

 LA SÉCURITÉ SOCIALE - 2025

RAPPORT GÉNÉRAL



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et 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

2025



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

Inspection générale de la sécurité sociale

Luxembourg
Décembre 2025



La sécurité sociale constitue un droit humain fondamental, indispensable pour garantir à chacun une vie digne. Présente à toutes les étapes de notre existence, elle demeure l'un des piliers essentiels de notre société. Sa préservation est, plus que jamais, au cœur de nos préoccupations.

Aujourd'hui, les évolutions démographiques et les transformations du marché de l'emploi nous confrontent à de nouveaux défis, tant pour l'assurance pension que pour l'assurance maladie-maternité. Nous faisons face à une augmentation significative des départs en pension, tandis que le ralentissement de la croissance économique freine l'évolution du nombre de cotisant-es.

Dans ce contexte, une réflexion approfondie sur la pérennité de notre système de protection sociale s'impose. C'est dans cet esprit - et à la suite de larges consultations avec l'ensemble des acteurs concernés - que des adaptations ont été décidées au niveau des régimes de pension. Ces modifications visent à garantir l'efficacité et la stabilité à long terme de composantes essentielles de notre système. Confronté à des mutations démographiques et financières majeures, le gouvernement entend faire évoluer le système de manière progressive, équitable et durable, afin de prévenir des impasses pour les générations futures.

Dans la même logique d'analyse et d'anticipation, le cahier statistique N° 22 : Absentéisme pour cause de maladie : ce que disent les chiffres, publié par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), propose une lecture plus approfondie que jamais. Il présente des données détaillées couvrant la période 2022-2024, enrichies de séries retraçant jusqu'à dix ans d'évolution. Parmi les nouveautés majeures figurent une distinction plus fine des durées d'absence, une analyse des profils les plus concernés, ainsi que des lectures croisées selon les secteurs, la taille des entreprises et divers facteurs sociodémographiques. Un focus inédit sur la répartition des absences selon les jours de la semaine, ainsi qu'une estimation actualisée du coût direct de l'absentéisme, viennent compléter cette approche. Ces informations précieuses nous permettent de mieux comprendre les causes de l'absentéisme et d'adapter nos réponses en conséquence.

Enfin, le rapport général sur la sécurité sociale constitue une synthèse exhaustive des données clés de nos différentes branches de la sécurité sociale et offre une vision claire de l'efficacité de notre système de protection sociale pour l'ensemble des assurés et leurs familles.

Je tiens à remercier tout particulièrement l'ensemble des collaborateurs de l'Inspection générale de la sécurité sociale pour la qualité et la rigueur de leur travail au jour le jour et notamment pour la rédaction du rapport général, qui permet une analyse précise de l'évolution financière des différents régimes, de la répartition des bénéficiaires et de la situation des prestataires.

Martine Deprez

Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale



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	22
3. LES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE ET LES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES	24
3.1. APERÇU GÉNÉRAL DU NOMBRE DE PERSONNES PROTÉGÉES ET BÉNÉFICIAIRES SELON LES RISQUES	24
3.2. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE LUXEMBOURGEOIS	28
3.3. ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE PERSONNES PROTÉGÉES DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE LUXEMBOURGEOIS	29

Assurance maladie-maternité

31

INTRODUCTION

31

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	31
PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	31
ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	32
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	33

1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ	34
1.1. LES RESSOURCES HUMAINES	34
1.2. LES INFRASTRUCTURES	48
2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ	51
2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ AU LUXEMBOURG	53
2.2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER	91
3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES	96
3.1. L'ANALYSE DE L'ABSENTÉISME POUR CAUSE DE MALADIE	96
3.2. LES DÉPENSES POUR PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MALADIE	106
3.3. L'ANALYSE DES PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MATERNITÉ	108
3.4. LE CONGÉ POUR RAISONS FAMILIALES	113
3.5. LES DÉPENSES POUR PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MATERNITÉ ET LE CPRF	115
4. LA SITUATION FINANCIÈRE	118
4.1. SITUATION GLOBALE	119
4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	121
4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS	124

Assurance dépendance

127

INTRODUCTION

127

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	127
LES BÉNÉFICIAIRES	128
ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	128
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	129
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	130



1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE	131
1.1. LA CONVENTION-CADRE	131
1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES	133
1.3. LE PERSONNEL	133
2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	135
2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	136
2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES	139
2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DES FORFAITS SOINS PALLIATIFS ET DÉCÈS	141
2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE	142
3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	147
3.1. LES PRESTATIONS REQUISES RETENUES DANS LES SYNTHÈSES DE PRISE EN CHARGE	147
3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT	160
3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES	163
4. LA SITUATION FINANCIÈRE	172
4.1. SITUATION GLOBALE	172
4.2. LES RECETTES COURANTES	173
4.3. LES DÉPENSES COURANTES	174
4.4. LA RÉSERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	175
Assurance pension	177
INTRODUCTION	177
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION	177
RÉGIMES D'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG	177
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION	178
ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION	179
FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION	179
1. LES PRESTATIONS	180
1.1. LE STOCK DES PRESTATIONS EN COURS	180
1.2. LES DÉPARTS À LA RETRAITE	182
1.3. LE NIVEAU DES PENSIONS	184
1.4. LES ASSURÉS-COTISANTS	185
2. LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION	187
2.1. LES RECETTES	188
2.2. LES DÉPENSES	188
2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE	189
Assurance accident	191
INTRODUCTION	191
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT	191
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT	192
ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT	193
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT	193
3. PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES	194
3.1. LES EMPLOYEURS	194
3.2. LES ACCIDENTS	195
3.3. LES PRESTATIONS	197
4. LA SITUATION FINANCIÈRE	201
4.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	201
4.2. LES RECETTES COURANTES	202
4.3. LES DÉPENSES COURANTES	202



Prestations familiales	205
INTRODUCTION	205
OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES	205
LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS	206
ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES	206
FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES	206
1. LES PRESTATIONS	207
1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS	208
1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE	209
1.3. L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE	210
1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE	210
1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL	210
1.6. LE CHÈQUE-SERVICE ACCUEIL	212
2. LA SITUATION FINANCIÈRE	214
2.1. LES RECETTES COURANTES	215
2.2. LES DÉPENSES COURANTES	216
2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER	217
Inclusion sociale	219
INTRODUCTION	219
OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE	219
LES PRESTATIONS DE L'INCLUSION SOCIALE	220
ORGANISATION DE L'INCLUSION SOCIALE	220
FINANCEMENT DE L'INCLUSION SOCIALE	220
1. LES PRESTATIONS	221
1.1. LE REVENU D'INCLUSION SOCIALE	221
1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION	222
1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES	223
1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE ET LA PRIME ÉNERGIE	224
1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE	225
1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES	226
1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES	227
2. LA SITUATION FINANCIÈRE	228
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	228
2.2. LES RECETTES COURANTES	230
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	230
Sommaire des tableaux	231
Sommaire des graphiques	235
Glossaire	239
Liste des abréviations	255
Références légales	259





PROTECTION SOCIALE

1. LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

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.

**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 pécuniaire de maladie	CNS ^a - AMM ^b
	Prestations en nature	Association d'assurance accident (AAA) ^b
	Indemnité pécuniaire 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 pécuniaire de 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
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 ISS : 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 ISS au sens de l'article 396 du CSS.



Les ISS, 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'État est prépondérant en matière de financement, de gestion et d'organisation. Un élément caractéristique des ISS 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 courantes et les dépenses courantes, 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, 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 d'assurance pension (dans la suite 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, 2021 et 2022 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 de SESPROS, révision des dépenses et recettes du Fonds pour l'emploi et des dépenses et recettes de l'Administration centrale). Ces adaptations méthodologiques ont seulement modifié le profil des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale à la marge par rapport à la situation présentée avant ces adaptations.

a. <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-gq-22-013>

b. Pour une vue qui se veut cette fois davantage conforme à la comptabilité des ISS, 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 2024, les recettes courantes s'élèvent à 20 859,3 millions EUR, présentant une progression de 5,5% en comparaison avec l'année 2023 (19 776,7 millions EUR). Cette progression résulte principalement de la hausse moyenne de l'échelle mobile (2,5% pour celle applicable aux salaires et traitements et 1,9% pour celle applicable aux allocations familiales ¹⁾ combinée à une hausse du nombre d'emplois de 1,0% entre ces deux années.

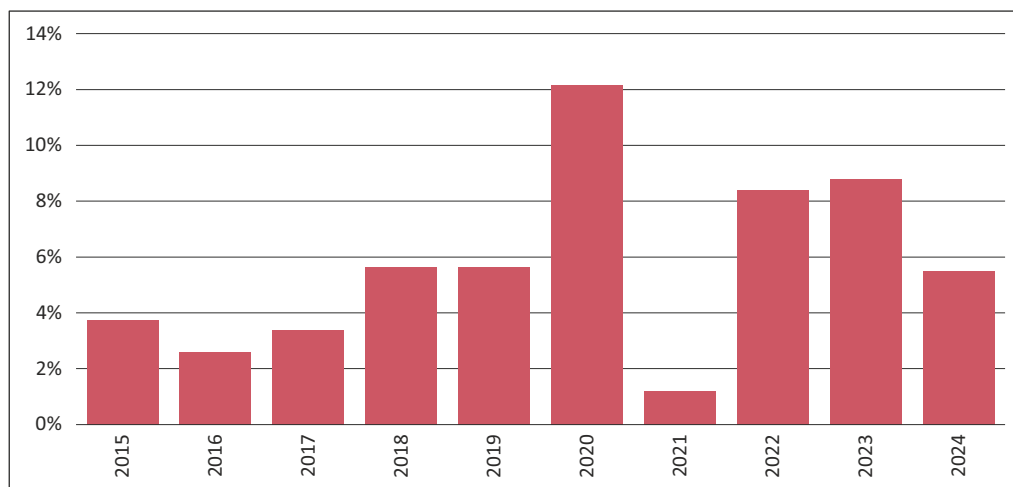
La progression des recettes courantes (graphique 1) résulte de quatre facteurs principaux : l'évolution de la masse des revenus cotisables, l'évolution des taux de cotisations sociales, les recettes générées pour financer l'introduction ou l'adaptation de prestations et celles générées pour financer les aides et mesures 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 ²⁾ et par la hausse du revenu cotisable moyen réel. Sur la période 2015-2024, le taux de cotisation de l'assurance pension est resté fixé à 16%, celui de l'assurance maladie-maternité à 5,6%, celui de l'assurance dépendance à 1,4% et celui (taux moyen) de l'assurance accident a progressivement glissé de 1,1% en 2014 à 0,70% en 2024 ³⁾. Le taux de cotisation de l'assurance maladie-maternité est majoré de 0,5% pour les personnes bénéficiant de prestations en espèces et 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) ⁴⁾.

Au cours des 10 dernières années, les recettes ont connu des évolutions annuelles variées. Les années 2015 et 2016 sont marquées par des taux de croissance des recettes modérés en réponse à une hausse relativement modeste de l'emploi et à une absence d'indexation des revenus au cours de ces deux années. 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 août 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 1 000 millions EUR explique en grande partie la hausse à deux chiffres des recettes en 2020. La progression modérée de 2021 (+1,1%) qui doit être mise en perspective avec celle exceptionnelle de 2020 est suivie par une hausse des recettes courantes dépassant 8% en 2022 et 2023 avant de reculer à un peu moins de 6% en 2024.

-
1. Loi du 29 juin 2022 portant transposition de certaines mesures prévues par l'« Accord entre le Gouvernement et l'Union des Entreprises luxembourgeoises et les organisations syndicales LCGB et CGFP » du 31 mars 2022.
 2. 8 fois au cours de la période 2015-2024 : 01/2017, 08/2018, 01/2020, 10/2021, 04/2022, 02/2023, 04/2023 et 09/2023.
 3. Depuis 2019, ce taux est multiplié par un facteur bonus-malus.
 4. Depuis 2009, ce taux est fixé à 0,5% pour l'ensemble des salariés du secteur privé alors qu'avant cette date ce taux et le mode d'indemnisation variaient selon le statut du salarié (ouvrier versus employé).



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



Source : IGSS

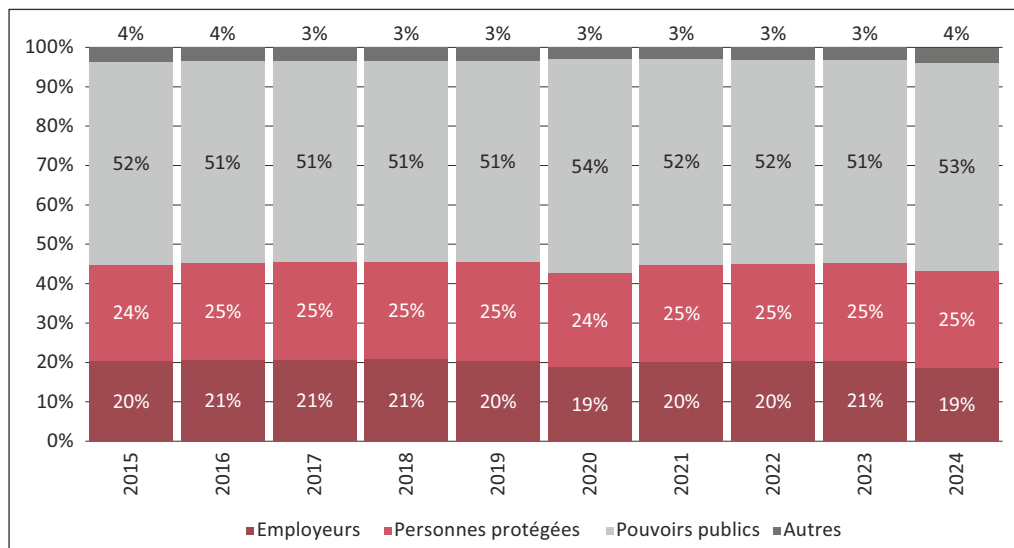
Côté sources de financement, quatre sources peuvent être isolées : les pouvoirs publics, les employeurs, les personnes protégées et les autres sources, ces dernières étant composées principalement des revenus de la propriété. Les prélèvements pour couvrir les dépenses sont effectués selon deux types 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, les revenus de remplacement et les pensions et sont calculées au moyen de taux de cotisations sociales 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 18,7% des recettes courantes en 2024 tandis que la participation des personnes protégées atteint 24,7%. Les pouvoirs publics interviennent quant à eux à hauteur de 52,8% (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 10 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). A la suite d'une dérogation au mode de financement de la Mutualité des employeurs pour les années 2024 à 2026⁵, la part des cotisations des employeurs recule et celle des pouvoirs publics progresse en 2024. Cette dérogation en relation avec l'accord entre le Gouvernement, l'UEL et les organisations syndicales OGBL, LCGB et CGFP du 7 mars 2023 transpose deux points de cet accord qui prévoient que l'État compense pour les entreprises la troisième tranche indiciaire sur l'année 2023 ainsi que le mois de janvier 2024 subséquent à son déclenchement.

5. Loi du 26 juillet 2023 portant dérogation aux articles 55 et 56 du Code de la sécurité sociale en relation avec l'accord entre le Gouvernement, l'UEL et les organisations syndicales OGBL, LCGB et CGFP du 7 mars 2023.



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

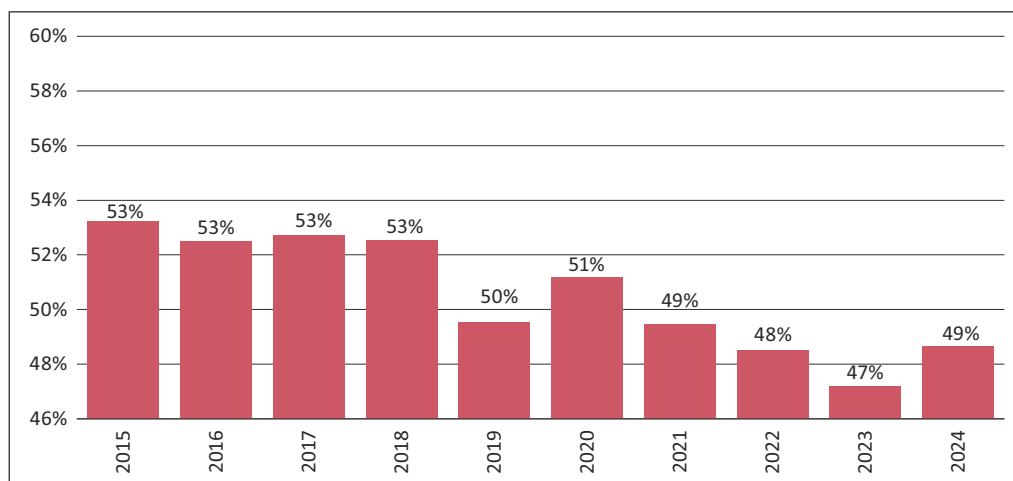


Source : IGSS

L'État est le premier contributeur au financement de la protection sociale et sa participation représente toujours une part importante de ses dépenses courantes, et ce, malgré un recul de cette part. Entre 2015 et 2024, elle passe de 53,2% à 48,7%. En 2019, le passage du taux sous la barre des 50% (49,5%) 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 (graphique 3). Malgré une progression de la participation de l'État au financement de la protection sociale qui s'établit à 19,8% en 2020 par rapport à 2019, la part que représente la contribution de l'État à ce financement rapportée aux dépenses courantes progresse de moins d'un point de pourcentage : 51,2% en 2020 pour 49,5% 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. En 2021, avec un recul de la participation de l'État au financement de la protection sociale de 3,2% et une quasi-stagnation des dépenses courantes de l'État, ce taux repasse légèrement sous la barre des 50%. En 2022 et 2023, ce taux continue à diminuer pour s'établir respectivement à 48,5% et 47,2%, et ce, malgré des hausses importantes de la participation de l'État au financement de la protection sociale qui restent néanmoins inférieures à celles des dépenses courantes de l'État. Ce taux repart à la hausse en 2024 pour atteindre 48,7% à la suite de la hausse significative de la participation de l'État au financement de la Mutualité des employeurs qui compense la diminution des taux de classes de la Mutualité des employeurs comme expliqué plus haut.



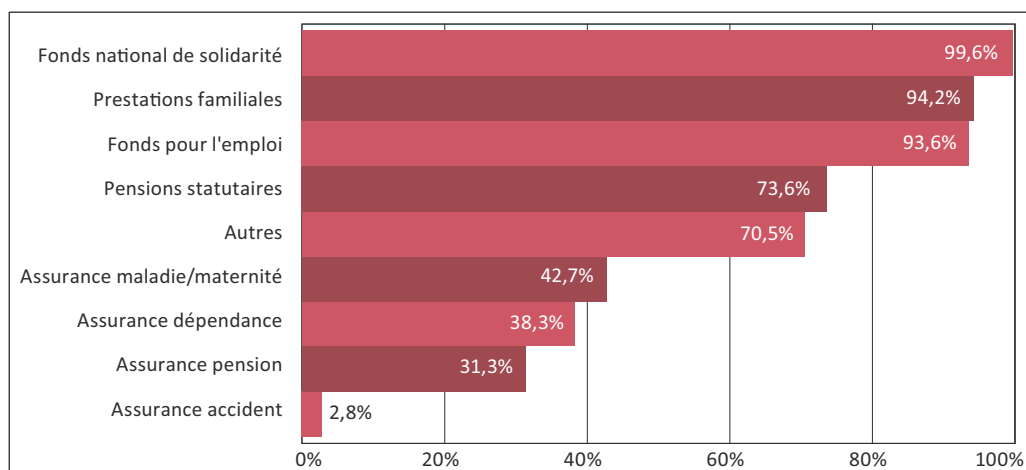
Graphique 3: Évolution de la participation de l'État au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'État)



Source : IGSS

La contribution de l'État au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes. Sur la période 2020-2024, cette contribution est la plus faible pour le régime assurance accident 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 40% des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve ; 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 FNS 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 2020-2024)



Source : IGSS



La particularité du marché du travail luxembourgeois, qui occupe aujourd'hui près de 49% 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. En 2024, les travailleurs non-résidents participent à hauteur de 43,6% à la contribution des personnes protégées au régime assurance pension. Pour les régimes assurance maladie-maternité, assurance dépendance et assurance accident ⁶, ces taux sont respectivement de 35,6%, 34,4% et 25,3%.

2.2. LES DÉPENSES COURANTES DE LA PROTECTION SOCIALE

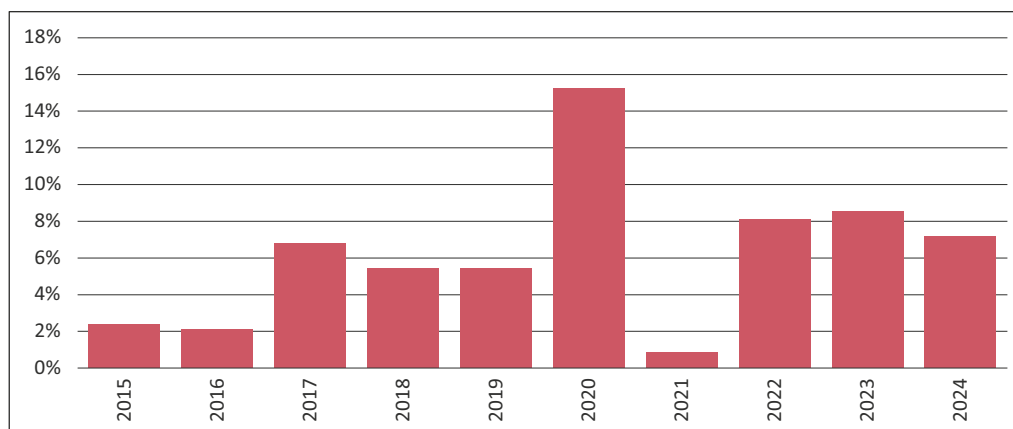
En 2024, les dépenses courantes atteignent 19 851,8 millions EUR, soit une augmentation de 7,2% par rapport à l'année 2023 (18 526,5 millions EUR).

Sur la période 2015-2024, 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. De 2015 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 par suite du 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 à la suite de 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 15,2% en 2020. Bien que des dépenses en lien avec la crise liée à la pandémie de la COVID-19 se sont poursuivies en 2021, elles n'ont rien de comparables avec celles de 2020 et expliquent la faible hausse des dépenses courantes en 2021 par rapport à 2020. Les années 2022 à 2024 renouent avec des hausses annuelles des dépenses qui se situent autour de 8%. Ces hausses concernent aussi bien les dépenses en espèces qu'en nature. Côté dépenses en espèces, ces hausses résultent, entre autres des hausses moyennes de l'échelle mobile applicable aux salaires et traitements et celle applicable aux allocations familiales, des facteurs de revalorisation et de réajustement des pensions, de la hausse du nombre de bénéficiaires du congé parental, de l'introduction de la prime énergie et de la hausse du taux d'absentéisme. Côté dépenses en nature, ce sont plus particulièrement les hausses des dépenses de soins de santé de l'assurance maladie-maternité (9,2% en 2022, 6,7% en 2023 et 8,1% en 2024) qui participent à la hausse des dépenses courantes de la protection sociale ces trois dernières années.

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 %)

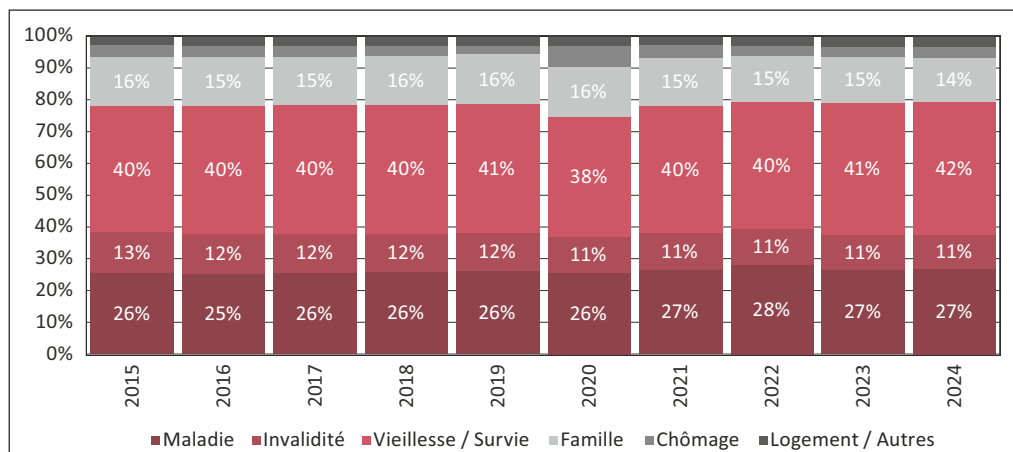


Source : IGSS

En 2024, 67,2% des prestations sont dispensées sous forme de prestations en espèces et 32,8% sous forme de prestations en nature. Les prestations de la fonction vieillesse/survie (41,7%) et les prestations de la fonction maladie (26,8%) forment 68,5% des dépenses.

Après une modification de la structure des dépenses de prestations de protection sociale en 2020 à la suite des mesures prises pour lutter contre la COVID-19, celle-ci a repris depuis 2021 la forme de celle observée en 2019 (graphique 6). En 2020, l'indemnité de compensation versée lors du chômage partiel pour cas de force majeure avait fait bondir la fonction chômage et avait 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. La structure des dépenses de prestations de protection sociale et son évolution 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.

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

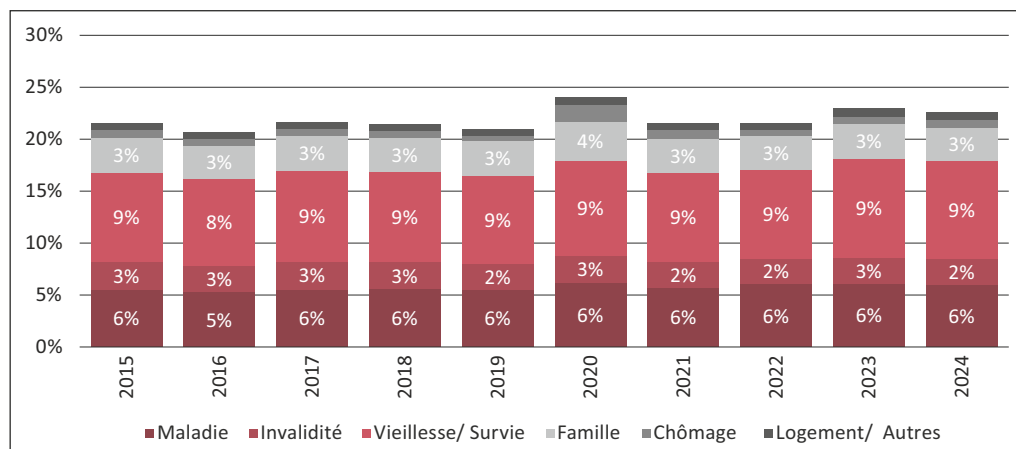


Source : IGSS



En 2024, 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 9,4% et 6,1% du PIB. Les prestations de la fonction famille qui incluent le congé de maternité et le congé pour raisons familiales interviennent pour 3,2% et les prestations de la fonction invalidité (y compris les prestations de l'assurance dépendance) comptent pour 2,4% (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, 53,2% des prestations en espèces sont versées aux non-résidents en 2024. De même, 47,2% des prestations du régime prestations familiales, 44,1% des prestations en espèces du régime assurance accident et 33,0% du régime assurance pension sont exportées à l'étranger. En ce qui concerne les prestations en nature, 19,1% 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 consommées par les non-résidents à l'étranger.

En constante progression, le taux des prestations en espèces de l'assurance pension exportées atteint 33,0% en 2024. 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.

Les prestations de soins de santé affichent un taux d'exportation modeste mais qui oscille autour de 16% ces dernières années alors que celui des prestations de longue durée reste limité. 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 l'assurance dépendance luxembourgeoise. Ceux, toujours majoritaires, avec une carrière partielle au Luxembourg sont couverts par le système de leur pays de résidence

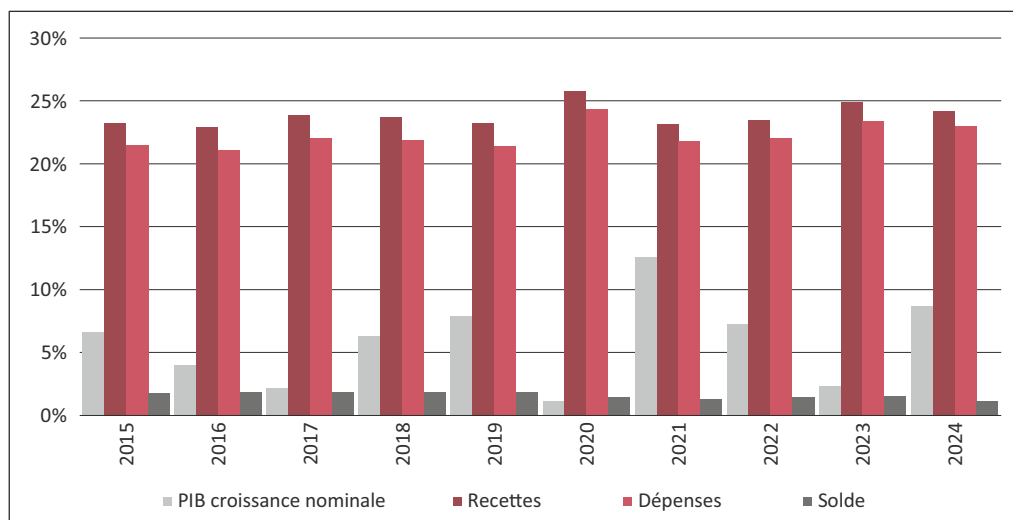
2.3. SITUATION GLOBALE

Au regard des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale décrites ci-dessus, le bilan de l'année 2024 présente un solde global positif de 1 007,5 millions EUR (1 250,2 millions EUR en 2023).

Avec un ratio des recettes courantes rapportées au PIB de 24,2% et un ratio des dépenses courantes rapportées au PIB de 23,0%, le solde global de la protection sociale représente 1,2% du PIB en 2024.

Depuis 2015, recettes et dépenses courantes rapportées au PIB évoluent presque chaque année dans la même direction avec un avantage constant en faveur des 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)



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, les prélèvements et les dotations aux réserves) pour la période 2015-2024.

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

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RECETTES										
Cotisations employeurs	3 364,7	3 467,9	3 603,9	3 787,6	3 977,9	4 120,5	4 471,3	4 836,2	5 308,7	5 210,0
Cotisations personnes protégées	2 947,7	3 061,3	3 286,1	3 477,8	3 702,0	3 905,6	4 120,4	4 466,2	4 912,4	5 160,0
Cotisations réacheminées	272,0	275,7	301,9	323,6	345,1	369,3	388,7	437,2	475,3	512,0
Recettes fiscales	5 369,0	5 471,6	5 886,8	6 232,2	6 572,0	8 058,5	7 677,7	8 302,5	8 900,8	9 785,6
Transferts entre régimes	93,7	96,7	167,2	191,7	188,4	215,6	167,4	180,2	201,0	183,3
Autres recettes	608,8	929,5	730,4	479,1	2 703,8	1 233,8	2 730,2	570,7	2 459,5	3 146,5
<i>dont pertes et gains de détention</i>	168,7	493,0	274,8		2 189,8	758,9	2 234,8		1 804,6	2 355,4
Prélèvements	10,1	52,4	15,8	0,0	2,9	99,3	57,3	2 673,2	0,0	61,2
TOTAL	12 666,1	13 355,0	13 992,1	14 120,3	17 492,0	18 002,6	19 613,1	21 466,1	22 257,7	24 058,6
DEPENSES										
Prestations en espèces	7 637,2	7 794,6	8 228,1	8 614,4	9 049,1	10 595,4	10 345,1	11 171,3	12 214,9	13 094,1
Prestations en nature	3 379,7	3 441,9	3 779,3	4 034,3	4 293,1	4 816,1	5 160,3	5 592,8	5 971,4	6 398,2
Cotisations réacheminées	272,0	275,7	301,9	323,6	345,1	369,3	388,7	437,2	475,3	512,0
Frais de fonctionnement	157,6	172,7	178,8	179,5	181,4	191,8	203,1	201,0	248,7	240,0
Transferts entre régimes	93,7	96,7	167,2	191,7	188,4	215,6	167,4	180,2	201,0	183,3
Autres dépenses	35,2	38,6	36,8	496,8	60,2	51,2	79,4	3 732,5	91,5	206,9
<i>dont pertes et gains de détention</i>				-441,7				-3 629,3		
Dotations	1 090,7	1 534,9	1 300,0	280,0	3 374,8	1 763,0	3 269,0	151,2	3 054,9	3 424,1
TOTAL	12 666,1	13 355,0	13 992,1	14 120,3	17 492,0	18 002,6	19 613,1	21 466,1	22 257,7	24 058,6

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, en fonction des différents risques, vont être décrits et dénombrés ci-dessous. 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

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 concerné 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 ⁷.

Les risques couverts par un régime non contributif sont les suivants : famille, exclusion sociale, handicap et logement ⁸. 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.

7. 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.

8. 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 chômage⁹. 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 de 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-maternité¹⁰ et vieillesse¹¹.

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 (conjointes 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 survivants¹², 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 assuré à titre principal dans son pays de résidence, lui comme les enfants sont coassurés au

9. La durée minimum de cotisation pour ouvrir le droit peut varier selon le risque envisagé.

10. Bien que ne cotisant pas pour l'assurance dépendance, ils font également partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance.

11. Les exploitants agricoles peuvent également s'assurer volontairement contre l'accident.

12. Les orphelins peuvent également, dans certains cas, bénéficier de droits dérivés.



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.

Depuis 2022 et le lancement du projet pilote de la Couverture universelle des soins de santé (CUSS) par le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, une catégorie supplémentaire de personnes protégées est venue s'ajouter aux trois autres catégories. La CUSS « permet d'offrir à toute personne vulnérable étant habituellement sur le territoire du Grand-Duché, mais qui n'est pas affiliée obligatoirement ou n'a pas les moyens de s'affilier volontairement et ne peut pas bénéficier du soutien d'un office social, l'accès aux soins de santé moyennant une affiliation à l'assurance maladie. »¹³. Au cours de l'année 2024, 192 personnes assurées et 47 personnes coassurées ont bénéficié de la CUSS.

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 2024, 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.

13. https://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiques/2021/10-octobre/27-cuss.html

Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2024 (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	473 758	685 921	685 921	499 399	499 399	531 742 ^d	270 346			
au titre de l'occupation professionnelle	473 758	536 764 ^e	536 764 ^e	499 399	499 399 ^e	531 742	270 346			
au titre d'une pension		136 675	136 675							
au titre d'un autre revenu		9 826	9 826							
REVIS		8 218	8 218							
Préretraite		1 608	1 608							
autres assurés obligatoires		2 656	2 656							
Assurance volontaire ^f		7 367	7 367	5 343	5 343					
Assurance au titre d'un droit dérivé ^g		279 728	279 728							
Total personnes protégées par risque	473 758	973 016	973 016	504 742	504 742	531 742	270 346			
Nombre de personnes bénéficiaires par risque	306 920 ^h	593 446 ⁱ	18 256 ^b	162 136 ^j	16 663 ^j	32 530 ^k	10 260	201 342 ^l	26 306 ^m	5 322 ⁿ

- 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. Y compris les 192 personnes bénéficiant de la couverture universelle des soins de santé.
- g. Y compris les 47 personnes bénéficiant de la couverture universelle des soins de santé au titre d'un droit dérivé.
- h. Bénéficiaires de statut privé en incapacité de travail pour cause de maladie au moins un jour au cours de l'exercice en cours.
- i. Bénéficiaires résidents d'au moins un acte pendant l'exercice en cours.
- j. Pensions personnelles y inclus avances et allocations trimestrielles.
- k. Accidents déclarés pendant l'exercice en cours.
- l. Allocation pour l'avenir des enfants (uniquement paiements courants).
- m. Membres de familles bénéficiaires du REVIS.
- n. 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 2024 en moyenne annuelle, à 973 016 personnes. Parmi elles, 63,9% sont des résidents et 36,1% 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 que pour les non-résidents ;
- le rapport entre coassurés et assurés à titre personnel est différent pour les deux populations; chez les résidents, 44,1 coassurés pour 100 assurés à titre personnel sont comptés contre 34,1 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.

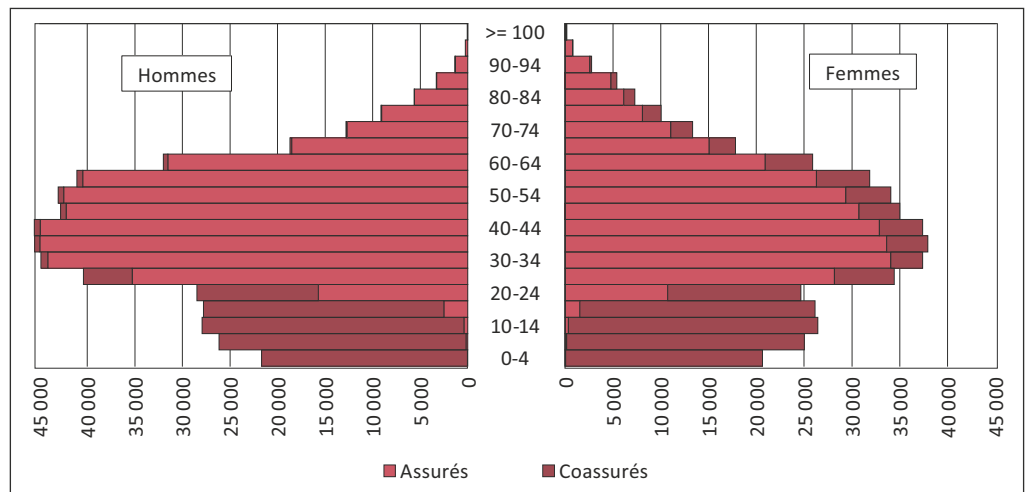
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2024 (moyenne annuelle)

	Résidents	Non-résidents	Total
Actifs assurés	319 470	237 144	556 613
Pensionnés	112 112	24 563	136 675
Coassurés	190 357	89 370	279 728
Total	621 938	351 078	973 016

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 2024 (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 2020 et 2024, il passe de 896 548 à 973 016 personnes (+8,5%), soit un taux de croissance annuel moyen sur la période de 2,1%. Cette augmentation résulte de plusieurs évolutions combinées (tableau 6) :

- De l'augmentation quasi continue de la population active. Sur la période 2020-2024, la croissance de la population active contribue à hauteur de 67,3% à l'augmentation de la population protégée. Cette contribution se partage de la façon suivante entre actifs résidents et actifs non-résidents : 33,9% de l'augmentation de la population protégée proviennent de la croissance du nombre d'actifs résidents, tandis que 33,5% proviennent des non-résidents (graphique 10).
- De l'évolution concomitante des coassurés. La croissance de la population coassurée résidente contribue à hauteur de 11,0% à l'augmentation de la population protégée, tandis que la population coassurée non-résidente contribue très modestement à cette augmentation (+0,2%).
- De l'augmentation du nombre de pensionnés qui représente 21,5% de l'évolution de la population protégée entre 2020 et 2024.

Tableau 5: Évolution du nombre de personnes protégées entre 2020 et 2024 (moyenne annuelle)

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non-résidents actifs assurés	Non-résidents pensionnés assurés	Non-résidents coassurés	Total
2020	293 549	102 900	181 977	211 564	17 370	89 188	896 548
2021	299 238	104 935	182 880	219 466	18 856	89 267	914 642
2022	307 260	107 082	185 179	228 670	20 602	87 461	936 254
2023	315 140	109 438	187 351	234 133	22 503	85 290	953 854
2024	319 470	112 112	190 357	237 144	24 563	89 370	973 016

Source : IGSS.

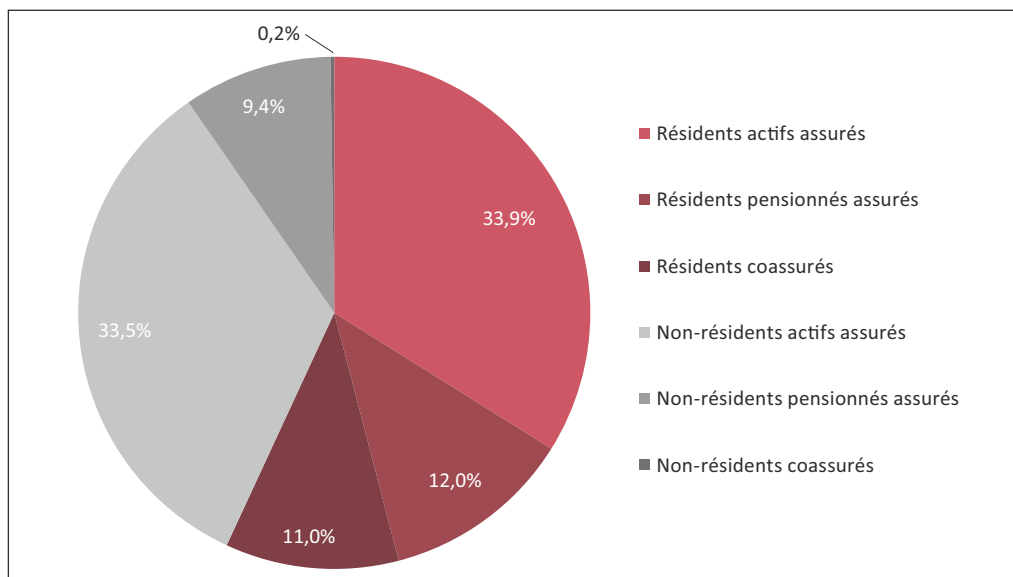
Tableau 6: Évolution annuelle de la population protégée entre 2020 et 2024

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non-résidents actifs assurés	Non-résidents pensionnés assurés	Non-résidents coassurés	Total
2020-2021	1,9%	2,0%	0,5%	3,7%	8,6%	0,1%	2,0%
2021-2022	2,7%	2,0%	1,3%	4,2%	9,3%	-2,0%	2,4%
2022-2023	2,6%	2,2%	1,2%	2,4%	9,2%	-2,5%	1,9%
2023-2024	1,4%	2,4%	1,6%	1,3%	9,2%	4,8%	2,0%

Source : IGSS.



Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2020-2024



Source : IGSS



ASSURANCE MALADIE- MATERNITÉ

INTRODUCTION

En 2024, la population protégée par l'assurance maladie-maternité s'élève à 973 016 personnes en moyenne annuelle. Une part de 63,9% de cette population est résidente, contre une part de 36,1% qui est non-résidente. 473 758 personnes, soit 48,7% de la population protégée, ont droit aux prestations en espèces payées en cas de maladie ou de maternité. 593 446 personnes protégées résidentes bénéficient d'un remboursement de la Caisse nationale de santé (CNS) en 2024, soit 95,4% de la population protégée résidente.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

L'assurance maladie-maternité vise à assurer l'accès équitable à des soins de santé de qualité pour toute la population protégée, indépendamment du statut social ou du revenu et à 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 suivants 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 et la Sécurité sociale, l'assurance maladie-maternité prend en charge des programmes de médecine préventive pour des populations ciblées comme par exemple le suivi médical pour femmes enceintes et des enfants en bas âge, le dépistage prénatal d'anomalies congénitales et des programmes de vaccinations (grippe, papillomavirus, pneumocoque) pour des groupes de personnes à risque.

Dans le cadre de l'assurance maladie-maternité les assurés actifs, salariés et non-salariés, bénéficient aussi de prestations en espèces, c'est-à-dire d'un remplacement de salaire en cas de maladie, en cas de congé d'accompagnement pour personne en fin de vie 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. 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 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 et 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 par la Mutualité des employeurs (MDE) à hauteur de 80% des rémunérations payées à leurs salariés. La MDE est une 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 vise à gérer de manière optimale les ressources afin de garantir un accès équitable aux soins, de maintenir un niveau de protection élevé tout en préservant la viabilité financière du système.

1. Le SSM mensuel est fixé à 2 703,74 EUR (indice courant) au 1^{er} mai 2025.



A cette fin, l'article 80 du Code de la sécurité sociale (CSS) prévoit un comité quadripartite, qui réunit au moins une fois par an les représentants des départements ministériels de la santé et de la sécurité sociale concernés, des organisations des salariés et des employeurs ainsi que des prestataires de soins. Sur base d'un rapport établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), le comité examine 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.

L'Etat prend en charge une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires c'est-à-dire le surcoût incombant à la CNS du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité. La loi réforme de 2010 a introduit cette dotation annuelle jusqu'au 31 décembre 2013 qui a été prolongée par la suite annuellement par les lois relatives aux budgets des recettes et des dépenses de l'État des exercices suivants. Ainsi, le projet de loi sur le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2025 prévoit son prolongement jusqu'au 31.12.2025.

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 MDE 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 MDE est assuré par une contribution de l'État inscrite à l'article 56 du CSS.



1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Analyser les ressources du secteur de la santé constitue un élément essentiel pour évaluer la capacité du système à répondre aux besoins de la population. Une telle analyse englobe l'examen des ressources humaines (médecins et professionnels de santé), des infrastructures (établissements hospitaliers, cabinets médicaux, équipements), ainsi que des moyens financiers et technologiques mobilisés.

Ce chapitre se concentre sur les ressources humaines et les infrastructures et présente un état des lieux de leur disponibilité et de leur répartition au Luxembourg.

1.1. LES RESSOURCES HUMAINES

La première section, consacrée aux ressources humaines, présente d'une part les médecins professionnellement actifs, avec un focus sur les médecins praticiens et les médecins hospitaliers, et d'autre part les professionnels de santé.

1.1.1. Les médecins professionnellement actifs

Encadré méthodologique

Les données présentées dans cette section sont issues du Registre des professionnels de santé (RDPS) du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (M3S), des données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), des données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS) et du Registre national des personnes physiques (RNPP).

Conformément à la méthodologie présentée dans le dernier rapport thématique de l'Observatoire de la Santé ^a, trois catégories d'activité sont distinguées selon la contribution au système de santé des médecins :

- **Autorisés à exercer** : cette catégorie regroupe tous les médecins détenteurs d'un diplôme reconnu au Luxembourg donnant accès à la profession de médecin et d'une autorisation d'exercer au Luxembourg, indépendamment d'une activité professionnelle.
- **Professionnellement actifs** : Il s'agit des médecins exerçant une activité professionnelle qui requiert une formation médicale indépendamment de la structure dans laquelle ils exercent cette activité (établissement, cabinet privé, administration publique, organisation, industrie).
- **Praticiens** : Les médecins praticiens sont les médecins autorisés à exercer qui fournissent directement des soins et des services aux patients.

