sont des prestations d'assistance sociale.

Encadré méthodologique

Les statistiques présentées dans ce chapitre se basent sur des données issues du FNS et stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale. L'extraction des données est faite par l'IGSS.

Le tableau sur les comptes financiers provient du décompte annuel du FNS.

1.1. LE REVENU D'INCLUSION SOCIALE

Le revenu d'inclusion sociale (REVIS), entré en vigueur le 1er janvier 2019, a été créé par la loi du 28 juillet 2018. Cette loi abroge la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (RMG) qui, elle-même, avait abrogé la loi du 26 juillet 1986, première loi portant création du droit à un revenu minimum garanti.

Le REVIS prévoit soit une allocation d'inclusion (anciennement allocation complémentaire), soit une allocation d'activation (anciennement indemnité d'insertion), soit une combinaison des deux allocations, le tout dans les limites fixées en fonction du revenu et de la composition de la communauté domestique.

Encadré méthodologique

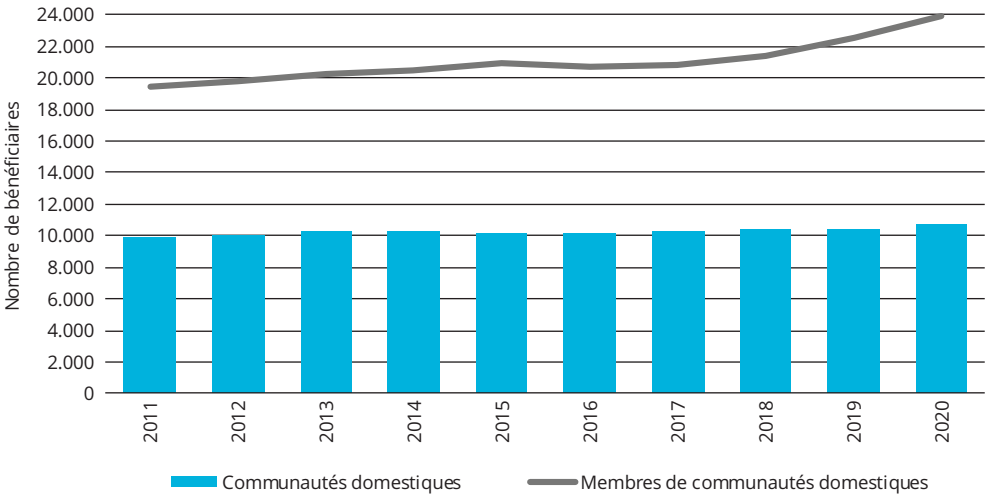
Les données statistiques qui suivent tiennent compte des communautés domestiques qui touchent :

- soit une allocation d'inclusion destinée à parfaire les seuils du REVIS ;
- soit une allocation d'inclusion combinée à une allocation d'activation, sans pour autant pouvoir dépasser les limites fixées par la loi ;
- soit une allocation d'activation seule.

Le nombre de communautés domestiques provient du rapport d'activité du FNS, le nombre de membres du rapport d'activité du Ministère de la Famille et de l'Intégration (MiFa) (partie consacrée à l'ONIS); ce dernier étant le seul organisme à connaître la composition des communautés domestiques touchant uniquement une allocation d'activation.

Sur la période 2011-2020, l'évolution du nombre de communautés domestiques est relativement stable.

Graphique 1: Évolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille [a]



a. Situation au 31 décembre.
Sources : Fonds national de solidarité (FNS), Service national de l'action sociale (SNAS) / Office national de l'inclusion sociale (ONIS) .

Au 31 décembre 2020, le FNS compte 10 663 communautés domestiques bénéficiant du REVIS (+2,8% par rapport à 2019) composées de 23 309 membres (+6,2% par rapport à 2019). Ces chiffres ne comprennent pas les 126 bénéficiaires (178 en 2019) de l'article 51 de la loi sur le REVIS (ancien article 13 de la loi sur le RMG) [3]. Fin 2020, 10 138 communautés domestiques bénéficient d'une allocation d'inclusion et 1 433 bénéficient d'une allocation d'activation pour une activité d'insertion professionnelle. Ces chiffres étaient de 9 690 et 1 355 un an plutôt. A noter qu'une communauté domestique peut bénéficier en même temps d'une allocation d'inclusion et d'une allocation d'activation.

1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION

La loi du 28 juin 2002 crée un forfait d'éducation (« Mammerent ») qui est accordé au parent qui s'est consacré à l'éducation d'un enfant à condition que sa pension ou celle de son conjoint ne comporte pas, pour l'enfant en question, la mise en compte de baby-years. Depuis 2011, le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans (60 ans auparavant) ou au moment de l'octroi d'une pension personnelle.

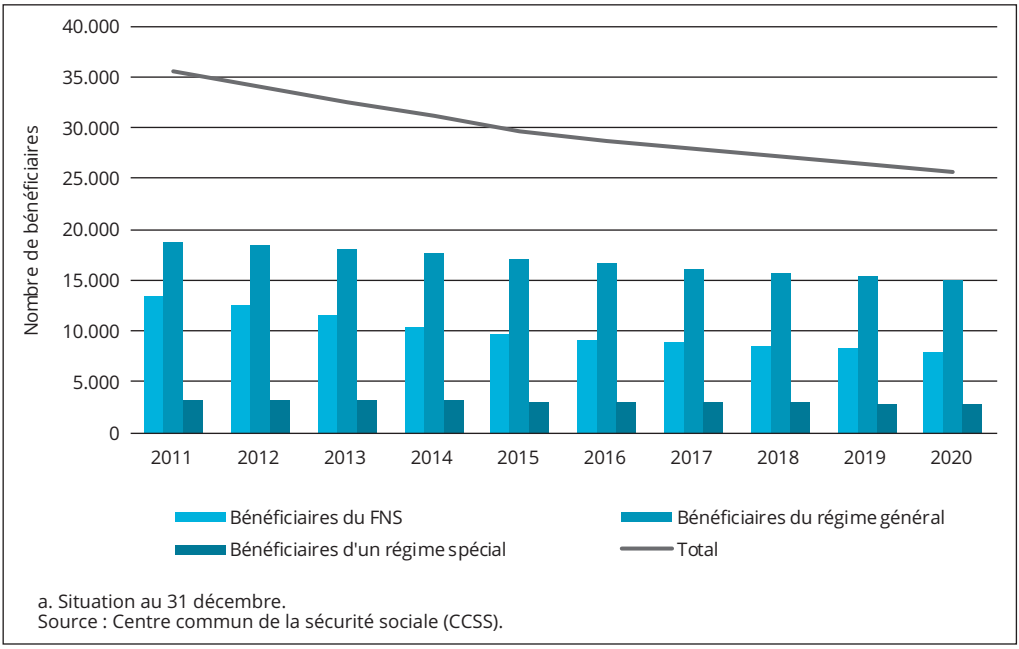
Pour les bénéficiaires de pension, le montant du forfait d'éducation s'élève à 122,05 EUR par mois et par enfant en moyenne en 2020, contre 117,31 EUR par mois et par enfant en 2019. Ce montant est adapté à l'indice du coût de la vie et ajusté au niveau de vie à l'instar des pensions. Il est soumis aux mêmes charges sociales et fiscales que les pensions. Ce forfait d'éducation est avancé par les caisses de pension pour le compte du FNS.

3. Il s'agit de bénéficiaires de l'inclusion sociale qui, au moment du passage du RMG au REVIS le 1er janvier 2019, bénéficiaient d'un contrat de travail qui n'était pas arrivé à terme auprès d'un employeur du secteur privé ou d'un organisme fonctionnant sous le droit privé soutenu par le FNS pour participer aux frais de personnel occasionnés par l'engagement du bénéficiaire de l'inclusion sociale, et ce, pour une durée déterminée. Cette mesure prendra fin le 31 décembre 2021.

Le forfait d'éducation pour les ayants droits qui ne touchent pas de pension est liquidé directement par le FNS. Le montant est figé à 86,54 EUR par mois et par enfant par la loi du 27 juin 2006.

Les différents forfaits d'éducation sont intégralement à charge de l'État. La loi du 19 décembre 2008 élargit le cercle des bénéficiaires aux personnes relevant d'un instrument bi- ou multilatéral, en enlevant la condition de domiciliation et de résidence.

Graphique 2: Évolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension [a]



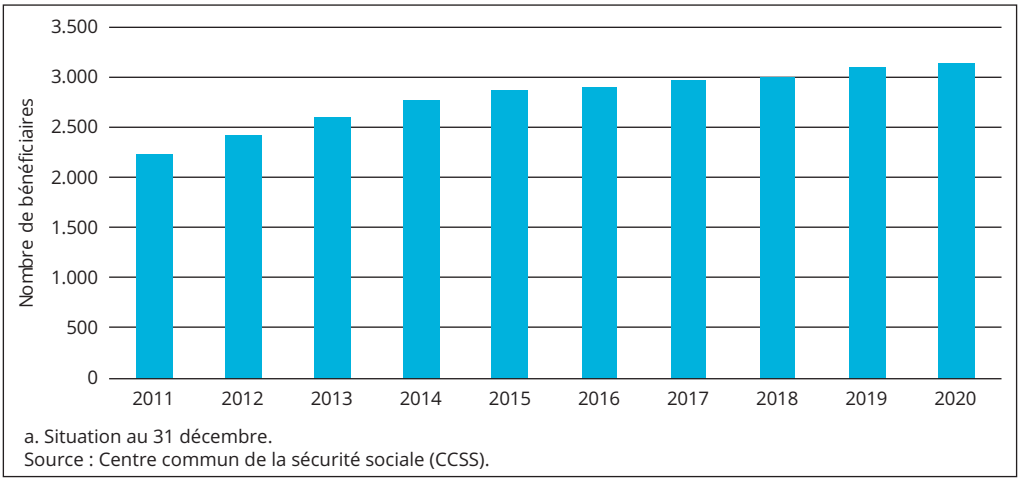
a. Situation au 31 décembre.
Source : Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

En décembre 2020, le FNS enregistre 7 959 paiements mensuels, les régimes spéciaux renseignent 2 711 liquidations, et la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) enregistre 14 913 bénéficiaires. Au total, 25 583 bénéficiaires sont dénombrés en décembre 2020, contre 26 456 bénéficiaires en décembre 2019. La régression observée depuis 2011 résulte du rehaussement de l'âge d'ouverture du droit au forfait d'éducation à 65 ans en janvier 2011 contre 60 ans jusque-là et de l'arrivée progressive à l'âge de la retraite de générations de parents qui peuvent mettre en compte des baby-years ou qui ne se sont pas arrêtés de travailler lorsque leurs enfants avaient moins de quatre ans. En moyenne deux enfants par demande ouvrent droit au forfait.