Concernant les médecins praticiens, trois modes d'exercice sont distingués :

- **Libéral** : Le médecin exerce en tant qu'indépendant et ses prestations sont facturées à l'acte.
- **Salarié** : Le médecin exerce en tant que salarié auprès d'un employeur du secteur de la santé ^b.
- **Mixte** : Le médecin exerce simultanément en mode libéral et en tant que salarié.

Un médecin est considéré comme praticien s'il a effectivement exercé son activité en tant que libéral et/ou salarié dans le secteur de la santé au cours de l'année de référence.

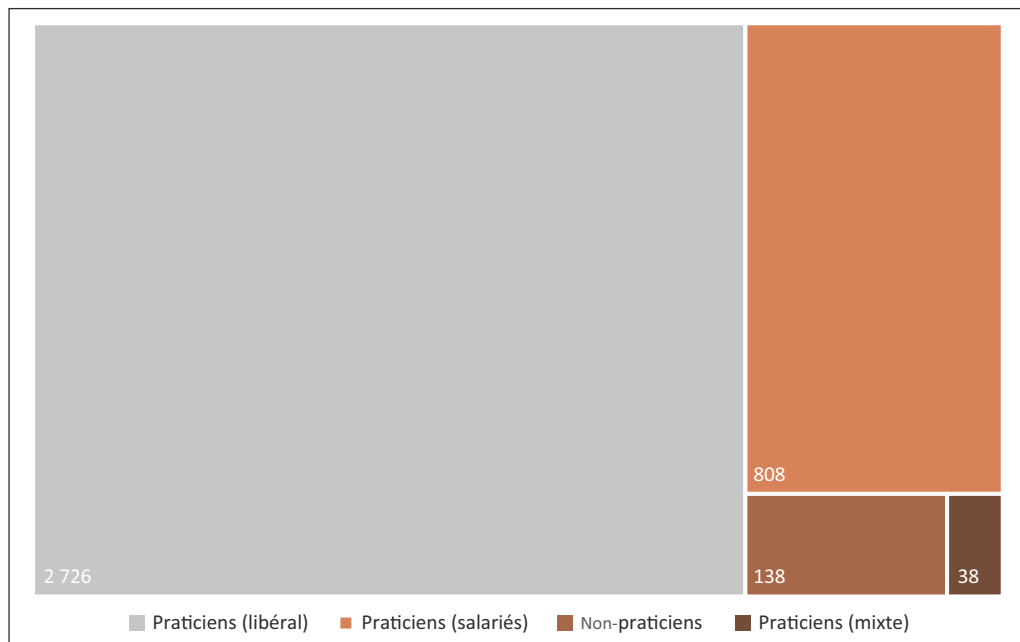
a. [Les professionnels de la santé au Luxembourg : Un modèle d'évaluation quantitative - Observatoire national de la santé - Le gouvernement luxembourgeois](#)

b. Le secteur de la santé est défini comme un employeur dont l'activité relève d'un code NACE de la division 86, 87 ou 88 ou du groupe 47.7.



Le graphique suivant représente l'ensemble des médecins professionnellement actifs au Luxembourg en 2024.

Graphique 1: Répartition des médecins professionnellement actifs par catégorie d'activité et mode d'exercice en 2024



Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), calcul IGSS.

En 2024, le Luxembourg compte 3 710 médecins professionnellement actifs, dont 138 (3,7%) sont des médecins non-praticiens². Parmi les 3 572 médecins praticiens, 2 726 exercent en mode libéral, 808 sont salariés et 38 exercent simultanément en mode libéral et en tant que salarié.

1.1.1.1. Les médecins praticiens

Les statistiques présentées ci-après décrivent les caractéristiques socio-démographiques des médecins praticiens ainsi que leur évolution dans le temps. L'analyse est complétée par la détermination de la densité médicale et la comparaison avec celle observée dans les pays limitrophes du Luxembourg.

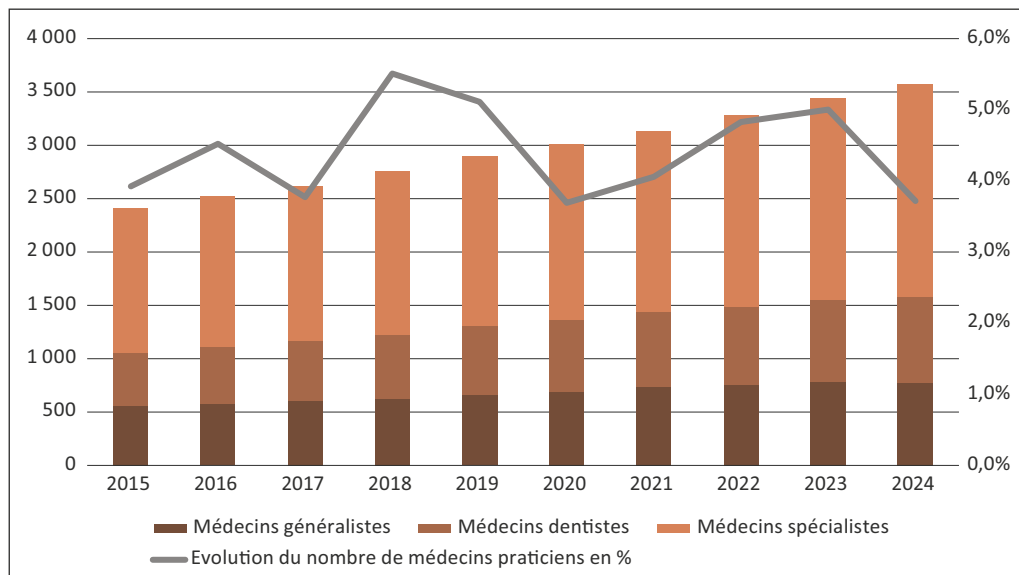
Les caractéristiques socio-démographiques de médecins praticiens

Cette sous-section présente les principales caractéristiques socio-démographiques des médecins praticiens et leur répartition selon la spécialité médicale, afin de mieux comprendre leur composition et leur diversité.

2. Il s'agit par exemple de médecins travaillant dans la fonction publique.



Graphique 2: Évolution du nombre de médecins praticiens par spécialité médicale de 2015 à 2024



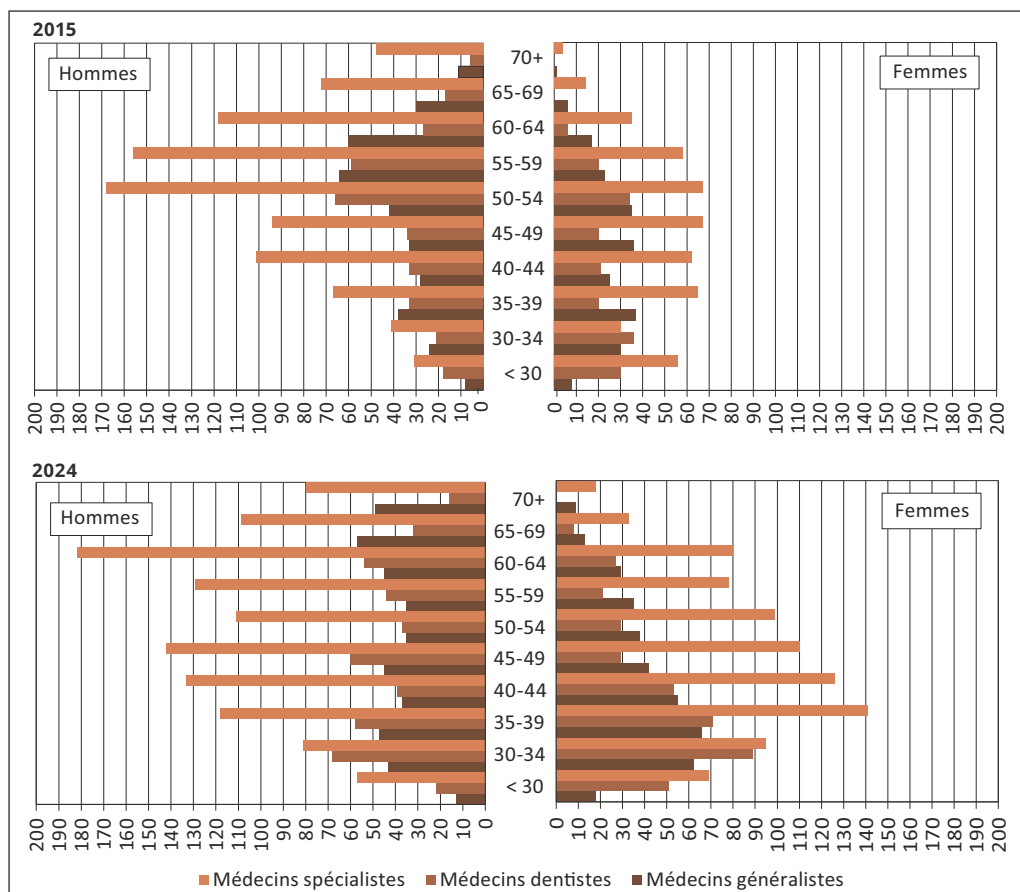
Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), calcul IGSS.

En 2024, le nombre de médecins praticiens augmente de 48,2% par rapport à 2015, atteignant 3 572 médecins (contre 2 411 en 2015). Ce total se répartit entre 773 médecins généralistes (21,6%), 808 médecins dentistes (22,6%) et 1 991 médecins spécialistes (55,7%).

Sur la période allant de 2015 à 2024, le nombre total de médecins praticiens progresse en moyenne de 4,4%, tandis que la population protégée évolue de 2,3% et la population protégée résidente de 1,8% par an.



Graphique 3: Évolution de la pyramide des âges des médecins praticiens par sexe et spécialité médicale de 2015 à 2024



Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), calcul IGSS.

En 2024, parmi les 3 572 médecins praticiens, 44,6% représentent des femmes et 55,4% des hommes. De surcroît, plus que la moitié de ces médecins sont des médecins spécialistes (53,3% chez les femmes et 57,7% chez les hommes). Les médecins généralistes et les médecins dentistes représentent chacun entre 20,5% et 23,7% des médecins praticiens.

La pyramide des âges met en évidence le vieillissement des médecins praticiens. En 2015, seulement 19,6% des médecins avaient plus de 60 ans ; ce taux atteint désormais 23,5% en 2024 (9,6% contre 13,6% chez les femmes et 25,1% contre 31,5% chez les hommes).

En 2024, les médecins généralistes et les médecins spécialistes présentent des proportions plus élevées de médecins praticiens âgés de plus de 60 ans (respectivement 26,1% et 25,2%) que les médecins dentistes (17,0%). La part des médecins praticiens âgés de moins de 45 ans passe de 35,8% en 2015 à 45,1% en 2024.

L'âge moyen des médecins praticiens diminue légèrement, passant de 48,9 ans en 2015 à 47,8 ans en 2024. En 2024, les médecins spécialistes sont en moyenne âgés de 48,8 ans (contre 49,9 ans en 2015), les médecins généralistes de 48,7 ans (contre 49,3 ans en 2015) et les médecins dentistes de 44,4 ans (contre 46,4 ans en 2015).

**Tableau 1: Évolution du nombre de médecins praticiens par spécialité médicale de 2015 à 2024**

Spécialité médicale	2015	2019	2024	Évolution 2015/2024
Médecine générale	556	664	773	39,0%
Médecine dentaire	501	648	808	61,3%
Anatomie pathologique et neuropathologie	8	22	27	237,5%
Anesthésiologie	116	128	159	37,1%
Cardiologie	70	81	103	47,1%
Chirurgie	140	151	182	30,0%
Dermatologie, allergologie et vénérologie	42	49	63	50,0%
Endocrinologie	10	16	23	130,0%
Gastro-entérologie	27	31	42	55,6%
Gynécologie-obstétrique	108	130	129	19,4%
Médecine d'urgence	< 5	< 5	< 5	-
Médecine de laboratoire	19	31	31	63,2%
Médecine du travail	14	21	75	435,7%
Médecine interne	124	144	177	42,7%
Médecine légale	< 5	< 5	< 5	-
Médecine physique et réadaptation	23	28	36	56,5%
Neurologie	48	55	81	68,8%
Neuropsychiatrie, psychiatrie et psychiatrie infantile	132	149	173	31,1%
Ophtalmologie	69	74	99	43,5%
Orthopédie et traumatologie	72	90	128	77,8%
Oto-rhino-laryngologie	47	55	61	29,8%
Pédiatrie	111	145	171	54,1%
Pneumologie	30	29	42	40,0%
Radiologie, médecine nucléaire et radiothérapie	84	96	120	42,9%
Rhumatologie	19	20	17	-10,5%
Santé publique et médecine sociale	< 5	< 5	< 5	-
Stomatologie	9	9	< 5	-
Urologie	31	30	42	35,5%
TOTAL	2 411	2 900	3 572	48,2%

Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), calcul IGSS.



Parmi les médecins spécialistes, la chirurgie, la médecine interne et la neuropsychiatrie, psychiatrie et psychiatrie infantile sont les trois regroupements de spécialités médicales les plus représentées en 2024. Certaines spécialités, comme l'endocrinologie, la dermatologie, allergologie et vénérologie et la gastro-entérologie voient leur nombre de médecins augmenter rapidement au cours des dernières années.

La densité des médecins praticiens

La présente sous-section offre d'abord un aperçu de la densité médicale au Luxembourg, permettant de mieux comprendre la répartition des médecins praticiens sur le territoire luxembourgeois, et ensuite une comparaison internationale avec les pays limitrophes du Luxembourg de la densité médicale par spécialité médicale.

Tableau 2: Évolution du nombre de médecins praticiens pour 1 000 personnes résidentes de 2015 à 2024

Densité médicale par regroupement de la spécialité médicale	2015	2019	2024	Évolution 2015/ 2024
Nombre de médecins généralistes pour 1 000 personnes résidentes	0,96	1,06	1,13	17,5%
Nombre de médecins dentistes pour 1 000 personnes résidentes	0,87	1,03	1,18	36,3%
Nombre de médecins spécialistes pour 1 000 personnes résidentes	2,35	2,54	2,92	24,2%
Nombre total de médecins pour 1 000 personnes résidentes	4,18	4,63	5,24	25,2%

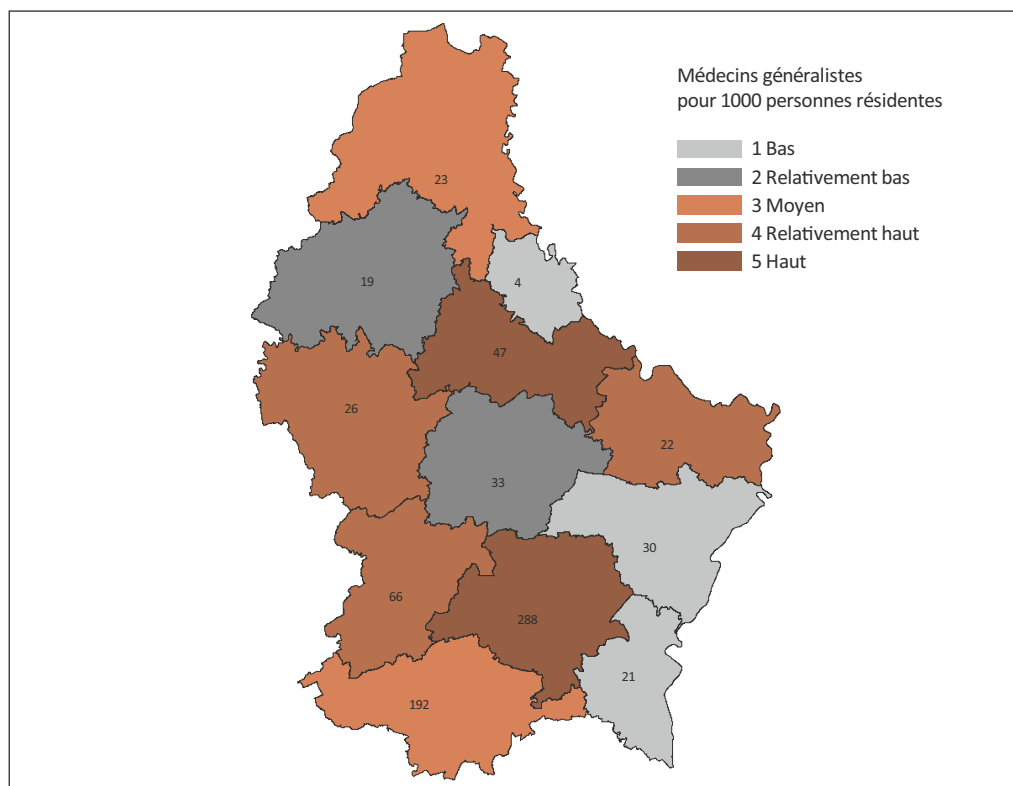
Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), STATEC, calcul IGSS.

En 2024, la densité médicale s'établit à 1,13 médecin généraliste, 1,18 médecin dentiste et 2,92 médecins spécialistes pour 1 000 personnes résidentes, soit un total de 5,24 médecins pour 1 000 personnes résidentes. Ces chiffres traduisent une progression notable par rapport à 2015, avec une augmentation globale de 48,2% du nombre de médecins praticiens, contre une hausse de 18,4% de la population résidente. Ainsi, le nombre total de médecins pour 1 000 personnes protégées augmente de 25,2% par rapport à 2015. Plus précisément, la croissance atteint 36,3% pour la densité des médecins dentistes, 24,2% pour celle des médecins spécialistes et 17,5% pour celle des médecins généralistes.

Les graphiques suivants présentent la répartition géographique par canton des médecins généralistes, des médecins dentistes et des médecins spécialistes praticiens au Luxembourg.



Graphique 4: Nombre de médecins généralistes praticiens par canton de résidence professionnelle (en valeur absolue et pour 1 000 personnes résidentes) en 2024 ^{a b}



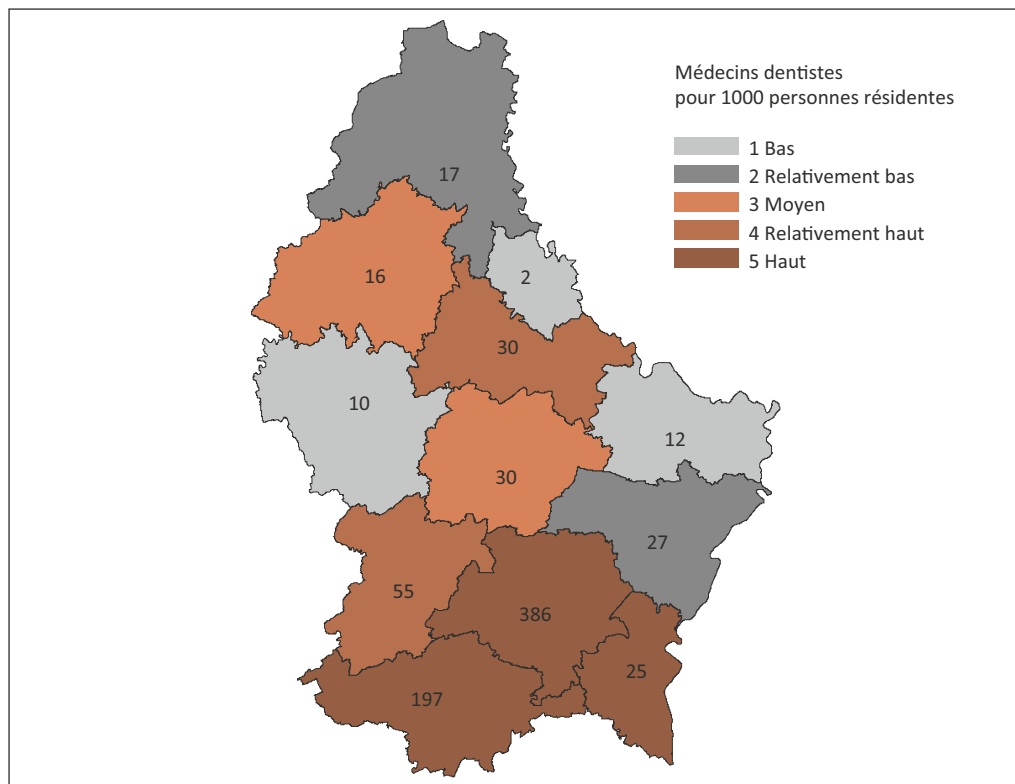
- a. Les 5 niveaux (1_Bas à 5_Haut) du nombre de médecins pour 1 000 personnes résidentes sont basés sur les quintiles de la distribution et représentés par l'arrière-fond des cantons.
- b. Les nombres sur la carte indiquent le nombre absolu de médecins praticiens du canton pour lesquels l'information sur le canton de résidence professionnelle existe.

Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), STATEC, calcul IGSS.

En 2024, le nombre total de médecins généralistes praticiens au Luxembourg, pour lesquels l'information sur le canton de résidence professionnelle existe, s'élève à 771. Parmi eux, 288 exercent dans le canton de Luxembourg et 192 dans le canton d'Esch-sur-Alzette.

La densité des médecins généralistes praticiens varie entre 0,70 médecin pour 1 000 personnes résidentes dans le canton de Vianden et 1,38 médecin pour 1 000 personnes résidentes dans le canton de Luxembourg.

Graphique 5: Nombre de médecins dentistes praticiens par canton de résidence professionnelle (en valeur absolue et pour 1 000 personnes résidentes) en 2024^{a b}



- a. Les 5 niveaux (1_Bas à 5_Haut) du nombre de médecins pour 1 000 personnes résidentes sont basés sur les quintiles de la distribution et représentés par l'arrière-fond des cantons.
- b. Les nombres sur la carte indiquent le nombre absolu de médecins praticiens du canton pour lesquels l'information sur le canton de résidence professionnelle existe.

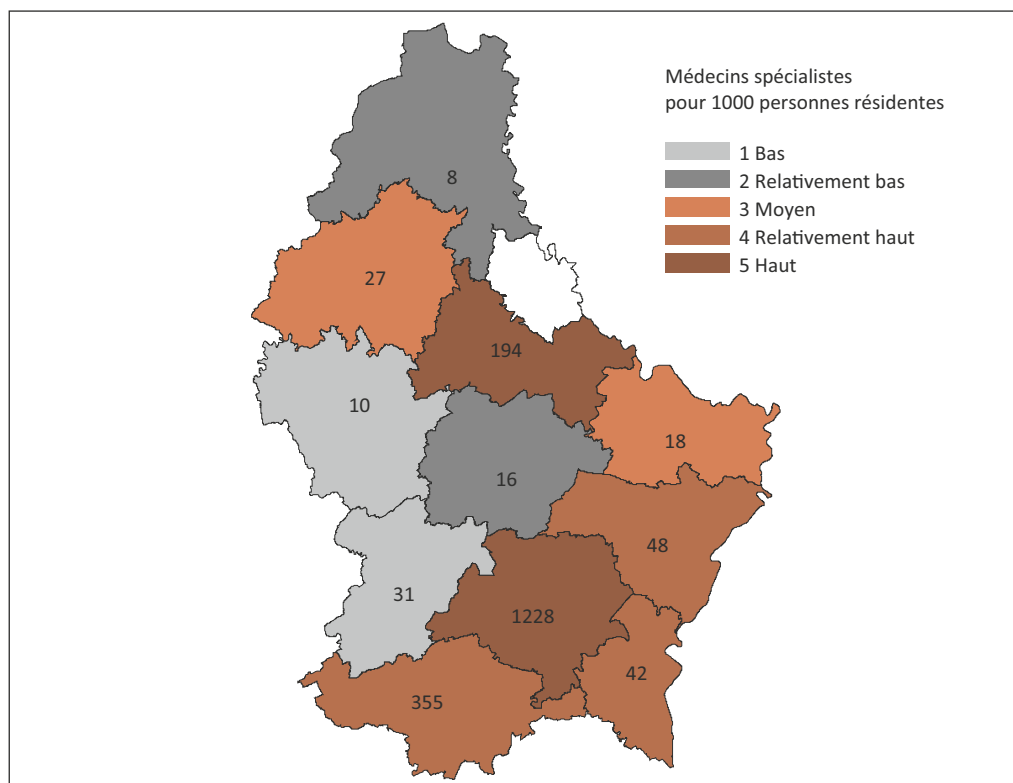
Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), STATEC, calcul IGSS.

En 2024, le nombre total de médecins dentistes praticiens au Luxembourg, pour lesquels l'information sur le canton de résidence professionnelle existe, s'élève à 807. Parmi eux 386 exercent dans le canton de Luxembourg et 197 dans le canton d'Esch-sur-Alzette.

La densité des médecins dentistes praticiens varie entre 0,35 médecin pour 1 000 personnes résidentes dans le canton de Vianden et 1,86 médecin pour 1 000 personnes résidentes dans le canton de Luxembourg.



Graphique 6: Nombre de médecins spécialistes praticiens par canton de résidence professionnelle (en valeur absolue et pour 1 000 personnes résidentes) en 2024 ^{a b}



a Les 5 niveaux (1_Bas à 5_Haut) du nombre de médecins pour 1 000 personnes résidentes sont basés sur les quintiles de la distribution et représentés par l'arrière-fond des cantons.

b Les nombres sur la carte indiquent le nombre absolu de médecins praticiens du canton pour lesquels l'information sur le canton de résidence professionnelle existe.

Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), STATEC, calcul IGSS.

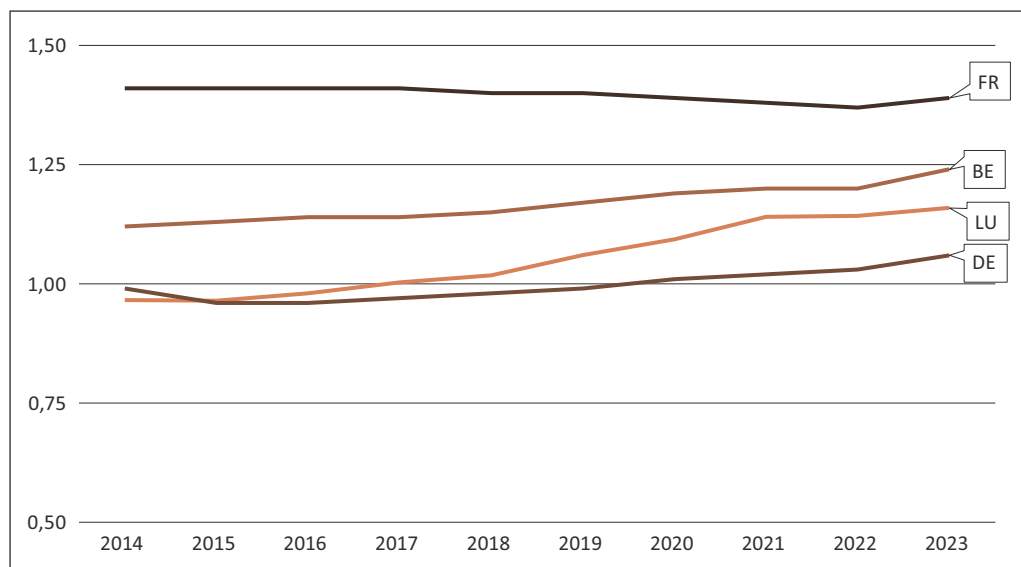
En 2024, le nombre total de médecins spécialistes praticiens au Luxembourg, pour lesquels l'information sur le canton de résidence professionnelle existe, s'élève à 1 977. Parmi eux 1 228 exercent dans le canton de Luxembourg et 355 dans le canton d'Esch-sur-Alzette.

La densité des médecins spécialistes praticiens varie entre 0,38 médecin pour 1 000 personnes résidentes dans le canton de Clervaux et 5,91 médecins pour 1 000 personnes résidentes dans le canton de Luxembourg.

Les graphiques suivants illustrent l'évolution de la densité médicale par spécialité médicale au Luxembourg, comparée à celle observée dans les pays limitrophes.



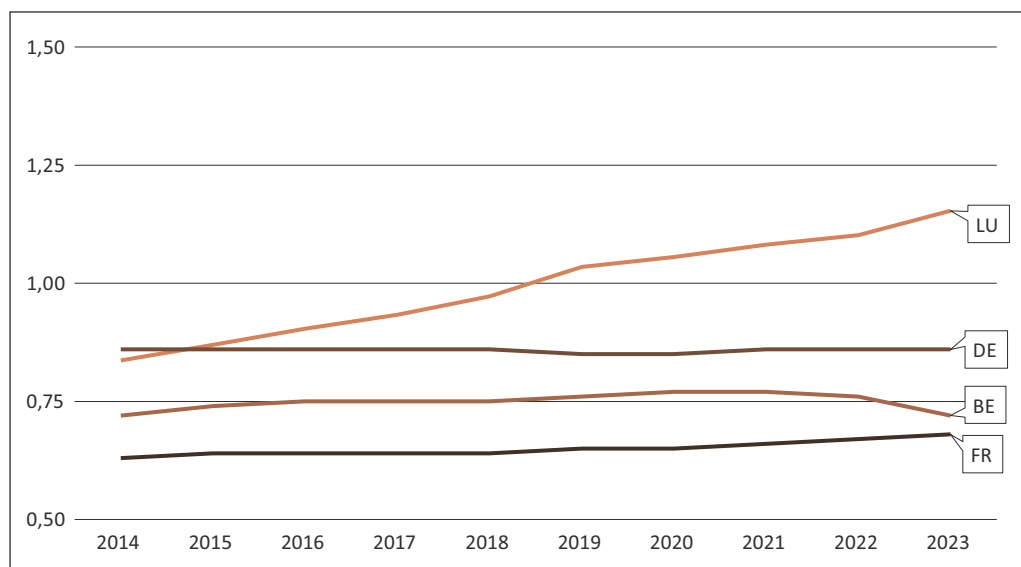
Graphique 7: Évolution du nombre de médecins généralistes praticiens pour 1 000 personnes résidentes au Luxembourg, en Allemagne, en France et en Belgique de 2014 à 2023



Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), STATEC, calcul IGSS, autres pays : OCDE Statistiques de la santé.

La comparaison du nombre de médecins généralistes praticiens pour 1 000 personnes résidentes au Luxembourg avec celui des pays voisins révèle que la France et la Belgique affichent une densité médicale supérieure à celle du Luxembourg.

Graphique 8: Évolution du nombre de médecins dentistes praticiens pour 1 000 personnes résidentes au Luxembourg, en Allemagne, en France et en Belgique de 2014 à 2023

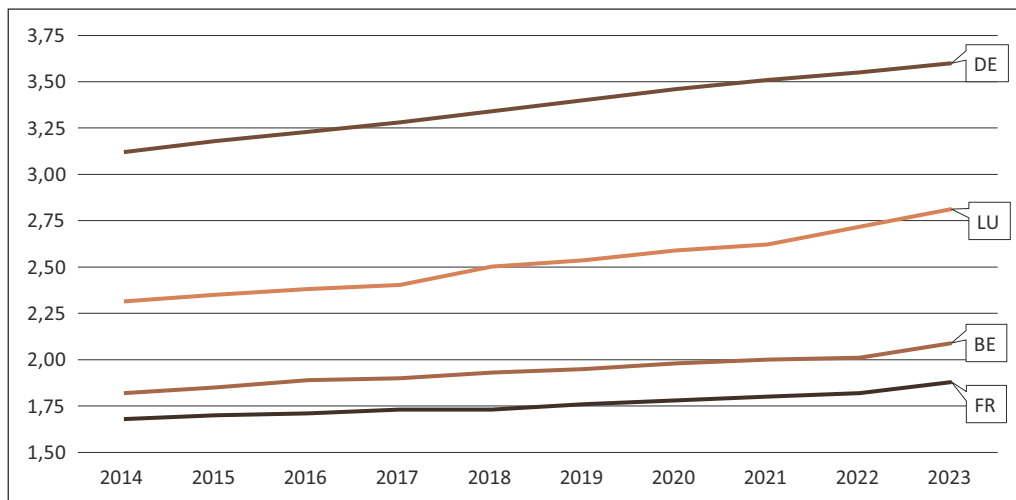


Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), STATEC, calcul IGSS, autres pays : OCDE Statistiques de la santé.



En matière de densité médicale des médecins dentistes praticiens, le Luxembourg se classe en tête par rapport à ses pays voisins.

Graphique 9: Évolution du nombre de médecins spécialistes praticiens pour 1 000 personnes résidentes au Luxembourg, en Allemagne, en France et en Belgique de 2014 à 2023



Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), STATEC, calcul IGSS, autres pays : OCDE Statistiques de la santé.

La densité des médecins spécialistes praticiens pour 1 000 personnes résidentes au Luxembourg dépasse celle observée en France et en Belgique mais reste nettement inférieure à celle de l'Allemagne.

1.1.1.2. Les médecins hospitaliers

La relation entre les médecins et les établissements hospitaliers au Luxembourg est encadrée par un contrat d'agrément, qui constitue la base juridique et organisationnelle de leur collaboration. Ce contrat, prévu par l'article 31 de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, définit les principes de coopération entre un médecin et l'hôpital dans lequel il exerce. Ce dispositif vise à garantir la qualité des soins, la sécurité des patients et le respect des règles professionnelles, tout en précisant les droits et obligations des deux parties.

Encadré méthodologique

Les statistiques sur le nombre des médecins hospitaliers sont établies à partir des données collectées chaque année par l'IGSS auprès des établissements hospitaliers concernant les médecins agréés ou salariés et reflètent la situation au 1^{er} janvier.



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

Tableau 3: Évolution du nombre des médecins hospitaliers de 2021 à 2025 ^a

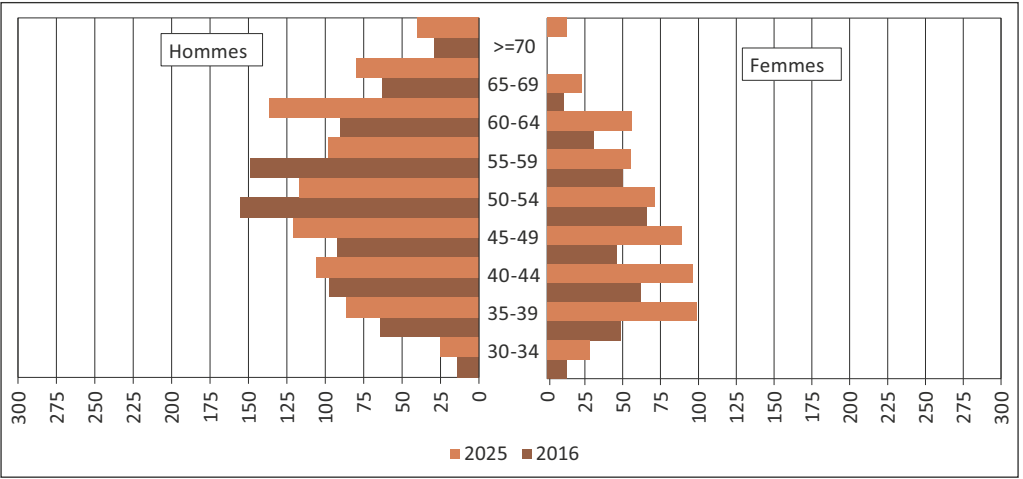
	2021	2022	2023	2024	2025
Médecins hospitaliers	1 219	1 227	1 244	1 312	1 340
MEVS	131	147	151	140	165
TOTAL	1 350	1 374	1 395	1 452	1 505
<i>Variation annuelle</i>	5,7%	1,8%	1,5%	4,1%	3,7%

a. Situation au 1^{er} janvier.

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

En 2025, le nombre total des médecins hospitaliers recensés auprès des établissements hospitaliers s'élève à 1 505 médecins, soit une augmentation de 3,7% par rapport à 2024. En excluant les médecins en voie de spécialisation (MEVS), la progression est de 2,1% en 2025 contre 5,5% en 2024.

Graphique 10: Évolution de la pyramide des âges des médecins hospitaliers par sexe de 2016 à 2025 ^a



a. Situation au 1^{er} janvier.

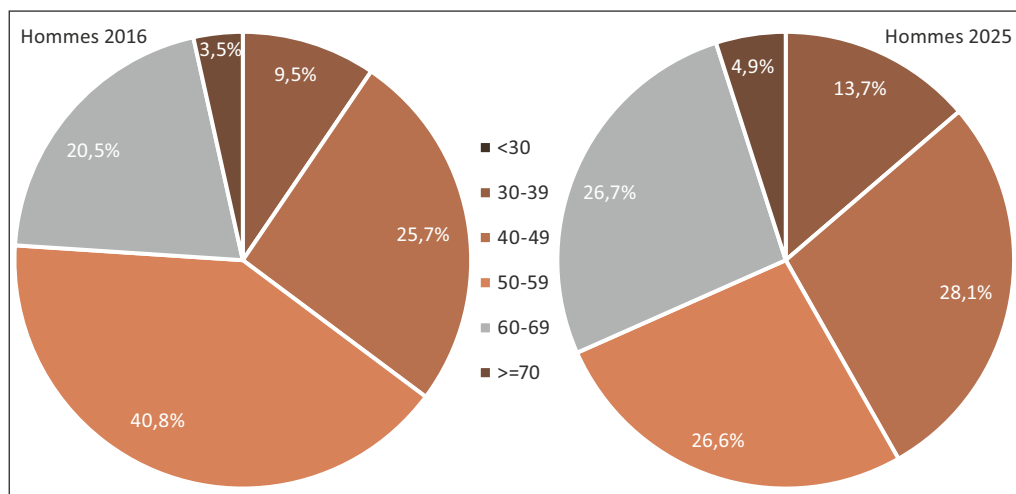
b. Les MEVS sont exclus.

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

En 2016, seulement 29,1% des médecins hospitaliers agréés auprès des établissements hospitaliers sont des femmes. En 2025, cette proportion atteint 39,6%. En ce qui concerne l'âge moyen, les hommes ont 52,7 ans en 2025, contre 52,8 ans en 2016, tandis que les femmes affichent 48,3 ans en 2025, contre 48,5 ans en 2016.



Graphique 11: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers masculins en 2016 et 2025^{a b}



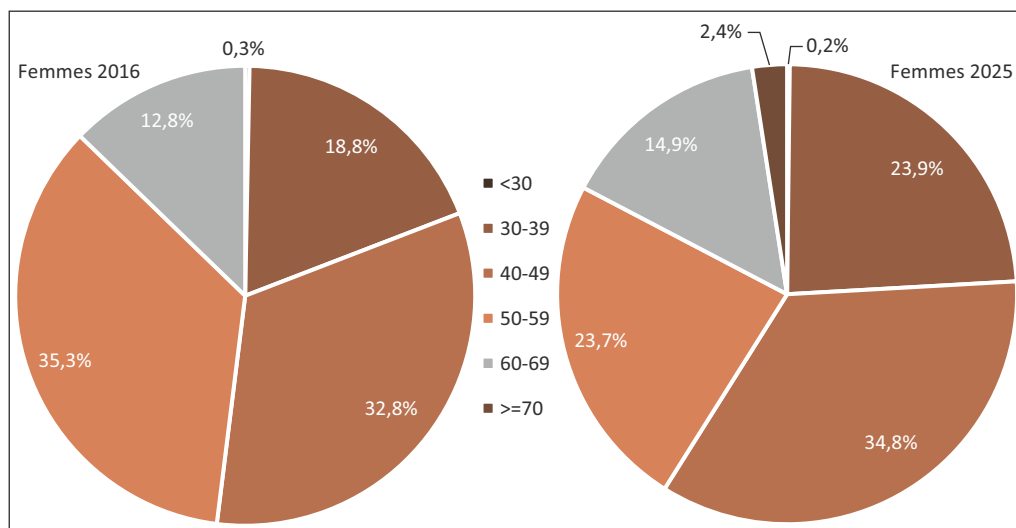
a. Situation au 1^{er} janvier.

b. Les MEVS sont exclus.

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

En 2016, les médecins hospitaliers masculins âgés entre 50 et 59 ans sont les plus nombreux, représentant 40,8% des médecins hospitaliers masculins. En 2025, ce groupe ne représente plus que 26,6% du total. La part des médecins âgés entre 60 et 69 ans passe de 20,5% en 2016 à 26,7% en 2025. Les chiffres montrent également que la proportion des médecins hospitaliers masculins âgés de plus de 70 ans augmente, passant de 3,5% en 2016 à 4,9% en 2025.

Graphique 12: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers féminins en 2016 et 2025^{a b}



a. Situation au 1^{er} 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 diffère de celle des hommes. En 2016, les femmes âgées entre 50 et 59 ans représentent 36,9% des médecins hospitaliers féminins, contre 23,7% en 2025. En revanche, la proportion des femmes âgées entre 30 et 39 ans atteint 23,9% en 2025, contre 19,8% en 2016. Ce groupe d'âge ne représente que 13,7% chez leurs confrères masculins en 2025. Peu de femmes continuent à travailler après 70 ans : leur proportion est de 0,0% en 2016 et s'élève à 2,4% en 2025 (3,5% en 2016 et 4,9% en 2025 chez les médecins hospitaliers masculins).

1.1.2. Les professionnels de santé

Les professionnels de santé jouent un rôle essentiel dans le système de santé en assurant la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients. Ils contribuent également à la promotion de la santé publique, à l'éducation des patients et à la coordination des parcours de soins. 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.

1.1.2.1. Les professionnels de santé praticiens ³

Le tableau suivant présente l'évolution des qualifications principales des professionnels de santé les plus représentés au Luxembourg entre 2015 et 2024.

Tableau 4: Évolution du nombre des professionnels de santé praticiens les plus représentés au Luxembourg par qualification principale de 2015 à 2024

Qualification principale	2015	2019	2024	Évolution 2015/2024
Aides-soignants	3 527	4 255	4 729	34,1%
Assistants sociaux et senior	531	694	930	75,1%
Assistants technico-médicaux (ATM)	670	737	807	20,4%
Diététiciens	45	80	130	188,9%
Ergothérapeutes	294	374	522	77,6%
Infirmiers	7 072	8 154	9 739	37,7%
Laborantins	220	299	321	45,9%
Masseurs-kinésithérapeutes	1 326	1 725	2 412	81,9%
Orthophonistes, logopèdes	83	121	161	94,0%
Pharmaciens	478	532	582	21,8%
Psychomotriciens	74	111	137	85,1%
Psychothérapeutes	-	208	361	-
Sages-femmes	211	269	315	49,3%

Sources : Registre des professionnels de santé (M3S), données relatives aux fournisseurs de soins de santé (CNS), données relatives à l'emploi des personnes actives (CCSS), Registre national des personnes physiques (RNPP), calcul IGSS.

L'année 2024 se caractérise par une croissance significative dans la plupart des catégories de professionnels de santé par rapport à 2015. Les infirmiers, les aides-soignants et les masseurs-kinésithérapeutes sont les groupes les plus nombreux, avec respectivement 9 739, 4 729 et 2 412 professionnels en 2024. Certaines professions enregistrent des hausses particulièrement marquées : les diététiciens (+188,9%), les psychomotriciens (+85,1%), les orthophonistes (+94,0%) et les masseurs-kinésithérapeutes (+81,9%).

3. Le terme « praticien » s'aligne avec la méthodologie présentée dans le dernier rapport thématique de l'Observatoire de la Santé: Les professionnels de la santé au Luxembourg: un modèle d'évaluation quantitative.



1.1.2.2. Les salariés du secteur hospitalier

Encadré méthodologique

Les statistiques reprennent les salariés du secteur hospitalier et sont établies à partir des fichiers recensant l'emploi salarié. Néanmoins elles ne proposent qu'une vue tronquée des ressources humaines du secteur hospitalier car :

- La plupart des médecins hospitaliers n'ont pas de statut de salarié, mais exercent en mode libéral.
- Le personnel intérimaire travaillant pour les hôpitaux n'est pas inclus.
- 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 est embauché par un autre employeur et ne peut donc pas être attribué à un domaine relevant de l'activité centrale de l'hôpital.

Tableau 5: Évolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence ^a

	Luxembourg	France	Belgique	Allemagne	Total
Situation au 31.03.2024					
Hommes	1 304	655	310	329	2 598
Femmes	3 963	2 152	978	546	7 639
TOTAL	5 267	2 807	1 288	875	10 237
Situation au 31.03.2025					
Hommes	1 318	688	321	339	2 666
Femmes	3 955	2 280	975	537	7 747
TOTAL	5 273	2 968	1 296	876	10 413

a. Le personnel employé par le LNS n'est pas inclus dans cette statistique.

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Au 31 mars 2025, le secteur hospitalier compte 10 413 salariés, soit une hausse de 1,7% par rapport à la même date en 2024. Les salariés résidant au Luxembourg constituent le groupe le plus important, suivis par ceux résidant en France, en Belgique et en Allemagne. Toutefois, la part des salariés qui résident au Luxembourg diminue depuis cinq ans, passant de 53,7% en 2021 à 50,6% en 2025.

1.2. LES INFRASTRUCTURES

Les infrastructures du système de santé garantissent l'accès à des soins de qualité et répondent aux besoins croissants de la population.

La deuxième section se limite à décrire le paysage hospitalier à partir des lits budgétisés par la CNS 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. Les besoins à long terme en ressources humaines et en investissements lourds des établissements hospitaliers ainsi que leur organisation complexe requièrent 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 tableau ci-dessous présente, pour 2025, le nombre de lits « budgétisés » communiqués par les établissements hospitaliers dans le cadre des négociations budgétaires à la CNS.

Tableau 6: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2025

Etablissement hospitalier	Lits aigus et lits de moyen séjour et de longue durée	Lits aigus		Lits de moyen séjour et de longue durée					Lits d'hospitalisation de jour			Lits portes
		Soins normaux	Soins intensifs	Rééducation gériatrique ou fonctionnelle	Rééducation physique et oncologique	Rééducation psychiatrique	Soins palliatifs	Lits de longue durée	Lits d'hospitalisation de jour chirurgicale et non chirurgicale	Lits d'hospitalisation de jour psychiatrie	Postes de dialyse	
CHL	737	526	57	0	0	0	10	0	87	16	26	15
CHEM	663	519	28	19	0	0	8	0	42	21	20	6
CHNP ^a	307	0	0	0	0	180	0	67	0	60	0	0
HIS	40	0	0	40	0	0	0	0	0	0	0	0
CFB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INCCI	33	9	10	0	0	0	0	0	14	0	0	0
RHZ	73	73	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHdN	490	275	16	33	0	29	6	0	58	40	22	11
O90	15	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0
HR	954	585	33	35	0	85	14	0	118	47	29	8
CRCC	80	0	0	0	60	0	0	0	20	0	0	0
LNS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3 392	1 987	144	127	60	294	53	67	339	184	97	40

a. Centres thérapeutiques de Manternach (toxicomanie) et Useldange (alcoolisme).

Source: CNS

En 2025, la CNS budgétise un total de 3 392 lits, dont 2 131 lits aigus, 601 lits de moyen séjour et de longue durée, 620 lits en hôpital de jour et 40 lits-portes.



1.2.2. Les officines de pharmacie

Les concessions des pharmacies ouvertes au public sont tenues par un pharmacien titulaire qui en est le gestionnaire. Il assure également la responsabilité financière de la concession, tient la comptabilité et surveille le chiffre d'affaires. Les conditions d'octroi de ces concessions sont définies dans le règlement grand-ducal du 13 octobre 2013 modifiant le règlement grand-ducal du 27 mai 1997 relatif à l'octroi des concessions de pharmacie ⁴.

Tableau 7: Nombre de pharmacies ouvertes au public selon le canton en 2025

Canton	Nombre de pharmacies ouvertes au public	Population résidente ^a	Pour 100 000 personnes résidentes
Capellen	5	55 513	9
Clervaux	4	21 873	18
Diekirch	5	36 240	14
Echternach	4	20 509	20
Esch-Sur-Alzette	33	195 091	17
Grevenmacher	5	33 712	15
Luxembourg-Campagne	12	74 400	16
Luxembourg-Ville	22	136 161	16
Mersch	4	36 736	11
Redange	3	21 442	14
Remich	3	24 608	12
Vianden	1	5 744	17
Wiltz	3	19 944	15
TOTAL	104	681 973	15

a. Situation au 1^{er} janvier 2025, source Statec.

Sources : www.pharmacie.lu, bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2025, le Luxembourg compte 104 pharmacies ouvertes au public. S'y ajoutent 4 pharmacies hospitalières, qui ne font pas objet de cette analyse. Le nombre de pharmacies par canton varie entre 33 pour le canton d'Esch-sur-Alzette, le canton avec la population la plus importante, et 1 pour le canton de Vianden, celui avec la population la plus faible.

Au total, le Luxembourg possède 15 pharmacies ouvertes au public pour 100 000 personnes résidentes. Ce nombre varie entre 9 pour le canton de Capellen et 20 pour le canton d'Echternach.

En comparant le Luxembourg avec les pays membres de l'UE 27, le Luxembourg se situe en-dessous de la moyenne qui s'élève à 31 pharmacies pour 100 000 habitants en 2024. La France affiche pour 2024 un nombre de 30 pharmacies pour 100 000 habitants, l'Allemagne 20 et la Belgique 40.

4. 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.

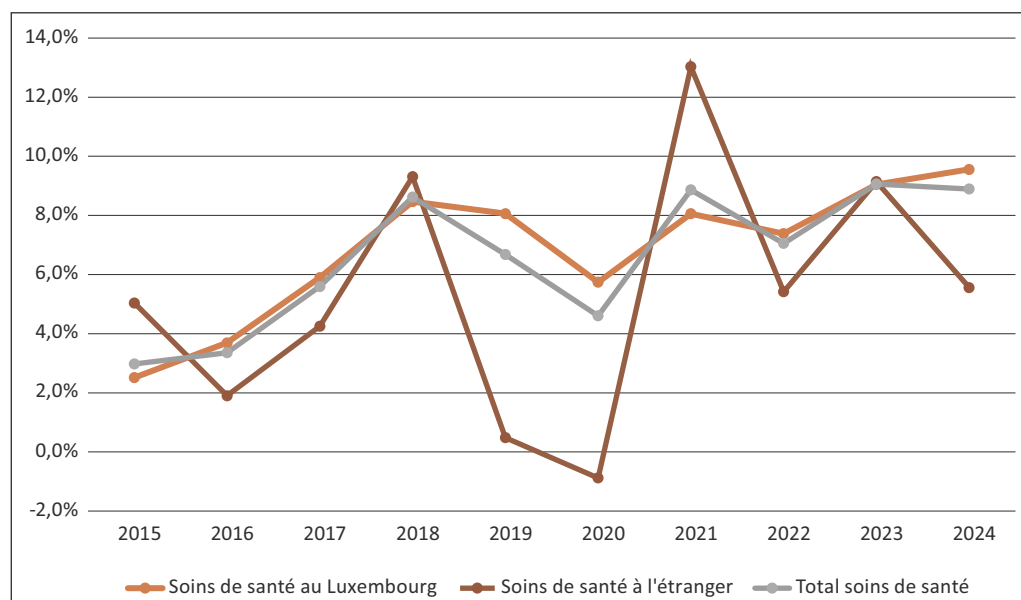


2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

Cette section donne d'abord un aperçu global sur l'évolution des dépenses pour soins de santé prestés 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 13: Évolution des dépenses pour soins de santé ^a



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

La période allant de 2015 à 2017 se caractérise par une progression modérée des dépenses pour soins de santé, qui résulte principalement des mesures introduites en 2011 par la réforme du système de soins de santé et prolongées jusqu'en 2016. Ces mesures ont porté leurs fruits et ont contribué à cadrer l'évolution des soins de santé au Luxembourg. Ainsi, l'évolution des dépenses était de l'ordre de 3% à 6% lors des exercices 2015 à 2017.

Depuis 2018, les dépenses pour soins de santé augmentent à nouveau rapidement. En 2018, elles progressent de 8,6%, puis de 6,7% en 2019. Cette hausse s'explique surtout par l'augmentation des dépenses pour les soins de santé réalisés au Luxembourg (+8,5% en 2018 et +8,1% en 2019) et, dans une moindre mesure, par celles des soins de santé effectués à l'étranger (+9,3% en 2018 et +0,5% en 2019). En 2020, les dépenses pour les soins de santé à l'étranger baissent légèrement (-0,9%), tandis que les dépenses totales et celles au Luxembourg continuent de croître (+4,6% et +5,7%). Cette tendance se poursuit entre 2021 et 2024. En 2024, la hausse atteint 8,9%, principalement en raison d'une augmentation de 9,6% des soins de santé au Luxembourg et de 5,6% des soins de santé à l'étranger.



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

Tableau 8: Évolution des dépenses pour soins de santé ^a (en millions EUR)

Type de prestation	2022	2023	2024	Variation 2022/2023	Variation 2023/2024
Soins hospitaliers	1 239,2	1 354,4	1 428,3	9,3%	5,5%
Soins de médecine	539,2	594,2	690,1	10,2%	16,1%
Soins de médecine dentaire ^b	115,3	126,0	147,8	9,3%	17,3%
Médicaments (extrahospitalier) ^c	301,4	340,3	378,1	12,9%	11,1%
Dispositifs médicaux	63,9	68,2	71,2	6,8%	4,4%
Analyses de biologie médicale (en ambulatoire)	130,2	117,8	131,4	-9,5%	11,5%
Soins infirmiers	77,8	73,9	82,3	-5,0%	11,5%
Soins de kinésithérapie	129,4	149,8	161,1	15,8%	7,5%
Soins de psychothérapie		6,9	10,7		55,2%
Autres soins de santé ^d	72,3	78,3	87,0	8,3%	11,1%
Total des prestations au Luxembourg	2 668,5	2 909,8	3 188,0	9,0%	9,6%
Prestations à l'étranger	532,5	581,2	613,6	9,1%	5,6%
Total soins de santé	3 201,0	3 491,1	3 801,6	9,1%	8,9%

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'État 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 3,4 millions EUR en 2024.

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 diététiciens.

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 en continu. Etant 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, les chiffres concernant l'année d'observation la plus récente sont sous-estimés et sont à considérer comme données provisoires.

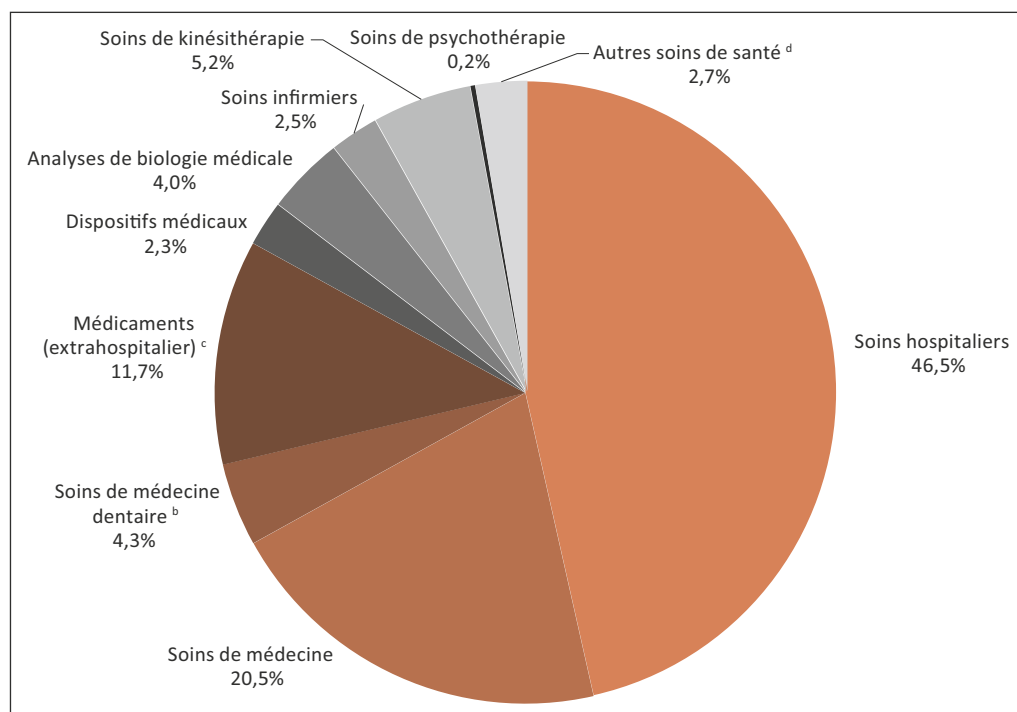
Les frais liés aux soins de maternité sont inclus dans les dépenses pour soins de médecine, pour soins de sage-femmes et dans les dépenses pour les dispositifs médicaux.

Selon la date de la prestation, l'assurance maladie-maternité prend en charge des soins de santé à hauteur de 3 188,0 millions EUR en 2024 délivrés principalement à la population protégée résidente⁵ au Luxembourg.

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



Graphique 14: Répartition des dépenses pour soins de santé au Luxembourg en 2024 ^a
(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'État 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 3,4 millions EUR en 2024.

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 diététiciens.

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) ⁶.

2.1.1.1. La distribution des soins de santé consommés

En 2024, les dépenses pour soins de santé délivrés à la population protégée résidente s'élèvent à 2 957,4 millions EUR. Sur les 598 575 personnes protégées résidentes, 593 446 bénéficient d'une prise en charge des soins de santé de la CNS ⁷. Le montant moyen pris en charge s'élève à 4 983,4 EUR par bénéficiaire ⁸.

6. Modèle comportemental de l'accès aux soins d'Andersen, 1995.

7. Le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente une valeur absolue.

8. Il s'agit de la moyenne remboursée pour l'ensemble des prestations en 2024 par personne bénéficiaire, et non pas d'une moyenne par acte ou par prestation.



Pour l'année 2024, l'analyse de la consommation des soins de santé au Luxembourg montre que :

- la moitié des bénéficiaires touche un remboursement inférieur à 1 546,5 EUR (remboursement médian) ;
- environ quatre cinquièmes des bénéficiaires (80%) touchent un montant inférieur au remboursement moyen (4 983,4 EUR) ;
- 98% des bénéficiaires touchent 67,0% de l'ensemble des soins de santé remboursés ;
- 2% des patients (11 869 personnes) ont un remboursement supérieur à 37 118,9 EUR et touchent donc 33,0% des remboursements de soins de santé ;
- le remboursement le plus élevé en 2024 est de 879 450,3 EUR.

L'examen de la part des 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 9: Évolution de la distribution des soins de santé consommés

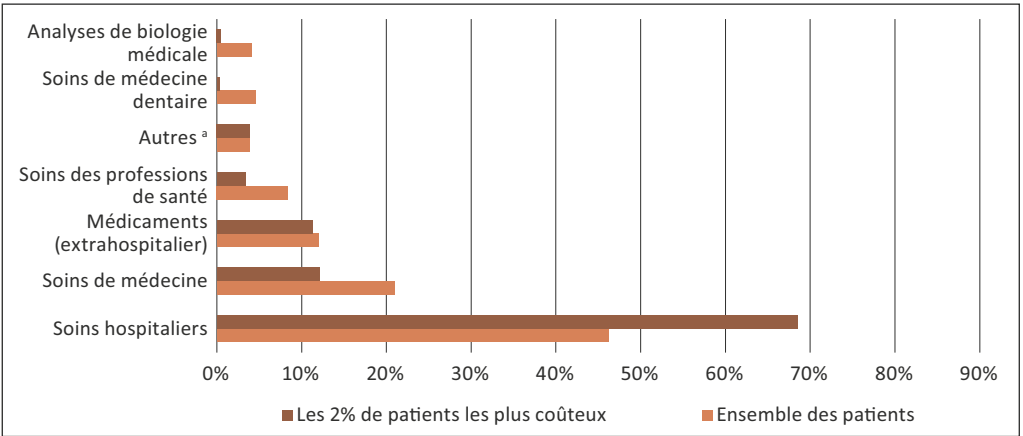
Pourcentage de patients	Part de la consommation totale		
	2004	2014	2024
50% bénéficient de	7,3%	6,7%	6,8%
75% bénéficient de	21,1%	19,1%	19,2%
98% bénéficient de	70,1%	67,5%	67,0%

Note de lecture : En 2024, 98% des patients ont consommé 67,0% de l'ensemble des soins de santé.

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

Un complément d'analyse compare, par type de prestation, la composition des soins de santé pris en charge pour l'ensemble des patients à la composition des soins de santé pris en charge des 2% des patients bénéficiant des montants pris en charge les plus élevés.

Graphique 15: Composition des soins de santé pris en charge pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients bénéficiant des montants pris en charge les plus élevés en 2024 (en % du total)



a. La catégorie « Autres » comprend les frais de voyage, les dispositifs médicaux, la rééducation et les cures, la médecine préventive, les soins palliatifs, les indemnités funéraires et les examens pré-nuptiaux ainsi que certaines expertises médicales.

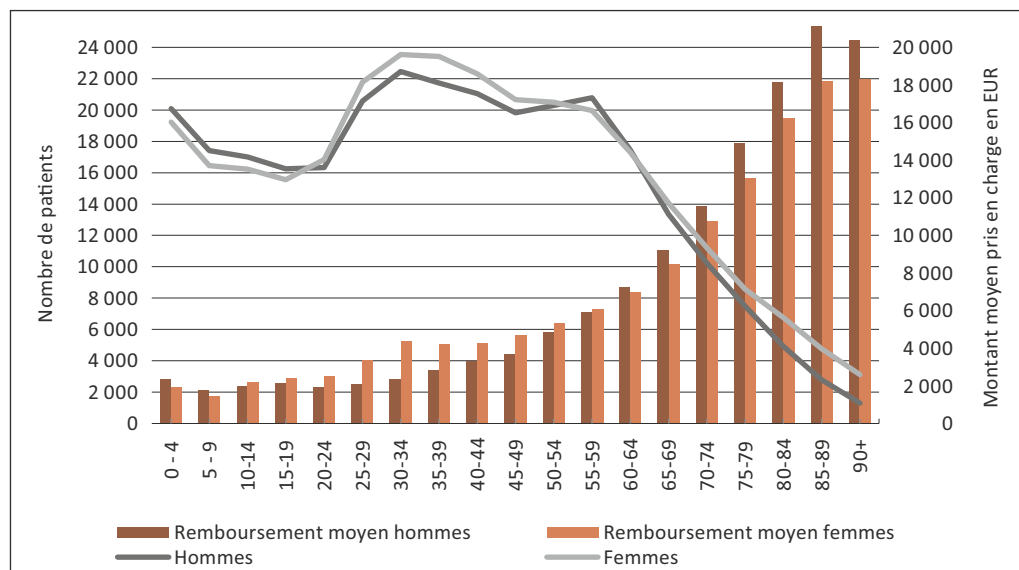
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.



Les prises en charge de soins hospitaliers représentent 68,6% des remboursements et paiements des prestations de soins de santé des 2% de patients bénéficiant des remboursements et paiements les plus élevés, tandis que ces frais ne représentent que 46,2% 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.

Graphique 16: Répartition du nombre de patients et du montant moyen de prise en charge par groupe d'âge et sexe en 2024 ^a



a. Soins ambulatoires et soins stationnaires.

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

Le graphique ci-dessus illustre, par sexe et par groupe d'âge, le nombre de bénéficiaires et le montant moyen pris en charge pour les soins de santé en 2024. 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 54 ans des patients ayant bénéficié d'un remboursement par la CNS. Pour ces mêmes groupes d'âge, la moyenne prise en charge pour les femmes est plus élevée. Cette situation peut être attribuée à l'effet maternité. A partir de 60 ans par contre, le nombre de femmes bénéficiant d'un remboursement ou d'un paiement de la CNS est supérieur à celui des hommes, tandis que le montant moyen pris en charge par 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.

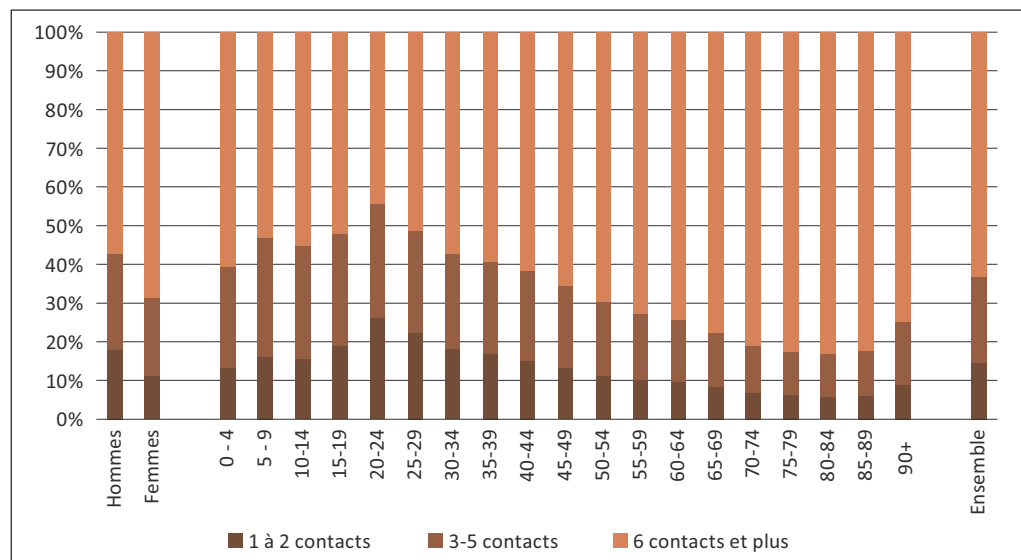
Le pourcentage de patients qui ont au moins un contact médical pendant l'année est sous-estimé, car il est calculé sur base de la population protégée résidente moyenne et les patients qui n'ont que consulté un médecin à l'étranger ne sont pas pris en compte. Les personnes qui ne se sont pas rendues chez le médecin pendant l'année sont également exclues. De plus, les données utilisées se basent sur la date de la prestation de 2024 et sont donc à considérer comme provisoires.

Finalement, les données de 2021 à 2023 utilisées 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 identifiable.

- 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 2024.

Graphique 17: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2024



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



En 2024, environ 94,0% de la population protégée résidente a au moins un contact médical en milieu extrahospitalier ⁹. La moitié des patients (médiane) a jusqu'à 7 contacts médicaux (7 en 2023) et la moyenne se situe autour de 9,7 contacts médicaux (9,5 en 2023). Les femmes ont en moyenne plus de contacts médicaux que les hommes (10,8 contre 8,6). 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 10: Évolution des contacts médicaux de 2020 à 2024 ^a

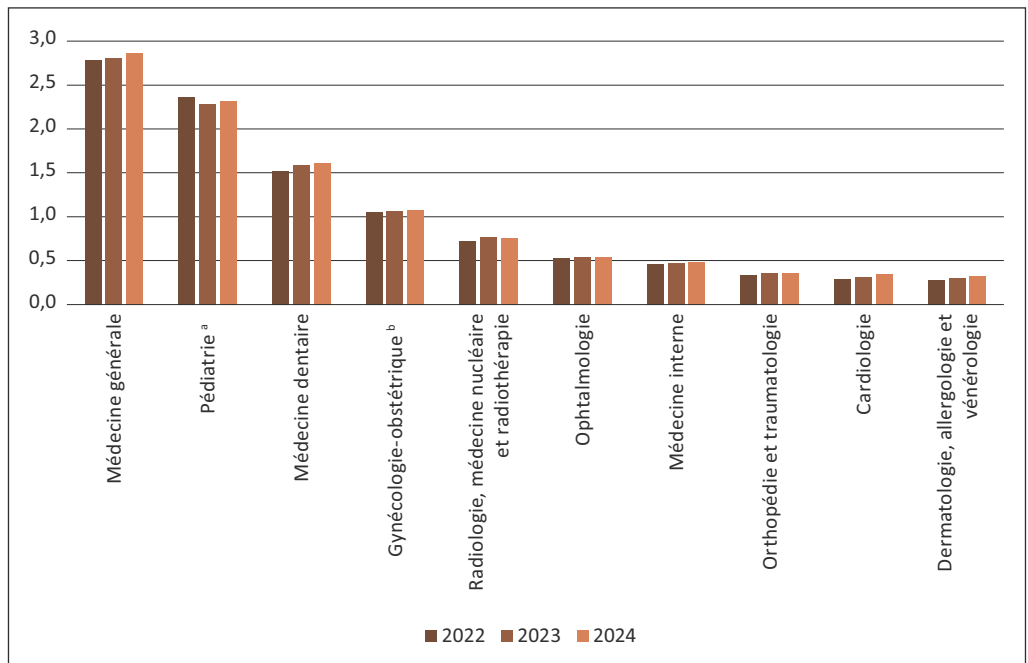
Contacts médicaux	2020	2021	2022	2023	2024
Total Patients	519 529	534 981	551 120	561 481	572 331
Variation en %	-0,7%	3,0%	3,0%	1,9%	1,9%
Total Contacts médicaux	4 353 663	4 885 413	5 148 171	5 380 277	5 570 416
Variation en %	-12,3%	12,2%	5,4%	4,5%	3,5%
Moyenne contacts médicaux	8,4	9,1	9,3	9,6	9,7
Médiane contacts médicaux	6	7	7	7	7

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

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

L'année 2024 se caractérise par des augmentations du nombre de patients de 1,9% et du nombre total de contacts médicaux de 3,5% par rapport à 2023.

Graphique 18: Évolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2022 à 2024 ^a



a. Contacts médicaux calculés sur base des enfants et adolescents (0 à 18 ans).

b. Contacts médicaux calculés sur base des patients féminins.

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

9. 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 2024, les personnes consultent le plus fréquemment les médecins généralistes (en moyenne 2,9 fois/an), les pédiatres (2,3 fois/an), les médecins dentistes (1,6 fois/an) et les gynécologues et obstétriciens (1,1 fois/an). Au cours des 3 dernières années, la distribution des médecins consultés selon leur spécialité reste stable.

2.1.1.3. Les soins urgents en médecine extrahospitalière

Cette sous-section porte sur les soins urgents prestés en milieu extrahospitalier entre 2020 et 2024 aux assurés affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise et pris en charge par l'assurance maladie-maternité ¹⁰.

Encadré méthodologique

Les soins urgents en médecine extrahospitalière regroupent les consultations et les visites effectuées par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en pédiatrie et les médecins spécialistes en gériatrie en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Il s'agit plus précisément des actes prestés le soir, le samedi, le dimanche et les jours fériés. Les actes prestés dans les maisons médicales de garde font également partie de ces soins urgents en médecine extrahospitalière. Les forfaits horaires, introduits dans le cadre de la prise en charge des patients COVID-19 (acte FC45), ne sont pas inclus dans les statistiques qui suivent. La téléconsultation, par contre, est bien prise en compte dans la présentation des résultats.

Le tableau qui suit donne un aperçu global de l'évolution des consultations et visites prestées en milieu extrahospitalier entre 2020 et 2024.

Tableau 11: Évolution du nombre de consultations et de visites réalisées en milieu extrahospitalier entre 2020 et 2024

Type de consultations	2020	2021	2022	2023	2024
Consultations et visites normales	1 470 150	1 595 510	1 737 881	1 775 200	1 859 209
Consultations et visites urgentes	34 520	41 034	59 450	61 161	66 085
TOTAL	1 504 670	1 636 544	1 797 331	1 836 361	1 925 294

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

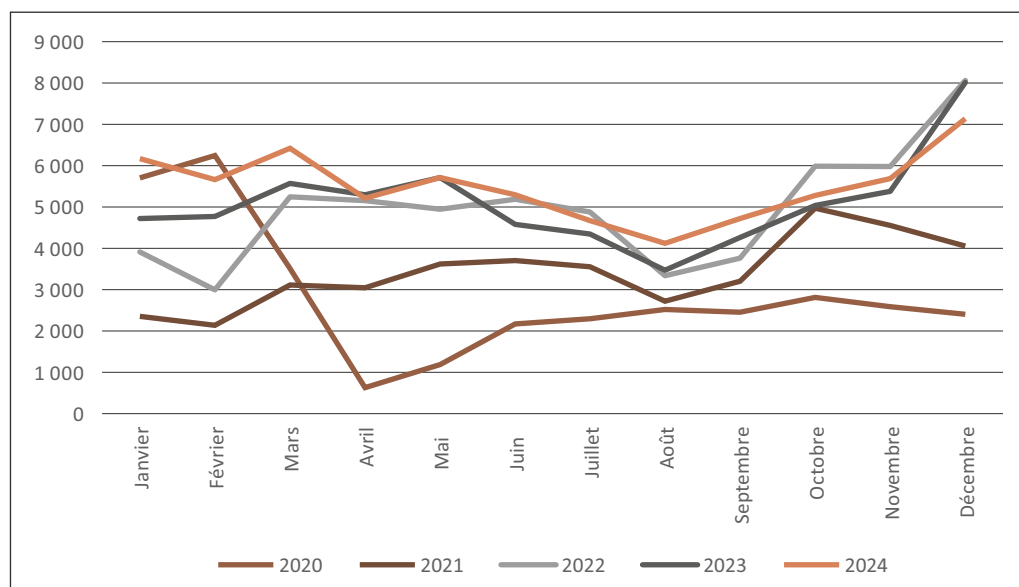
En 2020, sur un total de près de 1,7 million de consultations et de visites réalisées en milieu extrahospitalier, 2,3% sont des soins urgents. En 2020 et 2021, ce pourcentage se situe respectivement à 2,4% et 2,5%, pour passer à 3,3% en 2022. En 2023, cette part reste inchangée, tandis qu'en 2024 elle augmente légèrement à 3,4%.

En 2020, suite aux restrictions imposées par la crise sanitaire liée à la COVID-19, le nombre de consultations et de visites urgentes diminue de 38,7% avant d'augmenter de 18,9% en 2021 et de 44,8% en 2022. En 2023, la progression est moindre avec une hausse de 2,9%. L'année 2024 se caractérise par une forte hausse de 8,5% des consultations et visites urgentes.

10. Etat des lieux des soins urgents en médecine au Luxembourg.



Graphique 19: Évolution mensuelle du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier entre 2020 et 2024



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

Le graphique sur l'évolution mensuelle du nombre de consultations et de visites urgentes montre la baisse importante du nombre mensuel de consultations et de visites urgentes à partir du mois de mars 2020, mois qui marque le début de la pandémie liée à la COVID-19 au Luxembourg. Entre mars 2020 et mai 2020, le nombre très bas de consultations et de visites urgentes effectuées en milieu extrahospitalier s'explique par le premier confinement et par la fermeture des cabinets médicaux ¹¹. La situation se stabilise à partir du mois de juin 2020. Le nombre de consultations et de visites urgentes se situe alors entre 2 200 et 2 800 par mois.

Les premiers mois de l'année 2021 affichent le même niveau de consultations et de visites tel qu'observé au cours de la 2e moitié de l'année 2020. Néanmoins, à partir du mois de mars 2021, le nombre augmente et présente un maximum au mois d'octobre 2021 avec environ 4 900 actes.

En 2022, le nombre de consultations et de visites urgentes atteint son pic en hiver (dès le mois d'octobre) ce qui est en lien avec la vague de la grippe observée dès le mois d'octobre et des infections aux virus RSV (Respiratory Syncytial Virus) et HRV (Human Rhinovirus). Cette tendance atteint son maximum en décembre, avec environ 8 000 actes réalisés.

L'évolution mensuelle du nombre de consultations et de visites urgentes observée en 2023 est proche de celle observée en 2022. Néanmoins, les mois de janvier et février 2023 se caractérisent par un nombre plus important d'actes réalisés ce qui s'explique par les retombées de la grippe et des infections respiratoires ayant débutés en octobre 2022 ¹².

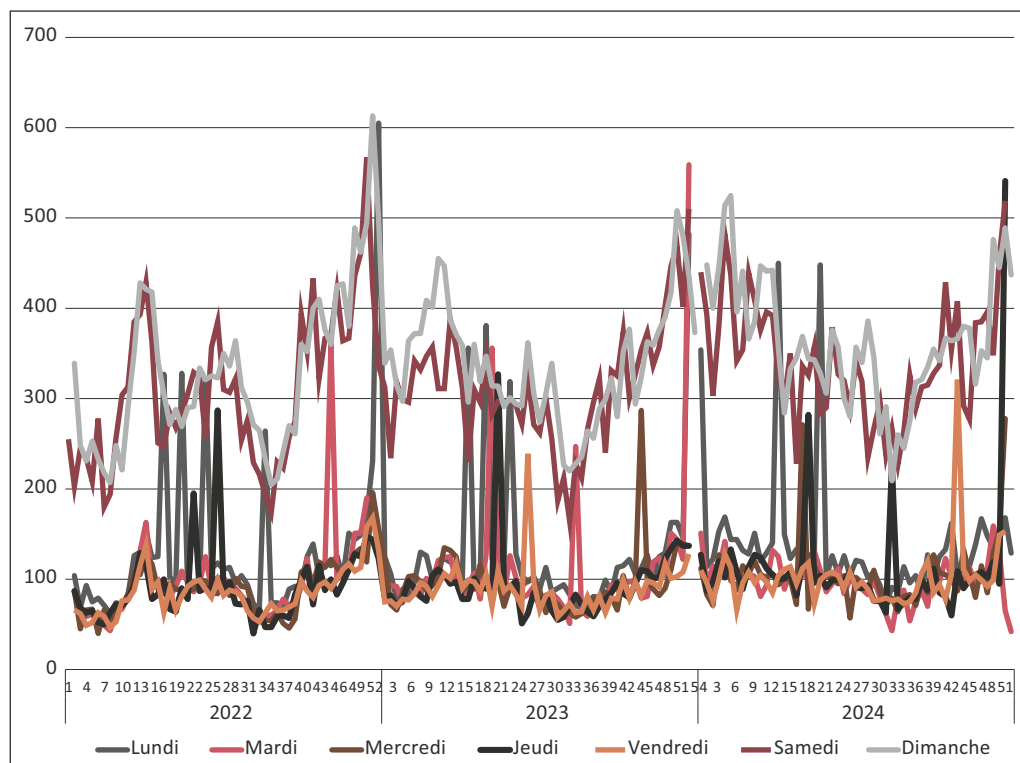
11. Le premier confinement a duré du 16 mars 2020 au 24 mai 2020 et la limitation aux problèmes de santé les plus sévères et/ou urgents de l'activité médicale en cabinet libéral couvrait la période du 18 mars 2020 au 4 mai 2020.

12. Respiratory Virus in Luxembourg (ReViLux) – Sentinel Network Reports



L'année 2024 présente également les variations saisonnières de l'année. Le premier trimestre enregistre ainsi un nombre élevé d'actes avec un pic au mois de mars avec 6 400 actes réalisés. Après une baisse entre avril et août 2024, l'activité repart à la hausse pour atteindre de nouveau le maximum au mois de décembre.

Graphique 20: Évolution du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier par jour et semaine entre 2022 et 2024



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

Sur la période allant de 2022 à 2024, le samedi et le dimanche sont les jours qui présentent le plus grand nombre de consultations et de visites urgentes effectuées en milieu extrahospitalier. Ce nombre est élevé parce que les consultations et visites urgentes prestées le samedi et le dimanche peuvent être fournies à tout moment de la journée et quel que soit le lieu de la prestation. L'activité moins soutenue les autres jours de la semaine s'explique par le fait que, du lundi au vendredi (sauf jours fériés), l'activité urgente prise en compte dans l'analyse se limite aux soins prestés le soir entre 19 heures et 22 heures ou la nuit entre 22 heures et 7 heures, donc après la fermeture des cabinets médicaux. Les consultations urgentes facturées par les médecins dans le cas d'une consultation sur rendez-vous pendant les heures d'ouverture des cabinets ne sont pas considérées dans cette analyse.



Tableau 12: Part de l'activité des maisons médicales de garde et des cabinets médicaux ou autres dans les consultations et visites urgentes en milieu extrahospitalier entre 2020 et 2024 ^a

Lieu de prestation	2020	2021	2022	2023	2024
Maison médicale de garde	49,1%	51,3%	43,6%	41,4%	43,8%
Cabinet médical ou autre	50,9%	48,7%	56,4%	58,6%	56,2%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

a. Les prestations délivrées dans les maisons médicales de garde n'incluent pas les prestations délivrées dans la maison médicale pédiatrique de garde.

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

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 soins médecine dentaire.

2.1.2.1. L'activité médicale au Luxembourg

Encadré méthodologique

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.

En 2024, les honoraires de l'ensemble des médecins se chiffrent à 862,9 millions EUR, soit 16,6% de plus qu'en 2023. Le volume des honoraires des médecins généralistes augmente de 14,8%, celui des médecins spécialistes de 18,5% et celui des médecins dentistes de 13,8%. Ces évolutions s'expliquent entre autres par la hausse de l'échelle mobile des salaires (EMS) de 2,5% et la variation de l'activité.



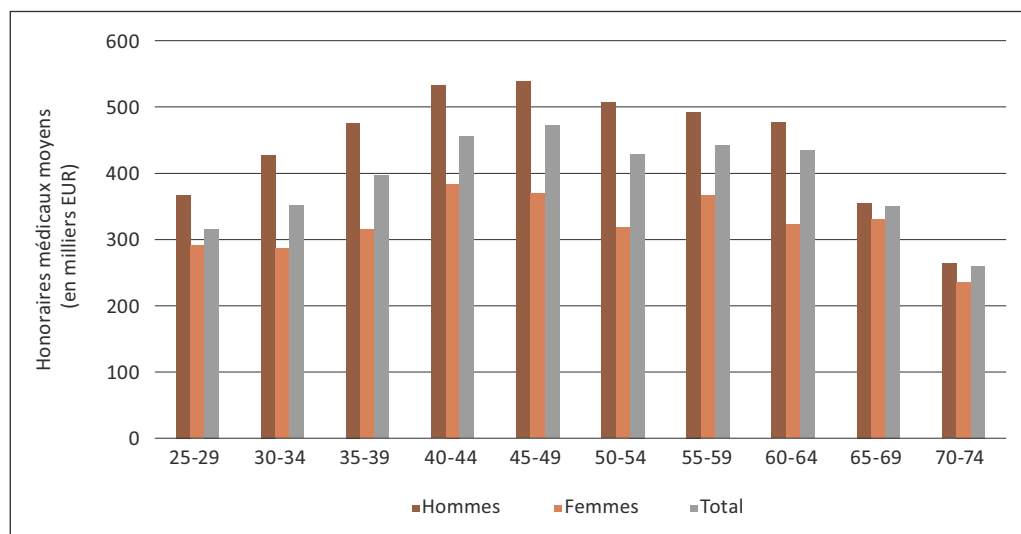
Tableau 13: Évolution du volume des honoraires des médecins depuis 2015 (en millions EUR)

	2015	2019	2024	Variation moyenne annuelle 2015/2024
Médecins généralistes	71,7	92,1	137,6	7,5%
Médecins spécialistes	263,9	313,4	486,7	7,0%
Médecins dentistes	124,7	154,7	238,6	7,5%
Total des médecins	460,3	560,2	862,9	7,2%

Source : CNS, calcul IGSS.

Le graphique suivant, qui reproduit le montant moyen des honoraires, ventilé par groupe d'âge et sexe, montre qu'il y a des différences 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 au temps de travail de celles-ci.

Graphique 21: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2024 (en milliers EUR)

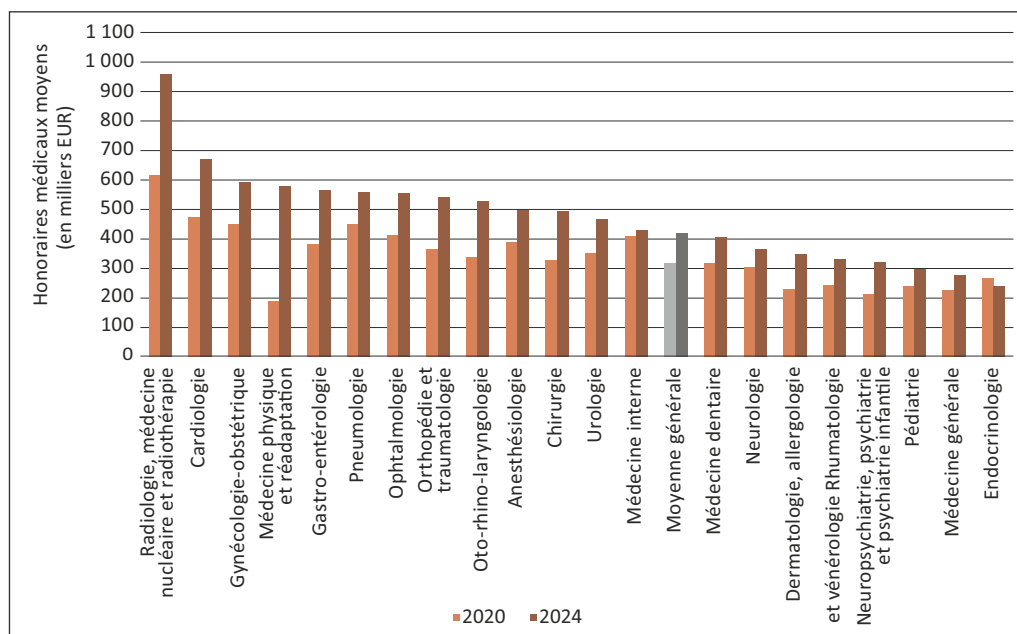


Source : CNS, calcul IGSS.

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 2020 à 2024 montre une diminution chez les médecins spécialistes en endocrinologie.



Graphique 22: Évolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2020 et 2023 (par ordre décroissant pour 2024)

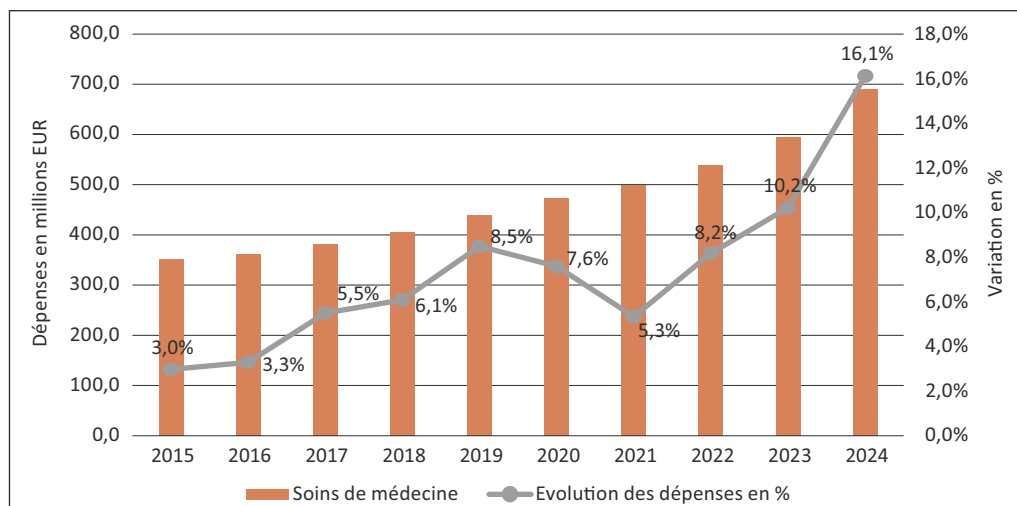


Source : CNS, calcul IGSS.

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

Les graphiques qui suivent présentent l'évolution des dépenses pour soins de médecine et pour soins de médecine dentaire prises en charge par l'assurance maladie-maternité sur la période allant de 2015 à 2024.

Graphique 23: Évolution des dépenses pour soins de médecine ^{a b c}



a. Données établies selon la date de la prestation.

b. Soins hospitaliers et extrahospitaliers.

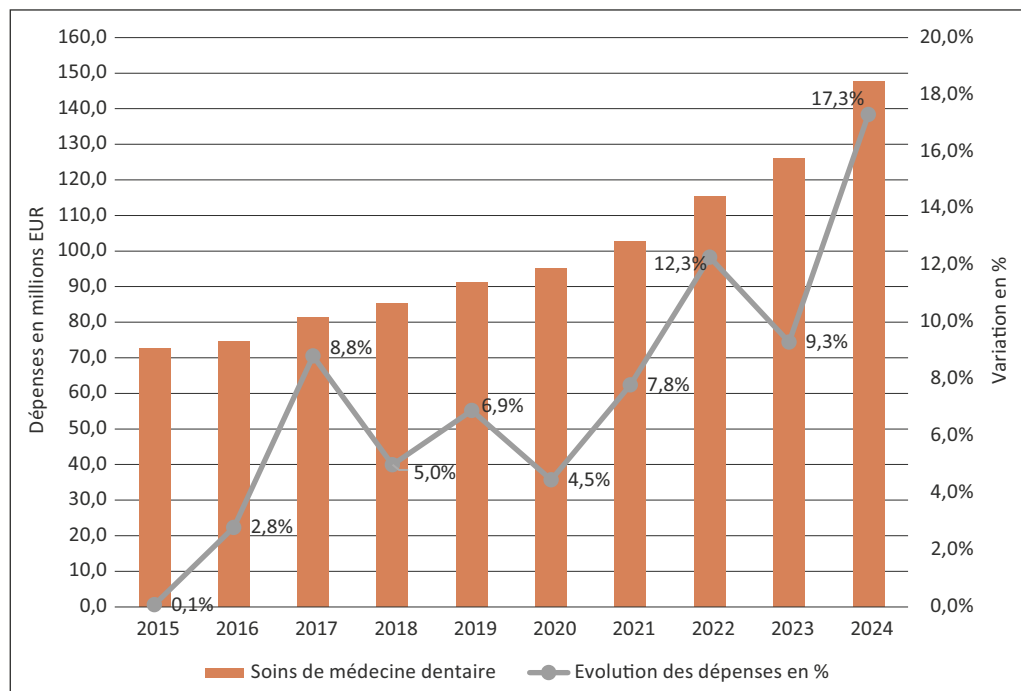
c. Y compris les frais médicaux en cas d'accouchement.

Source : CNS.



En 2024, les dépenses pour soins de médecine augmentent de 16,1%. Cette évolution est liée à la variation de l'EMS (+2,5%), à la variation de l'activité médicale (6,5%) et au résultat de la négociation tarifaire 2023/2024 de 2,68%. Compte tenu de la mise en application tardive de l'adaptation de la valeur de la lettre-clé des médecins, la valeur de la lettre-clé est augmentée d'un facteur de rattrapage pour la période allant du 1^{er} mars 2024 au 31 décembre 2024 (+3,7%).

Graphique 24: Évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire ^{a b}



- 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'État 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 3,4 millions EUR en 2024.

Source : CNS.

En 2024, l'évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire se situe à 17,3%. Cette évolution tient compte de l'évolution de l'EMS (+2,5%), d'une variation de l'activité (7,8%), de l'adaptation de la nomenclature des soins dentaires (8,3 millions EUR pour 2024) et du résultat de la négociation tarifaire 2023/2024 de 2,68%. Compte tenu de la mise en application tardive de l'adaptation de la valeur de la lettre-clé des médecins dentistes, la valeur de la lettre-clé sera augmentée d'un facteur de rattrapage pour la période allant du 1^{er} mars 2024 au 31 décembre 2024 (+3,7%).

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 établissements hospitaliers. 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

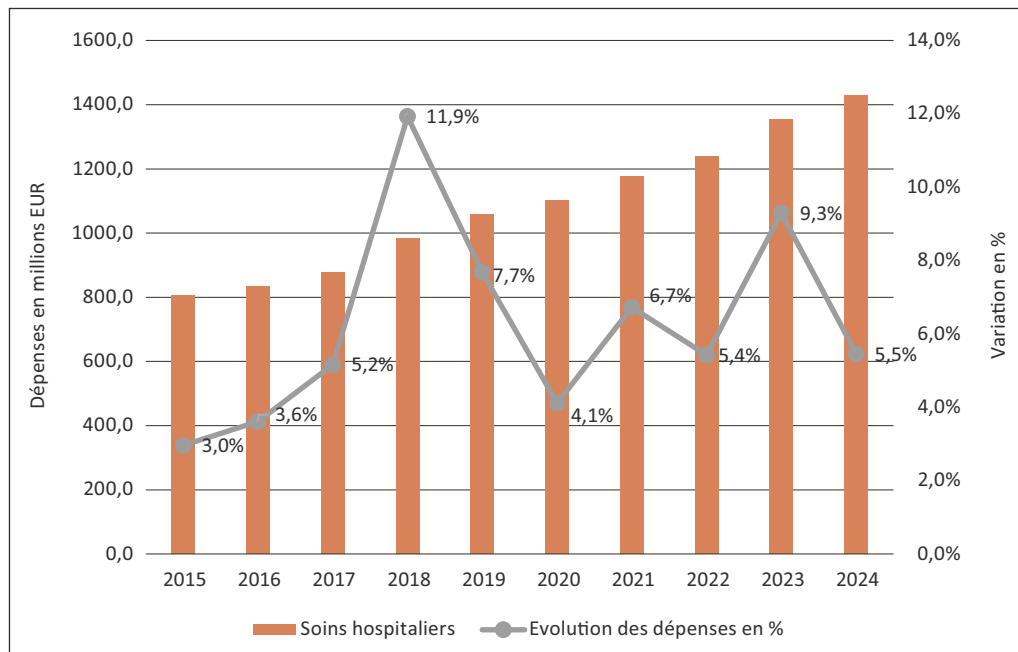
Encadré méthodologique

Les dépenses pour soins hospitaliers présentées dans cette sous-section correspondent à celles opposables à l'assurance maladie-maternité, financées soit dans le cadre de l'enveloppe budgétaire globale des hôpitaux (EBG), soit en dehors de l'EBG en ce qui concerne les prestations à rémunérer de manière individuelle ou par forfait. Comme l'analyse se limite aux soins hospitaliers effectués au Luxembourg et pris en charge par l'assurance maladie-maternité, les dépenses à charge de l'assurance accident et des assurances maladie étrangères sont exclues.