1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

La loi du 12 septembre 2003, entrée en vigueur au 1er juin 2004, introduit un revenu en faveur des personnes gravement handicapées qui présentent une diminution de la capacité de travail d'au moins 30%, et qui sont hors d'état d'exercer un emploi salarié sur le marché de travail ordinaire ou dans un atelier protégé. Les personnes reconnues travailleurs handicapés perçoivent soit un salaire pour travailleurs handicapés, soit un revenu pour personnes gravement handicapées.

Graphique 3: Évolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées [a]



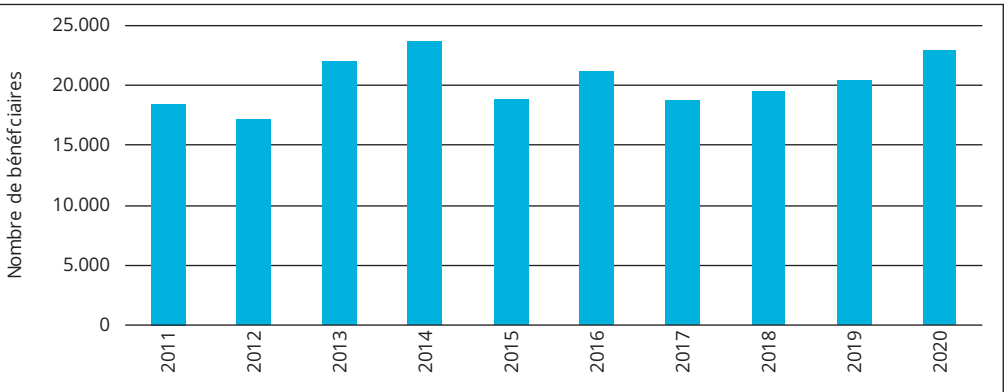
a. Situation au 31 décembre.
Source : Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

Cette dernière prestation est à charge du FNS. Le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2020 est de 3 139, contre 3 090 pour l'année 2019, soit une augmentation de 1,6%. A noter que le nombre de bénéficiaires a progressé de 40% entre 2011 et 2020.

1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE

Le règlement du Gouvernement en Conseil du 19 décembre 2008 introduit, à partir de l'année 2009, une allocation de vie chère en lieu et place de l'allocation de chauffage (créée en 1983) en faveur des ménages à revenu modeste. Les montants de cette nouvelle allocation de vie chère sont deux fois plus élevés que les montants de l'allocation de chauffage. Entre 2011 et 2012, ainsi qu'entre 2014 et 2015, un retard dans le traitement des nouvelles demandes explique la baisse apparente en 2012 et 2015. Depuis 2015, une nouvelle date limite (30.9.) pour introduire les demandes de l'allocation de vie chère a été fixée pour limiter les retards de traitement. Face à la crise liée à la COVID-19, le Gouvernement a décidé de doubler les montants de l'allocation de vie chère pour 2020. Du fait du mécanisme de détermination du droit à cette prestation, ce doublement a permis d'ouvrir le droit à cette prestation à un plus grand nombre de ménages.

Graphique 4: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère [a]



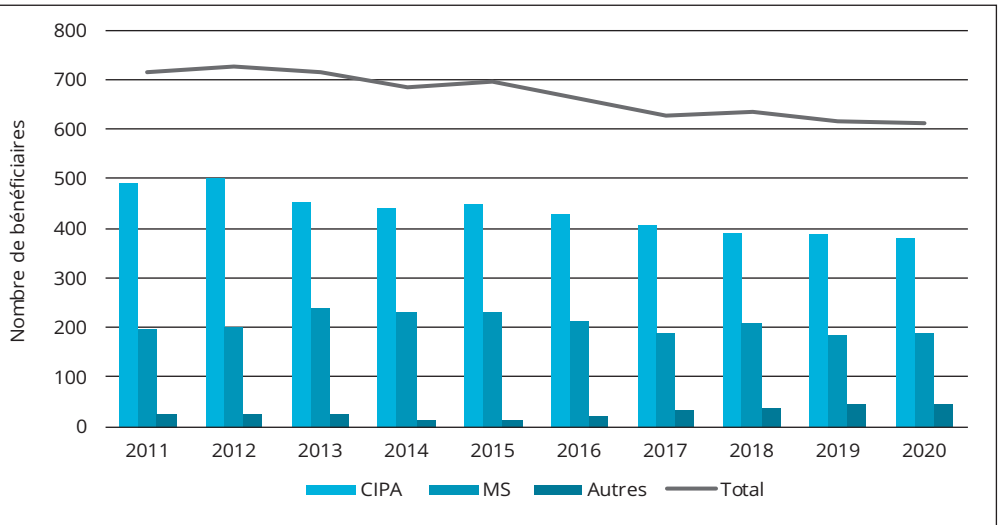
a. Situation au 31 décembre.
Source : Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

En 2020, 22 899 ménages bénéficient de l'allocation de vie chère, contre 20 463 en 2019, soit une augmentation de 11,9%.

1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE

Le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique institue une aide au profit des personnes incapables de couvrir par leurs ressources personnelles les dépenses afférentes à ces prestations. Le montant de ce complément est fixé en fonction de la qualité des prestations fournies et des ressources personnelles des usagers. De 1999 à 2004, les institutions couvertes par la loi pour l'accueil gérontologique se limitent aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) et aux maisons de soins (MS). Depuis 2004, le FNS est autorisé à participer également aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit, dont notamment certains logements encadrés.

Graphique 5: Évolution du nombre de bénéficiaires du complément accueil gérontologique par lieu de séjour [a]



a. Situation au 31 décembre.
Note : Autres = établissements médico-sociaux assurant un accueil de jour et de nuit.
Source : IGSS.

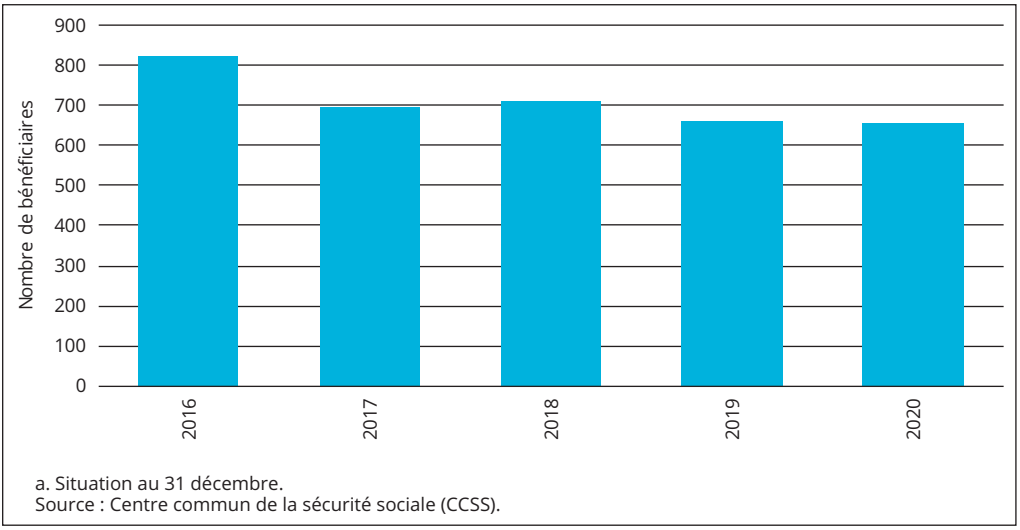
Depuis 2011, les proportions des bénéficiaires résidant dans une maison de soins (MS), dans un centre intégré pour personnes âgées (CIPA) ou dans un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit (Autres) sont stables. En 2020, 62% des bénéficiaires résident dans un CIPA, 31% résident dans une maison de soins, et 7% dans un autre établissement. Au 31 décembre 2020, 612 compléments sont versés, contre 615 en 2019.

1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES

La loi du 26 juillet 1980 et le règlement grand-ducal du 2 décembre 1983 règlent l'avance et le recouvrement par le FNS de pensions alimentaires dues à un conjoint, un ascendant ou un descendant.

Tout ayant droit d'une pension alimentaire fixée par décision judiciaire exécutoire au Grand-Duché de Luxembourg non payée par son débiteur, peut faire une demande auprès du FNS pour toucher une avance sur la pension alimentaire. La condition est que le bénéficiaire se trouve dans une situation économique difficile et ait personnellement épuisé toutes les possibilités légales pour obtenir son droit.

Graphique 6: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire [a]



a. Situation au 31 décembre.
Source : Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

Depuis la création de ce droit en 1980, le nombre de demandes suit une évolution croissante jusqu'en 2015. La diminution des bénéficiaires observée depuis 2015 résulte d'une augmentation des contrôles de la part du FNS. A partir de 2014, chaque personne bénéficiaire du ménage est comptabilisée. Au 31 décembre 2020, 657 personnes sont bénéficiaires, contre 663 personnes en 2019.

1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES

Depuis l'abrogation des allocations compensatoires en 1986, le nombre de bénéficiaires est passé de 7 020 au 31 décembre 1986 à 145 au 31 décembre 2020. Plus aucun bénéficiaire n'est à charge du FNS, tous relèvent de la CNAP.

L'allocation pour personnes gravement handicapées (APGH) est abolie en 1999 mais continue à être versée aux bénéficiaires de cette allocation en 1999. Le nombre de bénéficiaires de l'APGH est passé de 2 713 personnes au 31 décembre 1999 à 521 personnes au 31 décembre 2020.

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

En 1960, le FNS est créé afin de combler les dernières lacunes laissées par le système de sécurité sociale qui est en train de se mettre en place, notamment par le paiement d'une pension de solidarité, basée sur les ressources. Le financement y prévu est appliqué jusqu'aujourd'hui. Il se compose essentiellement d'une dotation de l'État, d'une partie du produit de la Loterie Nationale et des recettes issues de la restitution de certaines prestations.

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

L'État verse au FNS des dotations destinées à couvrir les besoins résultant des obligations définies par les différentes lois relatives aux prestations à liquider. Le reste des prestations est couvert par des recettes provenant d'établissements d'utilité publique (Loterie Nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte), ainsi que par des remboursements et restitutions effectués par des bénéficiaires de ces prestations. Les frais d'administration sont remboursés au FNS par l'État.