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 opposables à l'assurance maladie maternité.

Graphique 25: Évolution des dépenses pour soins hospitaliers ^a



a. Données établies selon la date de la prestation.

Source : CNS.

En 2024, les dépenses pour soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité s'élèvent à 1 428,3 millions EUR, soit une augmentation de 5,5% par rapport à 2023.



2.1.3.2. Les journées d'hospitalisation

Encadré méthodologique

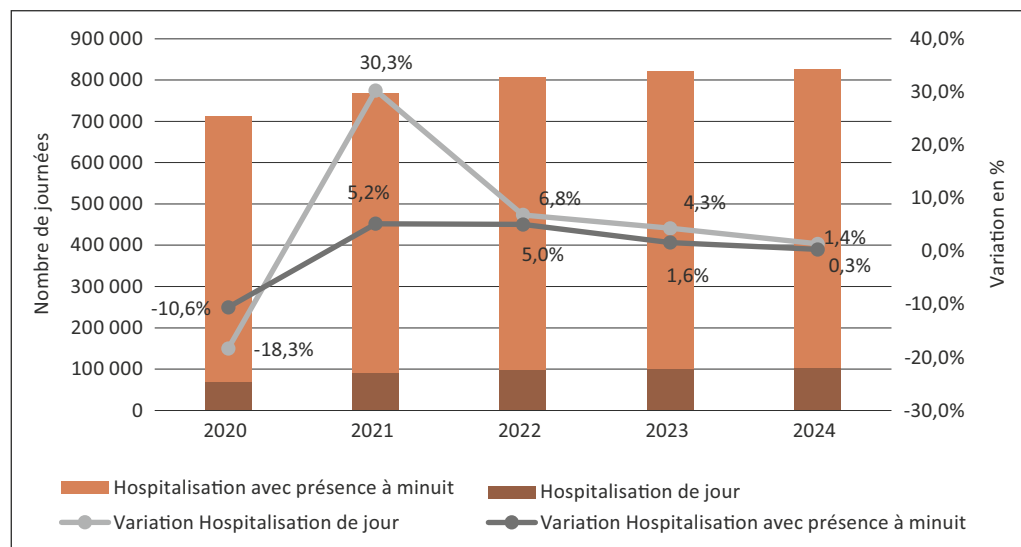
Les statistiques de cette sous-section sont établies du point de vue du patient. Ainsi par exemple, un seul " épisode " hospitalier est mis en compte pour un patient lors d'un séjour stationnaire, ininterrompu, même si ce séjour comporte des transferts vers d'autres établissements spécialisés (p.ex. 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 relatives aux journées d'hospitalisation concernent les prestations offertes aux assurés résidents et non-résidents au sein des établissements hospitaliers au Luxembourg et regroupent certaines entités fonctionnelles telles que les soins normaux, les soins intensifs, l'hôpital de jour psychiatrique et pédiatrique, l'hôpital de jour chirurgical et non-chirurgical.

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 2024, un total de 826 264 journées sont facturées en milieu hospitalier au Luxembourg aux assurés résidents et non-résidents, ce qui correspond à une hausse de 0,5% par rapport à 2023. Ce total se compose de 771 652 journées pour les résidents (93,4%) et de 54 612 journées pour les non-résidents (6,6%).

Graphique 26: Évolution des journées d'hospitalisation par type d'hospitalisation de 2020 à 2024



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

Ce graphique met en évidence 2 tendances. La première implique le « virage ambulatoire ». En effet, de plus en plus de patients sont pris en charge dans des hospitalisations de jour, le recours aux hospitalisations avec présence à minuit 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 qui a débuté au mois de mars et qui allait jusqu'au mois de mai 2020 et à partir d'octobre 2020 pour une deuxième fois.

Finalement, après des hausses importantes des journées d'hospitalisations en 2021 et en 2022 dues à la reprise de l'activité normale après les contraintes liées à la COVID-19, l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisations se normalise en 2023 et reste faible en 2024.

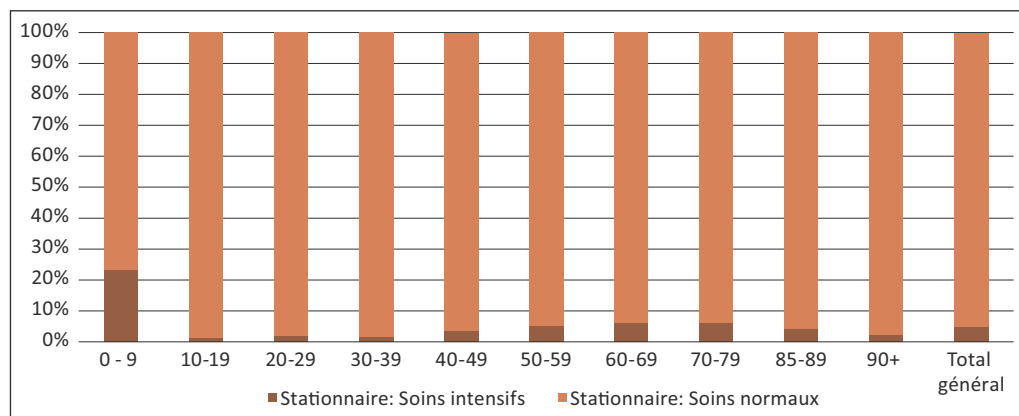
Plus précisément, les journées facturées pour des séjours hospitaliers avec au moins une nuitée ¹³ augmentent de 0,3% par rapport à 2023 et se chiffrent à 723 665 en 2024 pour les assurés résidents et non-résidents. La part de ces journées pour les assurés non-résidents se chiffre à 44 096, soit 6,1% du total. Les soins normaux sont l'unité d'œuvre la plus souvent facturée pour tous les assurés avec 95,0% de l'ensemble des journées facturées. Les soins intensifs représentent 5,0% 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 102 599 en 2024, ce qui correspond à une hausse de 1,4% par rapport à 2023. Parmi ce total, 10 516 journées sont facturées aux assurés non-résidents, ce qui correspond à 10,2% du total. Les hospitalisations de jour concernent un total de 53 010 patients (50 771 en 2023, hausse de 4,4%), dont 5 903 assurés non-résidents (11,1%).

Les passages en hôpital de jour chirurgical ¹⁴ présentent 42,0% des hospitalisations de jour (41,3% en 2023), les soins normaux en concernent 11,5% (12,6% en 2023), les soins intensifs en concernent 0,3% (0,3% en 2023), les hospitalisations de jour en psychiatrie 28,3% (30,0% en 2023), les hospitalisations de jour non chirurgicales 15,3% (13,5% en 2023) et les hospitalisations de jour pédiatriques 2,5% (2,4% en 2023). Cette répartition est similaire pour les résidents et les non-résidents.

Les deux graphiques qui suivent illustrent, par groupe d'âge, la part des différents types de journées facturées aux assurés résidents et non-résidents.

Graphique 27: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2024 (en %)



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

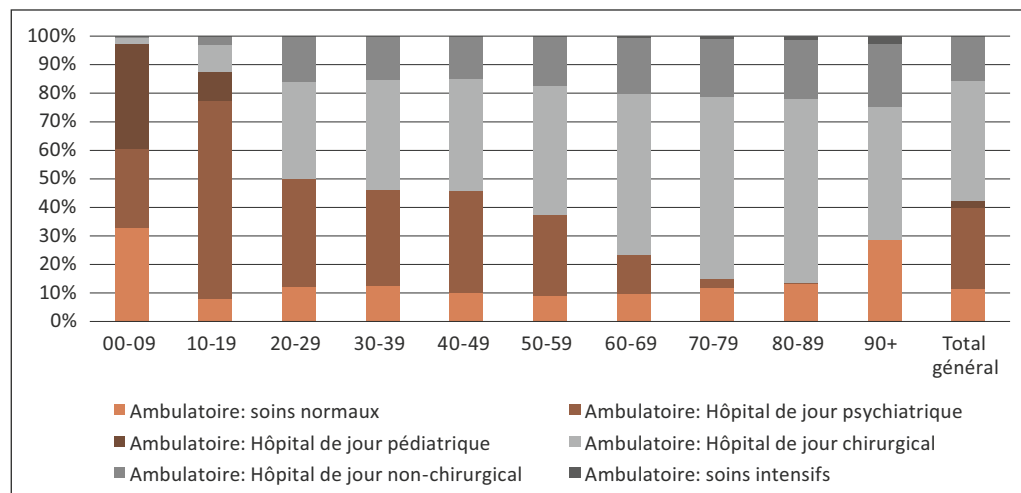
13. Soins normaux et soins intensifs.

14. A partir du 1^{er} 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 ».



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 59 933 personnes (57 401 en 2023, hausse de 4,4%), dont 6 122 assurés non-résidents (10,2%).

Graphique 28: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2024 (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 69,4% (71,1% en 2023) 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 admissions (ou plus) en hôpital sont comptées pour un patient transféré entre établissements au cours d'un « épisode » du patient. La comparabilité est donc limitée.

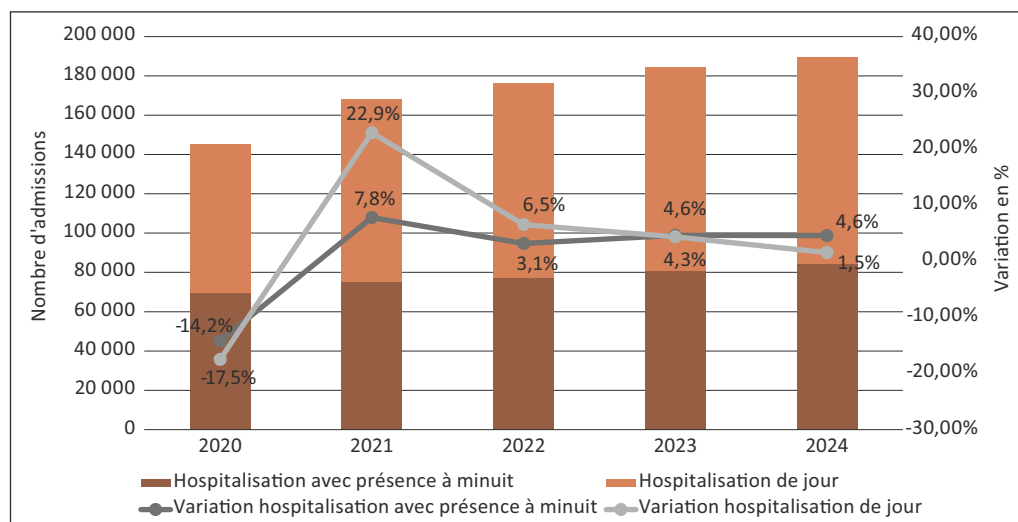
Les données relatives aux admissions à l'hôpital concernent les prestations offertes aux assurés résidents et non-résidents au sein de tous les établissements hospitaliers du Luxembourg.

Les statistiques sur les diagnostics principaux se basent sur les admissions des assurés résidents et non-résidents en hôpital de jour et en milieu stationnaire encodées par les établissements hospitaliers dans le cadre de la documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH). Elles ne sont établies que pour les hôpitaux aigus. Sont donc 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 graphique qui suit illustre l'évolution du nombre d'admissions dans les établissements hospitaliers selon le type d'hospitalisation.

Graphique 29: Évolution du nombre d'admissions par type d'hospitalisation de 2020 à 2024



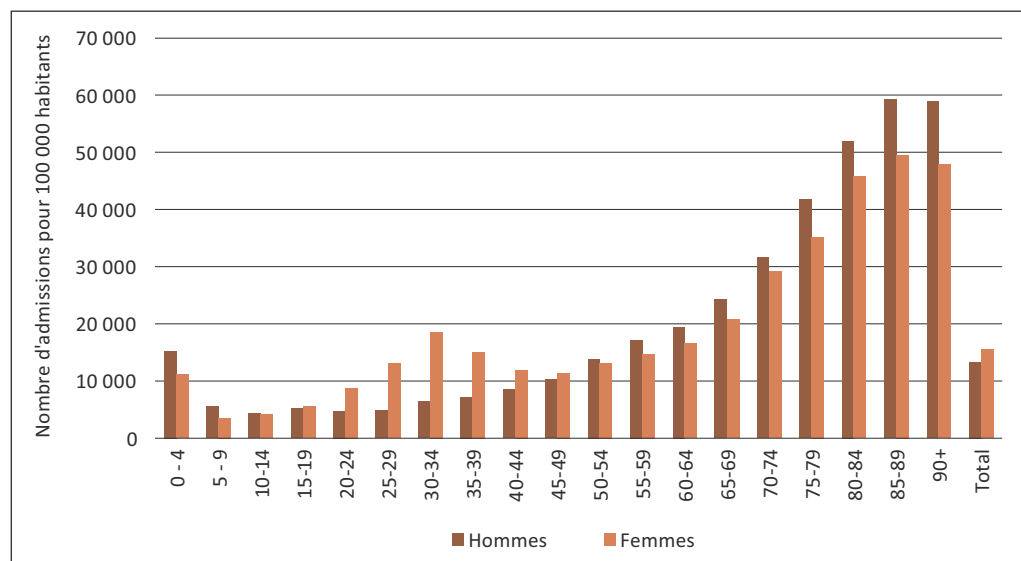
Source : bases de données de la sécurité sociale et DCSH, calcul IGSS



En 2024, 84 563 admissions en hospitalisation avec nuitée et 104 985 admissions en hospitalisation de jour sont prises en charge par l'assurance maladie-maternité au Luxembourg ¹⁵ pour les assurés résidents et non-résidents. Les hospitalisations avec nuitée augmentent de 4,6% par rapport à 2023 et les hospitalisations de jour de 1,5%. Tandis que le nombre d'admissions des assurés résidents augmente faiblement (+4,1% pour les admissions avec nuitée et +0,2% pour celles en hospitalisation de jour), une croissance de 9,9% pour les admissions avec nuitée et de 15,4% des hospitalisations de jour s'observe auprès des assurés non-résidents. Ainsi, pour les deux types d'hospitalisation, la part des admissions d'assurés non-résidents augmente. Elle atteint 9,2% des hospitalisations avec nuitée et 10,3% des hospitalisations de jour en 2024, contre 8,7% respectivement 9,0% en 2023.

Le graphique suivant illustre le nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe et se concentre que sur les admissions des assurés résidents.

Graphique 30: Nombre d'admissions en hospitalisation avec nuitée pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2024



a. Rapport calculé par rapport à la population protégée résidente.

b. Sans les personnes déclarées résidentes mais habitant à l'étranger.

Source : données CNS, calcul IGSS.

En 2024, le nombre d'admissions hospitalières avec au moins une nuitée s'élève en moyenne à 12 622 pour 100 000 personnes protégées résidentes, celui des hospitalisations de jour à 15 484.

Le taux élevé des admissions chez les femmes âgées de 15 à 49 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. Le nombre

15. 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) pour les assurés résidents et non-résidents et non-résidents.



d'admissions augmente avec l'âge pour atteindre un maximum de 5/10 chez les hommes âgés entre 85 et 89 ans.

Les deux tableaux qui suivent illustrent l'évolution du Top 10 du nombre d'admissions par diagnostic principal en hôpital de jour, respectivement en hospitalisation avec nuitée dans les hôpitaux aigus ¹⁶.

Tableau 14: Évolution du Top 10 du nombre d'admissions en hôpital de jour par diagnostic principal ^a

Chapitre ICD-10-CM	2022		2023		2024	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
CHAPITRE XXI: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	35 693	32,4%	36 043	31,3%	44 070	35,0%
CHAPITRE XI: Maladies de l'appareil digestif	13 132	11,9%	14 463	12,6%	15 302	12,2%
CHAPITRE II: Tumeurs	11 675	10,6%	12 757	11,1%	13 361	10,6%
CHAPITRE XIII: Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	10 052	9,1%	10 649	9,3%	11 045	8,8%
CHAPITRE VII: Maladies de l'oeil et de ses annexes	7 024	6,4%	7 083	6,2%	6 981	5,5%
CHAPITRE IX: Maladies de l'appareil circulatoire	4 992	4,5%	5 559	4,8%	5 959	4,7%
CHAPITRE VI: Maladies du système nerveux	4 602	4,2%	4 898	4,3%	5 368	4,3%
CHAPITRE XIV: Maladies de l'appareil génito-urinaire	4 339	3,9%	4 319	3,8%	4 134	3,3%
CHAPITRE XIX: Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	3 036	2,8%	3 453	3,0%	3 304	2,6%
CHAPITRE IV: Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2 650	2,4%	2 857	2,5%	3 669	2,9%

a. Les diagnostics principaux sont classés selon la classification internationale des maladies ICD-10-CM.

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

En 2024, 35,0% des admissions en hôpital de jour présentent un diagnostic du chapitre 21 - *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé*. 15 302 admissions sont liées aux maladies de l'appareil digestif (chapitre 11 – 12,2%) et 13 361 aux tumeurs (chapitre 2 – 10,6%).

16. Cf. Encadré méthodologique pour plus de détails.



Tableau 15: Évolution du Top 10 du nombre d'admissions en hospitalisation avec nuitée par diagnostic principal ^a

Chapitre ICD-10-CM	2022		2023		2024	
	Nombre	en % du total	Nombre	en % du total	Nombre	en % du total
CHAPITRE XXI: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	11 891	13,8%	12 159	13,5%	11 961	12,8%
CHAPITRE XIX: Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	8 913	10,3%	9 126	10,1%	9 533	10,2%
CHAPITRE XV: Grossesse, accouchement et puerpéralité	8 593	10,0%	8 498	9,4%	8 775	9,4%
CHAPITRE IX: Maladies de l'appareil circulatoire	7 786	9,0%	8 331	9,2%	8 508	9,1%
CHAPITRE XIII: Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	7 395	8,6%	8 067	8,9%	8 584	9,2%
CHAPITRE XI: Maladies de l'appareil digestif	6 575	7,6%	7 032	7,8%	7 270	7,8%
CHAPITRE X: Maladies de l'appareil respiratoire	5 882	6,8%	6 814	7,6%	7 412	7,9%
CHAPITRE II: Tumeurs	5 489	6,4%	5 705	6,3%	6 068	6,5%
CHAPITRE XIV: Maladies de l'appareil génito-urinaire	4 604	5,3%	4 906	5,4%	5 191	5,6%
CHAPITRE VI: Maladies du système nerveux	4 281	5,0%	4 717	5,2%	5 165	5,5%

a. Les diagnostics principaux sont classés selon la classification internationale des maladies ICD-10-CM.

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

En 2024, 11 961 admissions, soit 12,8% du nombre total d'admissions ont comme diagnostic principal le chapitre 21 - *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé*. Le chapitre 19 - *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes* occupe la deuxième place avec 9 533 admissions (10,2% du total) et le chapitre 15 - *Grossesse, accouchement et puerpéralité* la troisième place avec 8 775 admissions (9,4% du total).



2.1.3.4. 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.). 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 Rehacenter 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 pour les assurés résidents et non-résidents.

Tableau 16: Le type d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus par résidence en 2019 et en 2024 ^a

Type d'hospitalisation	2019			2024		
	R	NR	Total	R	NR	Total
Nombre d'admissions hospitalières comprenant au moins une nuit à l'hôpital	72 342	5 312	77 654	73 213	7 595	80 808
Nombre d'admissions avec entrée et sortie le même jour (ESMJ), sans nuitée ^b	78 871	5 246	84 117	86 372	10 051	96 423
- dont nombre d'admissions en hôpital de jour chirurgical, non-chirurgical et pédiatrique	43 074	2 671	45 745	57 228	6 275	63 503
- dont nombre d'admissions en hôpital de jour psychiatrique	20 641	1 046	21 687	18 539	2 286	20 825
Nombre total d'admissions hospitalières	151 213	10 558	161 771	159 585	17 646	177 231
Durée moyenne de séjour ^c	7,6	5,0	7,4	7,3	5,3	7,1
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 4 jours	79,5%	85,7%	79,9%	81,1%	88,3%	81,9%
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 7 jours	87,3%	93,4%	87,7%	88,7%	94,6%	89,3%
Rapport nombre ESMJ / Nombre total d'hospitalisations ^b	52,2%	49,7%	52,0%	54,1%	57,0%	54,4%

a. A l'exclusion des établissements de rééducation psychiatrique et gériatrique, de Haus Omega, du Rehacenter (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



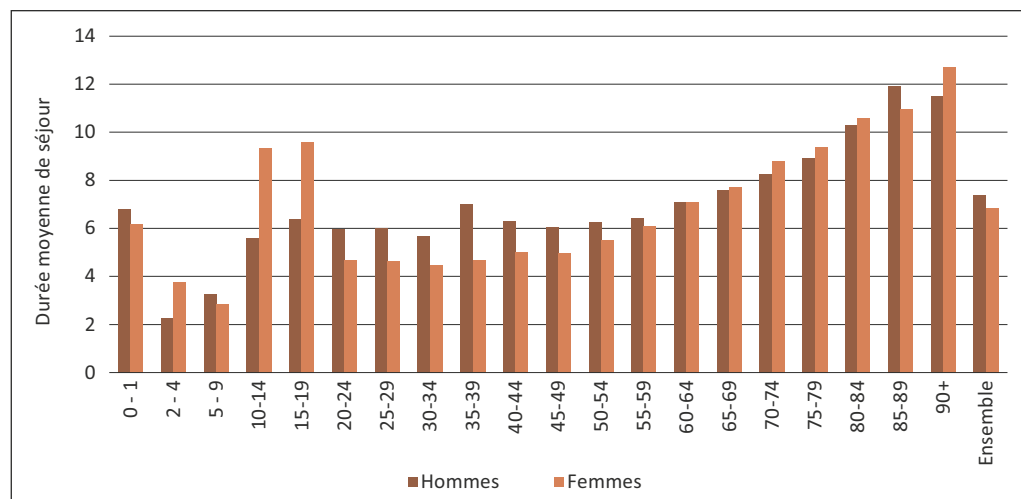
Sur la période allant de 2019 à 2024, de différences importantes apparaissent entre les assurés résidents (R) et non-résidents (NR) concernant les hospitalisations dans les hôpitaux aigus. Le nombre total d'admissions hospitalières atteint 177 231 en 2024, dont 159 585 pour les résidents et 17 646 pour les non-résidents. Par rapport à 2019, la hausse des admissions est modérée pour les résidents (+5,5%), mais très marquée pour les non-résidents (+67,1%). Cette progression est particulièrement visible pour les hospitalisations comprenant avec nuitée (+43,0% pour les assurés NR) et pour les admissions sans nuitée (ESMJ), qui augmentent de 91,6% chez les non-résidents.

En 2024, les non-résidents recourent davantage aux hospitalisations de jour, notamment chirurgicales, non-chirurgicales et pédiatriques (+134,9% par rapport à 2019 contre +32,9% pour les résidents). Les hospitalisations de jour psychiatriques diminuent chez les résidents (-10,2%), mais augmentent fortement chez les non-résidents (+118,5%).

La durée moyenne de séjour reste plus courte pour les non-résidents (5,3 jours en 2024) que pour les résidents (7,3 jours en 2024). Cette tendance se confirme dans les taux de séjours courts, qui sont plus élevés pour les assurés non-résidents. De plus, les hospitalisations sans nuitée représentent 57,0% des admissions des non-résidents en 2024, contre 54,1% pour les résidents

Le graphique suivant présente la durée moyenne de séjour observée dans les hôpitaux aigus et ventilée par groupe d'âge et sexe des assurés résidents et non-résidents en 2024.

Graphique 31: Durée moyenne de séjour par groupe d'âge et sexe en 2024 (hôpitaux aigus)



Source : Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, calcul IGSS.

La durée moyenne de séjour des 80 808 hospitalisations des assurés résidents et non-résidents avec au moins une nuitée se situe à 7,1 jours en 2024 (7,2 jours en 2023). 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. Ceci étant donné 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.



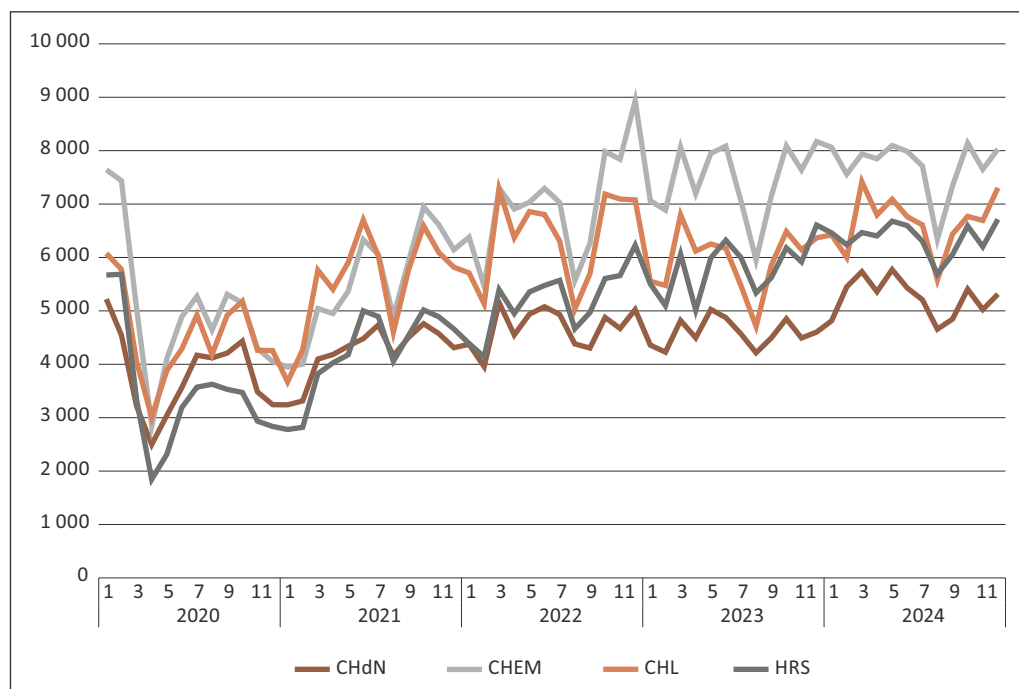
2.1.3.5. Focus sur les soins urgents en médecine hospitalière

Dans cette sous-section les passages aux services d'urgence des établissements hospitaliers sont analysés dans un premiers temps et l'activité médicale associée à ces passages aux services d'urgence dans un deuxième temps.

Nombre de passages aux urgences des centres hospitaliers

Les graphiques et tableaux suivants donnent un aperçu détaillé de l'évolution du nombre de passages aux urgences dans les centres hospitaliers en déclinant ces passages dans le temps.

Graphique 32: Évolution mensuelle du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par centre hospitalier entre 2020 et 2024

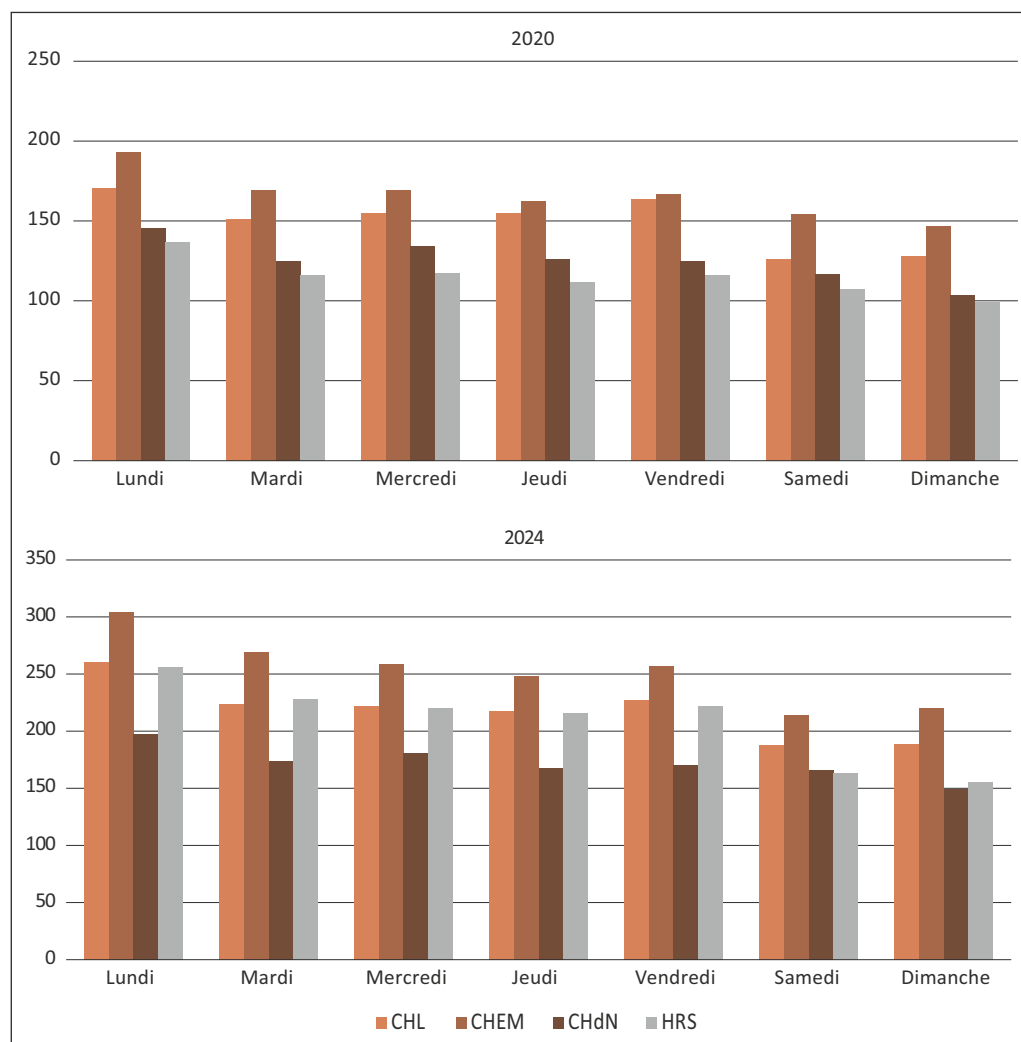


Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Dans les quatre centres hospitaliers, les effets du confinement sont visibles en mars et avril 2020. Dès 2022, la fréquence des passages aux urgences augmente de nouveau.



Graphique 33: Nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par jour de semaine en 2020 et 2024



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

Le lundi est le jour de la semaine où les quatre centres hospitaliers enregistrent le plus de passages aux urgences.



Consultations des médecins lors des passages aux services d'urgences

L'analyse qui suit se focalise sur les soins urgents en médecine effectués par les médecins qui prennent en charge les patients lors de leur passage au service d'urgence d'un centre hospitalier et qui relèvent des sous-sections 3, 4, 6 et 7, de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins.

Encadré méthodologique

Les consultations médicales urgentes en médecine hospitalière sur lesquelles porte le focus de cette analyse sont celles des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins :

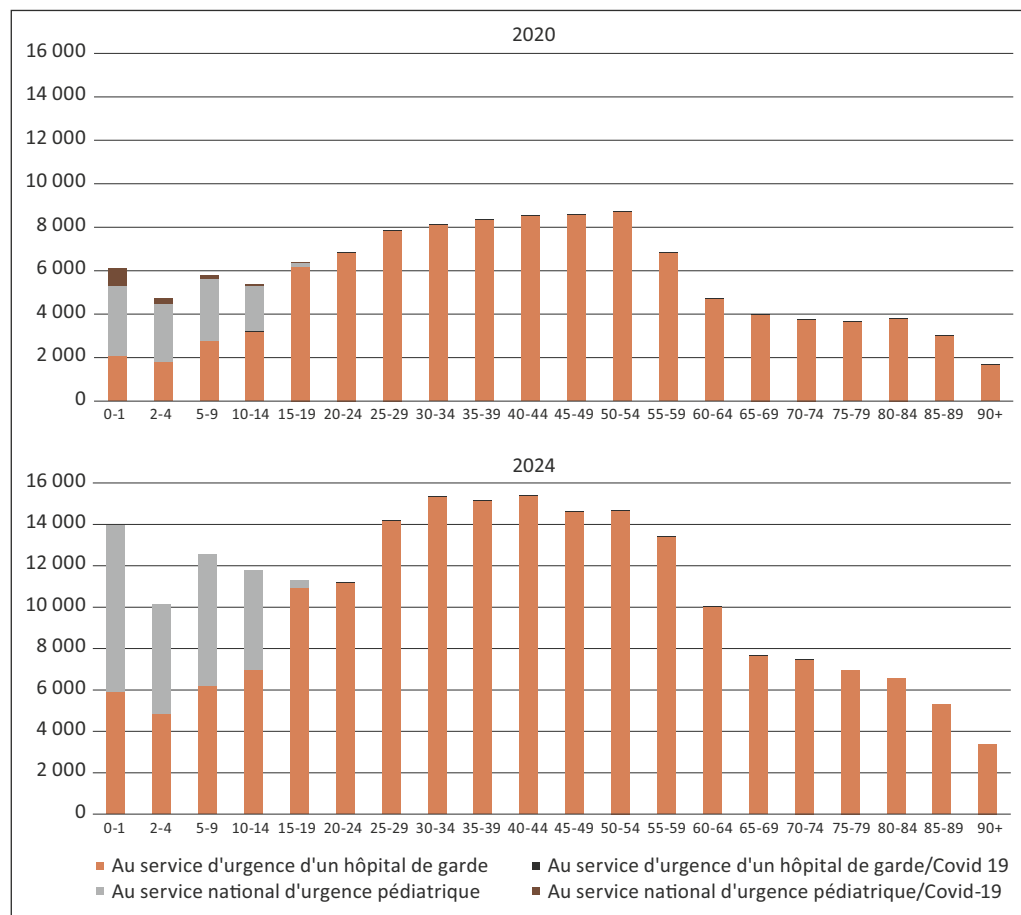
- service national d'urgence pédiatrique,
- service d'urgence d'un hôpital de garde,
- service national d'urgence pédiatrique ^a dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19 et
- service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19.

a. Le service national d'urgence pédiatrique se trouve au Centre hospitalier de Luxembourg (CHL).

Les prochains graphiques montrent le nombre de consultations urgentes en fonction de l'âge du patient admis au service d'urgence ou au service national d'urgence pédiatrique indépendamment du niveau d'urgence.



Graphique 34: Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins en milieu hospitalier par groupe d'âge des patients en 2020 et 2024



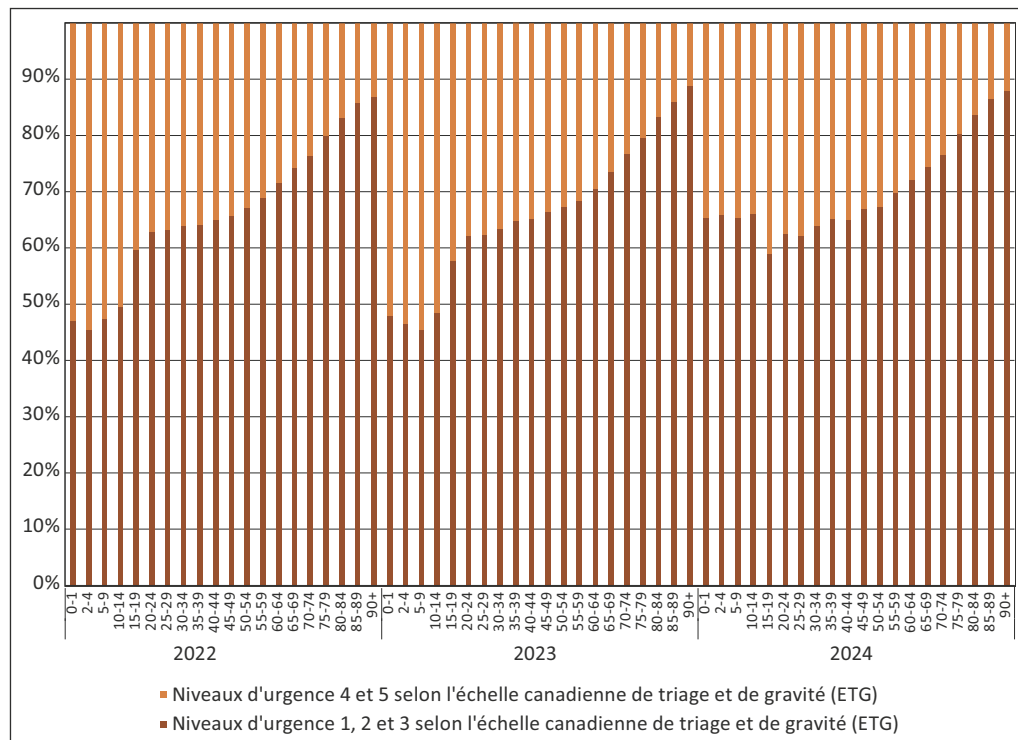
Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2020, les enfants de moins de 15 ans représentent plus d'un cinquième (18,9%) des consultations urgentes réalisées par les médecins. Cette part passe à 21,9% en 2024.

La part des enfants dans les consultations urgentes réalisées lors des passages aux services d'urgences de 18,9% en 2020 est inférieure à leur part dans les passages aux services d'urgences qui s'élève à 21,4% en 2020. La part des enfants dans les passages aux services d'urgences passe à 26,2% en 2024. La part des passages aux services d'urgences des enfants auxquels aucune consultation des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins n'a pu être affectée le même jour est donc plus élevée que dans le cas des patients en général. Toutefois, ces pourcentages doivent être interprétés avec prudence car un biais affecte les résultats entre autres en raison de l'absence d'envoi de certaines factures à la CNS pour des consultations urgentes effectuées par les médecins.



Graphique 35: Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage par groupe d'âge des patients entre 2022 et 2024



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

La part des consultations urgentes des enfants qui n'ont pas de degré élevé d'urgence dépasse légèrement les consultations avec un degré d'urgence plus élevé (niveaux 1 - 3). La proportion des consultations ayant un degré d'urgence élevé augmente cependant rapidement avec l'âge.

2.1.4. Les prestations de maternité

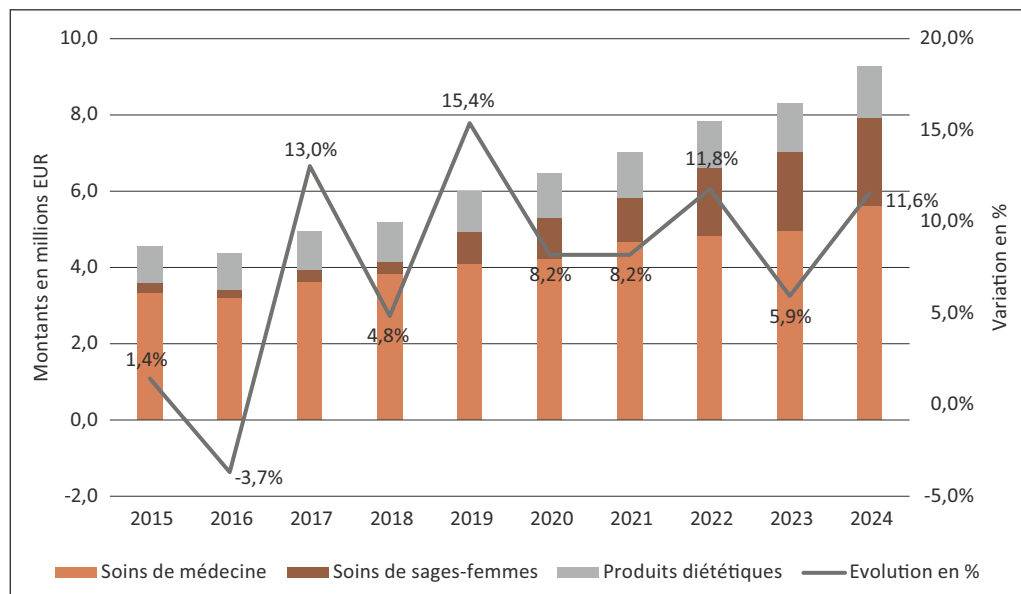
Jusqu'en 2010, les soins de maternité liés à un accouchement à l'hôpital étaient pris en charge par l'État sous forme forfaitaire. Depuis le 1^{er} janvier 2011, leur financement est intégré au régime général de l'assurance maladie-maternité. À partir du 1^{er} février 2022, cette prise en charge s'étend également aux accouchements réalisés à domicile.

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 pris en charge par l'assurance maladie-maternité. Elles regroupent actuellement les soins de médecine, les produits diététiques et les soins de sages-femmes.



Graphique 36: 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 2024, les dépenses pour prestations en nature de maternité se chiffrent à 9,3 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 11,6% par rapport à 2023. Les dépenses pour soins de médecine augmentent de 13,0%, celles des soins de sages-femmes de 11,8%, tandis que celles des produits diététiques de 5,5%.

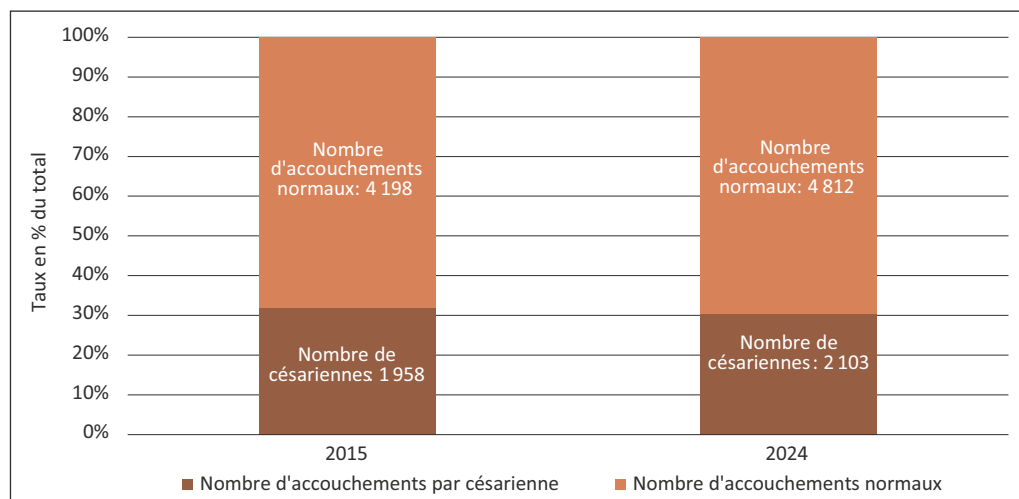
2.1.4.2. Les accouchements

En 2024, le nombre total des accouchements pris en charge par l'assurance maladie-maternité est de 6 915. Comparé à 2015, ceci représente une augmentation de 12,3%. Par ailleurs, la population protégée féminine résidente a également augmenté en évoluant de 17,1% sur cette même période. Sur la période allant de 2015 à 2024, trois points sont mis en évidence :

- diminution des accouchements chez les femmes âgées de moins de 29 ;
- augmentation des accouchements chez les femmes âgées de 40 ans et plus ;
- diminution du taux d'accouchement par césarienne.



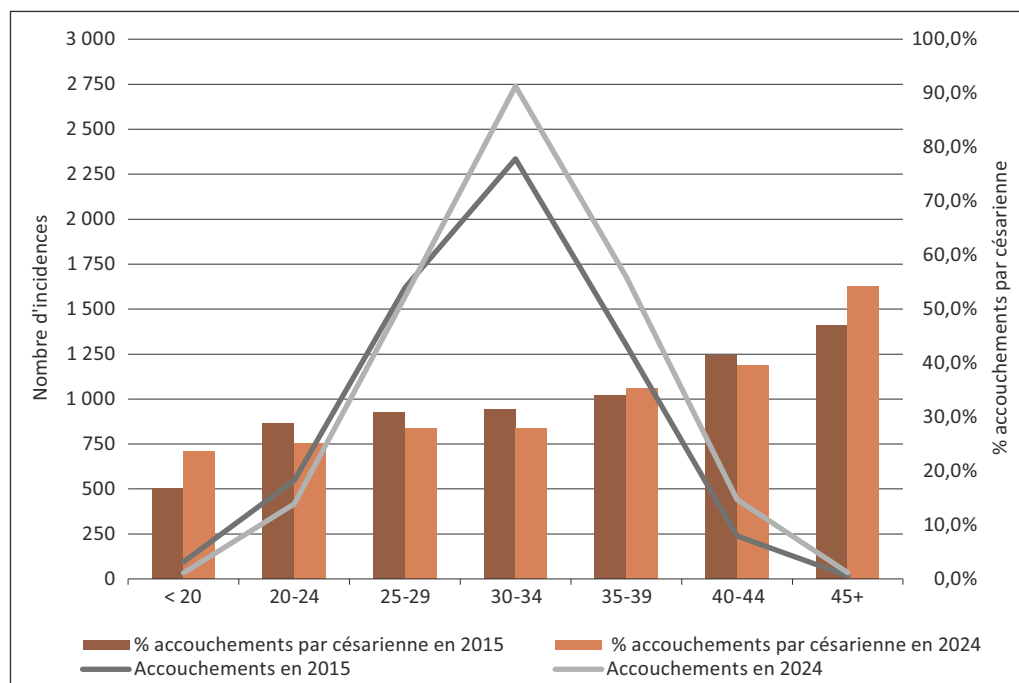
Graphique 37: Le nombre d'accouchements par césarienne et le nombre d'accouchements normaux en 2015 et 2024



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

Le graphique suivant indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements des femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité, ainsi que la proportion des accouchements réalisée par césarienne pour les années 2015 et 2024.

Graphique 38: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2015 et 2024



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



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

Le taux des césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 30,4% en 2024, contre 31,8% en 2015.

Depuis février 2022, l'assurance maladie-maternité prend en charge les frais de surveillance et d'accouchement extrahospitalier effectué par une sage-femme libérale. Le nombre d'accouchements extrahospitaliers se chiffre à 21 en moyenne annuelle sur la période allant de 2022 à 2024.

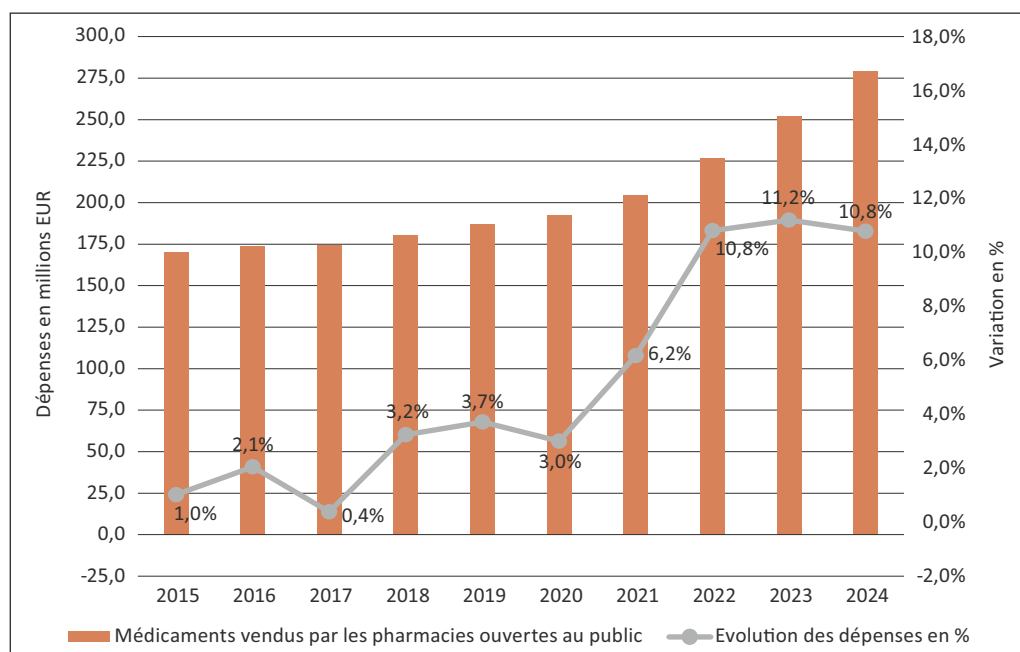
2.1.5. Les médicaments

Encadré méthodologique

Les données statistiques sur les médicaments se réfèrent uniquement aux médicaments prescrits par un médecin et pris en charge 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).

Au Luxembourg, les prix de vente au public des médicaments 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.

Graphique 39: Évolution des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public ^{a b}



a. Données établies selon la date de la prestation.

b. Les médicaments à délivrance hospitalière sont exclus.

Source : CNS.



En 2024, les dépenses liées aux médicaments vendus par les pharmacies ouvertes au public augmentent de 10,8% et s'élèvent à 279,3 millions EUR. Cette évolution, qui ne va pas de pair avec la croissance des assurés ayant acheté au moins un médicament dans une pharmacie ouverte au public, s'explique par l'inscription de nouveaux traitements innovants à prix cher sur la liste positive et de nouvelles indications pour la prise de certains médicaments.

Une analyse de ces dépenses selon la date de la prestation révèle qu'en 2024 les dépenses pour médicaments à taux préférentiel représentent 60,8% des frais pharmaceutiques liés aux pharmacies ouvertes au public, ceux au taux normal environ 37,0% et ceux au taux réduit environ 2,2%. Le groupe ATC niveau 2 " Agents immunosuppresseurs " constitue le principal poste de dépenses parmi les groupes ATC.

Le tableau suivant présente les 10 groupes thérapeutiques de médicaments les plus pris en charge par la CNS délivrés dans une pharmacie ouverte au public en 2024 et représentent 65,0% des dépenses totales.

Tableau 17: Principaux groupes de thérapeutiques de médicaments pris en charge par la CNS en 2024 ^a

Code ATC 2e niveau	Montant net (millions EUR)
Immunosuppresseurs	45,7
Médicaments du diabète	30,5
Agents modifiant les lipides	17,7
Médicaments des maladies respiratoires obstructives	16,6
Antithrombotiques	14,7
Agents intervenant sur le système rénine-angiotensine	14,3
Analgésiques	13,0
Autres préparations dermatologiques	12,0
Thérapeutique endocrine	10,8
Psychoanaleptiques	5,9

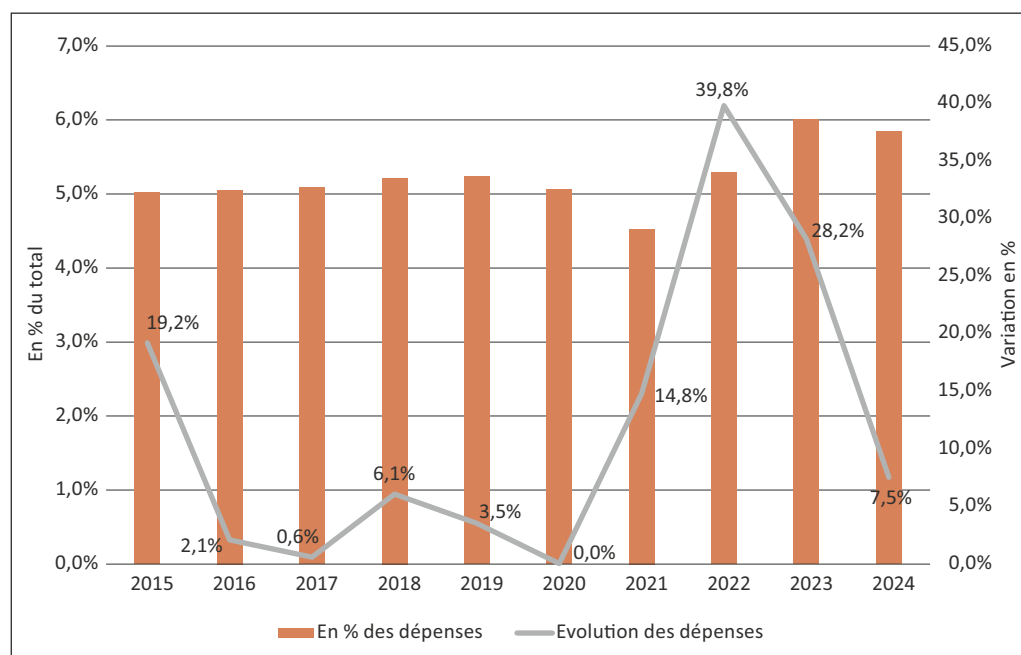
a. Concerne uniquement les médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public.

Source : 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 et de la Sécurité sociale. 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



a. Données établies selon la date de la prestation.

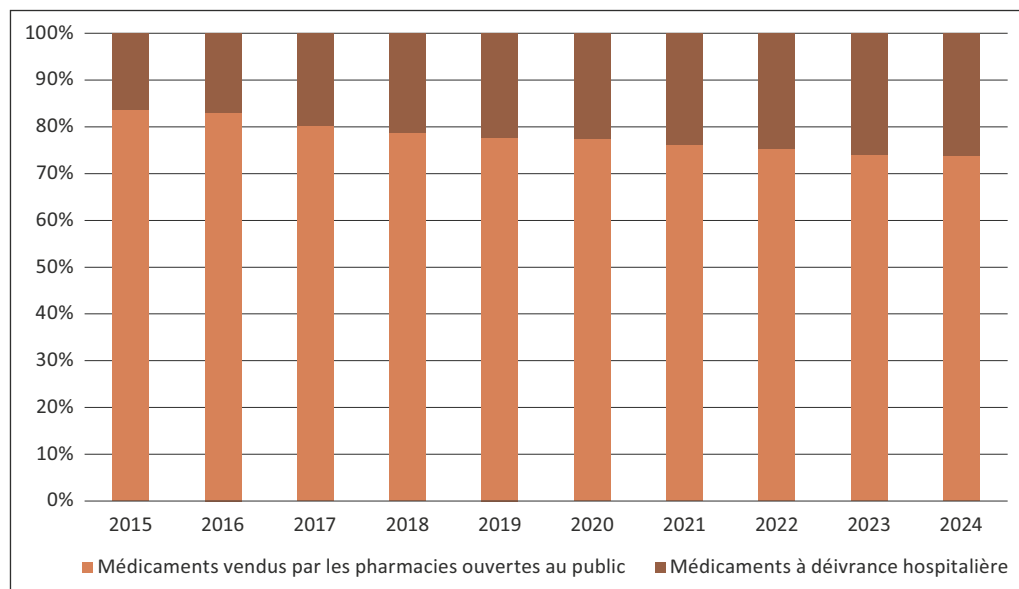
Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2014, la part des dépenses relatives aux médicaments génériques se situe à 4,3% 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 19,2% en 2015. Leur poids dans les dépenses totales des médicaments passe de 3,6% en 2013 à 5,0% en 2015. Depuis, leurs dépenses évoluent modérément jusqu'en 2020 (+17,3%). En 2021, les dépenses relatives aux médicaments génériques représentent 4,5% des dépenses totales des médicaments, une baisse par rapport aux 5,1% en 2020. En 2022, par contre, les dépenses relatives aux médicaments génériques évoluent de manière considérable (+39,8%) et représentent dorénavant 5,3% des dépenses totales des médicaments. Cette évolution est entre autres liée aux problèmes d'approvisionnement de certains médicaments d'origine en hiver 2022 et du coup au recours aux médicaments génériques pour combler ce manque. En 2023, les dépenses relatives aux médicaments génériques continuent d'augmenter considérablement avec une évolution de 28,2%. Il en résulte que la part des médicaments génériques dans les dépenses totales des médicaments continue elle aussi à augmenter pour se situer dorénavant à 6,0%. En 2024 par contre, cette part diminue légèrement et se situe à 5,8%.



Les dépenses pour 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 98,8 millions EUR en 2024. Cette évolution s'explique entre autres par l'augmentation du nombre d'assurés ayant acheté au moins un médicament à délivrance hospitalière, par une consommation des assurés plus élevée et par les prix élevés de ces médicaments.

Graphique 41: Évolution des dépenses totales relatives aux médicaments ^a



a. Données établies selon la date de la prestation.

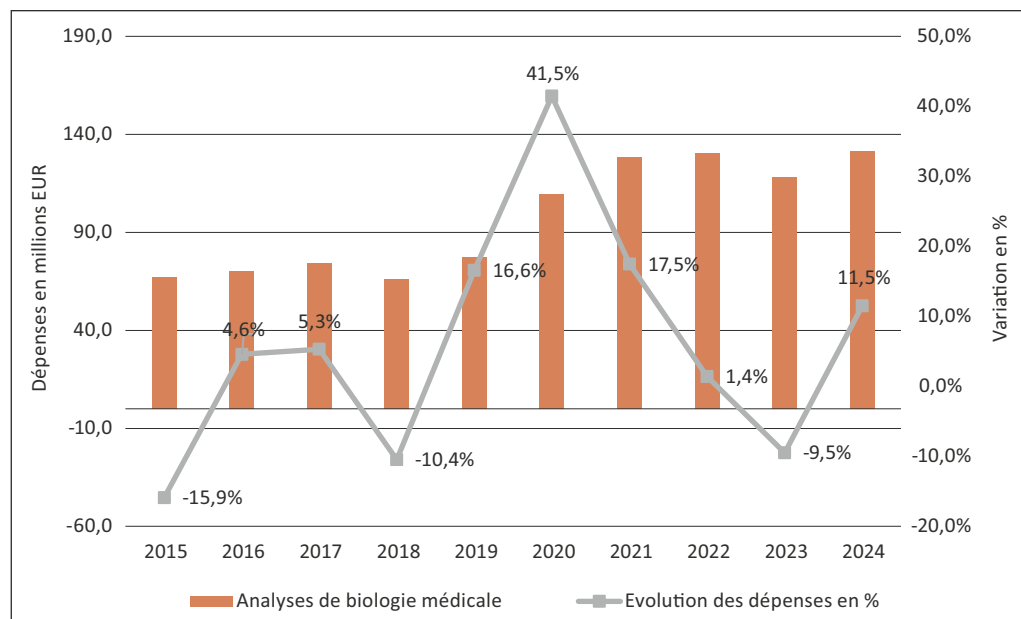
Source : CNS



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

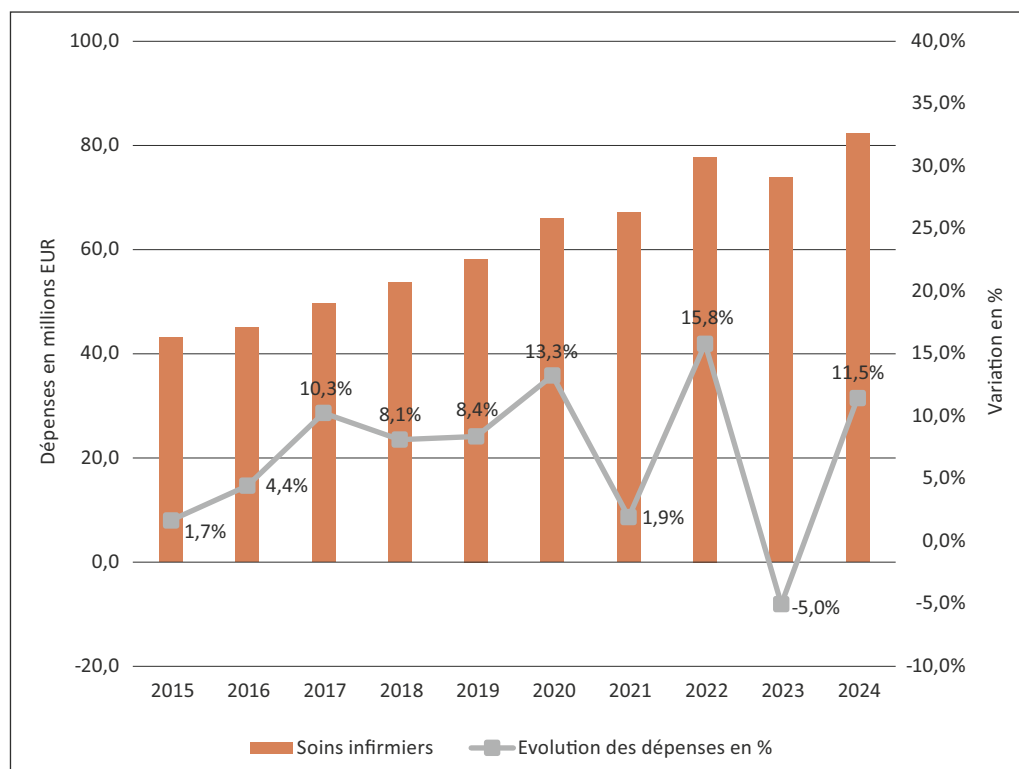
En 2024, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale augmentent de 11,5%. Cette évolution s'explique par l'évolution de l'activité (+9,3%), par l'augmentation de la valeur de la lettre-clé qui tient compte d'un facteur de rattrapage pour la période allant du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2024 (+2,1%), ainsi que par le renforcement de l'encadrement de la prise en charge de certains actes d'analyses de biologie médicale, à la suite d'une mise à jour des règles de cumul et des bonnes pratiques. Sont notamment concernés les actes BD104 (Vitamine D) et BC191 (Vitamine B12). Cette mesure de maîtrise médicalisée représente une économie d'environ 2 millions EUR pour 2024.



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 43: Évolution des dépenses pour soins infirmiers ^a



a. Données établies selon la date de la prestation.

Source : CNS

En 2024, les dépenses pour soins infirmiers augmentent de 11,5%. Cette hausse s'explique par l'évolution de l'EMS de 2,5%, la variation de l'activité (+8,8%) qui est fortement influencée par l'évolution du nombre de personnes dépendantes vivant à leur domicile, la suppression du forfait journalier dans la cadre de la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 et par l'introduction d'un forfait unique pour les soins infirmiers des personnes dépendantes séjournant dans des structures d'hébergement pour personnes âgées (coût de 6,4 millions EUR) ¹⁷. En ne tenant pas compte de cette dernière adaptation, les dépenses pour soins infirmiers augmentent de 2,8%.

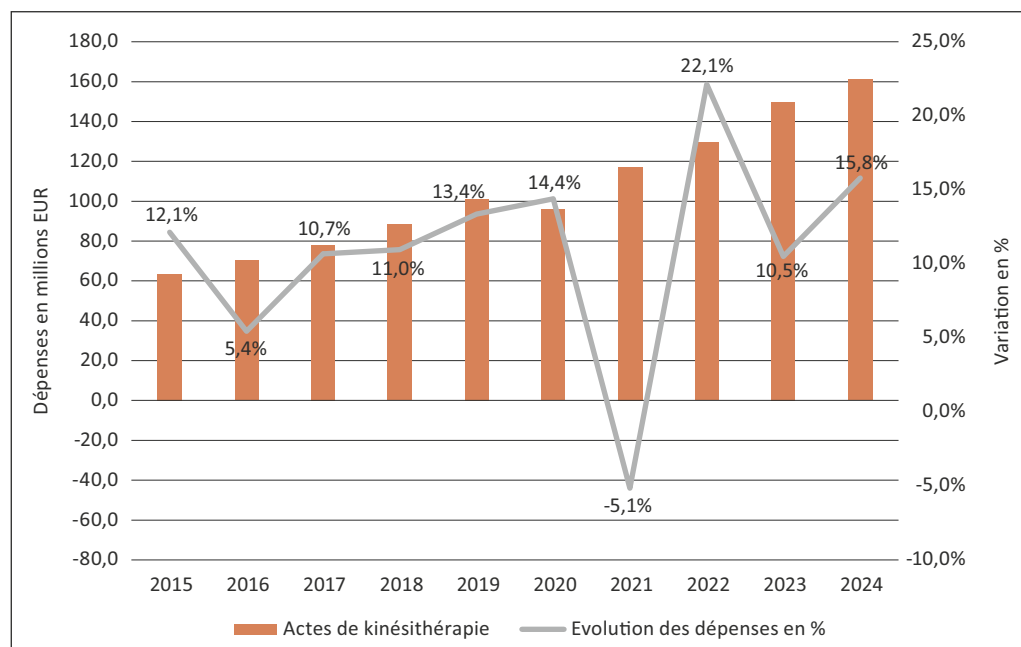
17. En effet, comme la [loi du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées](#) a introduit une standardisation des statuts pour les Centres intégrés pour personnes âgées et les maisons de soins, l'introduction d'un forfait journalier unique dans la nomenclature des actes et services des infirmiers est devenu nécessaire.



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 44: Évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie ^a



a. Données établies selon la date de la prestation.

Source : CNS

En 2024, les dépenses relatives aux actes de kinésithérapie augmentent de 7,5%. Cette hausse s'explique par la variation de l'EMS de 2,5% et par la variation de l'activité de 5,0%. En particulier, le nombre de kinésithérapeutes augmente de 7,2% en 2024 et le nombre d'assurés affiliés à l'AMM bénéficiant de prestations de kinésithérapie augmente de 5,3% en 2024. En outre, la rééducation orthopédique complexe représente le poste de dépenses le plus important et affiche la plus haute progression en termes du nombre d'actes facturés.



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, de la psychothérapie (à partir de 2023) 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 18: Évolution des dépenses pour les autres soins de santé de 2015 à 2024 ^a (en millions EUR)

Type de prestation	2015	2019	2024	Variation 2023/2024	Variation 2015/2024
Dispositifs médicaux	44,4	51,4	71,2	4,4%	60,5%
Soins des sages-femmes	0,8	1,8	3,6	8,6%	340,3%
Soins de psychomotricité	1,4	1,6	3,3	28,5%	135,6%
Orthophonie	2,1	2,7	3,8	5,0%	78,3%
Soins de diététique		0,5	3,2	18,4%	
Soins palliatifs		9,4	23,0	18,5%	
Soins de psychothérapie			10,7	55,2%	
Autres soins de santé	37,7	41,4	50,2	7,3%	44,4%
TOTAL	83,5	108,8	168,9	10,1%	102,4%

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

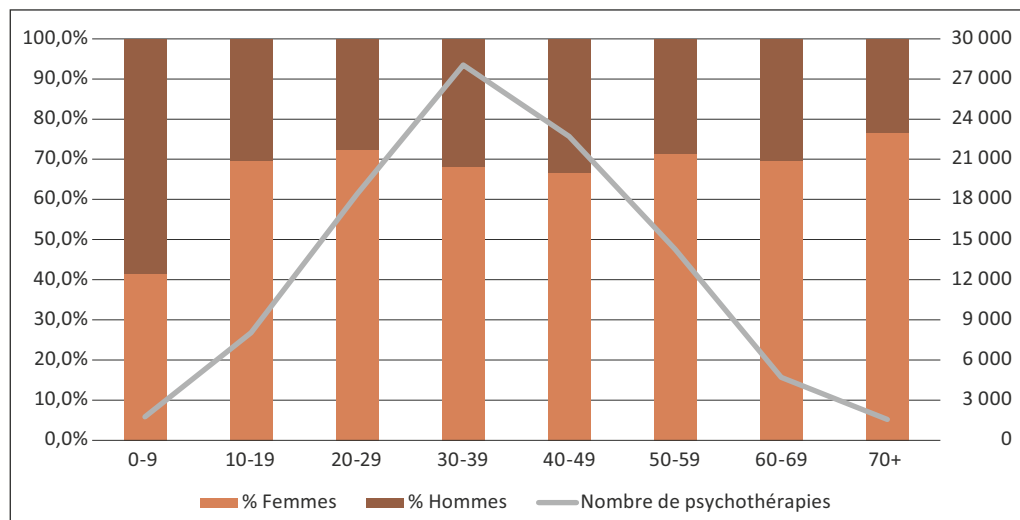
Les dépenses pour les autres soins de santé augmentent de 10,1% en 2024. Cette évolution est entre autres due à la variation de l'EMS de 2,5%, à l'augmentation des tarifs pour cures, à l'augmentation des tarifs pour transport par air et pour transport en taxi, à l'augmentation des dépenses relatives à la psychothérapie et à l'augmentation des dépenses relatives à la réadaptation psychiatrique extrahospitalière (11,8%). En effet, depuis début 2024, le nombre de prestataires prenant en charge les personnes vivant dans des foyers psychiatriques extrahospitaliers augmente ce qui aboutit à une hausse des dépenses relatives à cette prise en charge.

Depuis le 1^{er} février 2023, les séances de psychothérapie auprès d'un psychothérapeute reconnu sont prises en charge par l'assurance maladie-maternité.

Le graphique suivant montre le nombre de psychothérapies par groupe d'âge et sexe en 2024.



Graphique 45: Le nombre de psychothérapies par groupe d'âge et sexe en 2024



Source : bases de données de la sécurité sociale

En 2024, 15 591 assurés (résidents et non-résidents inclus) bénéficient d'un total de 99 492 séances de psychothérapie au Luxembourg et à l'étranger. Les personnes âgées entre 30 et 39 ans ont le plus recours aux psychothérapies (environ 28 000 séances pour 4 462 assurés) et à l'exception des enfants âgés entre 0 et 9 ans, le taux des femmes bénéficiant des soins des psychothérapeutes est plus élevé que celui des hommes.

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

Deux postes budgétaires se distinguent au niveau des prestations à l'étranger, notamment les dépenses pour conventions internationales (95,5% des dépenses pour prestations à l'étranger en 2024) et les dépenses liées aux autres prestations étrangères (4,5% des dépenses pour prestations à l'étranger en 2024).

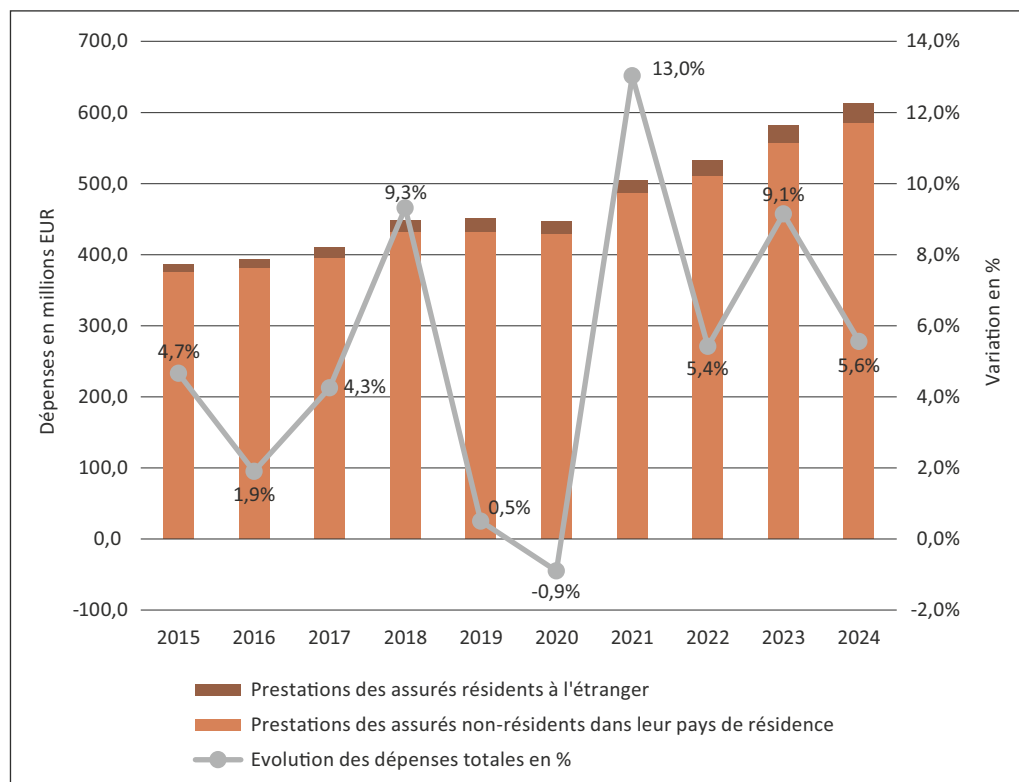
Les dépenses de soins de santé pris en charge dans le cadre des conventions internationales regroupent principalement les dépenses liées au formulaire S1 pour soins de santé des assurés actifs et pensionnés non-résidents dans leur pays de résidence et les dépenses de leurs membres de famille résidant à l'étranger et les dépenses pour soins de santé réalisés dans le cadre d'une autorisation préalable d'un transfert à l'étranger (formulaire S2).

Les autres prestations à l'étranger regroupent entre autres les dépenses pour soins de santé pris en charge par l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise suivant le tarif luxembourgeois dans le cadre de la libre circulation en Europe et les dépenses pour soins de santé pris en charge par l'assurance maladie-maternité selon des tarifs étrangers sur base du formulaire S067.

L'évolution des dépenses pour prestations à l'étranger est représentée dans le graphique suivant.



Graphique 46: Évolution des dépenses pour prestations à l'étranger de 2015 à 2024 ^a



a. Données établies selon la date de la prestation.

Source : CNS

Les dépenses pour les prestations à l'étranger se chiffrent à 613,6 millions EUR en 2024. Leur taux de croissance de 5,6% par rapport à 2023 est notamment dû à une augmentation de 5,1% des dépenses relatives aux conventions internationales et de 16,7% des dépenses des autres prestations transférées à l'étranger.

La procédure de demande d'autorisation de prise en charge de soins de santé par la CNS en dehors du Luxembourg sur base du règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (formulaire S2), telle que déterminée dans l'article 27 des statuts de la CNS est simplifiée et applicable à partir du 1er décembre 2022. Cette modification statutaire a pour but de supprimer de façon générale l'obligation d'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) et de mettre en place un régime d'autorisation automatique pour des traitements à l'étranger dans le cadre de cette procédure d'autorisation.



Le tableau qui suit représente l'évolution de nombre de demandes d'autorisation de transferts à l'étranger dans le cadre du règlement CEE 883/2004, respectivement dans le cadre de la directive « soins transfrontaliers ».

Tableau 19: Évolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger ^{a b} de 2022 à 2024

	2022		2023		2024		Variation 2022/2023	Variation 2023/2024
	Nombre d'autorisations	En % du total	Nombre d'autorisations	En % du total	Nombre d'autorisations	En % du total		
Accordé	8 606	80,6%	10 046	87,4%	11 189	86,6%	-16,7%	11,4%
dont S2	7 960		9 270		10 280			
dont directive SST	646		776		909			
En instance	497	4,7%	915	8,0%	1 175	9,1%	84,1%	28,4%
Refusé	1 569	14,7%	537	4,7%	556	4,3%	-65,8%	3,5%
TOTAL	10 672	100,0%	11 498	100,0%	12 920	100,0%	7,7%	12,4%
	Nombre de patients		Nombre de patients		Nombre de patients			
Accordé	5 144		6 170		6 689		19,9%	8,4%
En instance	455		843		1 080		85,3%	28,1%
Refusé	1 402		484		527		-65,5%	8,9%
TOTAL	7 001		7 497		8 296		7,1%	10,7%

- a. Il n'est pas possible de séparer les personnes ayant reçu une autorisation pour un examen ou un traitement à l'étranger de celles qui ont vraiment bénéficié de cette autorisation.
- b. Ces demandes d'autorisation de transfert à l'étranger regroupent celles demandées par l'intermédiaire du formulaire S2 sortant et celles demandées dans le cadre de la directive « soins transfrontaliers ».

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

En 2024, 12 920 demandes d'autorisation dans le cadre du règlement CEE 883/2004 et de la directive « soins transfrontaliers » sont reçues par la CNS. Ces demandes sont introduites par 8 296 assurés. Dans 86,6% des cas, la demande d'autorisation est accordée, 4,3% des demandes sont refusées et 9,1% des cas sont encore en instance.

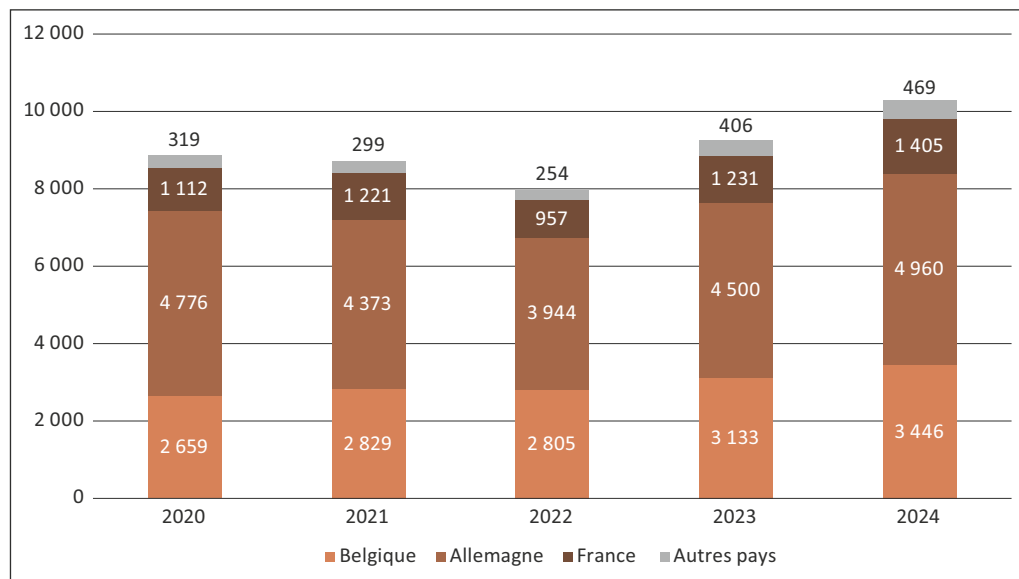
Comparé à l'année précédente, le nombre total des demandes d'autorisation augmente de 12,4%. Cette hausse s'explique par le fait que plus de demandes sont accordées (+11,4%), plus sont encore en instance (+28,4%) et plus sont refusées (+3,5%).



2.2.1. Focus sur les demandes d'autorisations de transfert à l'étranger accordées dans le cadre du règlement CEE 883/2004

Les demandes d'autorisations de transfert à l'étranger accordées dans le cadre du règlement CEE 883/2004 analysées ici concernent les autorisations pour la prestation de soins de santé des assurés résidents au Luxembourg à l'étranger, respectivement des assurés non-résidents dans un pays qui n'est pas leur pays de résidence. Ces autorisations se matérialisent par la délivrance d'un formulaire S2 sortant.

Graphique 47: Évolution du nombre de demandes S2 accordées par pays de destination de 2020 à 2024^a



a. Nombre de demandes ayant une date de validité entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de chaque année.

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

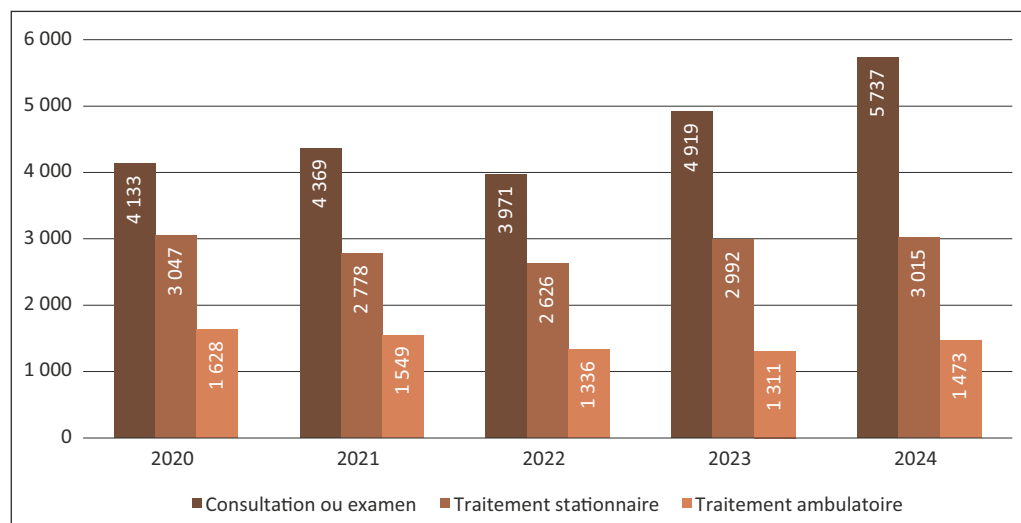
En 2024, la très grande majorité (96,1%) des demandes de transferts est destinée aux trois pays limitrophes (Allemagne, Belgique, France). 50,0% des autorisations sont accordées pour l'Allemagne, 33,0% pour la Belgique et 13,1% pour la France.

Pour les « autres pays¹⁸ » le Portugal et les Pays-Bas présentent le nombre demandes de transferts à l'étranger le plus élevé.

18. La catégorie « autres pays » regroupe tous les pays européens hormis la Belgique, l'Allemagne et la France.



Graphique 48: Évolution du nombre de demandes S2 accordées par type de traitement de 2020 à 2024^{a b}



a. Nombre de demandes ayant une date de validité enter le 1er janvier et le 31 décembre de chaque année.

b. Les cures ne figurent pas dans le graphique en raison de leur faible nombre. Ainsi le total annuel ne correspond pas à celui du graphique précédent.

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

En 2020, 3 047 demandes S2 sont autorisées pour un traitement stationnaire. Ce chiffre diminue pour atteindre 2 626 demandes S2 en 2022. A partir de 2023, le nombre de demandes S2 connaît une nouvelle augmentation.

Depuis 2022, le nombre de demandes S2 autorisés pour une consultation ou un examen augmente considérablement. Il atteint 5 737 demandes S2 en 2024, ce qui représente une hausse de 16,6% par rapport à 2023 (contre 23,9% en 2022).

1 628 demandes S2 sont autorisées pour un traitement ambulatoire en 2020. Ce chiffre se situe à 1 473 en 2024, ce qui représente une baisse de 9,5% sur toute la période analysée.



3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

Cette partie étudie dans un premier temps l'évolution de l'absentéisme des salariés privés pour cause de maladie, ainsi que l'évolution des dépenses pour prestations en espèces de maladie. L'absentéisme des salariés privés et des indépendants pour cause de maternité et les dépenses pour prestations en espèces de maternité sont passés sous revue dans un deuxième temps.

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

Cette section analyse en détail l'évolution du taux d'absentéisme maladie des salariés de statut privé en se focalisant d'abord sur la durée des épisodes d'absences et leur évolution mensuelle et ensuite sur les caractéristiques individuelles ainsi que sur le secteur d'activité et les raisons médicales.

Encadré méthodologique

1. Champ étudié

L'analyse qui suit porte sur les absences pour cause de maladie des salariés résidents et non-résidents de statut privé. Ne sont donc pas considérées les absences des indépendants ainsi que celles des salariés qui ont droit à la continuation de la rémunération et qui, partant, ne bénéficient pas de l'indemnité pécuniaire versée par la Caisse nationale de santé (CNS) (i.e. les salariés de l'État, les personnes affiliées à la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux, à la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics ainsi qu'auprès de l'Entraide médicale des CFL).

2. Définitions

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.

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.

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. Dans le cas où la raison médicale, qui figure sur le certificat d'incapacité de travail, n'est pas renseignée ou renseignée de manière non-exhaustive, notamment pour les salariés non-résidents, la détermination d'un épisode de maladie consécutif se base uniquement sur les dates.

3. Source

Les données regroupent les périodes d'incapacité de travail pour cause de maladie transmises à la CNS par les assurés ainsi que les périodes communiquées mensuellement par les employeurs au Centre commun de la sécurité sociale.



4. Remarques

L'analyse sur les raisons médicales se base uniquement sur les salariés résidents. Les diagnostics sont issus des déclarations renseignées par les médecins sur le certificat d'incapacité de travail. Les données sur les salariés non-résidents ne sont pas exploitables parce que la codification des diagnostics sur des certificats d'incapacité de travail de médecins étrangers est soit insuffisante, soit fait défaut. Les absences auto-déclarées (possibles pour les trois premiers jours d'absence), qui ne nécessitent pas de certificat de maladie (et donc pas d'indication de raison médicale), ne sont pas prises en considération.

Les données se limitent à une année donnée et ne tiennent pas compte des périodes qui chevauchent sur deux années. Si par exemple une personne est malade en fin d'année de l'exercice N jusqu'au début de l'année N+1, alors deux épisodes de maladie sont comptés.

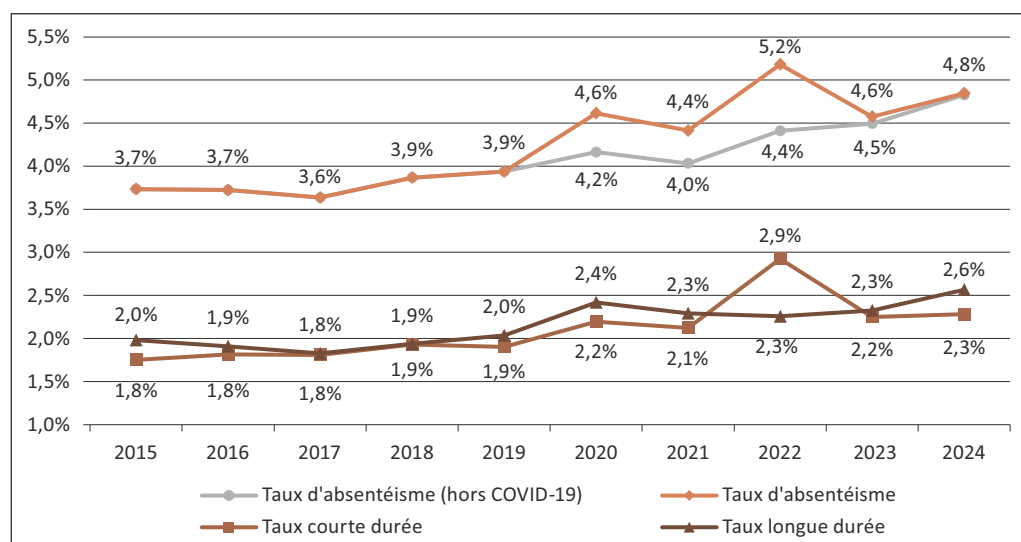
Le concept de « nombre de personnes » fait référence au comptage distinct des individus, où chaque personne est comptée une seule fois. En outre, chaque personne est comptabilisée comme une unité indivisible, quelle que soit la durée ou le taux d'occupation de son travail.

Comme mentionné en haut, cette partie étudie seulement les absences des salariés de droit privé. Ainsi, concernant l'analyse sectorielle, 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.

3.1.1. ÉVOLUTION DU TAUX D'ABSENTÉISME MALADIE

Le graphique qui suit présente l'évolution du taux d'absentéisme entre 2015 et 2024 mettant l'impact de la crise sanitaire liée à la COVID-19 en évidence.

Graphique 49: Évolution du taux d'absentéisme de 2015 à 2024



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.



La crise sanitaire causée par la pandémie liée à la COVID-19 a provoqué une augmentation inédite du taux d'absentéisme qui est passé de 3,9% en 2019 à 4,6% en 2020. L'ampleur de cette augmentation se retrouve aussi bien dans l'évolution du taux de courte durée, qui augmente de 0,3 point de pourcentage, que dans celle du taux de longue durée, qui augmente de 0,4 point de pourcentage.

En 2022, une forte augmentation du taux d'absentéisme de 0,8 point de pourcentage peut être notée et le taux affiche dorénavant 5,2%. Cette augmentation provient essentiellement du taux d'absentéisme de courte durée qui augmente de 0,8 point de pourcentage et se situe à 2,9%, alors que le taux de longue durée reste stable à 2,3%. Le taux d'absentéisme hors COVID-19 s'élève à 4,4%, ce qui correspond à une augmentation de 0,4 point de pourcentage par rapport à 2021.

Le relâchement progressif des mesures COVID-19, comme la réduction de la durée d'isolement de 10 à 4 jours, a diminué la durée moyenne d'absence, mais le nombre de personnes absentes a augmenté. La vague de grippe observée dès le mois de novembre 2022 provoque également une augmentation importante du nombre de personnes absentes pour cause de maladie.

En 2023, le taux d'absentéisme se situe à 4,6% et affiche ainsi un taux qui est seulement de 0,1 point de pourcentage plus élevé que celui hors COVID-19. Ceci montre que le nombre des absences déclarées pour cause de COVID-19 a fortement diminué et est proche de 0 maintenant. Le taux d'absentéisme de courte durée diminue à 2,2% tandis que le taux d'absentéisme de longue durée reste stable à 2,3%.

En 2024, le taux d'absentéisme augmente légèrement de 0,2 point de pourcentage, atteignant 4,8%. Cette hausse intervient dans un contexte où l'effet COVID ne semble plus avoir d'impact significatif sur le taux d'absentéisme. Le taux d'absentéisme de courte durée progresse modestement de 0,1 point de pourcentage pour s'établir à 2,3%, tandis que celui de longue durée augmente de 0,3 point de pourcentage et s'élève à 2,6%.

Tableau 20: Décomposition de la progression du taux d'absentéisme maladie de 2022 à 2024

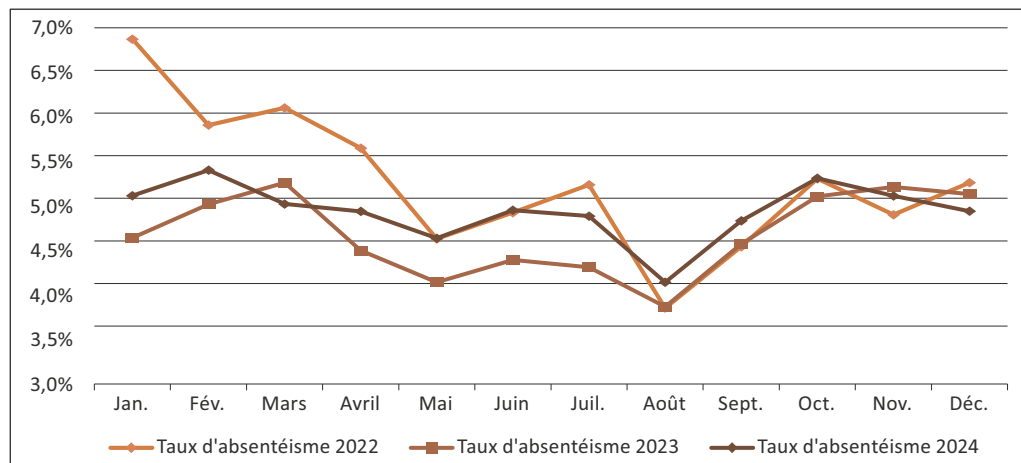
	2022	2023	2024	Variation de 2022 à 2023	Variation de 2023 à 2024
Durée moyenne des épisodes en jours	7,9	7,7	8,0	-2,6%	3,2%
Part des salariés absents au cours de l'année	66,4%	60,0%	60,1%	-9,6%	0,2%
Nombre moyen d'épisodes par salarié absent	3,1	3,1	3,2	1,0%	2,6%
Taux d'absentéisme	5,2%	4,6%	4,8%	-11,7%	6,0%

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Ce tableau montre qu'en 2022 le taux d'absentéisme est de 5,2% et diminue de 11,7% en 2023, pour progresser ensuite de 6,0% en 2024. Cette hausse résulte majoritairement d'une hausse de 3,2% de la durée moyenne des épisodes, se prolongeant à 8,0 jours par épisode de maladie. La part des salariés absents au cours de l'année reste plutôt stable avec une augmentation légère de 0,2%. Le nombre moyen d'épisodes par salarié absent augmente légèrement à 3,2 épisodes tandis que le taux moyen d'occupation mensuelle ne connaît guère de variation.



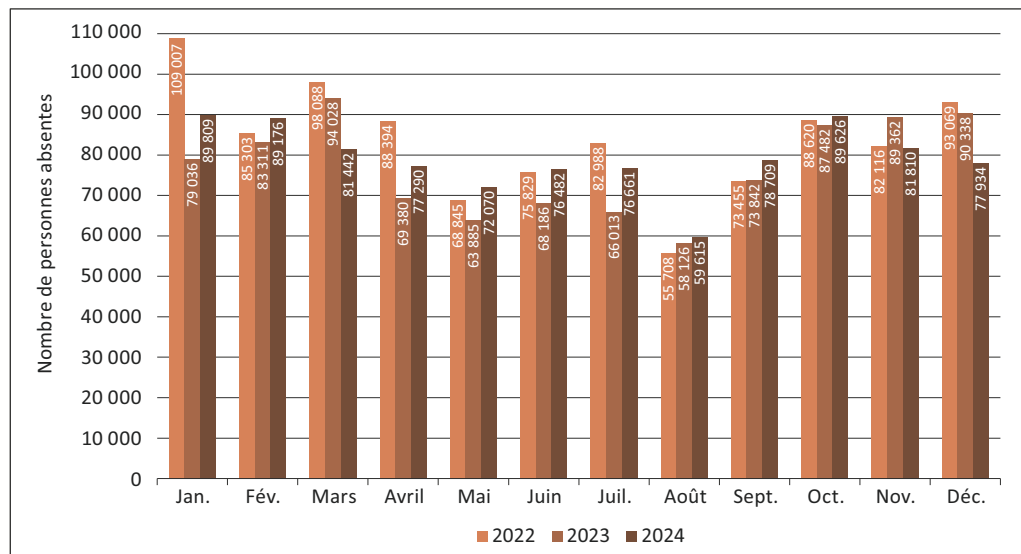
Graphique 50: Évolution mensuelle du taux d'absentéisme de 2022 à 2024



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2022, l'évolution mensuelle du taux d'absentéisme présente la valeur la plus élevée en janvier avec 6,9% et la plus basse en août avec 3,7%. Elle monte de nouveau en fin d'année. Par rapport à 2022, l'année 2023 présente une volatilité plus faible, avec un taux qui ne dépasse jamais 5,2%. Les mois de janvier et de décembre sont de nouveau les plus marqués par un taux d'absentéisme élevé. En 2024, le taux d'absentéisme culmine à 5,3% en février, avant de diminuer progressivement pour atteindre 4,0% en août. Ce mois est traditionnellement associé à une baisse de la mobilisation des effectifs, en raison des congés collectifs des entreprises du bâtiment et génie civil et des entreprises d'installation sanitaire, chauffage et climatisation. Une remontée est observée en octobre avec un taux de 5,2%.