Tableau 1: Évolution des recettes et des dépenses globales du FNS (en millions EUR)

Exercice	2016	2017	2018	2019	2020
Recettes					
Dotations de l'Etat	282,8	298,1	300,6	313,1	359,7
Participation d'autres organismes [a]	13,5	3,6	7,1	7,7	7,3
Participation de l'Etat aux frais d'administration	8,2	8,6	9,0	9,3	10,4
Restitutions et pensions alimentaires recouvrées	18,4	17,8	18,1	20,8	21,2
Autres recettes	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
TOTAL DES RECETTES	**323,1**	**328,4**	**335,1**	**351,2**	**398,6**
Variation annuelle en %	*0,0%*	*1,6%*	*2,0%*	*4,8%*	*13,5%*
Dépenses					
Frais d'administration	8,2	8,6	9,0	9,3	10,4
Prestations	314,2	319,1	325,6	340,8	387,6
dont:					
Revenu minimum garanti (RMG) / Revenu d'inclusion sociale (REVIS) [b]	165,9	175,1	179,7	192,2	195,3
Forfait d'éducation (« Mammerent »)	57,6	56,1	54,6	53,1	51,5
Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH)	43,7	45,3	46,5	49,2	50,7
Allocation de vie chère (AVC)	36,0	32,2	34,5	36,3	79,9
Accueil gérontologique	8,0	7,8	8,0	7,9	8,0
Pensions alimentaires	2,8	2,4	2,2	2,0	2,0
Allocations compensatoires	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Autres dépenses	0,7	0,6	0,5	1,0	0,7
TOTAL DES DEPENSES	**323,1**	**328,4**	**335,1**	**351,2**	**398,6**
Variation annuelle en %	*0,0%*	*1,6%*	*2,0%*	*4,8%*	*13,5%*
Solde des opérations courantes	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

a. Loterie nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte
b. Revenu d'inclusion sociale (REVIS) à partir de 2019.

Les dépenses se composent principalement des prestations qui sont au nombre de sept et qui représentent plus de 97% des dépenses totales.

Le coût total des prestations REVIS [4], charges sociales comprises, atteint un montant de 195,3 millions EUR en 2020, soit une augmentation de 1,6% par rapport à 2019. Parmi les prestations REVIS, les allocations d'inclusion affichent un montant de 161,5 millions EUR, et les allocations d'activation un montant de 33,8 millions EUR.

Les dépenses totales relatives au forfait d'éducation pour l'exercice 2020 s'élèvent à 51,5 millions EUR, contre 53,1 millions EUR en 2019. Cette régression de 3,0% s'explique par une diminution du nombre de bénéficiaires. Les prestations liquidées directement par le FNS se chiffrent à 18,2 millions EUR. Les régimes spéciaux de pension se sont acquittés de 5,9 millions EUR et le régime général de pension a alloué 27,5 millions EUR.

Pour 2020, les dépenses annuelles du revenu pour personnes gravement handicapées se chiffrent à 50,7 millions EUR, contre 49,2 millions EUR pour 2019 (cotisations sociales comprises). L'augmentation de 3,1% des dépenses s'explique par l'augmentation du nombre de bénéficiaires et par l'indexation de ce revenu en janvier 2020 (+2,5%).

Les dépenses annuelles pour l'exercice 2020 relative à l'allocation de vie chère s'élèvent à 79,9 millions EUR, contre 36,3 millions EUR en 2019, soit une hausse exceptionnelle de 120,3%, résultat de la décision prise par le Gouvernement de doubler les montants de cette prestation pour faire face à la crise liée à la COVID-19 combiné à la hausse du nombre de bénéficiaires de cette prestation.

Les dépenses relatives au complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique varient avec l'évolution du nombre de bénéficiaires et avec celle du montant moyen payé. En 2020, le montant des dépenses augmente de 1,7% pour un nombre de bénéficiaires quasiment constant par rapport à 2019.

Le coût annuel des pensions alimentaires est influencé par le nombre de demandes acceptées, par le niveau du montant alloué et par le montant du recouvrement de pensions avancées. Les niveaux des montants des pensions alimentaires avancées par le FNS sont influencés d'une part par le nombre des personnes faisant partie d'un ménage, et d'autre part par le fait que le législateur n'a pas fixé de plafonds, de sorte que le FNS doit s'acquitter du montant fixé par décision judiciaire. Ainsi la fourchette des montants avancés est assez large. En 2020, ce coût atteint 2,0 millions EUR, montant identique à celui de 2019.

Le montant des dépenses des allocations compensatoires continue à diminuer (0,13 million EUR en 2020 contre 0,14 million EUR en 2019).

Le financement de l'allocation pour personnes gravement handicapées (APGH) est repris par l'assurance dépendance depuis son introduction en 1999. Selon le décompte de l'assurance dépendance de 2020, les dépenses pour l'allocation pour personnes gravement handicapées s'élèvent à 4,8 millions EUR, contre 4,8 millions EUR en 2019, soit une baisse de 1,5%.

4. Les prestations REVIS comprennent l'allocation d'inclusion, l'allocation d'activation, les cotisations d'assurance pension selon l'art.6(3) de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale et les prestations de participation aux frais de personnel en cas d'engagement d'un bénéficiaire de l'allocation d'activation moyennant contrat de travail selon l'art.51 de la loi précitée.

2.2. LES RECETTES COURANTES

Les recettes courantes s'élèvent à 398,6 millions EUR en 2020, soit une hausse de 13,5% par rapport à 2019. Les dotations de l'État aux différentes prestations, qui composent la très grande part des recettes, s'élèvent à 359,7 millions EUR en 2020 contre 313,1 millions EUR en 2019. Les frais d'administration du FNS affichent 10,4 millions EUR en 2020. Depuis 2013, la quote-part du FNS dans les recettes de l'Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte a été relevée à un tiers, contre un quart auparavant. En 2020, ces recettes se situent à 7,3 millions EUR. Les restitutions de prestations qui se composent de restitutions de prestations indûment touchées ou de restitutions de prestations dûment touchées de la part de bénéficiaires revenus à meilleure fortune affichent 21,2 millions EUR en 2020.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les prestations constituent la presque totalité des dépenses courantes, les frais d'administration ne représentant que 2,6% du total. En 2020, le montant total des prestations payées par le FNS atteint 387,6 millions EUR, contre 340,8 millions EUR pour l'année précédente. Le total des dépenses courantes atteint 398,6 millions EUR, contre 351,2 millions EUR en 2019, soit un surplus de 13,5%.

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Protection sociale **11**

Tableau 1: Panorama de la protection sociale 12
Tableau 2: Évolution des recettes et dépenses totales de protection sociale (en millions EUR) 24
Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2020 (moyenne annuelle) 28
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2020 (moyenne annuelle) 29
Tableau 5: Évolution du nombre de personnes protégées entre 2016 et 2020 (moyenne annuelle) 30
Tableau 6: Évolution annuelle de la population protégée entre 2016 et 2020 (moyenne annuelle) 30

Assurance maladie-maternité **33**

Tableau 1: Évolution de la démographie médicale du Luxembourg 38
Tableau 2: Évolution du nombre de médecins actifs praticiens par spécialité médicale 42
Tableau 3: Évolution du nombre des médecins hospitaliers de 2017 à 2021 45
Tableau 4: Évolution de la densité médicale des médecins actifs praticiens pour 1000 personnes protégées 45
Tableau 5: Évolution du nombre des professionnels de santé autorisés à exercer par qualification 48
Tableau 6: Évolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence 49
Tableau 7: Évolution du nombre de pharmaciens 50
Tableau 8: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2021 51
Tableau 9: Évolution du nombre de concessions de pharmacie 52
Tableau 10: Évolution des dépenses pour soins de santé (en millions EUR) 54
Tableau 11: Évolution de la distribution des soins de santé consommés 57
Tableau 12: Évolution des contacts médicaux de 2016 à 2020 60
Tableau 13: Évolution du volume des honoraires des médecins depuis 2011 (en millions EUR) 62
Tableau 14: Relevé de certaines unités d'œuvre fournies aux patients COVID-19 dans les établissements hospitaliers 70
Tableau 15: Le type d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus en 2020 76
Tableau 16: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2020 82
Tableau 17: Évolution des dépenses pour les autres soins de santé de 2011 à 2020 (en milliers EUR) 90
Tableau 18: Évolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger entre 2018 et 2020 91
Tableau 19: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays fournisseur en 2020 92
Tableau 20: Évolution des prestations en espèces de maladie (en millions EUR) 93
Tableau 21: Décomposition de la progression du taux d'absentéisme entre 2019 et 2020 96
Tableau 22: Taux d'absentéisme 2020 selon la résidence, le sexe et le type d'activité 99
Tableau 23: Évolution des prestations en espèces de maternité de 2018 à 2020 (en millions EUR) 105
Tableau 24: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité en 2020, selon le groupe d'âge 105
Tableau 25: Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail en 2020 selon le secteur d'activité 109
Tableau 26: Répartition sectorielle des dispenses en 2020 109
Tableau 27: Évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR) 113
Tableau 28: Évolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité de 2016 à 2020 (en millions EUR) 116
Tableau 29: Évolution des dépenses pour soins de santé de 2016 à 2020 (en millions EUR) 118
Tableau 30: Évolution des dépenses pour prestations en espèces de 2016 à 2020 (en millions EUR) 119
Tableau 31: Évolution des recettes et dépenses de la Mutualité des Employeurs entre 2016 et 2020 (en millions EUR) 120

Assurance dépendance **123**

Tableau 1: Évolution des effectifs du personnel 129
Tableau 2: Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée par qualification 130
Tableau 3: Évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance 132
Tableau 4: Évolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour 134