Graphique 51: Évolution mensuelle du nombre de personnes absentes de 2022 à 2024



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.



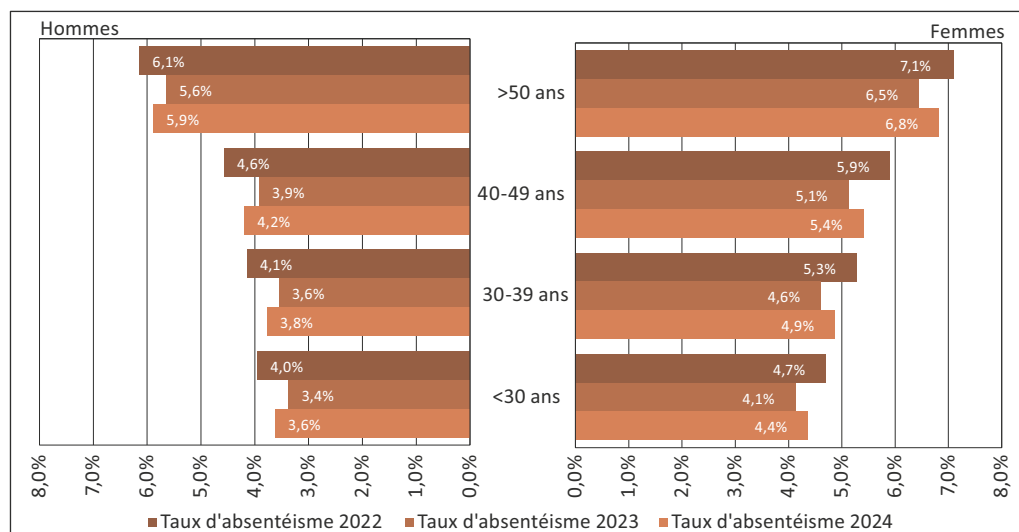
La hausse de l'évolution mensuelle du nombre de salariés absents en début de 2022 peut être mise en lien avec le nombre d'infections liées à la COVID-19. La vague de la grippe observée au printemps, la deuxième vague de grippe débutant en novembre et les infections aux virus RSV (Respiratory Syncytial Virus) et HRV (Human Rhinovirus) provoquent également une augmentation importante du nombre de salariés absents en 2022. En 2023 cependant, le nombre de personnes absentes diminue globalement tandis que les tendances des vagues grippales restent similaires.

En 2024, les données montrent une hausse significative du nombre de salariés absents en janvier, avec 89 809 salariés absents, soit une augmentation de 13,6% par rapport à janvier 2023. Cette évolution est notamment liée à une intensification des infections grippales ou assimilée en début d'année. Les mois de mars, novembre et décembre sont les seuls mois à afficher des chiffres inférieurs à ceux de l'année précédente.

3.1.2. Taux d'absentéisme maladie selon quelques caractéristiques individuelles, selon le secteur d'activité et selon la raison médicale

Les graphiques suivants illustrent l'évolution entre 2022 et 2024 du taux d'absentéisme maladie en fonction de l'âge, du sexe, du lieu de résidence et du secteur d'activité des salariés privés, ainsi que les raisons médicales qui sont à l'origine de ces absences au travail pour cause de maladie.

Graphique 52: Taux d'absentéisme par groupe d'âge et sexe de 2022 à 2024



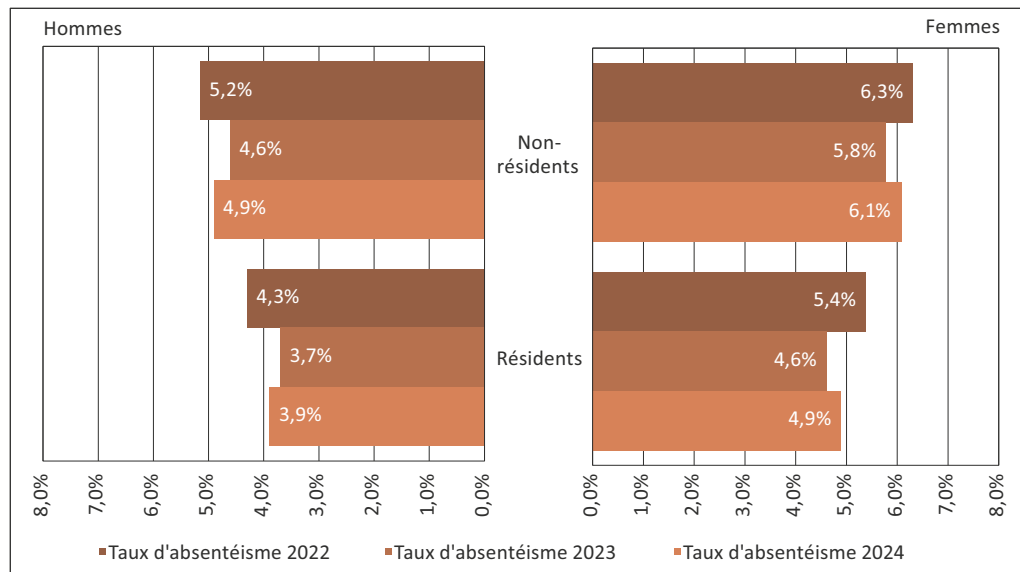
Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'âge est une caractéristique influençant l'absentéisme. En effet, le taux d'absentéisme des plus de 50 ans est plus élevé que celui des moins de 30 ans.



En termes de progression, une évolution similaire du taux d'absentéisme est constatée aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Néanmoins, le taux d'absentéisme des femmes est supérieur à celui des hommes quel que soit le groupe d'âge analysé. Le taux d'absentéisme des femmes se situe à 5,8% en 2022, à 5,1% en 2023 et à 5,4% en 2024 et affiche donc une augmentation de 0,3 point de pourcentage en 2024. Le taux d'absentéisme des hommes, qui est de 4,8% en 2022, de 4,2% en 2023 et de 4,4% en 2024, présente une augmentation de 0,2 point de pourcentage en 2024.

Graphique 53: Taux d'absentéisme par lieu de résidence et sexe de 2022 à 2024



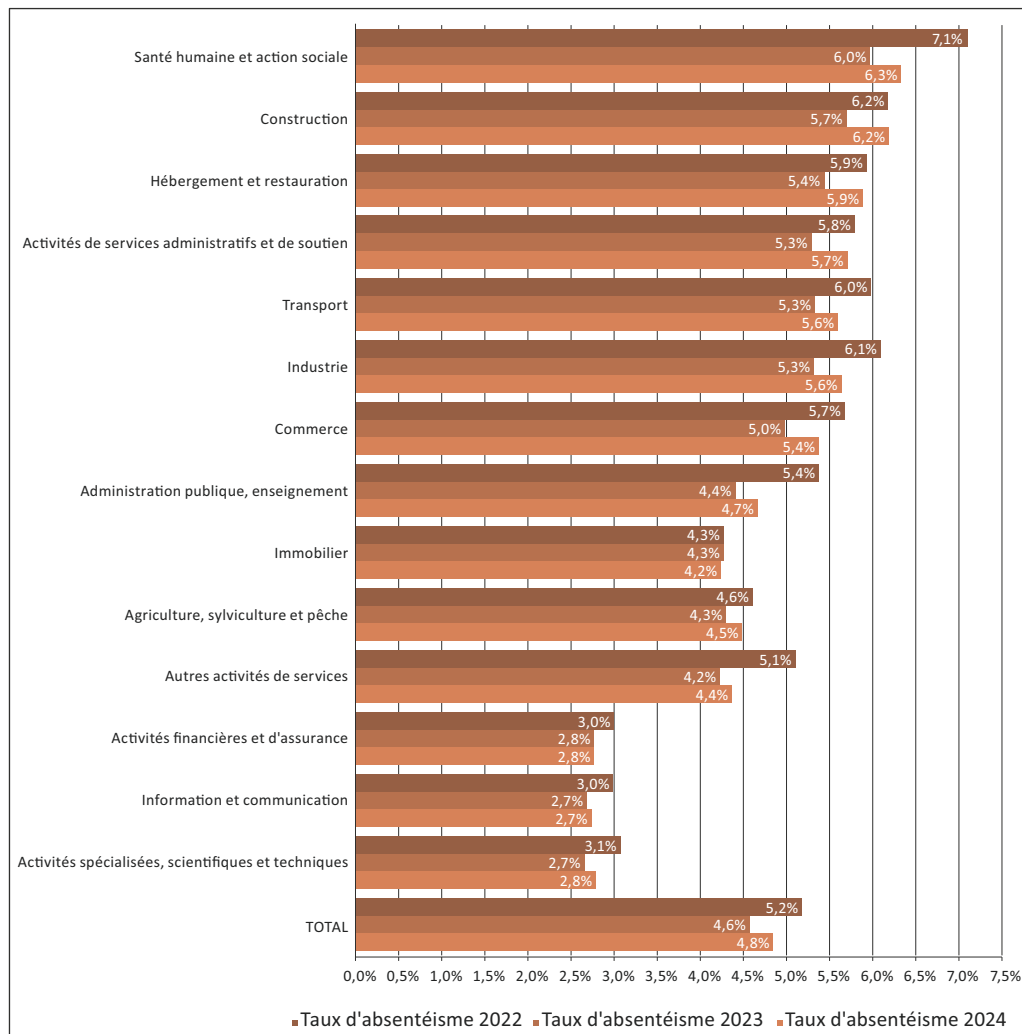
Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Entre 2022 et 2024, le taux d'absentéisme des salariés non-résidents (hommes et femmes confondus) est supérieur à celui des salariés résidents. Le taux d'absentéisme des salariés non-résidents, qui est de 5,6% en 2022, diminue en 2023 à 5,0% et augmente de nouveau en 2024 à 5,3%. Le taux d'absentéisme des salariés résidents, qui est de 4,8% en 2022, diminue en 2023 à 4,1% et augmente de nouveau à 4,3% en 2024.

L'analyse par sexe montre que le taux d'absentéisme pour les femmes est de 6,1% pour les salariées non-résidentes en 2024, tandis que celui des salariées résidentes est de 4,9%. Pour les hommes cependant, ce taux est de 4,9% pour les salariés non-résidents et de 3,9% pour les salariés résidents. Parmi la population de statut privé en emploi au Luxembourg en 2024, les femmes salariées résidentes représentent 54,9% du nombre total de jours civils en occupation des femmes, contre 45,1% pour les femmes salariées non-résidentes. Cette part est de 45,7% pour les hommes résidents et de 54,3% pour les hommes non-résidents.



Graphique 54: Taux d'absentéisme par secteur d'activité de 2022 à 2024



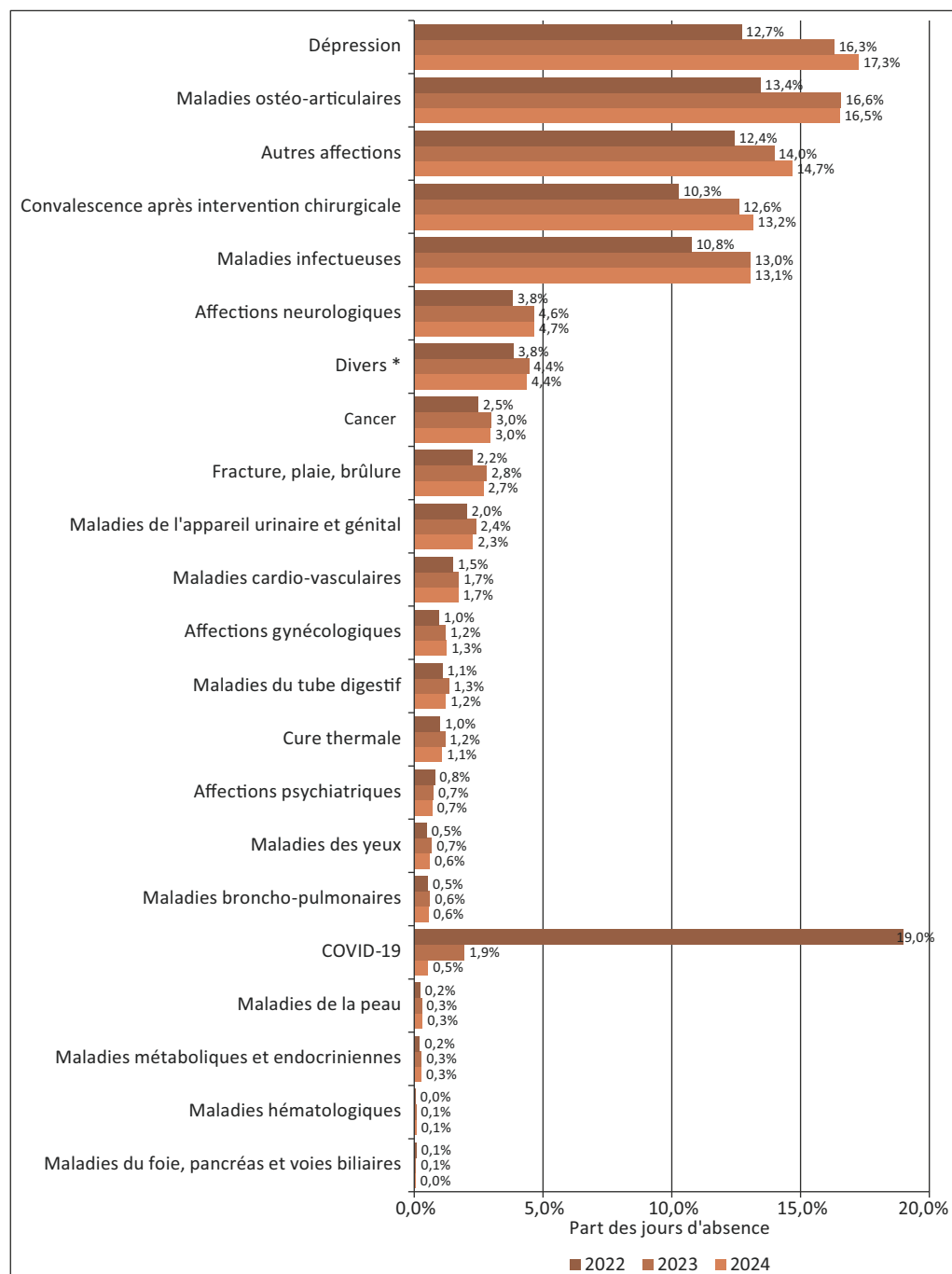
Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.

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 est concerné par le chômage partiel ou encore le télétravail.

Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale présente, quelle que soit l'année considérée, le taux d'absentéisme le plus élevé. En 2024, le taux est de 6,3%, contre 6,0% en 2023. Ce secteur est fortement exposé aux maladies infectieuses et parasitaires. En deuxième position se trouve le secteur de la construction affichant un taux de 6,2% en 2024. Le secteur des activités spécialisées, scientifiques et techniques se trouve en dernier lieu avec un taux de 2,8% en 2024, 2,0 points de pourcentage en-dessous de la moyenne totale de cette année.



Graphique 55: Répartition du nombre de jours de maladie des salariés résidents de 2022 à 2024, selon la raison médicale



* Cette catégorie comprend notamment les codes désignant les raisons médicales tels que contusion, élongation, foulure, commotion, acte médical avec suite iatrogénique.

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.



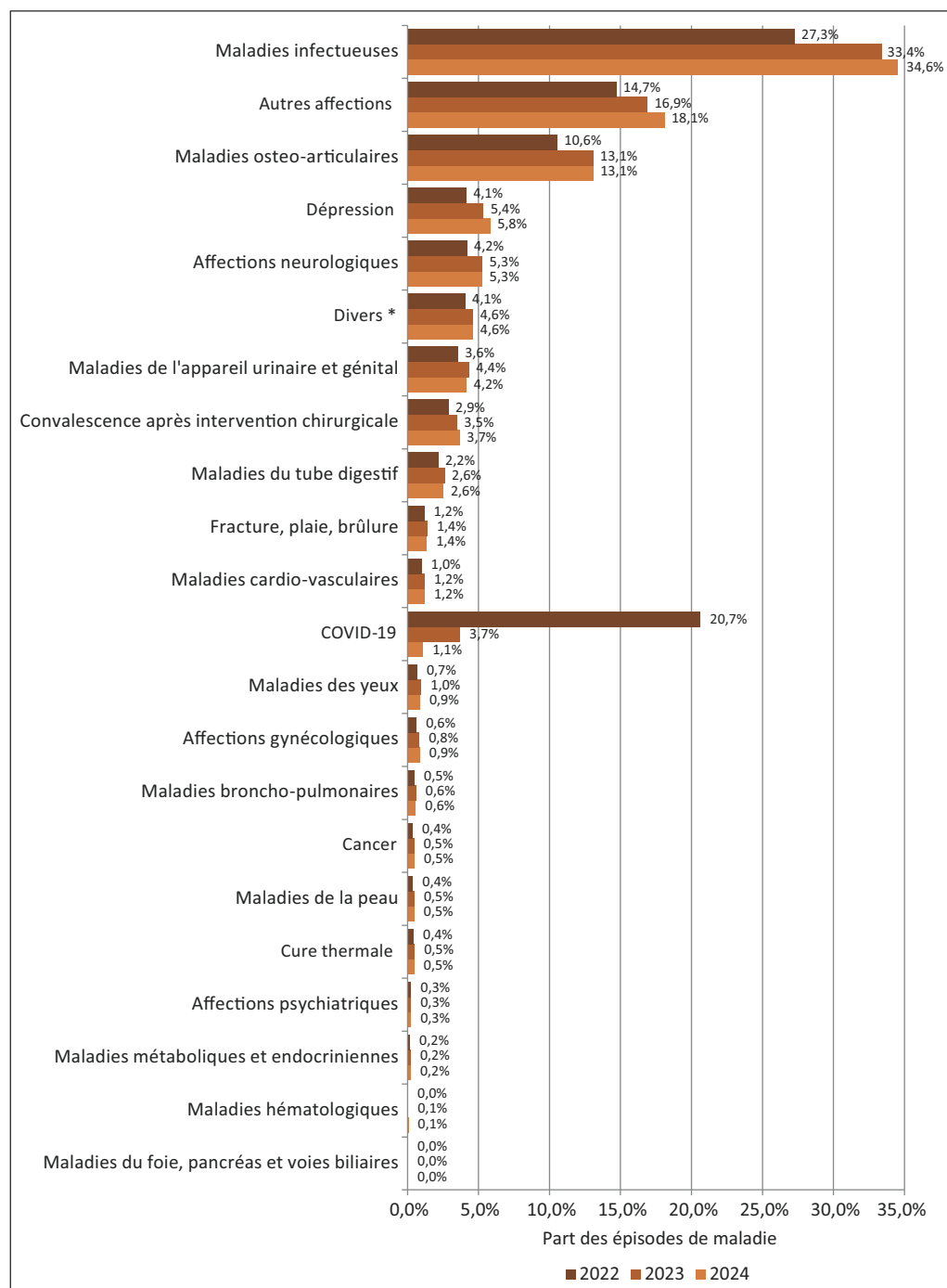
En 2022, la COVID-19 constitue la principale cause des absences des salariés résidents représentant 19,0% du total des jours de maladie. En faisant abstraction des jours d'absence pour la COVID-19, les jours d'absence pour les maladies du système ostéo-articulaire occupent la première position avec 16,6%.

En 2023, les absences dues aux maladies du système ostéo-articulaire ont représenté la majorité des jours de maladie des salariés résidents avec 16,6%.

En 2024, les dépressions sont la principale cause d'absence pour raison médicale chez les salariés résidents, avec 17,3% du total des jours de maladie avec CIT. Elles sont suivies des maladies du système ostéo-articulaire qui comptent 16,5%. En troisième position figurent les « autres affections » encodées en tant que telles par le médecin sur le CIT avec un taux de 14,7%. À l'inverse, les maladies hématologiques ainsi que les affections du foie, du pancréas et des voies biliaires ne représentent qu'une proportion marginale des jours d'absence médicalement justifiés.



Graphique 56: Répartition du nombre d'épisodes de maladie des salariés résidents de 2022 à 2024, selon la raison médicale



* Cette catégorie comprend notamment les codes désignant les raisons médicales tels que contusion, élongation, foulure, commotion, acte médical avec suite iatrogénique.

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.



De 2022 à 2024, les maladies infectieuses (tels que les grippez, les gastro-entérites, les sinusites, les otites par exemple) affichent le plus grand nombre d'épisodes de maladie. En d'autres termes, de tous les différents épisodes de maladie des salariés résidents, 34,6% des épisodes résultent des maladies infectieuses en 2024. En faisant abstraction en 2022 des épisodes de maladie pour COVID-19, la part des épisodes de maladie pour maladie infectieuses se situe à 34,4%.

En deuxième position figurent les « autres affections », qui sont encodées en tant que telles par le médecin sur le CIT.

Comme pour le nombre de jours d'absence, il existe peu d'épisodes de maladie pour cause de « maladies hématologiques » ou de « maladies du foie, pancréas et voies biliaires » parmi les différents épisodes de maladie pour lesquels une raison médicale est indiquée.

3.2. LES DÉPENSES POUR PRESTATIONS EN ESPÈCES 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 (MDE).

Tableau 21: Évolution des dépenses pour prestations en espèces de maladie de 2022 à 2024 (en millions EUR)

	2022	2023	2024
Prestations à charge de la CNS ^a	292,3	316,0	360,6
Variation annuelle en %	16,7%	8,1%	14,1%
dont Indemnités pécuniaires proprement dites	259,5	288,8	334,8
dont Indemnités pendant périodes d'essais	32,7	26,9	25,5
dont Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,2	0,3	0,3
Majoration du taux de cotisation pour prestations en espèces	0,5%	0,5%	0,5%
Prestations à charge de la Mutualité des Employeurs	711,2	659,9	706,3
Variation annuelle en %	35,8%	-7,2%	7,0%

a. Données établies selon la date de la prestation.

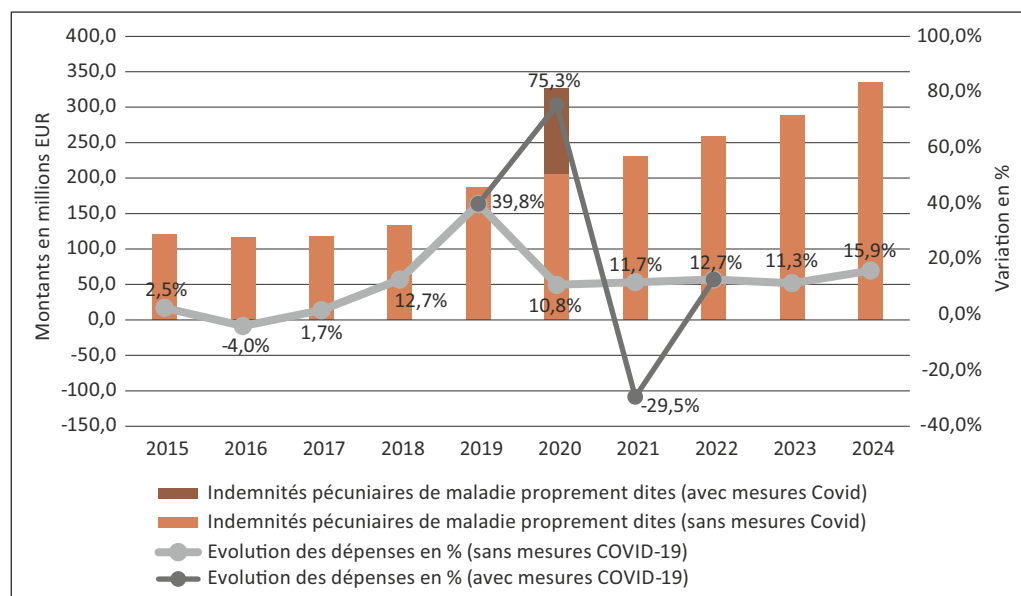
Source : CNS.

L'année 2023 montre une hausse des prestations en espèces de maladie à charge de la CNS (+8,1%) et une baisse des prestations en espèces de maladie à charge de la MDE (-7,2%). Les prestations en espèces de maladie à charge de la CNS s'établissent ainsi à 316,0 millions EUR en 2023.



En 2024, les prestations en espèces à charge de la CNS s'élèvent à 360,6 millions EUR, soit une augmentation de 14,1% par rapport à 2023. Cette hausse est liée à l'augmentation du nombre de salariés absents au moins une fois au cours de l'année (+3,8%), ainsi qu'à la progression du nombre moyen annuel de jours d'incapacité de travail (+8,9%). Dans ce contexte, les indemnités pécuniaires proprement dites affichent une croissance de 15,9%, tandis que celles versées au titre des périodes d'essai enregistrent une baisse de 5,1%, principalement imputable au ralentissement de la dynamique de l'emploi. La part à charge de la Mutualité des Employeurs augmente aussi de 7,0% en 2024 et se trouve à 706,3 millions EUR.

Graphique 57: Évolution des indemnités pécuniaires de maladie proprement dites à charge de la CNS (en millions EUR) de 2015 à 2024 ^a



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

Ce graphique montre l'évolution des indemnités pécuniaires de maladie proprement dites à charge de la CNS. Les dépenses pour les indemnités de maladie proprement dites commencent à augmenter fortement en 2018 et atteignent un maximum en 2020, ce qui est lié aux dépenses supplémentaires à cause de la pandémie de la COVID-19 (voir détail ci-dessus). Les mesures liées à la COVID-19, pour lesquelles la CNS a temporairement pris en charge des dépenses de la MDE, n'étaient en vigueur qu'au courant de l'année 2020. Par conséquent, les dépenses de la CNS augmentent de 75,3% en 2020 et diminuent de 29,5% en 2021. En faisant abstraction des mesures COVID-19, les dépenses pour indemnités pécuniaires de maladie proprement dites augmentent de 11,7% en 2021 et de 12,7% en 2022. En 2023, les indemnités pécuniaires de maladie proprement dites sont de 288,8 millions EUR et progressent de 15,9% pour atteindre 334,8 millions d'euros en 2024.



3.3. L'ANALYSE DES PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MATERNITÉ

Cette section analyse en détail l'évolution du taux d'absentéisme pour cause de maternité des salariées de statut privé et des indépendantes en se focalisant sur les différentes raisons d'absences pour cause de maternité, notamment le congé de maternité mais aussi la dispense de travail pour femmes enceintes.

Encadré méthodologique

1. Champ étudié

L'analyse qui suit porte sur les absences pour cause de maternité des salariées résidentes et non-résidentes de statut privé et les indépendantes. Ne sont donc pas considérées les absences des salariées qui ont droit à la continuation de la rémunération et qui, partant, ne bénéficient pas de l'indemnité pécuniaire versée par la Caisse nationale de santé (CNS) (i.e. les salariées de l'État, les personnes affiliées à la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux, à la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics ainsi qu'auprès de l'Entraide médicale des CFL).

2. Remarques

Le concept de « nombre de personnes » fait référence au décompte distinct des individus. Ainsi, chaque personne est comptée une seule fois. En ce qui concerne le congé de maternité et les dispenses de travail pour les femmes enceintes, les personnes concernées ne sont comptabilisées qu'une seule fois dans l'année correspondant au début de l'absence, ce qui constitue un changement par rapport aux éditions précédentes. En outre, chaque personne est comptabilisée comme une unité indivisible, quelle que soit la durée ou le taux d'occupation de son travail.

Comme mentionné, cette partie analyse seulement les salariés de droit privé et les indépendants. Ainsi, concernant l'analyse sectorielle, 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.

En ce qui concerne les graphiques en lien avec l'emploi des femmes, le choix a été fait de restreindre l'analyse aux femmes en emploi âgées entre 15 et 50 ans, comme la grande majorité des congés de maternité concerne cette tranche d'âge.

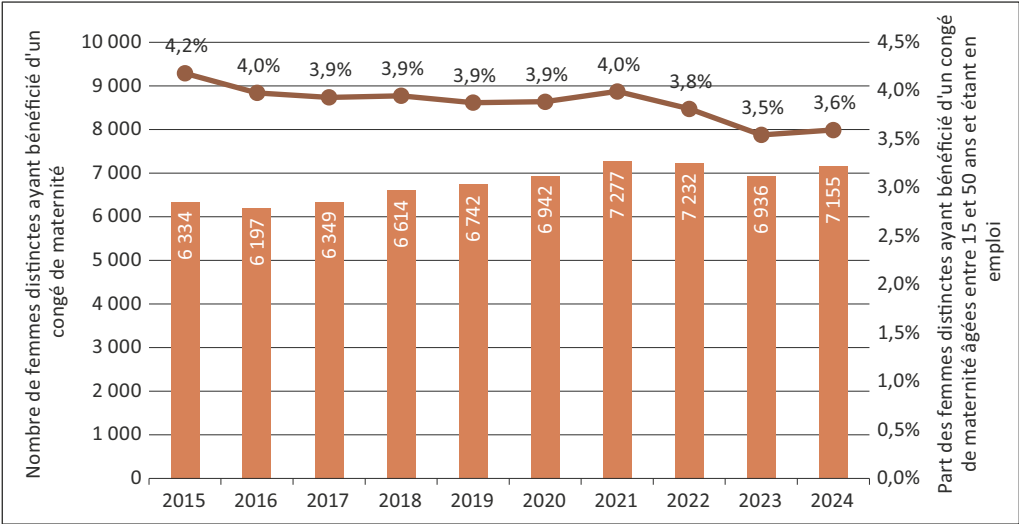
3.3.1. Le congé de maternité

Cette sous-section analyse l'évolution du congé de maternité, dont la période d'indemnisation est de 8 semaines avant la date d'accouchement estimée et de 12 semaines après l'accouchement ¹⁹.

19. Code du travail, livre III.



Graphique 58: Évolution du nombre de femmes ayant débuté un congé de maternité et de la part de ces femmes par rapport au total des femmes en emploi âgées entre 15 et 50 ans de 2015 à 2024



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Entre 2015 et 2024, le nombre de bénéficiaires ayant débuté un congé de maternité passe de 6 334 à 7 155, soit une augmentation de 13,0% en 10 ans. Même si le nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité augmente en termes absolus sur cette période, la proportion de ces femmes par rapport à l'ensemble des femmes âgées entre 15 et 50 ans et en emploi montre une tendance inverse. En effet, la part des femmes ayant débuté un congé de maternité passe de 4,2% en 2015 à seulement 3,6% en 2024. En d'autres termes, le nombre de femmes débutant un congé de maternité diminue proportionnellement davantage que l'augmentation du nombre total de femmes âgées de 15 à 50 ans en emploi.

Tableau 22: Évolution du nombre de bénéficiaires ayant débuté un congé de maternité par groupe d'âge de 2022 à 2024

Groupe d'âge	2022		2023		2024	
	Nombre	En % tu total	Nombre	En % tu total	Nombre	En % tu total
<25	292	4,0%	252	3,6%	258	3,6%
25-29	1 672	23,1%	1 590	22,9%	1 586	22,2%
30-34	3 032	41,9%	2 872	41,4%	2 919	40,8%
35-39	1 743	24,1%	1 744	25,1%	1 876	26,2%
40-44	455	6,3%	441	6,4%	472	6,6%
≥45	38	0,5%	37	0,5%	44	0,6%
TOTAL	7 232	100,0%	6 936	100,0%	7 155	100,0%

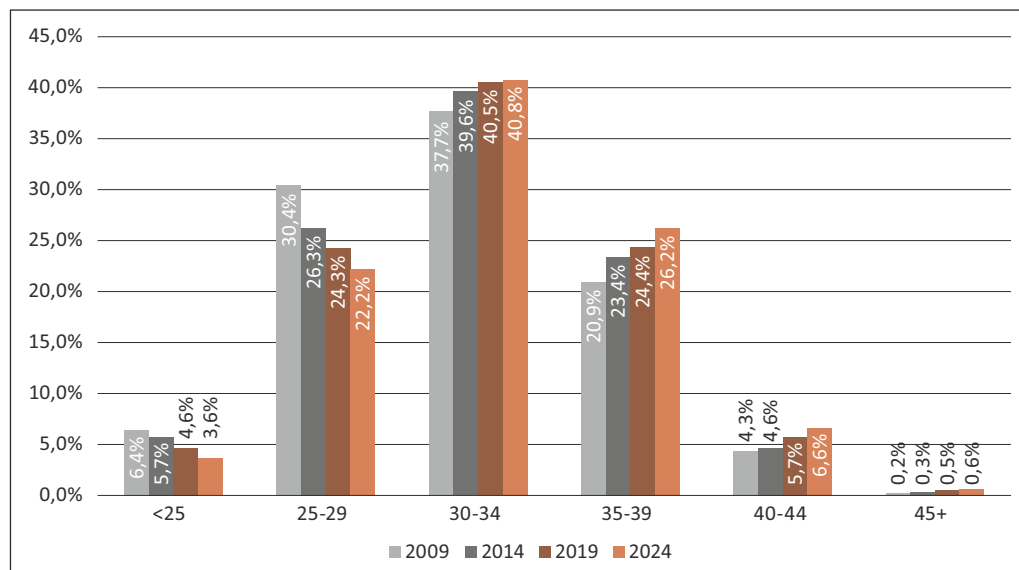
Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Entre 2022 et 2024, le nombre de femmes débutant un congé de maternité passe de 7 232 en 2022 à 6 936 en 2023, puis à 7 155 en 2024. La répartition par groupe d'âge évolue toutefois : les femmes âgées de 30 à 34 ans constituent le groupe le plus important avec 40,8% en 2024, contre 41,4% en 2023. Cette légère baisse par rapport à 2023 contraste avec la progression observée chez les femmes de 35 à 39 ans, dont la part augmente de 25,1% en 2023 à 26,2% en 2024.



Les femmes de 25 à 29 ans enregistrent une baisse continue, et celles de moins de 25 ans restent marginales. Les bénéficiaires de 40 ans et plus demeurent minoritaires, mais leur part augmente légèrement au fil des années.

Graphique 59: Distribution de l'âge des bénéficiaires débutant un congé de maternité en 2009, 2014, 2019, 2024



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

En regardant la répartition des groupes d'âge des bénéficiaires débutant un congé de maternité sur une plus longue durée, force est de constater que les comportements en termes de natalité ont profondément changé entre 2009 et 2024. La tendance générale indique ainsi une diminution relative des congés de maternité chez les femmes plus jeunes et une hausse chez les femmes de 35 ans et plus, ce qui reflète un vieillissement des bénéficiaires. En effet, la part des femmes âgées de moins de 30 ans et ayant bénéficié d'un congé de maternité diminue, tandis que la part des femmes âgées de plus de 30 ans augmente. En 2009 par exemple, 30,4% des femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité sont âgées entre 25 et 29 ans, tandis que ce pourcentage est de seulement 22,2% en 2024, une baisse de 8,2 points de pourcentage sur 15 années. En revanche, la part des bénéficiaires âgés entre 35 et 39 passe de 20,9% en 2009 à 26,2% en 2024.

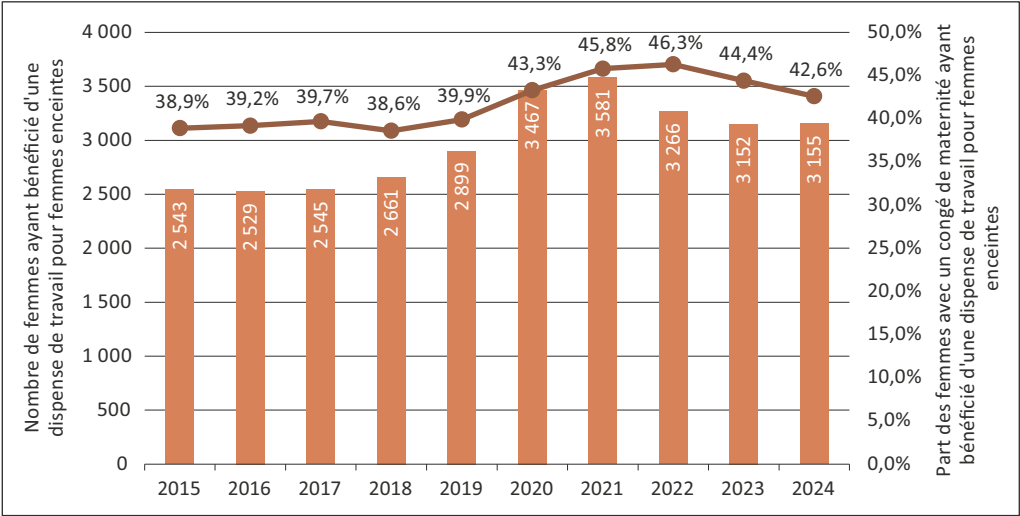
3.3.2. Les dispenses de travail pour femmes enceintes

Les dispenses de travail pour les femmes enceintes s'inscrivent parmi les mesures de protection prévues lorsqu'une femme enceinte ou allaitante occupe un poste reconnu comme dangereux. Ainsi, sont repris des postes dans lesquels une salariée fait face à des travaux manuels exigeant des efforts physiques ou des travaux en lien avec des substances biologiques ou chimiques ²⁰.

20. La rémunération à charge de l'assurance maladie-maternité d'une dispense de travail de la femme enceinte a été introduite en 1998. Loi modifiée du 1er août 2001 concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes, remplaçant la loi modifiée du 3 juillet 1975 concernant la protection de la maternité de la femme au travail.



Graphique 60: Évolution du nombre de femmes ayant débuté une dispense de travail pour femmes enceintes et la part des femmes ayant bénéficié d'une dispense de travail parmi les femmes ayant débuté un congé de maternité de 2015 à 2024



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Entre 2015 et 2024, le nombre de femmes enceintes ayant débuté une dispense de travail passe de 2 543 en 2015 à 3 155 en 2024, ce qui correspond à une hausse de 24,1%. Le nombre de femmes en dispense de travail est largement impacté par la crise sanitaire liée à la COVID-19.

Cette augmentation à long terme du nombre de dispenses n'est cependant pas seulement liée à l'augmentation de la population féminine en emploi, mais elle s'explique aussi par un effet structurel, puisque la part des femmes avec un congé de maternité et ayant bénéficié auparavant d'une dispense de travail pour femmes enceintes augmente également substantiellement. Ainsi, en 2015, ce taux s'établit à 38,9% et atteint 42,6% en 2024, soit une hausse de 3,7 points de pourcentage.

Tableau 23: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une dispense de travail pour femmes enceintes par groupe d'âge de 2022 à 2024

Secteur	2022		2023		2024	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
<25	256	7,8%	225	7,1%	200	6,3%
25-29	1 070	32,8%	1 022	32,4%	955	30,3%
30-34	1 201	36,8%	1 166	37,0%	1 211	38,4%
35-39	567	17,4%	588	18,7%	598	19,0%
40-44	161	4,9%	143	4,5%	177	5,6%
≥45	11	0,3%	8	0,3%	14	0,4%
TOTAL	3 266	100,0%	3 152	100,0%	3 155	100,0%

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS



En 2022, 3 266 femmes débutent une dispense de travail pour femmes enceintes, contre 3 155 femmes en 2024, ce qui correspond à une baisse de 3,4%. Pour rappel, en 2024, 40,8% des femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité, sont âgées entre 30 et 34 ans. Les dispenses de travail pour femmes enceintes concernent également majoritairement ce groupe d'âge, avec 38,4%. En ce qui concerne les femmes âgées de 25 à 29 ans, 22,2% d'entre elles ont bénéficié d'un congé de maternité. Cependant, ce groupe représente 30,3% de toutes les femmes ayant eu recours à une dispense de travail, ce qui montre une surreprésentation par rapport à leur proportion parmi les bénéficiaires de congé de maternité. Enfin, 26,2% des femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité sont âgées de 35 à 39 ans. Ce groupe d'âge représente 19,0% des dispenses de travail pour femmes enceintes. Les femmes âgées de 25 à 29 ans sont donc proportionnellement plus nombreuses à bénéficier de dispenses de travail par rapport aux congés de maternité, surtout en comparaison avec le groupe d'âge des 35 à 39 ans.

Tableau 24: Évolution du nombre de femmes ayant débuté une dispense de travail pour femmes enceintes selon le secteur d'activité de 2022 à 2024

Secteur	2022		2023		2024	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
Santé humaine et action sociale	1 464	44,8%	1 466	46,5%	1 472	46,7%
Commerce	534	16,4%	501	15,9%	457	14,5%
Hébergement et restauration	350	10,7%	320	10,2%	372	11,8%
Activités de services administratifs et de soutien	384	11,8%	357	11,3%	376	11,9%
Autres activités de service	171	5,2%	141	4,5%	146	4,6%
Administration publique, enseignement	141	4,3%	121	3,8%	111	3,5%
Industrie	71	2,2%	78	2,5%	79	2,5%
Transport	37	1,1%	58	1,8%	49	1,6%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	39	1,2%	38	1,2%	33	1,0%
Construction	24	0,7%	23	0,7%	16	0,5%
Activités financières et d'assurance	23	0,7%	11	0,3%	6	0,2%
Information et communication	13	0,4%	10	0,3%	15	0,5%
Immobilier	7	0,2%	9	0,3%	10	0,3%
Non-déterminés	<5	0,1%	11	0,3%	6	0,2%
Agriculture, sylviculture et pêche	<10	0,2%	8	0,3%	7	0,2%
TOTAL	3 266	100,0%	3 152	100,0%	3 155	100,0%

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Entre 2022 et 2024, quatre secteurs concentrent à eux seuls plus de 80% des dispenses : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale, le secteur du commerce, le secteur de l'hébergement/restauration et le secteur des activités de services administratifs et de soutien. En 2024, le secteur de la santé humaine et de l'action sociale regroupe 46,7% des dispenses de travail pour femmes enceintes. Cette proportion s'explique par l'exposition particulière aux virus contagieux et à divers risques (blessures, agressions, ...) liées aux tâches physiques et aux contacts fréquents avec d'autres personnes. A cela s'ajoute le fait que ce secteur emploie un nombre important de femmes.



Tableau 25: Part des femmes ayant débuté un congé de maternité et ayant bénéficié auparavant d'une dispense de travail selon les 5 principaux secteurs d'activité de 2022 à 2024

Secteur d'activité	2022	2023	2024
Santé humaine et action sociale	85,4%	83,0%	80,7%
Hébergement et restauration	79,1%	76,9%	79,1%
Activités de services administratifs et de soutien	62,7%	59,9%	63,4%
Agriculture, sylviculture et pêche	33,3%	42,9%	58,8%
Commerce	63,1%	59,7%	55,8%
TOTAL	46,3%	44,4%	42,6%

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

En analysant la part des femmes ayant débuté un congé de maternité et ayant bénéficié auparavant d'une dispense de travail pour femmes enceintes selon le secteur d'activité, quatre secteurs restent dominants : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale, le secteur de l'hébergement et de la restauration et le secteur des activités de services administratifs et de soutien tout comme le secteur du commerce. Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale affiche un taux de dispense de 80,7% en 2024. À noter que le taux global, tous secteurs confondus, diminue progressivement, passant de 46,3 % en 2022 à 42,6% en 2024.

3.4. 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 (CPRF).

- 12 jours au total, mais fractionnable si l'enfant est âgé de 0 à moins de 4 ans accomplis sur cette période de 4 ans ;
- 18 jours au total mais fractionnable si l'enfant est âgé de 4 ans accomplis à moins de 13 ans accomplis sur cette période de 9 ans ;
- 5 jours au total mais fractionnable si l'enfant est âgé de 13 ans accomplis à moins de 18 ans accomplis et s'il est hospitalisé sur cette période de 5 ans.²¹

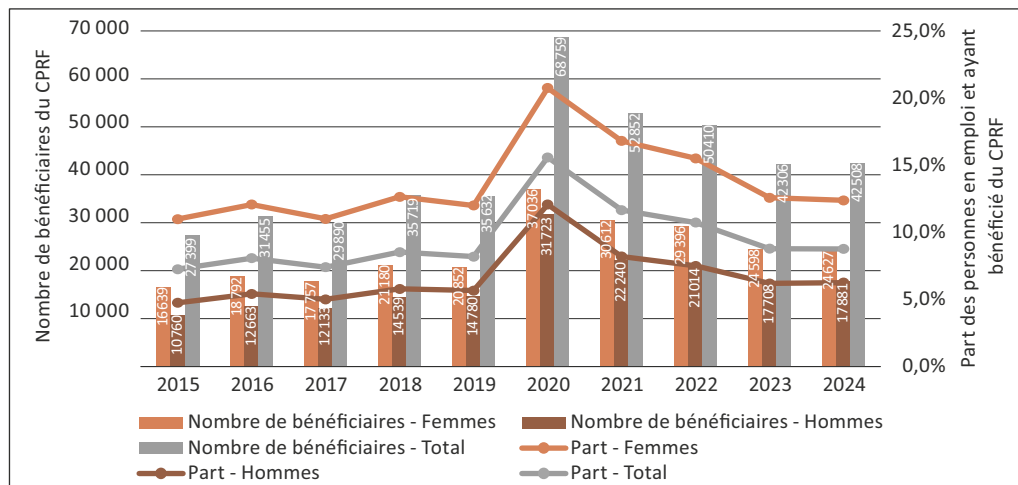
Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 et afin de lutter contre la propagation du virus Sars-Cov-2, le champ d'application du congé pour raisons familiales a été élargi à partir de fin mars 2020 aux fermetures des écoles ou des structures d'éducation/d'accueil et aux mises en quarantaine, isolement 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. Cependant, cette mesure exceptionnelle s'est terminée en avril 2023.

De plus, le congé pour soutien familial qui fait partie dans la suite de l'analyse du CPRF a été introduit afin de soutenir les salariés surtout en début de la pandémie de la COVID-19. Ainsi, les travailleurs indépendants et les fonctionnaires qui ont été contraints d'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 ont eu droit à ce congé supplémentaire. Cette mesure a néanmoins pris fin en novembre 2021.

21. Les articles L.234-51 à L.234-55 du Code de travail, Livre II, titre III, chapitre IV -section 7, définissent les modalités du droit de bénéficier d'un congé pour raisons familiales.



Graphique 61: Évolution du nombre de bénéficiaires distincts du congé pour raisons familiales (CPRF) et de la part des salariés et indépendants en emploi ayant bénéficié du CPRF selon le sexe de 2015 à 2024

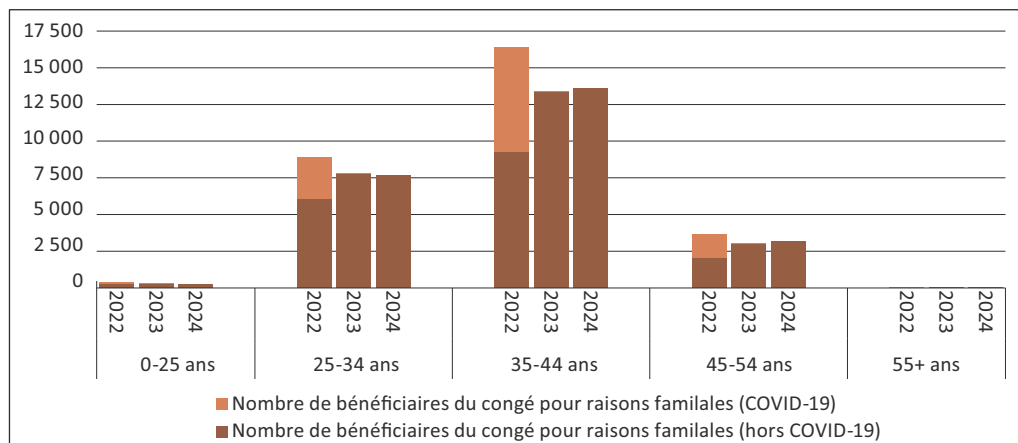


Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Entre 2015 et 2024, le nombre total de bénéficiaires ayant eu recours au moins un fois au cours de l'année augmente fortement. Entre 2015 et 2019, le nombre passe de 27 399 à 35 632 bénéficiaires, ce qui représente une hausse de 30,0%. En 2020, avec la pandémie COVID-19 et l'élargissement du CPRF, ce nombre augmente à 68 759 bénéficiaires, ce qui correspond à une hausse de 93,0% par rapport à 2019. En 2024, ce nombre diminue de 38,2% par rapport à 2020 et affiche 42 508 bénéficiaires tout en restant plus élevé qu'en 2019. L'analyse par sexe montre que les femmes recourent le plus fréquemment au CPRF.

En ce qui concerne la part des personnes en emploi ayant bénéficié du CPRF, l'évolution semble similaire. Ainsi, en 2024, 12,4% des femmes en emploi bénéficient du CPRF, contre 6,2% des hommes. De façon générale, 8,8% des salariés et indépendants en emploi bénéficient d'un CPRF au cours de l'année 2024.

Graphique 62: Nombre de femmes distinctes ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge de 2022 à 2024

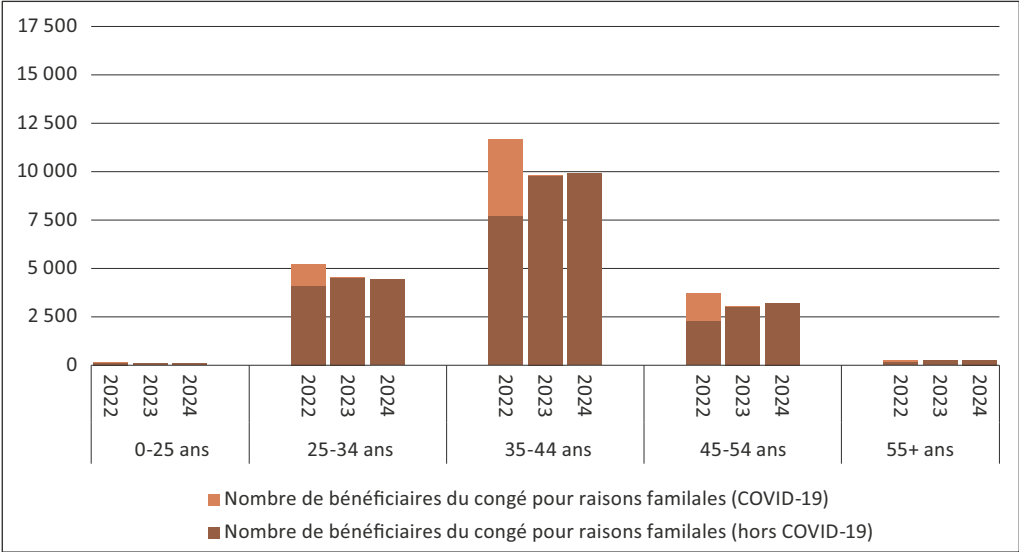


Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS



Le graphique montre que la majorité des femmes ayant recours au congé pour raisons familiales est âgée entre 35 et 44. En 2022, 39,7% des CPRF pris sont en lien avec la COVID-19, tandis que ce taux n'est plus significatif en 2023; cette mesure a été abolie en avril 2023. En 2024, 55,1% des femmes ayant eu recours au CPRF au moins une fois au cours de l'année sont âgées entre 35 et 44 ans.

Graphique 63: Nombre d'hommes distincts ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge de 2022 à 2024



L'analyse par sexe révèle que la répartition par âge des hommes prenant un congé pour raisons familiales est similaire à celle des femmes. En 2024, 55,3% des hommes ayant eu recours au CPRF au moins une fois au cours de l'année sont âgés entre 35 et 44 ans.

3.5. LES DÉPENSES POUR PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MATERNITÉ ET LE CPRF

Les prestations en espèces de maternité concernent le congé légal pré- et postnatal, la dispense de travail pour femmes enceintes ainsi que le congé d'accueil en cas d'adoption d'un enfant et le congé pour raisons familiales pour soigner ses enfants malades.

Tableau 26: Évolution des dépenses pour prestations en espèces en cas de maternité et de CPRF de 2022 à 2024 ^a

Type de prestation	2022	2023	2024
Indemnités pécuniaires proprement dites ^b	139,8	145,9	155,0
Dispense de travail pour femmes enceintes ^c	49,8	46,8	46,8
Congé pour raisons familiales	45,2	27,7	29,2
TOTAL	234,8	220,5	231,0

a. Données établies selon la date de la prestation.

b. Y inclus le congé d'accueil.

c. Y inclus les indemnités pour femmes allaitantes.

Source : CNS

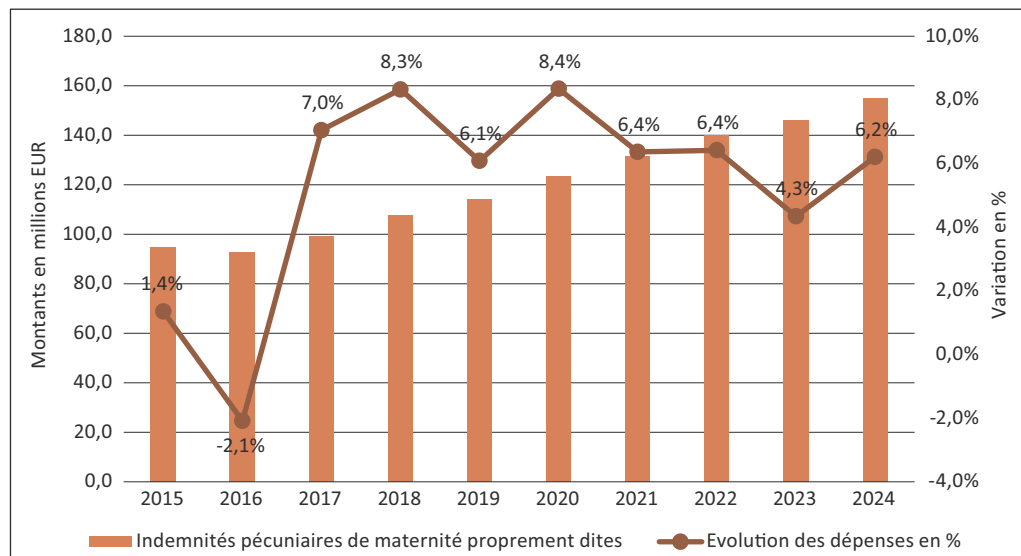


En 2024, les dépenses relatives aux prestations en espèces de maternité se situent à 231,0 millions EUR, ce qui correspond à une hausse de 4,8% par rapport à 2023 et une baisse de -1,6% par rapport à 2022, année marquée par des dépenses plus élevées pour le CPRF.

Les indemnités pécuniaires de maternité proprement dites augmentent de 6,2% en 2024, tandis que les dépenses liées aux dispenses restent stables à 46,8 millions EUR.

En 2024, les dépenses pour le congé pour raisons familiales s'élèvent à 29,2 millions EUR, ce qui représente une hausse de 5,5% par rapport à 2023.

Graphique 64: Évolution des dépenses pour indemnités pécuniaires de maternité proprement dites de 2015 à 2024 ^a



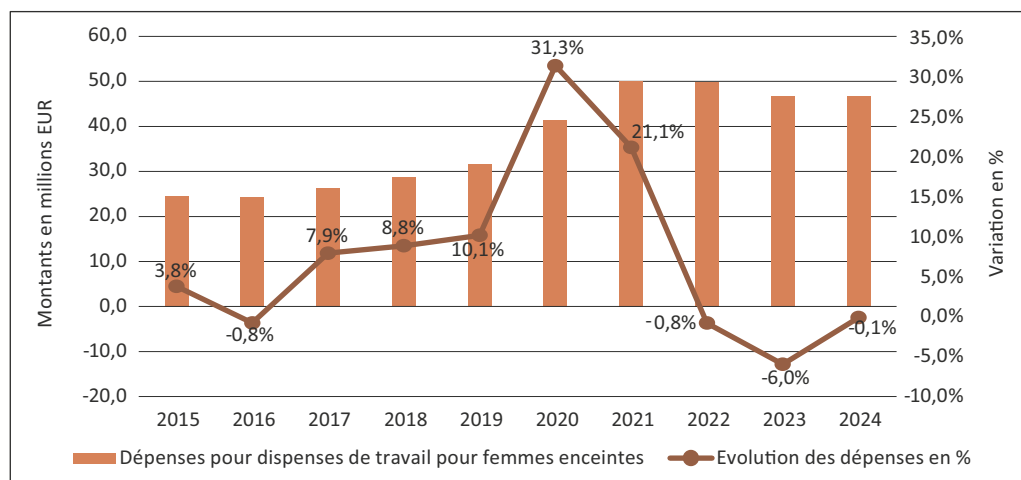
a. Données établies selon la date de la prestation

Source : CNS

Les dépenses pour indemnités pécuniaires de maternité proprement dites sont de façon générale en augmentation sur la période allant de 2015 à 2024.



Graphique 65: Évolution des dépenses pour indemnités pécuniaires de maternité concernant les dispenses de travail pour femmes enceintes de 2015 à 2024 ^a

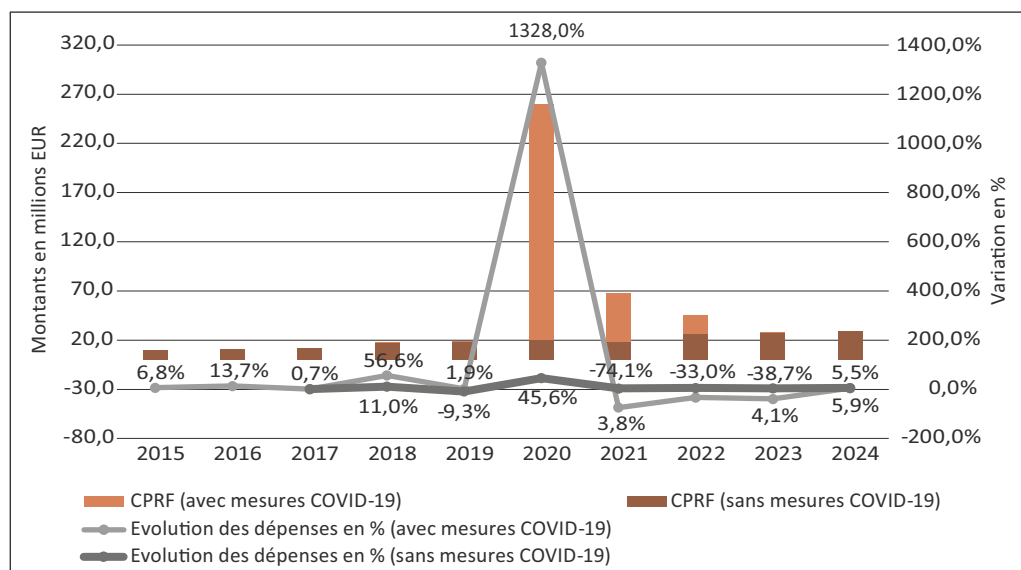


a. Données établies selon la date de la prestation

Source : CNS

Les dépenses pour les dispenses de travail pour femmes enceintes ou allaitantes augmentent de manière considérable en 2020. A partir de 2022, une forte diminution des dispenses de travail pour femmes enceintes peut être constatée, même si les montants restent importants par rapport aux années qui précèdent la pandémie liée à la COVID-19.

Graphique 66: Évolution du coût du congé pour raisons familiales de 2015 à 2024 (en millions EUR) ^a



a. Données établies selon la date de la prestation

Source : CNS

En 2024, le coût relatif au congé pour raisons familiales s'élève à 29,2 millions EUR, ce qui représente une hausse de 5,5% par rapport à 2023.



4. LA SITUATION FINANCIÈRE

Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la CNS 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 (art. 28 du CSS).

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, qui est fixée à 40% des cotisations.



4.1. SITUATION GLOBALE

Le tableau ci-après retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2020.

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

Exercice	2020	2021	2022	2023	2024
N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle)	834,76	839,98	871,66	921,63	944,43
Recettes					
Cotisations	1 994,4	2 111,0	2 285,0	2 527,8	2 649,9
Cotisations forfaitaires Etat	1 329,6	1 407,3	1 523,4	1 685,2	1 766,6
Autres contributions de l'État ^{b c d}	406,4	20,3	57,9	20,3	20,7
Autres recettes	34,1	37,7	44,0	70,6	87,3
TOTAL DES RECETTES COURANTES	3 764,4	3 576,3	3 910,3	4 303,9	4 534,5
Variation annuelle en %	17,5	-5,0%	9,3%	10,1%	5,1%
Dépenses					
Frais d'administration	92,0	96,6	102,5	124,1	126,8
Prestations en espèces ^e	815,4	546,6	574,1	594,7	648,0
Prestations en nature	2 845,1	2 969,5	3 243,4	3 458,4	3 742,3
Autres dépenses	24,3	19,2	31,9	26,6	33,1
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	3 776,8	3 632,0	3 951,9	4 203,7	4 550,3
Variation annuelle en %	21,8%	-3,8%	8,8%	6,4%	8,2%
Solde des opérations courantes	-12,4	-55,7	-41,6	100,1	-25,8
Réserve globale	958,9	903,2	861,6	961,7	936,0
Réserve minimale	377,7	363,2	395,2	420,4	455,0
Taux réserve globale / dépenses courantes	25,4%	24,9%	21,8%	22,9%	20,6%
Résultat de l'exercice	-79,9	-41,2	-73,6	74,9	-60,4
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	581,2	540,0	466,4	541,4	480,9
Taux de cotisation unique pour prestations en nature	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Majoration pour assurés couverts par une prestation en espèce	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,74%	5,67%	5,71%	5,50%	5,68%

a. Données établies selon la date comptable.

b. 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 2025 jusqu'au 31 décembre 2025 (art. 34).

c. 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.

d. En 2022, versement d'une dotation de 37,5 millions EUR de l'État à la CNS dans le cadre des mesures prises dans le contexte de la lutte contre le virus COVID-19. Ce montant correspond à la dette de l'État envers la CNS cumulée sur les exercices 2020, 2021 et 2022.

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

Source : CNS



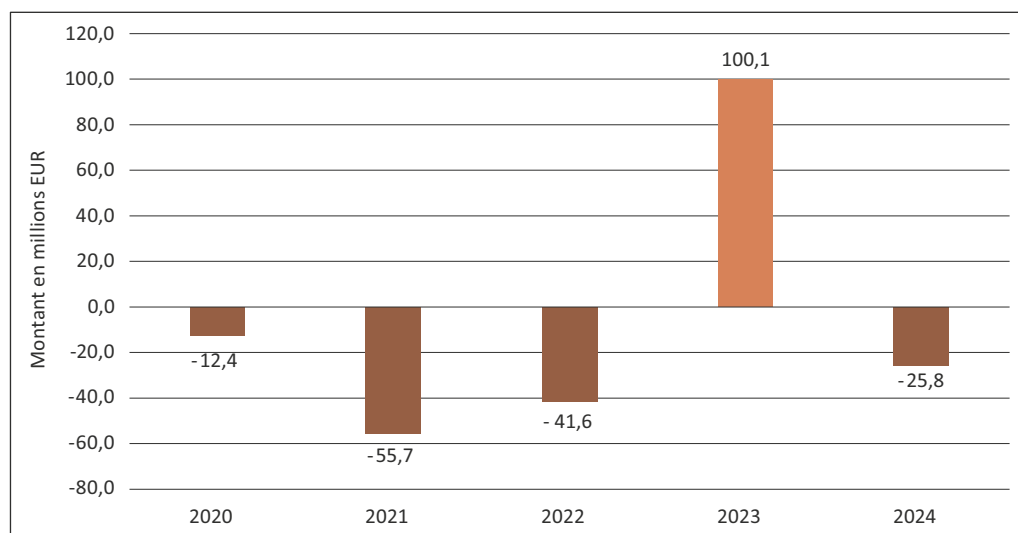
En 2020, le solde des opérations courantes est négatif et se situe à -12,4 millions EUR. De même, le résultat de l'exercice, obtenu après opérations sur réserves, est négatif et s'élève à -79,9 millions EUR. Cette évolution négative se poursuit et en 2022 le solde des opérations courantes se situe à -41,6 millions EUR. Après opérations sur réserves, le résultat de l'exercice 2022 se situe à -73,6 millions EUR.

En 2023, le solde des opérations courantes atteint 100,1 millions EUR, il en résulte un résultat de l'exercice positif de 74,9 millions EUR.

L'assurance maladie-maternité présente en 2024 un solde des opérations courantes, voire un résultat avant opérations sur réserves négatif de -25,8 millions EUR. Après opérations sur réserves, le résultat de l'exercice 2024 se situe à -60,4 millions EUR.

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

Graphique 67: Évolution du solde des opérations courantes de 2020 à 2024 (en millions EUR) ^a



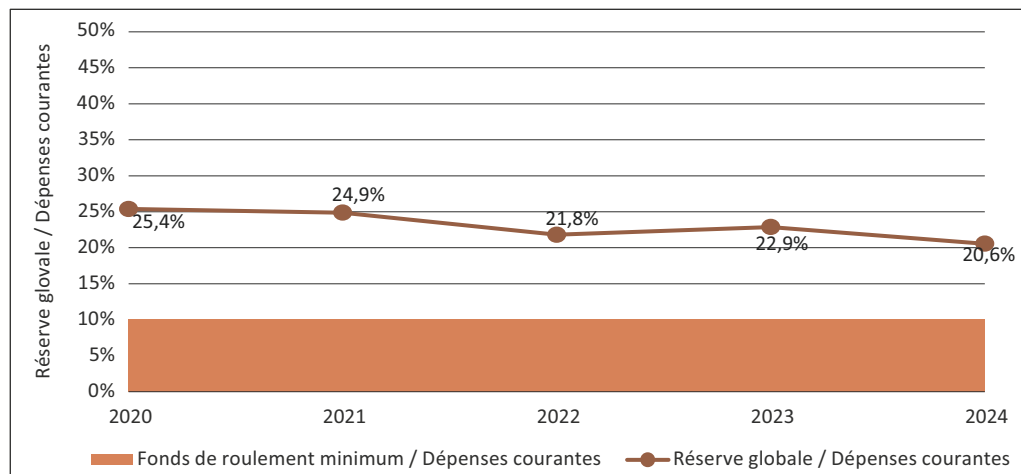
a. Données établies selon la date comptable.

Source : CNS.

Le graphique suivant présente l'évolution de la réserve globale par rapport aux dépenses courantes sur la période de 2020 à 2024.



Graphique 68: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2020 à 2024 ^a



a. Données établies selon la date comptable.

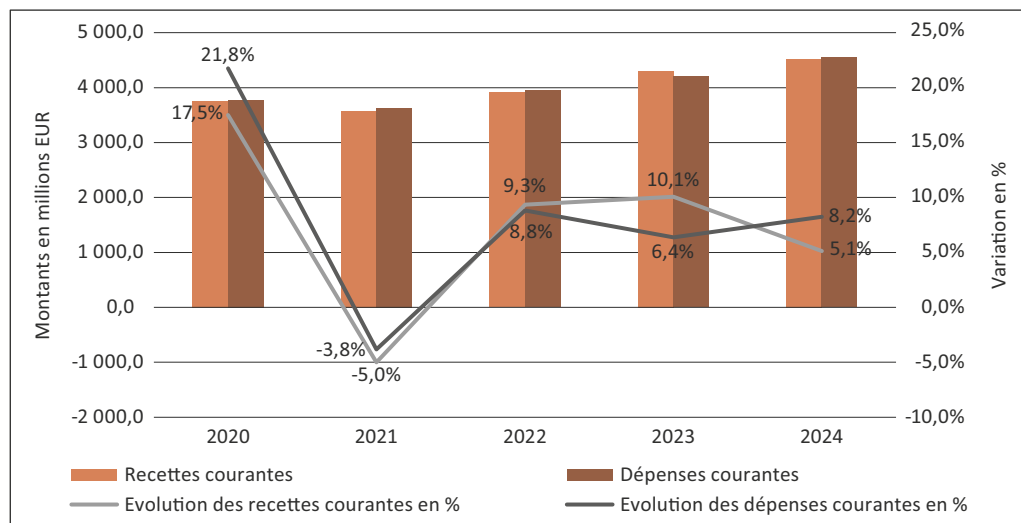
Source : CNS.

Pour l'année 2024, la réserve globale s'élève à 936,0 millions EUR et diminue de 2,7% par rapport à 2023. Le rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes s'élève en 2024 à 20,6%, contre 22,9% en 2023.

4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

Graphique 69: Évolution des recettes et dépenses courantes de 2020 à 2024 ^a



a. Données établies selon la date comptable.

Source : CNS.



Les recettes courantes augmentent en 2024 de 5,1% ce qui s'explique par une croissance des cotisations des assurés et des employeurs de 4,8% (10,6% en 2023) et par la croissance de la participation forfaitaire de l'Etat (+4,8%). L'évolution de l'échelle mobile des salaires de 2,5% est à l'origine de cette évolution. S'y ajoute une forte croissance des autres recettes (+23,7%).

L'évolution des dépenses courantes en 2024 se situe à 8,2% et s'explique par une hausse de 8,2% des dépenses pour prestations en nature (dépenses pour soins de santé) et une augmentation de 9,0% des dépenses pour prestations en espèces.

Le tableau suivant 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 2020 à 2024 (en millions EUR) ^a

Exercice	2020	2021	2022	2023	2023
Etat	1 738,6	1 430,2	1 585,8	1 711,0	1 792,8
Assurés et employeurs	1 991,8	2 108,4	2 280,5	2 522,3	2 644,4
Administrations	20,1	20,4	21,3	27,1	27,4
Autres sources de financement	14,0	17,3	22,7	43,5	59,9
TOTAL RECETTES COURANTES	3 764,4	3 576,3	3 910,3	4 303,9	4 524,5

a. Données établies selon la date comptable.

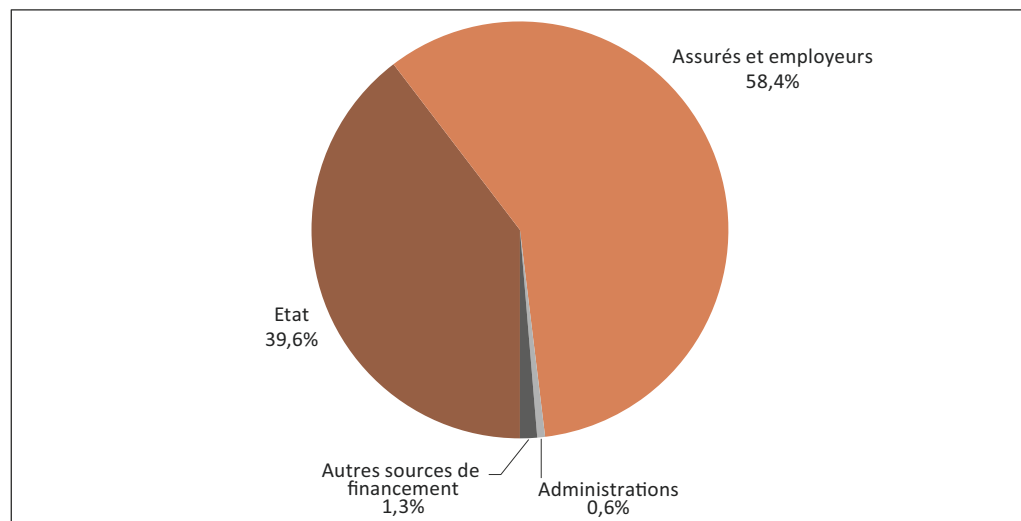
Source : CNS.

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'Etat prend en charge une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires, c'est-à-dire le surcoût incombant à la CNS du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité. La loi réforme de 2010 a introduit cette dotation annuelle jusqu'au 31 décembre 2013 qui a été prolongée par la suite annuellement par les lois relatives aux budgets des recettes et des dépenses de l'Etat des exercices suivants. Ainsi, le projet de loi sur le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2025 prévoit son prolongement jusqu'en 2025.

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. Ce versement 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. En 2022, l'État verse une dotation de 37,5 millions EUR à la CNS dans le cadre des mesures prises dans le contexte de la lutte contre le virus COVID-19. Ce montant correspond à la dette de l'État envers la CNS cumulée sur les exercices 2020, 2021 et 2022.



Graphique 70: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2024 (en % du total) ^a



Données établies selon la date comptable.

Source : CNS.

La participation de l'État dans le financement de l'assurance maladie-maternité s'élève à 1 792,8 millions EUR en 2024, contre 1 711,0 millions EUR en 2023 (+4,8%). Les cotisations payées par les assurés et employeurs se chiffrent à 2 644,4 millions EUR.

Tableau 29: Évolution des dépenses pour soins de santé de 2020 à 2024 (en millions EUR) ^a

Type de prestation	2020	2021	2022	2023	2024
Soins hospitaliers	1 141,6	1 171,2	1 263,0	1 314,6	1 388,8
Soins de médecine ^b	465,8	502,9	541,2	599,4	700,2
Soins de médecine dentaire ^c	94,8	102,7	116,2	126,1	147,8
Médicaments (extrahospitalier)	252,9	266,0	301,9	340,3	378,4
Dispositifs médicaux (extrahospitalier) ^b	52,2	61,2	63,3	67,9	74,2
Analyses de biologie médicale (extrahospitalier)	104,0	129,9	131,9	117,5	130,1
Soins des autres professions de santé ^b	169,0	195,8	219,8	240,3	260,1
Autres soins de santé ^d	56,2	58,8	61,5	67,8	69,5
Total des prestations au Luxembourg	2 336,6	2 488,5	2 698,8	2 873,9	3 149,1
Total des prestations à l'étranger	508,6	481,3	544,6	584,5	593,2
Total des soins de santé	2 845,1	2 969,8	3 243,4	3 458,4	3 742,3
Variation annuelle	9,6%	4,4%	9,2%	6,6%	8,2%

a. Données établies selon la date comptable.

b. Y compris les prestations de maternité.

c. 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 3,4 millions EUR en 2024.

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 sage-femmes, d'orthophonistes et de psychomotriciens, les traitements des diététiciens.

Source : CNS



Selon les données comptables, les dépenses totales pour prestations de soins de santé atteignent 3 742,3 millions EUR en 2023, contre 3 458,4 millions EUR en 2023, soit une augmentation de 8,2%. Le taux de croissance de 2024 résulte d'une croissance des dépenses pour prestations au Luxembourg de 9,6% et de 1,5% des dépenses pour prestations à l'étranger.

L'évolution des soins de santé au Luxembourg de 9,6% en 2024 s'explique notamment par l'évolution des dépenses pour soins hospitaliers (+5,6%), soins de médecine (+16,8%), soins de médecine dentaire (+17,2%), médicaments (+11,2%), autres professionnels de santé (+8,2%) (kinésithérapeutes et infirmiers par exemple) analyses de biologie médicale (+10,7%), et prestations à l'étranger (+1,5%).

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 2020 à 2024 (en millions EUR) ^a

Type de prestation	2020	2021	2022	2023	2024
Prestations en espèces de maladie	341,3	251,7	290,4	323,1	359,8
Prestations en espèces de maternité	421,9	251,8	236,4	220,9	231,9
Total des prestations en espèces	763,2	503,4	526,8	544,1	591,7
<i>Variation annuelle</i>	<i>108,2%</i>	<i>-34,0%</i>	<i>4,6%</i>	<i>3,3%</i>	<i>8,7%</i>

a. Données établies selon la date comptable.

Source : CNS

En 2024, les dépenses pour prestations en espèces augmentent de 8,7%. Cette évolution est due à une hausse de 11,3% des prestations en espèces de maladie et une hausse de 5,0% des dépenses pour prestations en espèces de maternité.

La hausse importante des dépenses pour prestations en espèces de maladie en 2024 s'explique par une hausse des indemnités pécuniaires proprement dites de 16,4%. Les indemnités pour périodes d'essais diminuent de 5,3%.

En 2024, les dépenses relatives aux prestations en espèces de maternité se situent à 231,9 millions EUR, ce qui correspond à une hausse de 5,0% par rapport à 2023. Ceci s'explique par une augmentation de 5,7% des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites, par une diminution de 0,2% des dépenses liées aux dispenses de femmes enceintes et une hausse de 6,3% des indemnités de congé pour raisons familiales.

4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

Les affiliés à la Mutualité des employeurs (MDE) 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 (77 jours d'incapacité de travail sur une période de référence de 18 mois consécutifs) 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 2020.

Tableau 31: Évolution des recettes et dépenses de la Mutualité des Employeurs entre 2020 et 2024 (en millions EUR)

Exercice	2020	2021	2022	2023	2024
RECETTES					
Cotisations	355,7	385,8	418,3	457,5	153,3
Participation de tiers (Etat)	61,1	150,3	316,5	198,5	557,9
Autres recettes	0,4	0,3	0,7	1,6	3,5
TOTAL DES RECETTES COURANTES	417,2	536,4	735,5	657,7	714,6
Variation annuelle en %	-6,7%	28,6%	37,1%	-10,6%	8,7%
DEPENSES					
Frais d'administration	1,6	1,7	1,8	2,4	2,3
Prestations en espèces	417,4	523,6	711,2	659,9	706,3
Autres dépenses	0,8	0,5	3,3	0,7	1,3
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	419,8	525,8	716,4	663,1	709,9
Variation annuelle en %	-6,0%	25,3%	36,2%	-7,4%	7,1%
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	-2,6	10,6	19,1	-5,3	4,7
Réserve globale	42,0	52,6	71,7	66,3	71,0
Réserve minimale	42,0	52,6	71,7	66,3	71,0
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	1,85%	1,90%	1,90%	1,90%	0,63%

Source : Comptes annuels de la MDE

Après une année 2022 caractérisée par une hausse importante du nombre de personnes testées positives à la COVID-19 (nombre presque quadruplé par rapport à l'année précédente), les dépenses courantes diminuent de -7,4% en 2023 sous l'effet d'une diminution du nombre de salariés absents. L'évolution des recettes issues des cotisations s'explique par la croissance du nombre de cotisants (+1,9%), l'évolution de l'échelle mobile des salaires (+5,7%) et le revenu cotisable moyen réel (+1,5%). Cependant, étant donné que les dépenses diminuent et que les recettes des cotisations augmentent, l'écart entre les recettes et les dépenses se réduit, ce qui fait baisser la contribution de l'État au financement de la MDE. Celle-ci diminue donc de 37,3% en 2023 et les recettes courantes diminuent de 10,6%.

En 2024, le taux de cotisation de chacune des quatre classes a été réduit dans le cadre de la compensation par l'État de la troisième tranche indiciaire échue en 2023, telle que prévue par l'accord tripartite conclu le 7 mars 2023 entre le Gouvernement, l'UEL et les organisations syndicales. Dans ce contexte, le taux de cotisation moyen a été réduit de 1,90% à 0,63%. Compte tenu de la diminution substantielle des recettes de cotisations engendrée par cette mesure (-66,5%) et de l'augmentation des dépenses courantes (+7,1%), la contribution de l'État au financement de la MDE a été presque triplée, passant de 198,5 millions EUR à 557,9 millions EUR.





ASSURANCE DÉPENDANCE

INTRODUCTION

Le cercle des personnes protégées de l'assurance dépendance est identique à celui de l'assurance maladie-maternité. Au 31 décembre 2024, 17 848 personnes affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise, et donc affiliées à l'assurance dépendance, bénéficient de prestations de l'assurance dépendance.

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'étendue 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 (CMSS) 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 missions 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 Santé et 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, le Budget, la Santé et la Sécurité sociale 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) ; ¹

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 1^{er} 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).

1. 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 1^{er} 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.



Lors de l'évaluation ou de la réévaluation, l'AEC recense les besoins du demandeur en aides et soins, ainsi que, le cas échéant, les capacités et disponibilités d'un 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 ².

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.

2. 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 ³.

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 prêter 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 à 391 du CSS définissent quatre catégories de prestataires qui doivent conclure des contrats d'aides et de soins avec la CNS :

- les réseaux d'aides et de soins (RAS) ;
- les centres semi-stationnaires (CSS) ;
- 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 ⁴.

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.

3. <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/conv/2010/01/08/n1/jo>

4. 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 2024, 29 prestataires ont conclu un contrat en tant que réseau d'aides et de soins. 19 réseaux prennent en charge l'ensemble de la population dépendante dans 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 handicapées⁵. 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 2024, 62 centres semi-stationnaires, sous l'égide de 24 prestataires différents ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS. 43 exercent leur activité sur base d'un agrément de centre psycho-gériatrique et 19 sont des centres de jour pour personnes handicapées⁶.

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 2024, 54 établissements de ce type, sous l'égide de 24 prestataires différents ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS. Avec l'entrée en vigueur de la loi du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées⁷, aucune différence n'est plus faite entre maisons de soins et centres intégrés pour personnes âgées.

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 handicapées⁸.

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 et il peut recevoir les prestations prévues pour le domicile, lorsqu'il séjourne à domicile.

5. Source : CNS.

6. Source : CNS.

7. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2023/08/23/a562/jo>

8. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2003/09/12/n1/consolide/20230724>



Au 31 décembre 2024, 45 structures disposent d'un contrat d'aides et de soins du type de l'établissement d'aides et de soins à séjour intermittent ⁹.

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 2024, l'assurance dépendance s'adresse à 140 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 le personnel des réseaux d'aides et de soins ¹⁰, des centres semi-stationnaires, des établissements d'aides et de soins à séjour continu et des 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 2024 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}

	2022	En % du total	2023	En % du total	2024	En % du total
Réseaux d'aides et de soins	3 464,9	31,2%	3 653,0	31,3%	3 822,3	31,6%
Centres semi-stationnaires	473,4	4,3%	507,6	4,3%	515,3	4,3%
Établissements d'aides et de soins à séjour continu	5 900,0	53,1%	6 207,3	53,2%	6 437,4	53,2%
Établissements d'aides et de soins à séjour intermittent	1 275,1	11,5%	1 304,7	11,2%	1 314,7	10,9%
TOTAL	11 113,4	100,0%	11 672,5	100,0%	12 089,7	100,0%

a. Le personnel est exprimé en équivalents temps plein (ETP).

b. Moyenne annuelle.

Source : données CNS.

Les effectifs employés et communiqués à la CNS par le secteur des soins de longue durée représentent en 2024 un total de 12 089,7 ETP. 53,2% du total des effectifs sont occupés dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu. 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 emploient 4,3% de l'effectif total considéré.

9. Source : CNS.

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



En 2024, les effectifs augmentent de 3,6%, contre 5,0% en 2023. Les effectifs des réseaux d'aides et de soins évoluent le plus et présentent une croissance de 4,6%. Suivent les établissements d'aides et de soins à séjour continu dont les effectifs évoluent de 3,7%, puis les centres semi-stationnaires qui affichent une hausse de 1,5% de leurs effectifs et finalement les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent avec une évolution de 0,8%.

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}

Type de prestataire	2022	2023	2024
Réseaux d'aides et de soins	3 464,9	3 653,0	3 822,3
Personnel d'assistance et de soins	3 177,6	3 349,2	3 537,6
Personnel socio-éducatif	22,0	27,9	30,5
Personnel administratif	192,3	202,1	205,7
Personnel technique et logistique	72,9	73,7	48,5
Centres semi-stationnaires	473,4	507,6	515,3
Personnel d'assistance et de soins	273,3	278,3	279,6
Personnel socio-éducatif	121,2	143,9	150,2
Personnel administratif	25,0	29,9	29,5
Personnel technique et logistique	54,0	55,5	56,0
Établissements d'aides et de soins à séjour continu	5 900,0	6 207,3	6 437,4
Personnel d'assistance et de soins	4 133,6	4 371,2	4 528,6
Personnel socio-éducatif	300,1	336,3	365,4
Personnel administratif	320,8	342,5	364,7
Personnel technique et logistique	1 145,6	1 157,3	1 178,7
Établissements d'aides et de soins à séjour intermittent	1 275,1	1 304,7	1 314,7
Personnel d'assistance et de soins	594,6	570,6	604,9
Personnel socio-éducatif	482,9	529,6	513,2
Personnel administratif	70,9	74,2	74,2
Personnel technique et logistique	126,7	130,2	122,5
TOTAL	11 113,4	11 672,5	12 089,7
Variation en %	5,1%	5,0%	3,6%
Nombre d'ETP prestant des soins	8 179,1	8 569,3	8 950,6
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	73,6%	73,4%	74,0%

a. Le personnel est exprimé en ETP.

b. Moyenne annuelle.

Source : données CNS.

Sur la période allant de 2022 à 2024, la proportion du nombre d'ETP qui preste des soins par rapport au total des ETP (personnel de soins, personnel médical et personnel paramédical) reste stable autour de 74,0%.

Pour les quatre types de prestataires, 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 2024, ce type de personnel représente 93,3% des effectifs des réseaux d'aides et de soins, 85,0% des effectifs des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, 83,4% des effectifs des centres semi-stationnaires et finalement 76,0% 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 (39,0% comparé à 0,8% dans les RAS ou 5,7% dans les ESC en 2024).

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^a.

Par ailleurs, les chiffres à la date du 31 décembre 2024 sont non définitifs dans la mesure où des décisions rétroactives peuvent encore intervenir pour des demandes reçues avant le 31 décembre. Un certain délai est nécessaire pour établir des données définitives, ce qui ne sera possible qu'une fois toutes les décisions relatives aux demandes formulées au cours de l'année traitées.

L'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1er janvier 2018 marque une rupture de série dans les données de l'année 2018. 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. 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.

- a. Le formulaire S1 est une attestation de droit aux prestations de soins de santé délivrée par le pays compétent (dans lequel sont payées les cotisations) et permet une inscription dans le pays de résidence. De ce fait, les soins de santé seront dispensés dans le pays de résidence comme si la personne concernée y était assurée.



2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les caractéristiques des bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance au 31 décembre 2024 sont illustrées dans les tableaux et graphiques qui suivent.

Tableau 3: Évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance ^{a b}

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 des bénéficiaires affiliés à l'AMM
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 ^c	14 537	4,5%	14 261	4,4%	13 703	96,1%
2019	15 141	4,2%	14 861	4,2%	14 229	95,7%
2020	15 483	2,3%	15 180	2,1%	14 472	95,3%
2021	16 066	3,8%	15 730	3,6%	14 949	95,0%
2022	16 723	4,1%	16 374	4,1%	15 518	94,8%
2023	17 303	3,5%	16 933	3,4%	15 992	94,4%
2024	18 256	5,5%	17 848	5,4%	16 792	94,1%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

c. Rupture de série : entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1er janvier 2018.

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

En 2024, le nombre total de bénéficiaires d'une synthèse de prise en charge par l'assurance dépendance s'élève à 18 256 personnes. Il inclut les personnes affiliées résidentes et non-résidentes à l'assurance maladie-maternité ainsi que des personnes résidentes qui bénéficient des prestations de l'assurance dépendance au Luxembourg dans le cadre d'une attestation S1, mais dont les frais sont à charge de leurs assurances maladies/dépendance respectives.

En 2018, le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance affiliés à l'assurance maladie-maternité (AMM) luxembourgeoise augmente de 4,4%, 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.

En 2022, le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance affiliés à l'assurance maladie-maternité (AMM) luxembourgeoise augmente de 4,1% et de 3,4% en 2023. En 2024, une augmentation de 5,4% peut être observée.

Parmi les 15 992 personnes dépendantes résidentes et affiliées à l'AMM luxembourgeoise au 31 décembre 2023, 17,3% sont devenues dépendantes au courant de l'année 2023 et 14,0% sont mortes en 2024. De même, parmi les 16 792 personnes dépendantes résidentes et affiliées à l'AMM luxembourgeoise au 31 décembre 2024, 18,5% sont devenues dépendantes au courant de l'année 2024.

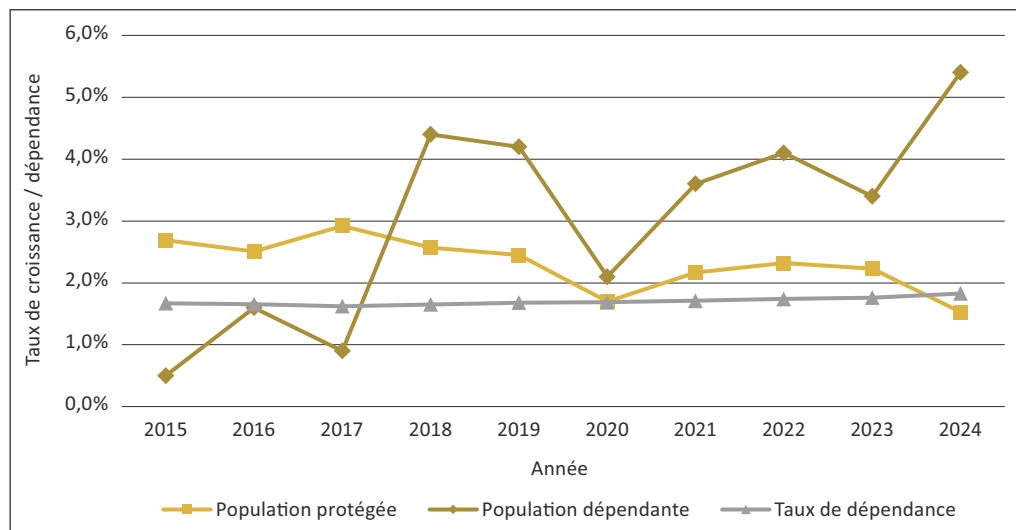
Le tableau 3 illustre également que la part des bénéficiaires non-résidents est restée relativement stable au cours des dernières années. A côté des personnes dépendantes



disposant d'une synthèse de prise en charge au 31 décembre, il existe d'autres personnes, qui ne bénéficient pas d'une prise en charge au 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}



a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

Source : 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 affiliée à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise. Jusqu'en 2017, la population protégée connaît une plus forte croissance que la population dépendante. Depuis 2018, le taux de croissance de la population dépendante dépasse celui de la population protégée.

En 2024, le taux de dépendance s'élève à 1,8% et reste ainsi stable par rapport à 2023. Toutefois, le nombre de personnes bénéficiant de prestations et résidant à l'étranger est très faible alors que la population protégée non-résidente est importante. La part de la population dépendante résidente par rapport à la population protégée résidente est beaucoup plus élevée que la part de la population dépendante totale par rapport à la population protégée totale (résidents et non-résidents). Au 31 décembre 2024, les personnes dépendantes au Luxembourg représentent 2,7% de la population protégée résidente. Le taux de dépendance des personnes ayant atteint au moins 65 ans s'élève en 2024 à 13,4%.

Parmi les 17 848 bénéficiaires affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise au 31 décembre 2024, plus que 0,5% bénéficient d'une synthèse basée sur une conversion de leur plan de prise en charge établi lors d'une évaluation faite avant le 1^{er} janvier 2018. 2,7% des bénéficiaires ont droit à une prise en charge forfaitaire liée à leur pathologie (dispositions particulières), 2,7% à une synthèse « soins palliatifs » et 0,2% à une synthèse « décès » (personnes décédées avant qu'une évaluation ait pu avoir lieu). Les 93,9% bénéficiaires restants bénéficient d'une synthèse établie selon les nouvelles dispositions prévues par la réforme de l'assurance dépendance à partir du 1^{er} 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 %
2022	10 930	66,8%	5,8%	701	4,3%	4,9%	4 743	29,0%	0,2%	16 374	4,1%
2023	11 334	66,9%	3,7%	721	4,3%	2,9%	4 878	28,8%	2,8%	16 933	3,4%
2024	12 129	68,0%	7,0%	760	4,3%	5,4%	4 959	27,8%	1,7%	17 848	5,4%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

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

Le maintien à domicile avant l'hébergement en institution était une priorité du législateur lors de l'introduction de l'assurance dépendance en 1999. En 2024, la part des bénéficiaires vivant à domicile se situe à 68,0%, ce qui signifie que deux bénéficiaires sur trois reçoivent des prestations à domicile.

En 2024, le nombre de bénéficiaires vivant à domicile augmente de 7,0% par rapport à 2023, celui des bénéficiaires résidant dans un ESI affiche une hausse de 5,4% et celui des bénéficiaires séjournant dans un ESC augmente de 1,7%.

Parmi les 760 bénéficiaires résidant dans un ESI en 2024, 200 personnes ¹¹ alternent leur séjour entre établissement et domicile.

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	
2022	4 666	6 264	374	327	1 260	3 483	6 300	10 074	16 374
2023	4 933	6 401	390	331	1 340	3 538	6 663	10 270	16 933
2024	5 352	6 777	395	365	1 395	3 564	7 142	10 706	17 848

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

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

En 2024, 60,0% des bénéficiaires affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise sont des femmes et 40,0% sont des hommes. Avec 74,9%, la grande majorité des hommes réside à domicile, tandis que chez les femmes, ce taux n'est que de 63,3%. Alors que les hommes ne représentent que 40,0% de l'ensemble des bénéficiaires des prestations de l'assurance dépendance, ils affichent un taux de 44,1% parmi les personnes vivant à domicile. Dans les ESI, les hommes représentent 52,0% des bénéficiaires et dans les ESC seulement 28,1%.