Tableau 5: Évolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour 134
Tableau 6: Évolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour 135
Tableau 7: Évolution de l'âge moyen et de l'âge médian des bénéficiaires de l'assurance dépendance 135
Tableau 8: Évaluation de la répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type d'affection 136
Tableau 9: Évolution du nombre de bénéficiaires d'un forfait Décès ou d'un forfait Soins palliatifs 137
Tableau 10: Évolution de l'âge moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type d'affection 137
Tableau 11: Évolution de l'âge moyen des bénéficiaires d'un forfait Décès ou Soins palliatifs 138
Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2020 (en % du total) 140
Tableau 13: Classification des causes de la dépendance selon la AEC 141
Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2020 (en % du total) 141
Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2020 (en % du total) 142
Tableau 16: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance 144
Tableau 17: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par lieu de séjour en 2020 145
Tableau 18: Évolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV) 146
Tableau 19: Répartition des personnes vivant à domicile selon leur synthèse de prise en charge en 2020 (en %) 148
Tableau 20: Répartition des personnes vivant dans un ESC selon leur synthèse de prise en charge en 2020 (en %) 149
Tableau 21: Répartition des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale et lieu de séjour en 2020 (en %) 150
Tableau 22: Répartition des personnes résidant dans un ESI selon leur synthèse de prise en charge en 2020 (en %) 150
Tableau 23: Les bénéficiaires vivant à domicile ayant droit à une formation en fonction de l'origine du plan en 2020 153
Tableau 24: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par groupe d'âge en 2020 154
Tableau 25: Évolution de la répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage 154
Tableau 26: Répartition des aidants évalués depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance par groupe d'âge et sexe en 2020 155
Tableau 27: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par sexe en 2020 155
Tableau 28: Répartition des aidants dont la cotisation assurance pension est prise en charge entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2020 par groupe d'âge et sexe 156
Tableau 29: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO 157
Tableau 30: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale 158
Tableau 31: Évolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement 159
Tableau 32: Évolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2010 (en millions EUR) 160
Tableau 33: Évolution des prestations par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire (en millions EUR) 161
Tableau 34: Évolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR) 163
Tableau 35: Évolution du coût des prestations en nature par type de prestation et lieu de séjour au Luxembourg (en millions EUR) 164
Tableau 36: Répartition des dépenses pour certains types de prestations en nature par groupe d'âge du bénéficiaire en 2019 (en millions EUR) 165
Tableau 37: Évolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature (en millions EUR) 165
Tableau 38: Évolution des dépenses pour prestations à domicile par type de partage (en millions EUR) 166

Tableau 39: Évolution des dépenses pour les aides techniques (en millions EUR) 167
Tableau 40: Évolution des dépenses pour les prestations forfaitaires de l'assurance dépendance (en milliers EUR) 167
Tableau 41: Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance (en millions EUR) 168
Tableau 42: Évolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance 170
Tableau 43: Évolution de la participation de l'État aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR) 170

Assurance pension **173**

Tableau 1: Évolution des prestations en cours de paiement 176
Tableau 2: Évolution des assurés cotisants 180
Tableau 3: Évolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension (en millions EUR) 182
Tableau 4: Évolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR) 184
Tableau 5: Évolution de la situation du régime général de pension 185

Assurance accident **187**

Tableau 1: Évolution récente du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général) 191
Tableau 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général par type d'accident 193
Tableau 3: Évolution du nombre de prestations en espèces pendant les 78 premières semaines 194
Tableau 4: Évolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux 195
Tableau 5: Évolution des prestations pour soins de santé 195
Tableau 6: Évolution du nombre des rentes 195
Tableau 7: Évolution du nombre des dégâts matériels 196
Tableau 8: Évolution des rentes avant la réforme et rachats de rentes 196
Tableau 9: Évolution des recettes et des dépenses courantes de l'assurance accident (en millions EUR) 197
Tableau 10: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2019 (en millions EUR) 198
Tableau 11: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2019 (en millions EUR) 198
Tableau 12: Évolution du montant des prestations du régime général (en millions EUR) 199
Tableau 13: Évolution du montant des prestations des régimes spéciaux (en millions EUR) 199

Prestations familiales **201**

Tableau 1: Évolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales 206
Tableau 2: Évolution des recettes et dépenses courantes de la CAE (en millions EUR) 207
Tableau 3: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger en 2020 (montants en millions EUR) 210

Inclusion sociale **213**

Tableau 1: Évolution des recettes et des dépenses globales du FNS (en millions EUR) 221

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Protection sociale **11**

Graphique 1: Évolution des recettes courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %) 16
Graphique 2: Évolution du financement de la protection sociale (en % des recettes courantes) 17
Graphique 3: Évolution de la participation de l'État au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'État) 18
Graphique 4: Répartition de la participation de l'État au financement des régimes de protection sociale (en % des recettes courantes - valeurs moyennes sur la période 2016-2020) 18
Graphique 5: Évolution des dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %) 20
Graphique 6: Évolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes) 21
Graphique 7: Évolution des prestations de protection sociale par fonction (en % du PIB) 21
Graphique 8: Évolution des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale (en % du PIB) 23
Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2020 (moyenne annuelle) 29
Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2016-2020 31

Assurance maladie-maternité **33**

Graphique 1: Part des médecins professionnellement actifs dans l'ensemble de la démographie médicale 38
Graphique 2: Évolution des médecins professionnellement actifs 39
Graphique 3: Les médecins administratifs par âge et sexe en 2017 40
Graphique 4: Évolution de la pyramide des âges des médecins actifs praticiens par sexe et catégorie 41
Graphique 5: Évolution du nombre des médecins actifs praticiens par pays de résidence 43
Graphique 6: Évolution du nombre des médecins actifs praticiens par pays de résidence et catégorie 43
Graphique 7: Le nombre de médecins actifs praticiens par nationalité en 2017 44
Graphique 8: Évolution de la pyramide des âges des médecins hospitaliers par sexe 46
Graphique 9: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers masculins en 2012 et 2021 46
Graphique 10: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers féminins en 2012 et 2021 47
Graphique 11: Évolution des dépenses pour soins de santé 53
Graphique 12: Répartition des dépenses pour soins de santé au Luxembourg en 2020 (en % du total) 56
Graphique 13: Répartition des remboursements de soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés en 2020 (en % du total) 57
Graphique 14: Répartition du nombre de patients et du remboursement moyen par groupe d'âge et sexe en 2020 58
Graphique 15: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2020 59
Graphique 16: Évolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2018 à 2020 60
Graphique 17: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2020 (en milliers EUR) 62
Graphique 18: Évolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2016 et 2020 (par ordre décroissant pour 2020) 63
Graphique 19: Évolution des dépenses pour soins de médecine 64
Graphique 20: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des soins de médecine 65
Graphique 21: Évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire 66
Graphique 22: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des soins de médecine dentaire 67
Graphique 23: Évolution des dépenses pour soins hospitaliers 68
Graphique 24: Évolution des frais fixes et des frais variables de 2011 à 2020 69

Graphique 25: Évolution des journées d'hospitalisation par type d'hospitalisation 71
Graphique 26: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2020 (en %) 72
Graphique 27: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2020 (en %) 72
Graphique 28: Évolution du nombre d'admissions par type d'hospitalisation 73
Graphique 29: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2020 74
Graphique 30: Répartition des admissions liées à la COVID-19 par sexe, groupe d'âge et type de soins en 2020 74
Graphique 31: Répartition des hospitalisations liées à la COVID-19 par hôpital et type de soins en 2020 75
Graphique 32: Nombre d'hospitalisations de jour par groupe d'âge et sexe en 2020 (hôpitaux aigus) 77
Graphique 33: Durée moyenne de séjour par groupe d'âge et sexe en 2020 (hôpitaux aigus) 77
Graphique 34: Durée moyenne de séjour des hospitalisations liées à la COVID-19 par groupe d'âge et sexe en 2020 78
Graphique 35: Évolution des dépenses pour prestations en nature de maternité (en millions EUR) 79
Graphique 36: Le nombre d'accouchements par césarienne et du nombre d'accouchements normaux en 2011 et 2020 80
Graphique 37: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2011 et 2020 80
Graphique 38: Évolution des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public 81
Graphique 39: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public 82
Graphique 40: Part des médicaments génériques dans l'ensemble des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public 83
Graphique 41: Évolution des dépenses totales relatives aux médicaments 84
Graphique 42: Évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale 84
Graphique 43: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale 85
Graphique 44: Évolution hebdomadaire du nombre total de tests PCR réalisés, du nombre de tests PCR réalisés sur ordonnance médicale et remboursés par la CNS et des dépenses y relatives en 2020 86
Graphique 45: Évolution des dépenses pour soins infirmiers 87
Graphique 46: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des dépenses relatives aux soins infirmiers 88
Graphique 47: Évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie 89
Graphique 48: Suivi de la variation de 2020 par rapport au même mois de 2019 des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie 89
Graphique 49: Évolution des dépenses pour prestations à l'étranger 91
Graphique 50: Évolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2010 95
Graphique 51: Évolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie pour les années 2019 et 2020 96
Graphique 52: Évolution mensuelle du nombre moyen de jours d'absence par personne absente pour les années 2019 et 2020 97
Graphique 53: Évolution mensuelle du nombre de personnes absentes pour les années 2019 et 2020 97
Graphique 54: Taux d'absentéisme selon le groupe d'âge en 2019 et 2020 99
Graphique 55: Taux d'absentéisme selon le sexe en 2019 et 2020 100
Graphique 56: Taux d'absentéisme selon la résidence en 2019 et 2020 100
Graphique 57: Taux d'absentéisme selon le statut socioprofessionnel en 2019 et 2020 101
Graphique 58: Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité en 2019 et 2020 101
Graphique 59: Répartition du nombre de jours et du nombre d'épisodes de maladie des salariés résidents en 2020, selon la raison médicale 102
Graphique 60: Poids des principales raisons médicales dans le nombre de jours de maladie des salariés résidents en 2020 selon le secteur d'activité 103
Graphique 61: Décomposition du taux d'absentéisme des salariés résidents selon la raison médicale en 2019 et 2020 104

Graphique 62: Évolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité 106
Graphique 63: Évolution de la proportion des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ayant bénéficié d'un congé de maternité 106
Graphique 64: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2006 et 2020 107
Graphique 65: Évolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail 107
Graphique 66: Évolution de la part des femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail 108
Graphique 67: Évolution du nombre de bénéficiaires du congé pour raisons familiales selon le sexe 110
Graphique 68: Évolution de la part des salariés ayant bénéficié du congé pour raisons familiales selon le genre 111
Graphique 69: Évolution du solde des opérations courantes de 2016 à 2020 (en millions EUR) 114
Graphique 70: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2016 à 2020 114
Graphique 71: Évolution des recettes et dépenses courantes a à partir de 2016 115
Graphique 72: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2020 (en % du total) 117

Assurance dépendance **123**

Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance 133
Graphique 2: Évolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge 147
Graphique 3: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour les AEV (en heures) par groupe d'âge en 2020 151
Graphique 4: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour AEV (en heures) par cause de dépendance principale en 2020 152
Graphique 5: Évolution du coût des prestations par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire 162
Graphique 6: Évolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire 162
Graphique 7: Évolution de la participation de l'État aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR) 171
Graphique 8: Évolution de la réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes 172

Assurance pension **173**

Graphique 1: Répartition des pensions 2020 par type de pension et par sexe du bénéficiaire 177
Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension en 2020 178
Graphique 3: Répartition des pensions 2020 par pays de destination 178
Graphique 4: Répartition par âge du bénéficiaire des pensions de vieillesse attribuées en 2020 179
Graphique 5: Niveau moyen des pensions non migratoires par type de pension en 2020 (en EUR) 180
Graphique 6: Évolution du nombre moyen d'assurés et de pensions 181
Graphique 7: Évolution des dépenses et recettes courantes du régime général d'assurance pension 183
Graphique 8: Évolution de la réserve du régime général d'assurance pension 185

Assurance accident **187**

Graphique 1: Évolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général) 190
Graphique 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés par régime 191
Graphique 3: Nombre d'accidents déclarés du régime général et des régimes spéciaux par type d'accident 192
Graphique 4: Évolution du taux de fréquence des accidents 193

Prestations familiales **201**

Graphique 1: Évolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et du nombre de familles 204
Graphique 2: Évolution des dépenses courantes 209
Graphique 3: Évolution des prestations familiales transférées à l'étranger 210

Inclusion sociale **213**

Graphique 1: Évolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille 216
Graphique 2: Évolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension 217
Graphique 3: Évolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées 218
Graphique 4: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère 218
Graphique 5: Évolution du nombre de bénéficiaires du complément accueil gérontologique par lieu de séjour 219
Graphique 6: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire 220

GLOSSAIRE

Accident de trajet (AA)	Accident survenu sur le parcours normal et direct emprunté par le salarié pour se rendre de son domicile habituel à son lieu de travail et en revenir.
Accident de travail (AA)	Accident survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail. La prise en charge d'un accident de travail présuppose qu'une personne assurée subisse, à l'occasion d'une activité assurée, un accident qui entraîne une lésion corporelle et/ou des dégâts au véhicule.
Accueil gérontologique ou Complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique (IS)	Ce complément est versé par le FNS sous certaines conditions aux personnes admises en institution (centre intégré pour personnes âgées, maison de soins ou autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit) ou séjournant à l'hôpital, mais dont les ressources personnelles ne leur permettent pas de couvrir les frais d'hôtellerie (prix d'accueil) et les besoins personnels.
Actes essentiels de la vie (AD)	La perte d'autonomie se caractérise par des difficultés, voire une incapacité, à réaliser seul certains actes essentiels de la vie : se lever, s'habiller, se coucher, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile.
Activités d'accompagnement en établissement (AD)	Les activités d'accompagnement en établissement d'aides et de soins consistent en un encadrement durant la journée d'une personne dépendante. Ces activités ont pour objectif de garantir la sécurité de la personne dépendante qui ne peut pas rester seule de façon prolongée ou d'éviter un isolement social. Elles aident à structurer le déroulement de la journée de la personne dépendante et permettent une participation à des activités occupationnelles ou sociales. Les activités d'accompagnement en établissement sont prestées en collectivité.
Activités d'appui à l'indépendance (AD)	Les activités d'appui à l'indépendance consistent à apprendre à la personne dépendante les capacités requises pour réaliser des actes essentiels de la vie, soit : • en prévenant une diminution des capacités motrices, cognitives et psychiques ; • en entretenant les capacités motrices, cognitives et psychiques ; • en améliorant les capacités motrices, cognitives et psychiques.

Activités de maintien à domicile - Assistance à l'entretien du ménage (AD)	Il s'agit d'un forfait de 3 heures par semaine payé directement au réseau d'aides et de soins. Ce forfait finance les tâches visant à garantir la propreté des lieux de vie de la personne dépendante (salle de bains, toilettes, cuisine, chambre à coucher, salon, salle à manger) et/ou à veiller à son approvisionnement de base, c'est-à-dire : • nettoyer et ranger les pièces de vie ; • faire la vaisselle et nettoyer l'équipement de la cuisine ; • s'assurer de la comestibilité des aliments ; • acheter les denrées alimentaires et les produits de première nécessité pour la personne ; • changer la literie ; • laver et repasser le linge.
Activités de maintien à domicile - Gardes en groupe (AD)	La garde en groupe vise à garantir l'intégrité physique et psychique d'une personne dépendante présentant un besoin d'encadrement prolongé. En outre, elle peut viser le répit planifié de l'aidant. Cette garde consiste en un encadrement en-dehors du lieu de vie, durant la journée d'une personne dépendante et ne pouvant rester seule de façon prolongée. La garde en groupe comprend le cas échéant des activités occupationnelles lorsque l'état général de la personne le permet.
Activités de maintien à domicile - Gardes individuelles (AD)	La garde individuelle vise à garantir l'intégrité physique et psychique d'une personne dépendante présentant un besoin constant de surveillance et d'encadrement. En outre, elle vise le répit planifié de l'aidant. Cette garde individuelle consiste en une surveillance et un encadrement à domicile pendant une courte période durant la journée d'une personne dépendante en l'absence de son aidant. La garde individuelle comprend le cas échéant des activités occupationnelles lorsque l'état général de la personne le permet
Activité d'insertion professionnelle (du SNAS) (IS)	Les activités d'insertion professionnelle prennent la forme: a) de préparation et de recherche assistées, pendant une durée qui ne peut excéder trois mois, d'une activité professionnelle rémunérée ou d'une des activités visées sous b) et c) ci-dessous; b) d'affectation temporaire à des travaux d'utilité collective auprès de l'État, des communes, des établissements publics, des établissements d'utilité publique ou de tout autre organisme, institution ou groupement de personnes poursuivant un but non lucratif ; c) d'affectation temporaire à un stage en entreprise.

Age médian	L'âge « x » qui divise une population en deux groupes d'effectifs égaux, l'un composé uniquement des individus d'âge supérieur ou égal à « x », l'autre des individus d'âge inférieur ou égal à « x ».
Age moyen	Il correspond à la somme des âges des personnes analysées divisée par leur nombre.
Aidant (AD)	Tierce personne qui assure, d'après un plan de prise en charge, des aides et soins à une personne dépendante à son domicile sans appartenir à un réseau d'aides et soins.
Aide à domicile (AD)	Toute activité consistant à accomplir pour au moins trois personnes, principalement au domicile des usagers, des prestations entre autres d'entretien, d'assistance au niveau des tâches domestiques, de garde, de guidance et d'orientation socio-familiales, éducatives et/ou gérontologiques, d'accompagnement au niveau des démarches administratives et sociales, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, le soutien à domicile et le conseil pris en charge par l'assurance dépendance.
Aide sociale (IS)	L'aide sociale 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. Toute personne séjournant légalement au Grand-Duché de Luxembourg a en principe droit à l'aide sociale afin de pouvoir mener une vie conforme à la dignité.
Allocation compensatoire (IS)	L'allocation compensatoire a été créée en 1975 et abrogée en 1986. Elle est versée par le FNS en faveur de certaines catégories de bénéficiaires de rentes et de pensions. Depuis 1986, elle continue à être versée aux bénéficiaires tant qu'ils ont droit à une pension ou à une rente et pour autant qu'ils ne touchent pas le revenu minimum garanti.
Allocation complémentaire (cadre du RMG) (IS)	L'allocation complémentaire est destinée aux communautés domestiques résidentes qui disposent de revenus mensuels inférieurs aux plafonds du RMG sous certaines conditions.
Allocation d'activation (cadre du REVIS) (IS)	L'allocation d'activation qui remplace l'indemnité d'insertion (cadre du RMG) depuis le 1er janvier 2019 est destinée à soutenir une personne participant à une mesure d'activation.
Allocation d'éducation (PF)	L'allocation d'éducation a été introduite en 1988 et abolie au 1er juin 2015. Elle a pour but de donner aux parents la possibilité d'être plus disponibles pour l'éducation des enfants en bas âge. Depuis 2015, elle continue à être versée aux bénéficiaires tant que le droit persiste.

Allocation de rentrée scolaire (PF)	L'allocation de rentrée scolaire est accordée en faveur des enfants âgés de six ans et plus qui sont admis à l'enseignement fondamental ou à l'enseignement secondaire. Elle est destinée à alléger les dépenses extraordinaires auxquelles donne lieu la rentrée des classes. Le montant de l'allocation change selon l'âge de l'enfant. Elle est versée d'office en faveur des enfants bénéficiaires d'allocations familiales pour le mois d'août de la même année.
Allocation de vie chère (anc. : allocation de chauffage) (IS)	Le Fonds national de solidarité (FNS) accorde, sur demande et sous certaines conditions, une allocation spécifique (anciennement appelée allocation de chauffage), en faveur des ménages à revenu modeste. Cette allocation est destinée à satisfaire les besoins de ces ménages face à une situation économique difficile, et notamment à une augmentation du coût des biens destinés à la consommation.
Allocation d'inclusion (cadre du REVIS) (IS)	L'allocation d'inclusion qui remplace l'allocation complémentaire (cadre du RMG) depuis le 1er janvier 2019 est destinée à parfaire la différence entre les seuils du REVIS et la somme des ressources dont la communauté domestique dispose.
Allocation pour l'avenir des enfants (allocation familiale) (PF)	L'allocation pour l'avenir des enfants est un droit personnel de l'enfant résident Les allocations familiales sont dues en principe à partir du mois de naissance jusqu'à l'âge de dix-huit ans accomplis de l'enfant qui réside sur le territoire du Luxembourg ou dont les parents ont un emploi sur le territoire du Luxembourg. Les enfants non-résidents d'un parent travaillant au Luxembourg peuvent avoir droit à une allocation différentielle.
Allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) (IS)	L'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées a été créée en 1979 et abrogée en 1999 lors de l'introduction de l'assurance dépendance. Elle est versée par le FNS à la personne dont une ou plusieurs fonctions physiques ou mentales sont diminuées d'une façon telle qu'elle ne peut subsister sans l'assistance ou les soins constants d'une tierce personne. Depuis 1999, elle continue à être versée aux bénéficiaires qui ne bénéficient pas des prestations de l'assurance dépendance.
Allocation spéciale supplémentaire (PF)	L'allocation spéciale supplémentaire est due jusqu'à l'âge de 18 ans pour les enfants bénéficiaires de l'allocation pour l'avenir des enfants et atteints 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.
Anatomical Therapeutic Chemical classification (ATC) (AM)	L'ATC est un système de classification des médicaments établi par l'OMS. Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et/ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