11. Résultat non définitif pour 2024, comme il se base sur la facturation des prestations réalisées par les ESI et réseaux d'aides et de soins. Il s'agit du nombre des bénéficiaires ESI avec une facturation à domicile entre le 01.12.2024 et le 31.01.2025.



Tableau 6: Évolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour ^{a b}

Groupe d'âge	2022				2023				2024			
	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total
0-19	1 362	≤60	≤5	1 424	1 485	67	0	1 552	1 662	71	0	1 733
20-39	624	≤200	≤10	830	664	210	8	882	716	220	10	946
40-59	1 162	238	65	1 465	1 181	232	79	1 492	1 198	246	90	1 534
60-69	1 280	147	244	1 671	1 315	143	252	1 710	1 463	139	274	1 876
70-79	2 086	45	659	2 790	2 160	55	674	2 889	2 350	71	692	3 113
80-89	3 210	≤15	≤2 130	5 350	≤3 335	≤15	2 170	5 513	≤3 485	≤15	2 175	5 669
≥90	1 206	≤5	≤1 640	2 844	≤1 200	≤5	1 695	2 895	≤1 260	≤5	1 718	2 977
TOTAL	10 930	701	4 743	16 374	11 334	721	4 878	16 933	12 129	760	4 959	17 848

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

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

Les personnes dépendantes, âgées de moins de 60 ans et séjournant dans un ESC, sont peu nombreuses. En ce qui concerne les personnes âgées de plus de 70 ans, 22,2% des septuagénaires, 38,4% des octogénaires et 57,7% des nonagénaires sont pris en charge dans un ESC en 2024.

Tableau 7: Évolution de l'âge moyen et de l'âge médian des bénéficiaires de l'assurance dépendance ^{a b}

	2022				2023				2024			
	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total
Age moyen	65,3	46,9	85,0	70,2	64,8	46,6	85,0	69,9	64,4	46,6	84,9	69,3
Age médian	75	51	87	80	75	50	87	79	75	48	87	79

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

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

Entre 2022 et 2024, il y a peu de variation au niveau des groupes d'âge à domicile, en ESI et en ESC. La différence d'âge moyen entre les bénéficiaires vivant à domicile et dans un ESC s'élève en 2024 à 20,5 ans.

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.



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	2022			2023			2024		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Forfait surdité ou capacité auditive réduite	75	74	149	78	79	157	82	81	163
Forfait cécité ou acuité visuelle réduite	114	148	262	120	148	268	115	142	257
Forfait Spina Bifida symptomatique	19	18	37	19	18	37	19	18	37
Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave	11	8	19	13	8	21	12	9	21
Forfait laryngectomie	17	5	22	15	6	21	15	7	22
TOTAL	236	253	489	245	259	504	243	257	500

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.

d. Données non définitives pour 2024.

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

En 2024, 500 personnes bénéficient de prestations forfaitaires. Ce groupe représente 4,1% de l'ensemble des bénéficiaires vivant à domicile. Les personnes atteintes de cécité, respectivement d'acuité visuelle réduite représentent 51,4% des cas et les personnes sourdes 32,6%.

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

Type	2022	2023	2024
Forfait surdité ou capacité auditive réduite	48,8	49,0	49,2
Forfait cécité ou acuité visuelle réduite	61,8	61,5	60,5
Forfait Spina Bifida symptomatique	36,7	37,7	38,7
Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave	66,2	65,9	65,1
Forfait laryngectomie	68,7	68,8	69,7
Ensemble des bénéficiaires de prestations forfaitaires	56,4	56,3	55,8

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. Données non définitives pour 2024.

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

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 FORAITS 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 (CMSS) pour bénéficier de soins palliatifs font partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance (art. 349 du CSS), ceci 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	2022	2023	2024
Forfait « Décès »	330	317	244
Hommes	192	186	149
Femmes	138	131	95
<i>dont décédés au courant de l'année</i>	<i>264</i>	<i>288</i>	<i>216</i>
Forfait « Soins palliatifs »	1 413	1 491	1 659
Hommes	628	631	735
Femmes	785	860	924
<i>dont décédés au courant de l'année</i>	<i>916</i>	<i>1 024</i>	<i>1 084</i>

a. Nombre annuel.

b. Données non définitives pour 2024.

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

En 2024, 244 personnes (61,1% hommes et 38,9% 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.

1 659 personnes ont droit au forfait " Soins palliatifs " en 2024, dont 55,7% 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 CMSS pour bénéficier de soins palliatifs. Tel est le cas pour 71 personnes en 2024.

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	2022	2023	2024
Forfait « Décès »	79,2	80,6	79,2
Hommes	78,5	80,1	78,8
Femmes	80,2	81,4	79,7
Forfait « Soins palliatifs »	78,9	79,2	79,2
Hommes	77,4	78,0	77,9
Femmes	80,1	80,0	80,3

a. Nombre annuel - âge au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

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

Au niveau de l'âge moyen, les femmes bénéficiant du forfait « Décès » ont en moyenne 0,9 an de plus que les hommes en 2024, respectivement 2,5 ans de plus que les hommes pour le forfait « Soins palliatifs ».

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 défini 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 classés 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 2024 (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 CMSS 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 » ne disposent pas de diagnostic, 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 sont comptés en tant que résidant 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 2024 ^{a b} (en % du total)

Chapitre de la classification CIM 10	Hommes	Femmes	Total
Chapitre I. - Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,5%	0,3%	0,4%
Chapitre II. - Tumeurs	2,5%	2,2%	2,3%
Chapitre III. - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,2%	0,1%	0,1%
Chapitre IV. - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,7%	1,8%	1,8%
Chapitre V. - Troubles mentaux et du comportement	32,7%	28,1%	30,0%
Chapitre VI. - Maladies du système nerveux	19,8%	15,0%	16,9%
Chapitre VII. - Maladies de l'œil et de ses annexes	2,8%	2,9%	2,9%
Chapitre VIII. - Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1,3%	1,1%	1,2%
Chapitre IX. - Maladies de l'appareil circulatoire	9,9%	7,8%	8,6%
Chapitre X. - Maladies de l'appareil respiratoire	1,7%	1,9%	1,8%
Chapitre XI. - Maladies de l'appareil digestif	0,5%	0,2%	0,3%
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	8,2%	20,1%	15,4%
Chapitre XIV. - Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,5%	0,3%	0,4%
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%	0,2%	0,2%
Chapitre XVII. - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	4,9%	2,7%	3,6%
Chapitre XVIII. - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	3,8%	4,5%	4,2%
Chapitre XIX. - Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	3,9%	5,3%	4,8%
Chapitre XX. - Causes externes de morbidité et de mortalité	0,3%	0,3%	0,3%
Chapitre XXI. - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	1,7%	1,9%	1,8%
Soins palliatifs	2,5%	2,9%	2,7%
Décès	0,3%	0,1%	0,2%
TOTAL	7 142	10 706	17 848

a. Situation au 31 décembre 2024.

b. Données non définitives.

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



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 polyneuropathies)).
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 2024^{a b} (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%	0,2%	1,6%	7,1%	17,4%	29,4%	33,4%	18,9%
Groupe 2. - Troubles psychiatriques	47,4%	19,7%	12,1%	13,9%	9,6%	5,3%	4,0%	12,2%
Groupe 3. - Maladies du système cardio-vasculaire	0,2%	0,3%	2,5%	5,7%	7,8%	7,4%	7,1%	5,8%
Groupe 4. - Maladies du système nerveux	14,1%	28,3%	35,9%	30,3%	23,4%	14,3%	7,8%	19,1%
Groupe 5. - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	32,5%	37,7%	12,8%	6,7%	2,9%	0,6%	0,3%	7,7%
Groupe 6. - Maladies du système ostéo-articulaire	0,6%	2,5%	11,1%	15,0%	20,5%	28,9%	34,1%	21,2%
Groupe 7. - Troubles sensoriels	1,3%	7,7%	11,0%	4,4%	2,6%	2,8%	3,7%	3,9%
Groupe 8. - Tumeurs malignes	1,0%	0,7%	2,7%	4,0%	3,8%	1,9%	1,2%	2,2%
Groupe 9. - Autres	2,5%	2,3%	7,1%	7,9%	8,2%	6,7%	5,3%	6,2%
Soins palliatifs	0,1%	0,3%	3,1%	4,9%	3,6%	2,6%	2,9%	2,7%
Décès	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Nombre de bénéficiaires	1 733	946	1 534	1 876	3 113	5 669	2 977	17 848

a. Situation au 31 décembre 2024.

b. Données non définitives.

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



En se référant à la classification du tableau 13, les maladies du système ostéo-articulaire (21,2%), les maladies du système nerveux (19,1%) ainsi que les démences et troubles des fonctions cognitives (18,9%) sont les trois premières causes principales de la dépendance de la population dépendante. Ces trois groupes représentent 59,1% de la population dépendante au 31 décembre 2024.

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 et les maladies du système ostéo-articulaire sont les causes principales de dépendance. Jusqu'à l'âge de 69 ans, les démences et troubles des fonctions cognitives sont peu répandues.

Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2024 (en % du total) ^{a b}

Classification AEC	Hommes				Femmes			
	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total
Groupe 1. - Démences et troubles des fonctions cognitives	9,7%	0,0%	38,2%	14,7%	11,8%	0,5%	42,5%	21,6%
Groupe 2. - Troubles psychiatriques	18,1%	20,8%	11,3%	16,9%	8,9%	16,2%	8,4%	9,0%
Groupe 3. - Maladies du système cardio-vasculaire	6,2%	0,3%	5,4%	5,7%	7,0%	0,5%	4,1%	5,8%
Groupe 4. - Maladies du système nerveux	25,0%	31,4%	19,9%	24,4%	16,9%	28,2%	11,7%	15,5%
Groupe 5. - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	10,0%	44,3%	2,0%	10,3%	6,3%	50,1%	0,6%	55,9%
Groupe 6. - Maladies du système ostéo-articulaire	13,6%	0,5%	12,7%	12,7%	30,7%	1,9%	22,2%	26,9%
Groupe 7. - Troubles sensoriels	5,0%	0,3%	1,4%	4,1%	4,8%	0,8%	2,2%	3,8%
Groupe 8. - Tumeurs malignes	2,9%	0,3%	1,1%	2,4%	2,9%	0,0%	0,9%	2,1%
Groupe 9. - Autres	6,3%	2,3%	5,8%	6,0%	7,3%	1,4%	5,1%	6,4%
Soins palliatifs	2,8%	0,0%	2,0%	2,5%	3,3%	0,3%	2,3%	2,9%
Décès	0,3%	0,0%	0,1%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Nombre de bénéficiaires	5 352	395	1 395	7 142	6 777	365	3 564	10 706

a. Situation au 31 décembre 2024.

b. Données non définitives.

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

La cause de dépendance la plus répandue chez les hommes en 2024 est le groupe des maladies du système nerveux (24,4%), alors que les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance chez les femmes (26,9%).

Dans les ESI, les personnes présentent essentiellement des malformations congénitales et des retards du développement moteur ou mental, des maladies du système nerveux et des troubles psychiatriques. 41,3% des bénéficiaires résidant dans un 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 (23,1% - prédominance chez les femmes), suivi de près des maladies du système nerveux (20,5% - 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 ces prestations.

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 son évaluation par l'AEC. Ainsi, il s'agit des prestations déterminées par l'AEC pour les personnes dépendantes et retenues dans la synthèse de prise en charge, et non des aides et soins facturés et remboursés par la CNS.

Le besoin en aides et soins pour actes essentiels de la vie (AEV) 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 sont comptés en tant que résidant 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 AEV 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.

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 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	2022	En % du total	2023	En % du total	2024	En % du total
Niveau 1	4 549	27,8%	4 893	28,9%	5 193	29,1%
Niveau 2	2 463	15,0%	2 595	15,3%	2 872	16,1%
Niveau 3	1 838	11,2%	1 908	11,3%	2 005	11,2%
Niveau 4	1 509	9,2%	1 524	9,0%	1 569	8,8%
Niveau 5	1 152	7,0%	1 173	6,9%	1 237	6,9%
Niveau 6	983	6,0%	987	5,8%	985	5,5%
Niveau 7	655	4,0%	665	3,9%	717	4,0%
Niveau 8	551	3,4%	567	3,3%	577	3,2%
Niveau 9	472	2,9%	462	2,7%	488	2,7%
Niveau 10	391	2,4%	364	2,1%	352	2,0%
Niveau 11	300	1,8%	304	1,8%	303	1,7%
Niveau 12	179	1,1%	188	1,1%	195	1,1%
Niveau 13	255	1,6%	248	1,5%	223	1,2%
Niveau 14	150	0,9%	131	0,8%	138	0,8%
Niveau 15	8	0,0%	11	0,1%	5	0,0%
Prestation forfaitaire	463	2,8%	476	2,8%	474	2,7%
Soins palliatifs	405	2,5%	412	2,4%	487	2,7%
Décès	51	0,3%	25	0,1%	28	0,2%
TOTAL	16 374	100,0%	16 933	100,0%	17 848	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2024.

b. Données non définitives.

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



Au cours des trois dernières années, la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance est restée relativement stable. 56,4% des bénéficiaires se trouvent dans un des 3 premiers niveaux de dépendance en 2024, contre 54,0% en 2023.

La répartition par niveau de dépendance diffère fortement en fonction du lieu de séjour (tableau 17).

Tableau 17: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par lieu de séjour en 2024 (en % du total) ^{a b}

Niveau de dépendance	Domicile (%)	ESI (%)	ESC (%)	TOTAL (%)	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	39,1%	11,6%	7,3%	29,1%	5 193
Niveau 2	19,7%	11,6%	7,9%	16,1%	2 872
Niveau 3	11,9%	13,4%	9,3%	11,2%	2 005
Niveau 4	8,0%	9,9%	10,7%	8,8%	1 569
Niveau 5	4,9%	9,1%	11,5%	6,9%	1 237
Niveau 6	3,1%	6,7%	11,3%	5,5%	985
Niveau 7	1,7%	6,3%	9,3%	4,0%	717
Niveau 8	1,3%	7,1%	7,3%	3,2%	577
Niveau 9	1,1%	7,4%	6,1%	2,7%	488
Niveau 10	0,8%	5,1%	4,4%	2,0%	352
Niveau 11	0,6%	4,5%	3,9%	1,7%	303
Niveau 12	0,3%	2,9%	2,8%	1,1%	195
Niveau 13	0,3%	1,8%	3,5%	1,2%	223
Niveau 14	0,0%	1,8%	2,4%	0,8%	138
Niveau 15	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	5
Prestation forfaitaire	3,9%	0,5%	0,0%	2,7%	474
Soins palliatifs	3,1%	0,1%	2,2%	2,7%	487
Décès	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	28
TOTAL	12 129	760	4 959	17 848	17 848

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives.

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

En 2024, 39,1% des bénéficiaires vivant à domicile sont classés dans le niveau de dépendance 1, 19,7% dans le niveau 2 et 11,9% dans le niveau de dépendance 3. Ainsi, plus de deux tiers des bénéficiaires à domicile (70,7%) se retrouvent dans un des trois premiers niveaux. Uniquement 2,1% des bénéficiaires vivant à domicile se retrouvent dans les niveaux 10 à 15.

Dans les ESC, 24,5% des bénéficiaires se retrouvent dans un des trois premiers niveaux de dépendance. Le niveau de dépendance le plus représenté est le niveau 5 avec 11,5%, suivi de près par les niveaux 4 et 6 (10,7% et 11,3%). Le pourcentage des bénéficiaires dans les niveaux plus élevés diminue progressivement, mais il est largement supérieur à celui du domicile avec 17,1% dans les niveaux 10 à 15.

Un tiers des bénéficiaires vivant dans un ESI a 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 16,2%.



Tableau 18: Évolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV) ^{a b c}

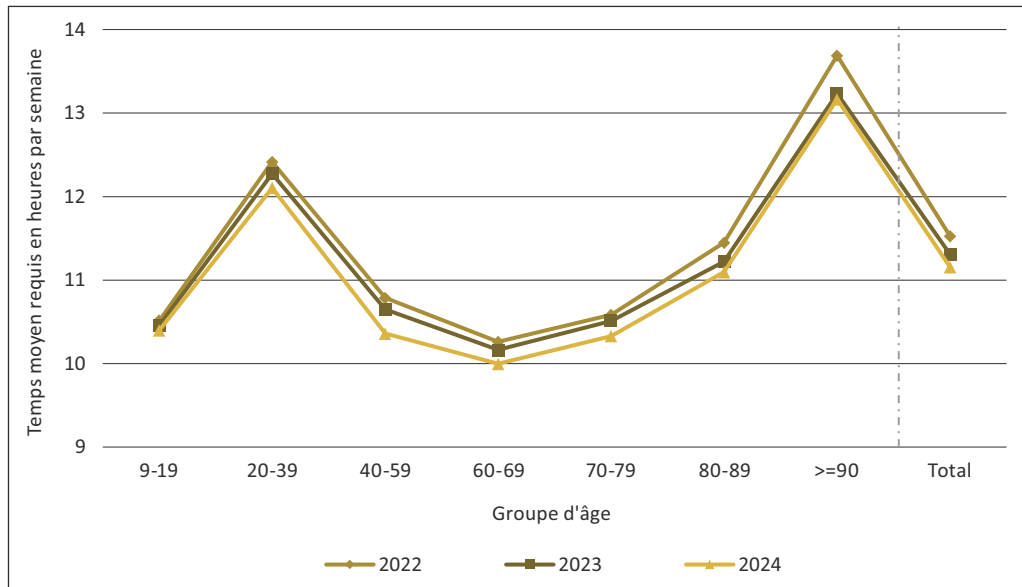
Année	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
2022	692	11,5	14 939
2023	679	11,3	15 447
2024	669	11,2	16 216

- a. Situation au 31 décembre.
b. Données non définitives pour 2024.
c. Uniquement les bénéficiaires de plus de 9 ans avec un niveau de dépendance 1-15.
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

La moyenne du temps requis pour les actes essentiels de la vie s'élève à 11,2 heures en 2024. L'écart entre le temps moyen requis pour les femmes et les hommes s'élève à 24,2 minutes en 2024.

La différence entre le temps moyen requis calculé pour les personnes vivant à domicile et celui des personnes séjournant dans un ESC est de 8,2 heures en 2024. Le temps moyen requis pour les AEV s'élève dans le cadre d'une prise en charge à domicile à 8,4 heures, contre 16,6 heures dans un ESC et 15,4 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}



- a. Situation au 31 décembre.
b. Données non définitives pour 2024.
c. Uniquement les bénéficiaires de plus de 9 ans avec un niveau de dépendance 1-15.
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Pour la population dépendante âgée entre 40 et 79 ans, le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie demeure relativement stable oscillant entre 10 et 11 heures. A partir de 80 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 groupe, 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 dépendantes 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: Évolution des personnes dépendantes vivant à domicile avec AAI, AMD-GDN et AMD-Garde^{a b c}

Année	AAI	AMD-GDN	AMD-GG	AMD-GG-M	AMD-GI	AMD-GI-M	AMD-Garde	Nombre de bénéficiaires
2022	74,0%	8,1%	54,9%	1,5%	11,0%	2,3%	69,7%	10 112
2023	77,0%	9,5%	55,9%	1,5%	10,9%	2,1%	70,4%	10 527
2024	81,4%	10,8%	57,7%	1,6%	11,2%	1,8%	72,2%	11 261

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

c. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.

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

Dans le cadre du maintien à domicile, le pourcentage des 11 261 personnes qui se voient attribuer des activités d'appui à l'indépendance s'élève à 81,4% en 2024.

Parmi les bénéficiaires vivant à domicile, 10,8% ont droit à une garde de nuit. Toutefois, pour pouvoir en bénéficier, la personne dépendante nécessite la présence d'une tierce personne 24 heures sur 24, ce qui limite ces gardes principalement aux personnes présentant des niveaux de dépendance élevés.

Par contre, 72,2% 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).

Ces chiffres montrent donc que de manière générale la part des personnes bénéficiant de ces actes augmente de manière considérable entre 2022 et 2024.

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 dépendantes vivant à domicile selon leur synthèse de prise en charge en 2024 (en %) ^{a b c}

Niveau de dépendance	AAI	AMD-GDN	AMD-GG	AMD-GG-M	AMD-GI	AMD-GI-M	AMD-Garde	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	76,7%	2,9%	56,7%	0,2%	4,9%	0,1%	62,0%	4 745
Niveau 2	85,0%	10,3%	56,9%	0,6%	14,5%	1,7%	73,7%	2 391
Niveau 3	87,2%	14,4%	57,9%	1,2%	16,8%	2,7%	78,6%	1 440
Niveau 4	87,3%	15,6%	61,5%	2,0%	15,8%	2,4%	81,6%	965
Niveau 5	88,0%	19,1%	66,2%	3,8%	11,0%	2,7%	83,8%	598
Niveau 6	83,9%	21,8%	62,6%	4,6%	17,2%	1,9%	86,3%	372
Niveau 7	81,9%	28,1%	57,6%	9,5%	19,0%	5,2%	91,4%	210
Niveau 8	77,4%	34,6%	55,3%	8,8%	20,8%	5,0%	89,9%	159
Niveau 9	76,9%	30,0%	51,5%	14,6%	16,9%	8,5%	91,5%	130
Niveau 10	59,8%	39,2%	44,3%	8,2%	27,8%	10,3%	90,7%	97
Niveau 11	66,7%	52,0%	52,0%	9,3%	21,3%	8,0%	90,7%	75
Niveau 12	68,6%	62,9%	40,0%	20,0%	17,1%	22,9%	100,0%	35
Niveau 13	64,9%	59,5%	27,0%	10,8%	27,0%	27,0%	91,9%	37
Niveau 14	100,0%	80,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100,0%	≤5
Niveau 15	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	≤5
TOTAL	81,4%	10,8%	57,7%	1,6%	11,2%	1,8%	72,2%	11 261

- a. Situation au 31 décembre.
b. Données non définitives pour 2024.
c. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'attribution des différents actes varie en fonction du niveau de dépendance. Les personnes dépendantes avec un niveau de dépendance plus faible bénéficient d'avantage d'AAI, alors que les personnes dépendantes avec des niveaux plus élevés bénéficient de plus en plus d'AMD-Garde.

Tableau 21: Évolution des personnes dépendantes vivant dans un ESC avec AAI, AMD-GDN et AMD-Garde ^{a b c}

Année	AAI	AAE	AAE-M	Nombre de bénéficiaires
2022	90,7%	77,8%	22,2%	4 645
2023	91,5%	76,4%	23,6%	4 777
2024	93,0%	74,9%	25,1%	4 844

- a. Situation au 31 décembre.
b. Données non définitives pour 2024.
c. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Tout comme à domicile, la part des personnes vivant en ESC et bénéficiant d'AAI augmente entre 2022 et 2024.



Tableau 22: Répartition des personnes vivant dans un ESC selon leur synthèse de prise en charge en 2024 (en %) ^{a b c}

Niveau de dépendance	AAI	AAE	AAE-M	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	96,4%	97,2%	2,8%	360
Niveau 2	99,0%	96,9%	3,1%	393
Niveau 3	97,8%	93,3%	6,7%	463
Niveau 4	99,2%	88,7%	11,3%	529
Niveau 5	98,9%	84,7%	15,3%	570
Niveau 6	97,2%	76,0%	24,0%	562
Niveau 7	95,4%	64,5%	35,5%	459
Niveau 8	94,0%	64,8%	35,2%	364
Niveau 9	91,4%	54,3%	45,7%	302
Niveau 10	89,4%	48,1%	51,9%	216
Niveau 11	77,8%	52,1%	47,9%	194
Niveau 12	73,9%	39,9%	60,1%	138
Niveau 13	62,2%	47,1%	52,9%	172
Niveau 14	57,1%	38,7%	61,3%	≤120
Niveau 15	66,7%	66,7%	33,3%	≤5
TOTAL	93,0%	74,9%	25,1%	4 844

- a. Situation
b. Données non définitives au 31 décembre 2024.
c. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Dans un ESC, 25,1% des 4 844 personnes dépendantes bénéficient du forfait majoré pour l'activité d'accompagnement. L'attribution de ce forfait augmente avec le niveau de dépendance. La majorité des résidents, à savoir les 74,9% restants ont droit au forfait normal de l'activité d'accompagnement.

Les activités d'appui à l'indépendance sont attribuées à 93,0% des bénéficiaires dans un ESC. Les bénéficiaires présentant un niveau de dépendance allant de 1 à 8 ont droit à des activités d'appui à l'indépendance dans plus de 94% des cas.

Les deux tableaux qui suivent montrent la répartition des synthèses de prise en charge en vigueur au 31 décembre des pensionnaires d'un ESI.

Tableau 23: Évolution des personnes résidant dans un ESI avec AAI, AMD-GDN et AMD-Garde ^{a b c}

Année	AAI	AAE	AAE-M	TOTAL
2022	88,8%	77,8%	22,2%	698
2023	92,6%	79,2%	20,8%	716
2024	93,2%	80,9%	19,1%	754

- a. Situation au 31 décembre.
b. Données non définitives pour 2024.
c. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.



Tableau 24: Répartition des personnes résidant dans un ESI selon leur synthèse de prise en charge en 2024 (en %) ^{a b c}

Niveau de dépendance	AAI	AAE	AAE-M	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	89,8%	98,9%	1,1%	88
Niveau 2	97,7%	95,5%	4,5%	88
Niveau 3	94,1%	87,3%	12,7%	102
Niveau 4	93,3%	89,3%	10,7%	75
Niveau 5	97,1%	76,8%	23,2%	69
Niveau 6	94,1%	84,3%	15,7%	51
Niveau 7	89,6%	62,5%	37,5%	48
Niveau 8	87,0%	64,8%	35,2%	54
Niveau 9	91,1%	69,6%	30,4%	56
Niveau 10	94,9%	64,1%	35,9%	39
Niveau 11	94,1%	67,6%	32,4%	34
Niveau 12	95,5%	86,4%	13,6%	22
Niveau 13	100,0%	57,1%	42,9%	14
Niveau 14	85,7%	57,1%	42,9%	14
TOTAL	93,2%	80,9%	19,1%	754

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

c. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.

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

Parmi les résidents d'un ESI, plus de 9 bénéficiaires sur 10 ont droit à des activités d'appui à l'indépendance. Un cinquième des bénéficiaires a droit au forfait majoré des activités d'accompagnement en établissement AAE-M.

Tableau 25: Répartition des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale et lieu de séjour en 2024 (en %) ^{a b c}

Classification AEC	Domicile	ESI	ESC	TOTAL
Groupe 1. - Démences et troubles des fonctions cognitives	92,9%	100,0%	87,7%	89,8%
Groupe 2. - Troubles psychiatriques	89,4%	95,7%	96,5%	91,3%
Groupe 3. - Maladies du système cardio-vasculaire	80,9%	100,0%	97,7%	84,6%
Groupe 4. - Maladies du système nerveux	77,1%	92,1%	94,8%	81,7%
Groupe 5. - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	77,2%	93,2%	89,6%	81,9%
Groupe 6. - Maladies du système ostéo-articulaire	79,4%	66,7%	98,3%	84,2%
Groupe 7. - Troubles sensoriels	77,5%	100,0%	98,0%	84,0%
Groupe 8. - Tumeurs malignes	74,0%	100,0%	93,8%	76,6%
Groupe 9. - Autres	76,4%	100,0%	97,3%	81,7%
TOTAL	81,4%	93,2%	93,0%	85,2%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

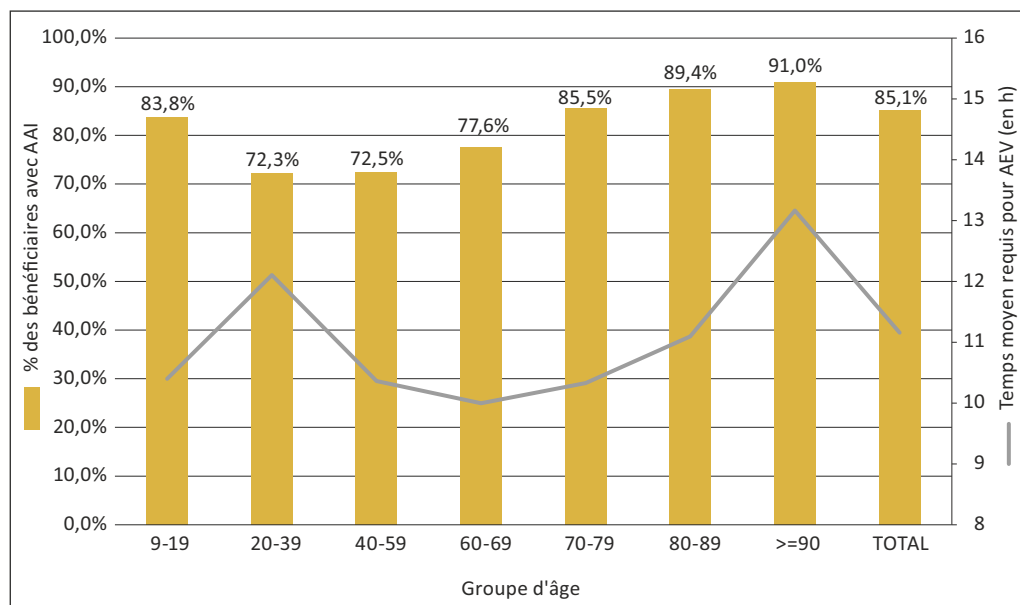
c. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.

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



L'octroi des AAI varie en fonction du niveau de dépendance, et par conséquent la répartition moyenne varie en fonction du lieu de séjour. L'octroi dépend également de la cause de dépendance. Ainsi, 92,9% des bénéficiaires à domicile souffrant de démence ou de troubles des fonctions cognitives obtiennent des AAI, alors que ce pourcentage ne s'élève qu'à 74,0% pour les bénéficiaires ayant des tumeurs malignes.

Graphique 3: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour les AEV (en heures) par groupe d'âge en 2024 ^{a b c}

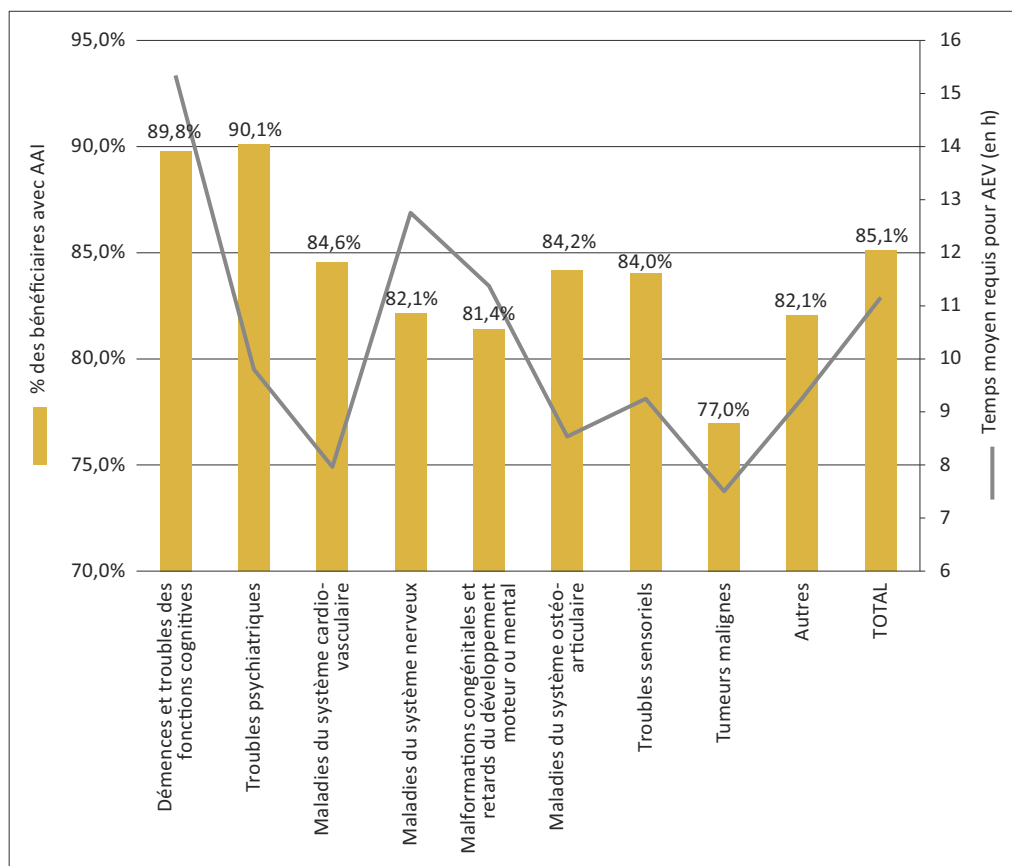


- a. Situation au 31 décembre.
 - b. Données non définitives pour 2024.
 - c. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
- Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

La comparaison entre le temps moyen requis pour les AEV par groupe d'âge avec le pourcentage des personnes ayant droit à des AAI montre que d'autres facteurs que le besoin en AAI influencent l'octroi des AEV.



Graphique 4: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour AEV (en heures) par cause de dépendance principale en 2024^{a b c}



a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

c. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.

Source : 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, 90,1% des personnes atteintes de troubles psychiatriques ont droit à des AAI, contre seulement 84,0% 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.

Premièrement, la formation liée aux aides techniques qui a pour but de conseiller et de rendre l'aidant ou la personne dépendante compétent(e) 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.



Deuxièmement, la formation à l'aidant, dont le but est de conseiller et de rendre l'aidant compétent 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 26: Les bénéficiaires vivant à domicile ayant droit à une formation en 2024 ^{a b c}

Formation	Nombre de bénéficiaires
Formation liée aux aides techniques	116
Formation à l'aidant	3 675
TOTAL	3 691
En % des bénéficiaires à domicile	35,8%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

c. Uniquement les bénéficiaires pris en charge exclusivement à domicile d'un niveau de dépendance 1-15.

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

Au 31 décembre 2024, 3 691 personnes dépendantes résidentes sont titulaires d'une synthèse de prise en charge à domicile comportant au moins une formation, ce qui représente 35,8% des bénéficiaires résidant 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 ¹².

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 représentent 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 ne travaillant pas pour un réseau d'aides et de soins.

La possibilité de recourir à un aidant donne lieu à trois formes d'octroi des prestations ou trois possibilités de partage :

- uniquement des prestations en nature ;
- uniquement des prestations en espèces ¹³ ;
- une combinaison de prestations en nature et de prestations en espèces.

12. 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.

13. 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 27: 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
2022	3 106	32,0%	739	7,6%	5 852	60,3%	9 697	100,0%
2023	3 174	31,7%	701	7,0%	6 132	61,3%	10 007	100,0%
2024	3 438	32,2%	625	5,8%	6 630	62,0%	10 693	100,0%

- a. Situation au 31 décembre.
b. Données non définitives pour 2024.
c. Bénéficiaires résidant uniquement à domicile (sans alternance avec ESI) sans dispositions particulières.
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

La part des personnes dépendantes ayant recours à des prestations en espèces continue à diminuer en 2024. 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 est celui des prestations combinées (62,0%), suivi des prestations en nature (32,2%) et des prestations en espèces (5,8%).

Parmi les 6 630 bénéficiaires de prestations combinées en 2024, 4 989 personnes font recours à des prestataires pour obtenir des AEV et/ou des AMD-M. Les 1 741 bénéficiaires restants 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 28: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par groupe d'âge en 2024 ^{a b c}

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	10	0,3%	41	6,6%	1 121	16,9%	1 172	11,0%
20-39	19	0,6%	78	12,5%	417	6,3%	514	4,8%
40-59	279	8,1%	150	24,0%	472	7,1%	901	8,4%
60-69	456	13,3%	123	19,7%	682	10,3%	1 261	11,8%
70-79	809	23,5%	116	18,6%	1 303	19,7%	2 228	20,8%
80-89	1 338	38,9%	95	15,2%	1 954	29,5%	3 387	31,7%
>=90	527	15,3%	22	3,5%	681	10,3%	1 230	11,5%
TOTAL	3 438	100,0%	625	100,0%	6 630	100,0%	10 693	100,0%

- a. Situation au 31 décembre.
b. Données non définitives pour 2024.
c. Bénéficiaires résidant uniquement à domicile (sans alternance avec ESI) sans dispositions particulières.
Source : 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 29: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par sexe en 2024^{a b c}

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	1 170	34,0%	325	52,0%	3 047	46,0%	4 542	42,5%
Femmes	2 268	66,0%	300	48,0%	3 583	54,0%	6 151	57,5%
TOTAL	3 438	100,0%	625	100,0%	6 630	100,0%	10 693	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

c. Bénéficiaires résidant uniquement à domicile (sans alternance avec ESI) sans dispositions particulières.

Source : 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 1^{er} 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 30 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 30: Répartition des aidants évalués par groupe d'âge et sexe en 2024^{a b c d}

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
0-39	156	748	904	12,1%
40-59	674	2 537	3 211	43,1%
60-69	506	1 201	1 707	22,9%
70-79	359	664	1 023	13,7%
80-89	281	285	566	7,6%
90+	26	6	32	0,4%
TOTAL	2 002	5 441	7 443	100%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

c. Bénéficiaires résidant à domicile et en ESI sans dispositions particulières.

d. Chaque aidant est compté par couple aidant/bénéficiaire. Il s'agit de 7 187 aidants distincts.

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

Parmi les 7 255 bénéficiaires de prestations en espèces ou de prestations combinées qui résident uniquement à domicile, 99,9% c'est-à-dire 7 246 bénéficiaires¹⁴, disposent d'une synthèse de prise en charge établie à partir du 1^{er} janvier 2018. Un quart des aidants évalués sont des hommes et environ 80% 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 où le nombre des aidants masculins se rapproche de celui des aidants féminins.

14. Parmi les aidants évalués, 197 s'occupent de personnes dépendantes alternant entre ESI et domicile, respectivement de bénéficiaires du forfait « Soins palliatifs » et qui continuent de bénéficier du forfait pour PE auquel ils avaient droit avant le forfait « Soins palliatifs ».



Pour ces 7 443 aidants, 28,5% bénéficient de la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension par l'assurance dépendance. Parmi les aidants qui bénéficient de la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension, 87,8% sont des femmes. Parmi les aidants âgés de moins de 60 ans, le pourcentage des aidants bénéficiant de la prise en charge de la cotisation pension s'élève à 47,1%.

Dans la majorité des cas, l'aidant ne s'occupe que d'une seule personne dépendante. Au 31 décembre 2024, 248 aidants s'occupent cependant de plusieurs personnes.

Tableau 31: Répartition des aidants évalués par forfait PE et niveau de dépendance du bénéficiaire en 2024 ^{a b c}

	Forfait PE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Niveau dépendance												
1		111	106	340	305	233	190	662	603	298	9	2857
2		48	41	120	91	79	81	87	108	184	772	1611
3		12	15	63	47	41	37	61	42	70	581	969
4		10	18	28	23	24	26	30	30	22	454	665
5		8	11	11	14	19	15	18	26	23	281	426
6-10		5	12	23	22	27	25	38	41	33	471	697
11-15		0	0	≤5	≤5	≤5	6	6	0	≤5	102	126
Soins palliatifs		0	7	≤15	≤10	≤10	5	8	7	≤5	32	92
TOTAL		194	210	601	514	433	385	910	857	637	2 702	7 443

- a. Situation au 31 décembre.
 - b. Données non définitives pour 2024.
 - c. Bénéficiaires résidant à domicile et en ESI sans dispositions particulières.
- Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les aidants interviennent dans 87,7% des cas auprès d'un bénéficiaire d'un niveau de dépendance entre 1 et 5. Le forfait PE 10 est alloué dans plus d'un tiers de cas.

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 ¹⁵.

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.

15. A l'exception d'un certain nombre d'aides techniques reprises sur une liste limitée (https://www.secu.lu/fileadmin/file/secu/pdf/Memorial/A-2017-1092_Annexe-2.pdf), qui peuvent être mis à disposition des personnes bénéficiaires de soins palliatifs sans accord préalable par l'AEC.



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 2022 par voie d'acquisition sera comptée sur plusieurs années tandis qu'une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2022 par voie de location ne peut pas se trouver chez une personne au 31.12.2022 (p.ex. en réparation chez SMA) mais le sera de nouveau au 31.12.2023.

Le tableau 32 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 32: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO ^{a b}

Code ISO	Libellé_ISO	2023			2024		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0912	Aides pour l'hygiène	28 351	588	28 939	30 347	758	31 105
1818	Dispositifs de soutien	12 022	401	12 423	12 535	557	13 092
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	7 338	5 225	12 563	7 271	5 704	12 975
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	16	11 174	11 190	17	11 757	11 774
1221	Fauteuils roulants	637	8 722	9 359	743	9 061	9 804
1830	Dispositifs de changement de niveau	7 370	687	8 057	7 770	713	8 483
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres)	1 741	5 688	7 429	1 898	5 870	7 768
1212	Adaptations pour voitures automobiles	3 857	0	3 857	4 081	0	4 081
0906	Aides de protection portées sur le corps	3 869	0	3 869	3 893	0	3 893
1812	Lits	302	3 335	3 637	317	3 371	3 688

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

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

Les aides les plus sollicitées en 2024 sont les aides pour l'hygiène, suivies des dispositifs de soutien.



Tableau 33: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale ^{a b}

Code ISO	Libellé_ISO	2023			2024		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0300	Aides pour les traitements et l'entraînement	2 119	5 805	7 927	2 290	6 006	8 296
0900	Aides pour les soins personnels et la protection	42 057	5 813	47 870	44 264	6 462	50 726
1200	Aides pour la mobilité personnelle	8 719	23 335	32 054	9 381	24 414	33 795
1500	Aides pour les activités domestiques	3 448	0	3 448	3 706	0	3 706
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles	21 479	5 315	26 794	22 507	5 603	28 110
2100	Aides pour la communication, l'information et la signalisation	6 417	561	6 978	6 851	603	7 454
2400	Aides pour manipuler les produits et les biens	3 300	33	3 333	3 480	38	3 518
TOTAL		87 536	40 865	128 404	92 479	43 126	135 605
Variation en %		5,7%	3,7%	5,0%	5,6%	5,5%	5,6%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données non définitives pour 2024.

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

Au 31 décembre 2024, 135 605 aides techniques sont mises à disposition par l'assurance dépendance, 68,2% sous forme d'acquisition et 31,8% sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition augmente de 5,6% par rapport à 2023.

Les 136 605 aides techniques sont allouées à 39 132 personnes distinctes en 2024. Parmi les bénéficiaires d'au moins une aide technique, 64,4% ne sont pas bénéficiaires d'une synthèse de prise en charge par l'assurance dépendance, néanmoins seulement 48,8% des aides techniques sont attribuées à des personnes sans synthèse de prise en charge. En 2024, 80,4% des bénéficiaires d'une synthèse de prise en charge résidents affiliés à l'AMM luxembourgeoise disposent d'au moins une aide technique.

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.

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 1^{er} 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 30 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou de plusieurs décisions positives pour une adaptation du logement depuis 2022 par la CNS.



Tableau 34: Évolution du nombre de titulaires d'une décision positive pour une adaptation du logement ^{a b}

Année	Nombre	Variation en %
2022	175	16,7%
2023	163	-6,9%
2024	135	-17,2%

a. Données établies selon la date de prestation.

b. Données non définitives pour 2024.

Source : Décompte CNS.

3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES

Encadré méthodologique

Les statistiques sur les prestations remboursées par la CNS sont basées sur la date de la prestation sans tenir compte de la date de leur paiement 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 prestation 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 concernant l'année 2024 sont non définitives. 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 1^{er} janvier 2018, les données de facturation de l'année 2018 présentent 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 preste, 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 ¹⁶ est payé pour les AEV (y compris les majorations pour fluctuations imprévisibles), les forfaits pour soins palliatifs, les activités d'assistance à l'entretien du

16. Le montant du forfait est obtenu en multipliant les minutes relatives au forfait avec les valeurs monétaires négociées du secteur.



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 remboursées par la CNS.

3.3.1. Aperçu global sur les prestations facturées

Les tableaux et graphiques qui suivent analysent dans un premier temps les dépenses pour 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 35: Évolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2015 (en millions EUR) ^{a b}

Année	Montant	Variation en %	Dont résidents	En % du total
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	598,1	0,2%	585,2	97,9%
2019	652,4	9,1%	639,1	98,0%
2020	692,1	6,1%	677,5	97,9%
2021	770,9	11,4%	754,7	97,9%
2022	849,7	10,2%	832,5	98,0%
2023	892,0	5,0%	883,2	99,0%
2024	962,8	7,9%	953,3	99,0%

- a. 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 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. Les dépenses tiennent compte des restitutions effectivement faites par les différents prestataires dans le cadre du contrôle des normes de la CNS à partir de 2018.

Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.



Dans le cadre des contrôles sur le respect des normes de dotation et de qualification du personnel, effectués par la CNS, les prestataires doivent rembourser le trop-perçu. Pour les années 2018 à 2020, environ 20 millions EUR ont été restitués à la CNS par an. Les négociations concernant les montants à rembourser pour les années plus récentes ne sont pas encore clôturées.

En 2024, la hausse des dépenses de l'assurance dépendance se situe à 7,9%. L'échelle mobile des salaires, dont dépendent les valeurs monétaires, augmente de 2,5% en 2024 et le nombre de bénéficiaires affiliés de 5,4%.

En 2024, 99,0% des dépenses concernent les bénéficiaires résidents, tandis que les dépenses liées aux bénéficiaires non-résidents présentent une certaine instabilité. 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. Pour ces raisons, les données qui suivent porteront exclusivement sur les dépenses engendrées par la prise en charge des personnes dépendantes résidant au Luxembourg.

Tableau 36: Évolution des dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire ^{a b c} (en millions EUR)

Groupe d'âge	2022			2023			2024		
	Domicile	ESI	ESC	Domicile	ESI	ESC	Domicile	ESI	ESC
0-20	20,0	2,0	0,0	23,1	2,0	0,0	25,8	2,4	0,0
20-39	17,0	15,9	0,7	17,9	16,9	0,6	19,3	17,9	0,7
40-59	28,4	21,9	6,5	31,4	21,5	6,7	32,7	21,6	7,6
60-69	37,9	13,4	22,3	40,5	13,4	21,6	45,0	13,5	24,2
70-79	71,0	4,1	56,3	77,7	5,3	58,6	86,0	6,8	63,2
80-89	124,6	1,4	180,4	137,9	1,2	185,8	151,5	1,0	194,0
>=90	57,7	0,1	151,1	61,3	0,3	159,5	70,0	0,2	169,7
TOTAL	356,7	58,9	417,3	389,8	60,6	432,9	430,4	63,4	459,5
Variation en %	12,6%	4,7%	6,3%	9,3%	2,8%	3,7%	10,4%	4,7%	6,1%