Assistance sociale (PS)	L'assistance sociale repose uniquement sur les besoins individuels. Elle est l'expression de la solidarité nationale et non une contrepartie d'un apport professionnel.
Avance (de pension) (AP)	Versement de pension à un titulaire pour lequel le montant définitif de la pension n'est pas encore déterminé (p.ex : premiers mois de pension).
Avance des pensions alimentaires (IS)	Le Fonds national de solidarité (FNS) avance et recouvre, sous certaines conditions, les pensions alimentaires dues aux conjoints, ascendants ou descendants. La pension alimentaire (également appelée « obligation alimentaire ») est une compensation financière versée, normalement par décision de justice, à une personne dont il s'agit d'assurer la subsistance alimentaire. Elle forme l'obligation légale de fournir à une personne dans le besoin l'aide indispensable pour vire.
Baby-years (AP)	La période dite « baby-years » est une période d'assurance de 2 années mise en compte dans la carrière d'assurance pension du parent qui s'est consacré au Grand-Duché de Luxembourg à l'éducation d'un enfant légitime, légitimé, naturel ou adoptif âgé de moins de 4 ans lors de l'adoption. La période prévisée de 24 mois est étendue à 48 mois si, au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, l'intéressé élève dans son foyer au moins deux autres enfants ou si l'enfant est atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou d'une diminution permanente d'au moins 50 % de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge.
Caisse pour l'avenir des enfants (PF)	Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 23 juillet 2016, l'ancienne Caisse nationale des prestations familiales a changé de dénomination pour devenir la « Caisse pour l'avenir des enfants » (CAE). Elle regroupe au sein d'une entité nationale la gestion et le paiement de toutes les prestations familiales du Luxembourg, du congé parental et du chèque-service accueil pour travailleurs résidents et frontaliers.
Coefficient de charge (AP)	Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.
Communauté domestique (cadre du RMG et REVIS) (IS)	Une communauté domestique est constituée de toutes les personnes qui résident dans le cadre d'un foyer commun, qui disposent d'un budget commun et qui ne peuvent fournir des preuves matérielles qu'elles résident ailleurs.
Complément différentiel (PF)	Le complément différentiel concerne les familles ne résidant pas au Luxembourg, mais dont au moins un des parents exerce une activité professionnelle au Luxembourg. Dans ce cas, le pays de résidence est prioritaire pour le versement des prestations familiales, et le Luxembourg ajoute un complément différentiel si les prestations du Luxembourg sont supérieures aux montants des prestations étrangères.

Congé parental (PF)	Le congé parental est une mesure destinée à permettre aux parents d'interrompre leur activité professionnelle pour s'adonner pendant un certain temps aux tâches d'éducation de leurs enfants, tout en leur garantissant une indemnisation forfaitaire - l'indemnité de congé parental payée par la CAE - et la possibilité de retrouver leur emploi à la fin du congé.
Contrat subsidié (du SNAS) (IS)	Le contrat subsidié permet aux entreprises du secteur privé ou aux organismes publics de demander au SNAS la participation aux frais de personnel occasionnés par l'engagement d'un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion pour une période maximale de trente-six mois.
Contribution dépendance (AD)	La contribution dépendance est prélevée sur les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine des personnes assurées.
Cotisations réacheminées (PS)	Les cotisations sociales réacheminées sont les versements qu'un régime de protection sociale opère au profit d'un autre en vue de conserver ou d'augmenter, pour les personnes qu'il protège, les droits à la protection sociale du régime bénéficiaire.
Croissance nominale	La croissance nominale est une croissance qui n'est pas corrigée de l'impact de l'inflation. Une croissance corrigée de l'impact de l'inflation est une croissance réelle.
Defined Daily Dose (DDD) (AM)	La DDD est une mesure statistique définie par l'OMS qui est utilisée pour rendre comparable des données de consommation de différents dosages d'une même molécule ou de différentes substances d'une même classe de médicament.
Densité médicale (AM)	La densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins à une population donnée. Elle s'exprime en nombre de médecins pour 1 000 personnes protégées.
Désindexation	La désindexation consiste en la suppression de l'adaptation d'une prestation ou d'un revenu à un index, par exemple la hausse des prix.
Diagnostic de sortie (AM)	Le diagnostic de sortie est encodé par le médecin traitant lors de la sortie de l'hôpital du patient. Ce diagnostic est codé selon la classification internationale des maladies 10e révision (CIM 10). Généralement, le diagnostic de sortie correspond à la cause d'hospitalisation.
Droits dérivés (PS)	Les droits dérivés en droit de la sécurité sociale désignent certains droits à prestations sociales dont bénéficie une personne en vertu d'un lien avec un assuré social.
Durée moyenne de séjour (DMS) (AM)	La durée moyenne de séjour à l'hôpital (DMS) est fréquemment utilisée pour mesurer l'activité de l'hôpital. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients hospitalisés vers le cadre moins onéreux des soins

	postaigus (réhabilitation, reconvalescence). La DMS est le nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est généralement calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties. Les soins dispensés en ambulatoire, les hospitalisations de jour et les hospitalisations pour traitements subaigus (rééducation, convalescence, etc.) ne sont pas pris en compte. A noter que la DMS n'est pas calculée sur base des épisodes et n'inclut pas les transferts entre plusieurs hôpitaux.
Ecart de réévaluation (de l'OPC du FDC) (AP)	L'écart de réévaluation correspond à la différence entre la valeur nette au 31 décembre d'une année et celle au 31 décembre de l'année précédente des fonds placés par le FDC dans son organisme de placement collectif (OPC).
Episode de maladie (PEE) (AM)	Un épisode de maladie est une période constituée de jours civils de maladie consécutifs. Une rechute précédée d'une reprise du travail est considérée comme un nouvel épisode.
Episode hospitalier (AM)	Un épisode hospitalier est la période mise en compte pour un patient lors d'une hospitalisation complète, ininterrompue, même si cette hospitalisation comporte des transferts vers d'autres établissements spécialisés (p.ex. INCCI, Rehazenter, etc.) ou commence avec une hospitalisation du jour.
Etablissement hospitalier subaigu (AM)	Etablissement de convalescence, de rééducation ou de réadaptation.
Evolution anticyclique	Par rapport aux cycles économiques, se dit d'une évolution qui va à l'opposé des périodes de croissance ou de ralentissement de la croissance.
Fonds de compensation commun au régime général de pension (AP)	Le Fonds de compensation commun au régime général de pension a été institué par la loi modifiée du 6 mai 2004 sur l'administration du patrimoine du régime général de pension. Il a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension dans la perspective de faire bénéficier la majeure partie de cette réserve de compensation de l'évolution des marchés financiers en diversifiant ses actifs dans un portefeuille tenant à la fois compte de critères de risque et de rendement.
Fonds national de solidarité (IS)	Le Fonds national de solidarité (FNS) est un établissement public qui gère et coordonne les prestations de l'assistance sociale.
Forfait d'éducation (IS)	Le forfait d'éducation, appelé « Mammerent », est destiné au parent, ou toute autre personne en lieu et place des parents, qui s'est consacré principalement à l'éducation d'un ou de plusieurs enfants. Le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans.

Hôpital aigu (AM)	Etablissement hospitalier prodiguant des soins curatifs de courte à moyenne durée dont les tâches principales consistent à soigner des maladies, effectuer des actes chirurgicaux, thérapeutiques et de diagnostic et aider les femmes qui accouchent. Sont exclus de ce groupe les hôpitaux traitant les patients ayant besoin de soins de longue durée du fait de souffrir de handicaps chroniques et d'une autonomie réduite dans les activités de la vie quotidienne et les établissements réservés aux soins palliatifs.
Hospitalisation (avec nuitée) (AM)	Une hospitalisation avec nuitée, appelée aussi hospitalisation complète, comprend au moins un jour (le jour de l'admission) et une nuit à l'hôpital.
Hospitalisation de jour (AM)	Les hospitalisations de jour regroupent les hospitalisations avec entrée et sortie le même jour et les passages en hôpital de jour chirurgical, non-chirurgical, pédiatrique et psychiatrique. Les prestations en policlinique ou similaires (p.ex. sessions de chimiothérapie ou de dialyse) ne sont pas considérées comme hospitalisations.
Inclusion sociale (IS)	L'inclusion sociale consiste en un ensemble d'actions et de dispositifs qui visent à couvrir les besoins des personnes défavorisées et à les soutenir afin de leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine et de pouvoir participer pleinement à la société. Dans son acception la plus large, l'inclusion sociale couvre tous les domaines de la société. Dans une perspective de protection sociale, seules les principales prestations individuelles en espèces et en nature, la plupart sous condition de ressources, qui participent au processus d'inclusion sociale, sont retenues.
Indemnisation des dégâts matériels accessoires (AA)	Si un accident du travail ou de trajet a provoqué un dommage corporel, l'Assurance accident indemnise le dégât causé aux vêtements ou autres effets personnels que l'assuré portait au moment de l'accident.
Indemnité d'insertion (cadre du RMG) (IS)	Indemnité destinée aux personnes majeures âgées de moins de 60 ans qui sont aptes et disponibles pour des mesures d'insertion professionnelle, qui ont signé le contrat d'insertion et qui participent aux activités d'insertion professionnelle organisées par le SNAS.
Indemnité forfaitaire pour douleurs physiques endurées (AA)	Indemnité visant à réparer les souffrances endurées par l'assuré jusqu'à la consolidation de ses lésions. Elle est destinée à réparer le dommage causé par les douleurs physiques spécifiques au type de blessures encourues ainsi que celles causées par les traitements chirurgicaux et thérapeutiques que leur guérison a nécessités. Elle consiste dans un forfait fixé sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'une échelle tenant compte de la gravité du préjudice.

Indemnité forfaitaire pour douleurs physiques esthétiques (AA)	Le préjudice esthétique peut être défini comme la répercussion d'une atteinte anatomique ou anatomo-physiologique à la personne, entraînant chez a victime une altération de l'image qu'en ont les autres, mais aussi une altération de l'image de soi, atteinte psychologique limitée que le médecin sait être habituelle. L'importance du préjudice esthétique est appréciée en fonction des séquelles laissées par la blessure subie (p.ex. localisation et apparence des cicatrices et infirmités) et de l'âge de la victime. Le préjudice esthétique est indemnisé par un forfait et il appartient au Contrôle médical de la sécurité sociale d'évaluer ce préjudice à l'aide d'une échelle numérique similaire quant à la graduation à celle utilisée pour la détermination du préjudice pour douleurs endurées, mais en partie différente quant aux montants.
Indemnité pour dommage moral forfaitaire (AA)	Si le décès d'un assuré a pour cause principale un accident du travail survenu ou une maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire. L'indemnisation consiste dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal, compte tenu du droit à une rente de survie ou des liens ayant existé entre l'assuré et l'ayant droit. Le forfait ne saurait dépasser quatre mille quatre cents euros au nombre indice cent du coût de la vie par survivant.
Indemnité pour le congé parental (PF)	Montant mensuel versé par la CAE aux parents qui bénéficient d'un congé parental pendant la durée de celui-ci.
Indemnité pour préjudices extrapatrimoniaux (AA)	Lorsqu'un assuré est atteint d'une incapacité de travail des suites d'un accident du travail ou de trajet ou d'une maladie professionnelle déclarée à compter du 1er janvier 2011, il peut demander auprès de l'Association d'assurance accident (AAA), selon les cas et sous certaines conditions, des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux. L'octroi de ces indemnités a pour objectif de réparer les suites de l'accident du travail ou de trajet ou de la maladie professionnelle subies par l'assuré qui n'ont pas de conséquence sur l'état de son patrimoine.
Indicateur conjoncturel de la fécondité (AM)	L'indicateur conjoncturel de la fécondité mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.
Indice du coût de la vie	L'indice du coût de la vie est équivalent à l'indice des prix à la consommation qui est un indicateur économique élaboré pour mesurer les variations, dans le temps, des prix des biens de consommation et des services acquis, utilisés ou payés par les ménages.

Lettre-clé (AM)	La valeur monétaire de la prestation fournie correspond au coefficient de l'acte multiplié par une lettre-clé. C'est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnaire. La lettre-clé permet de suivre l'indexation des salaires, en conséquence le tarif des prestations des médecins est ajusté à chaque indexation. De plus, différentes valeurs de lettre-clés existent pour différents types de prestataires (ex. médecins, laboratoires, infirmiers, etc.).
Majoration d'âge (PF)	Les majorations d'âge visent à compenser les coûts supplémentaires d'un enfant liés à son âge. Ainsi, à partir de l'âge de 6 ans l'enfant a droit à une majoration d'âge qui est suivie par une majoration d'âge d'un montant plus élevé à partir de l'âge de 12 ans.
Maladie professionnelle (AA)	Maladie qui a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée.
Mesure d'activation (cadre du REVIS) (IS)	Les mesures d'activation prennent la forme d'activités de stabilisation sociale ou de préparation à l'activité via une affectation temporaire à des travaux d'utilité collective auprès de l'État, des communes, des établissements publics, des établissements d'utilité publique, de tout autre organisme, institution ou groupement de personnes poursuivant un but non lucratif ainsi que les organismes gestionnaires fonctionnant sous le régime du droit privé dont les frais sont principalement à charge du budget de l'État.
Niveau relatif de la réserve du régime général de pension (AP)	Réserve du régime général de pension exprimée en multiple des prestations annuelles.
Paiement courant (PF)	Paiement régulier et mensuel d'une prestation, p.ex. allocations familiales, RMG, etc.
Paiement unique (PF)	Paiement exceptionnel d'une prestation qui est en principe payée régulièrement et mensuellement p.ex. suite à un changement de la situation du bénéficiaire
Pension de survie (AP)	Pension versée aux membres de famille d'un assuré décédé (pension de survie conjoint, pension d'orphelin).
Pension de vieillesse anticipée (AP)	Pension de vieillesse attribuée, en fonction du stage accompli, avant l'âge légal de pension. On distingue la pension de vieillesse anticipée à partir de 60 ans (art 184.1 CSS) et la pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de 57 ans (art 184.2 CSS).
Pension de vieillesse (AP)	Pension personnelle versée à des titulaires ayant dépassé l'âge légal de pension (65 ans). Tous les autres types de pensions personnelles (vieillesse anticipée, invalidité) sont reconduits en pensions de vieillesse à l'âge de 65 ans.

Pension migratoire (AP)	Pension versée à des titulaires n'ayant effectué leur stage d'assurance que partiellement dans un régime de pension luxembourgeois. Une pension migratoire peut, le cas échéant, être complétée par des pensions de régimes étrangers.
Pension partielle (AP)	Pension versée à des titulaires n'ayant effectué leur stage d'assurance que partiellement dans le régime de pension en question (général ou statutaire). Une pension partielle peut, le cas échéant, être complétée par des pensions partielles d'autres régimes (statutaires ou général).
Pension personnelle (AP)	Pension versée à l'assuré même (pension de vieillesse, pension de vieillesse anticipée, pension d'invalidité).
Périodes complémentaires (AP)	Périodes d'assurance non cotisées mais prises en compte pour le stage. Entre autres les périodes dédiées à l'éducation des enfants et les périodes études et de formation professionnelles non indemnisées peuvent constituer des périodes complémentaires ; art 172 CSS.
Périodes effectives (AP)	L'ensemble des périodes obligatoires et volontaires.
Périodes obligatoires (AP)	Périodes d'assurance cotisées (activités professionnelles, revenus de remplacement, baby-years ,...); art 171 CSS.
Périodes volontaires (AP)	Périodes d'assurance cotisées volontairement en cas d'arrêt ou de réduction de l'activité professionnelle : assurance continuée (art 173 CSS), assurance facultative (art 173bis CSS), achat (rétroactif) de périodes (art 174 CSS).
Période transitoire (AD)	Période qui s'écoule entre la date de la demande de prestations de l'assurance dépendance et la date de la décision de la CNS. Abrogée suite à la réforme entrée en vigueur au 1.1.2018.
Place de surveillance (AM)	Les places de surveillance sont des places ou lits réservés aux patients qui doivent être surveillés pendant un certain temps avant de rentrer le même jour, par exemple après des actes diagnostiques ou interventionnels nécessitant une légère sédation du patient. À partir du 1er janvier 2019, les places de surveillance sont supprimées et remplacées par les passages en hôpital de jour pédiatrique, chirurgical et non-chirurgical.
Prestataire de soins de longue durée (AD)	Service professionnel (réseau ou établissement) qui a un contrat avec l'assurance dépendance et apporte tous les aides et soins nécessaires à la personne dépendante.
Prestation en espèces (PS)	Une prestation en espèce est une prestation qui est versée en espèces et qui n'exige pas de preuve des dépenses effectives du bénéficiaire.
Prestation en nature (PS)	Une prestation en nature est une prestation accordée sous forme de biens ou de services. Une prestation qui est versée en espèces et qui exige la preuve des dépenses effectives du bénéficiaire est également une prestation en nature.

Prestation forfaitaire (AD)	Prestation en espèces forfaitaire correspondant à 361 minutes d'aides et de soins accordées à des personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication, les personnes atteintes de spina bifida, d'aphasie et les personnes présentant une laryngectomie.
Prestations de naissance (PF)	Les prestations de naissance ont pour objectif la prévention pour la mère et l'enfant, de problèmes de santé résultant de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que la réduction de la mortalité infantile, moyennant une surveillance médicale commençant au début de la grossesse et allant en ce qui concerne l'enfant jusqu'à son deuxième anniversaire. Les prestations de naissance sont allouées en trois tranches : 1. l'allocation prénatale ; 2. l'allocation de naissance proprement dite ; 3. l'allocation postnatale.
Prestations des survivants (AA)	Si le décès de l'assuré a pour cause principale l'accident du travail survenu ou la maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire. Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie.
Prestations requises (AD)	Prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation et qui sont repris dans la synthèse de prise en charge.
Prime de répartition pure (AP)	Rapport entre les dépenses courantes annuelles et la totalité des salaires, traitements et revenus cotisables à la base des recettes annuelles en cotisations du régime général de pension.
Pyramide des âges (PS)	Représentation graphique de la répartition de la population (axe horizontal) en fonction de l'âge (axe vertical) et du sexe.
Redevance du secteur énergie (AD)	Produit de la taxe « électricité » prélevé sur les gros consommateurs d'électricité c.-à-d. les clients finaux avec une consommation annuelle supérieure à 1 million de kWh.
Régime contributif (PS)	Dans le domaine de la protection sociale, un régime contributif est un régime financé tout ou en partie par des cotisations sociales. En outre, le bénéfice des prestations de ce régime est conditionnel au fait d'avoir versé des cotisations sociales à ce régime.
Régime général de pension (AP)	Régime de pension du secteur privé.

Régime non contributif (PS)	Le régime non contributif s'oppose au régime contributif dans la mesure où le bénéfice des prestations de ce régime n'est pas conditionnel au fait d'avoir versé des cotisations sociales à ce régime.
Régime spécial de pension (AP)	(Nouveau) régime applicable aux assurés du secteur public entrés en fonction après 1998.
Régime spécial transitoire (AP)	Régime spécial applicable aux assurés du secteur public en fonction avant 1999.
Régimes statutaires / régimes spéciaux (AP)	Régimes de pension du secteur public (Etat, Communes, SNCFL).
Rente viagère (AA)	Rente versée jusqu'au décès du bénéficiaire.
Revenu d'inclusion sociale (IS)	A partir de janvier 2019, le revenu d'inclusion sociale (REVIS) remplace le RMG. Il a deux composantes : une allocation d'inclusion et une allocation d'activation. La première est une aide financière en faveur du ménage qui confère des moyens d'existence de base aux personnes sans revenus ou dont les revenus n'atteignent pas un certain seuil. La deuxième est une indemnité salariale pour la personne qui participe à une mesure d'activation.
Revenu minimum garanti (IS)	La législation sur le revenu minimum garanti (RMG) crée un droit à une assistance financière publique en faveur des personnes et des ménages dont les revenus n'atteignent pas un certain seuil, considéré comme minimum vital. Il a pour rôle de lutter contre l'exclusion sociale en assurant des moyens suffisants d'existence et des mesures d'insertion professionnelle et sociale. Le dispositif du revenu minimum garanti prévoit 2 prestations : l'allocation complémentaire et l'indemnité d'insertion. L'allocation complémentaire est gérée par le FNS, l'indemnité d'insertion par le SNAS.
Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) (IS)	Prestation du FNS qui assure un revenu minimum à toute personne atteinte d'un handicap important, qui ne parvient pas à trouver une occupation professionnelle correspondant à ses besoins particuliers ou se voit dans l'impossibilité d'exercer une quelconque activité du fait de la gravité de ses déficiences.
Salaire pour travailleurs handicapés (PS)	Une personne atteinte d'un handicap et exerçant une activité professionnelle ou étant inscrite comme demandeur d'emploi peut demander la reconnaissance du statut de salarié handicapé afin de bénéficier, par le biais de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM), de propositions d'emplois plus adaptées à son handicap sur le marché du travail ordinaire ou en atelier protégé.

Service national d'action sociale (SNAS) (IS)	Le service national d'action sociale a été créé en 1986 dans le cadre de la loi portant création d'un RMG. Il a pour mission : • d'assurer l'exécution des dispositions prévues au chapitre II de la loi RMG (indemnité d'insertion); • de coordonner à cet effet l'action et l'apport des instances et organismes concernés; • d'assurer le secrétariat du comité interministériel et du conseil supérieur de l'action sociale; • de recueillir les données statistiques nécessaires relatives aux prestations accordées aux bénéficiaires. A partir de janvier 2019, le SNAS devient l'ONIS (Office national d'inclusion sociale).
Sous-traitance (AD/AM)	Opération par laquelle une entreprise confie, sous sa responsabilité et sous son contrôle, à une autre personne (sous-traitant) tout ou partie de l'exécution des tâches qui sont à sa charge.
Spina Bifida (AD)	Le spina bifida est une malformation congénitale qui apparaît dès le stade embryonnaire. Elle consiste en une malformation osseuse sous la forme d'une fissure de la partie postérieure de la colonne vertébrale, provenant d'un défaut d'ossification des vertèbres.
Stage d'assurance pension (AP)	Le stage d'assurance pension correspond à la somme des périodes d'assurance accumulées. Il se compose des périodes obligatoires, des périodes complémentaires et des périodes volontaires. Le stage est exprimé en mois.
Statut unique (AM)	Introduit par la loi du 13 mai 2008, le statut unique introduit la notion de « salarié » et met fin à la distinction faite entre les employés privés et les ouvriers. Cette loi vise l'harmonisation du maintien du salaire par l'employeur en cas de maladie, la diminution des taux de cotisation de l'assurance maladie par l'introduction d'un taux unique, la création de la mutualité des employeurs pour faire face à l'accroissement des charges salariales de ces derniers, la fusion des caisses de maladie et celle des caisses de pension.
Taux d'absentéisme (AM)	Le taux d'absentéisme correspond au rapport du nombre de jours de travail perdus sur le nombre de jours de travail disponibles, le tout multiplié par 100.
Taux d'absentéisme de courte durée (AM)	Le taux d'absentéisme de courte durée est défini par le rapport entre le nombre total de jours civils de maladie de tous les individus, dans la période comprise entre le 1er et le 21ème jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.

Taux d'absentéisme de longue durée (AM)	Le taux d'absentéisme de longue durée est défini par le rapport entre le nombre total de jours civils de maladie de tous les individus, dans la période comprise entre 22ème et le dernier jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.
Taux de cotisation d'équilibre	Le taux théorique qui aurait été nécessaire pour garantir des recettes de l'année suffisantes pour couvrir les dépenses courantes ainsi que l'alimentation de la réserve légale.
Taux de dépendance (AD)	Ratio entre le nombre total de bénéficiaires de l'assurance dépendance et le nombre total de personnes protégées.
Travailleur handicapé (IS)	Personne avec une insuffisance ou diminution des capacités physiques ou mentales qui entraînent une réduction des possibilités de conserver ou maintenir un emploi.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAA	Association d'assurance accident
AEC	Administration d'Evaluation et de Contrôle de l'Assurance Dépendance
AD	Assurance dépendance
ADEM	Agence pour le développement de l'emploi
AEV	Actes essentiels de la vie
AIP	Activité d'insertion professionnelle
AMM	Assurance maladie / maternité
AMMD	Association des médecins et médecins-dentistes
APGH	Allocation pour personnes gravement handicapées
ARIS	Agent régional d'inclusion sociale
ASS	Allocation spéciale supplémentaire
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical classification system
ATM	Assistant technique médical
AVC	Allocation de vie chère (chapitre Inclusion sociale)
CAE	Caisse pour l'avenir des enfants
CAS	Code des assurances sociales
CCSS	Centre commun de la sécurité sociale
CFL	Société nationale des chemins de fer luxembourgeois
CHdN	Centre hospitalier du Nord
CHEM	Centre hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre hospitalier neuropsychiatrique
CIM 10	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision (anglais : ICD10)
CIPA	Centre intégré pour personnes âgées
CMFEC	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux
CMFEP	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics
CNAP	Caisse nationale d'assurance pension
CNS	Caisse nationale de santé
COPAS	Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins
CPFEC	Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux
CRCC	Centre de réhabilitation du Château de Colpach
CSM	Clinique Sainte-Marie
CSS	Code de la sécurité sociale

DDD	Daily Defined Dose
DMS	Durée moyenne de séjour
EMCFL	Entraide médicale des chemins de fer du Luxembourg
ETP	Equivalent temps plein
FDC	Fonds de compensation
FDL	Fonds de logement
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourg
FIS	Fonds d'investissement spécialisé
FNS	Fonds national de solidarité
FPE	Fonds pour l'emploi
HDJ	Hospitalisation de jour
HIS	Hôpital intercommunal de Steinfort
HRS	Hôpitaux Robert Schuman
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
INCCI	Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle
IP	Indemnités pécuniaires
ISO	Organisation internationale de normalisation - normes internationales
ISS	Institution de la sécurité sociale
LNS	Laboratoire national de santé
MDE	Mutualité des Employeurs
MEVS	Médecin en voie de spécialisation
MS	Maison de soins
N.i.	Nombre indice 100
NACE Rev2	Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté européenne, deuxième révision
OCa	Organisation caritative
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONIS	Office national d'inclusion sociale (remplace le SNAS à partir de janvier 2019)
OPC	Organisme de placement collectif
OSo	Offices sociaux
PIB	Produit intérieur brut
PRN	Projet de recherche en nursing
REVIS	Revenu d'inclusion sociale (à partir de janvier 2019)

RevMG	Revenu moyen global
RMG	Revenu minimum garanti
RMS	Revenu moyen par spécialité
RPGH	Revenu pour personnes gravement handicapées
SESPROS	Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale
SICAV	Société d'investissement à capital variable
SICAV-FIS	Société d'investissement à capital variable sous forme de fonds d'investissement spécialisé
SMA	Service des moyens accessoires
SMU	Sociétés de secours mutuels
SNAS	Service national d'action sociale
SNCFL	Société nationale des chemins de fer luxembourgeois
SSM	Salaire social minimum
STATEC	Institut national des statistiques et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg
TMR	Temps moyen requis
UEL	Union des entreprises luxembourgeoises

RÉFÉRENCES LÉGALES

- Loi modifiée du 16 août 1947 portant révision de la charge fiscale des contribuables au titre de l'impôt sur le revenu respectivement de la retenue d'impôts sur les salaires (L.I.R.).
- Loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées et portant modification
  1. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat ;
  2. de la loi du 22 avril 1966 portant réglementation uniforme du congé annuel payé des salariés du secteur privé ;
  3. de la loi modifiée du 12 mars 1973 portant réforme du salaire social minimum ;
  4. de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant

     a) création d'un fonds pour l'emploi ;

     b) réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet ;
  5. de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales ;
  6. de la loi modifiée du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie ;
  7. de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la SNCFL,
  8. de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension et
  9. le CAS.
- Loi modifiée du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.
- Loi du 23 décembre 2005 modifiant
  1. différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance ;
  2. les articles 12, 92 et 97 du Code des assurances sociales ;

3. la loi du 25 juillet 2005 modifiant

   a) le Code des assurances sociales;

   b) la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois;

   c) la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension ;

4. la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension.

- Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé et modifiant:
  1. le Code du travail;
  2. le Code des assurances sociales;
  3. la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension;
  4. la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective;
  5. le chapitre VI du Titre I de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire;
  6. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;
  7. la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat.
- Loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident et modifiant:
  1. le Code de la sécurité sociale;
  2. la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois;
  3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat;
  4. le Code du travail;
  5. la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural;
  6. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.
- Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
  1. le Code de la sécurité sociale; .
  2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.
- Loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension et modifiant:
  1. le Code de la sécurité sociale;
  2. la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de fer luxembourgeois;
  3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat;
  4. la loi modifiée du 7 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et établissements publics;
  5. le Code du travail.

- Loi du 19 décembre 2014 relative à la mise en œuvre du paquet d'avenir - première partie (2015).
- Loi du 23 juillet 2015 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe.
- 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.
- Loi du 3 novembre 2016 portant réforme du congé parental et modifiant
  1. le Code du travail;
  2. le Code de la sécurité sociale;
  3. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;
  4. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
  5. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;
  6. la loi modifiée du 14 mars 1988 portant création de congés d'accueil pour les salariés du secteur privé;
  7. la loi modifiée du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales;
  8. la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail.
- Loi du 29 août 2017 portant modification
  1. du Code de la sécurité sociale ;
  2. de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ;
  3. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.
- Loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale et portant modification
  1° du Code de la Sécurité sociale ;
  2° du Code du travail ;
  3° de la loi modifiée du 26 juillet 1980 concernant l'avance et le recouvrement de pensions alimentaires par le Fonds national de solidarité ;
  4° de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat ;
  5° de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ;
  6° de la loi modifiée du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit ;
  7° de la loi modifiée du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale et portant abrogation de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.

- Loi du 10 août 2018 modifiant
  1. le Code du travail ; et
  2. le Code de la sécurité sociale

  en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée.
- Règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
- Règlement grand-ducal du 28 février 2003 portant nouvelle fixation des montants du revenu minimum garanti prévus à l'article 5 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.
- Règlement grand-ducal modifié du 27 septembre 2004 portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.
- Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale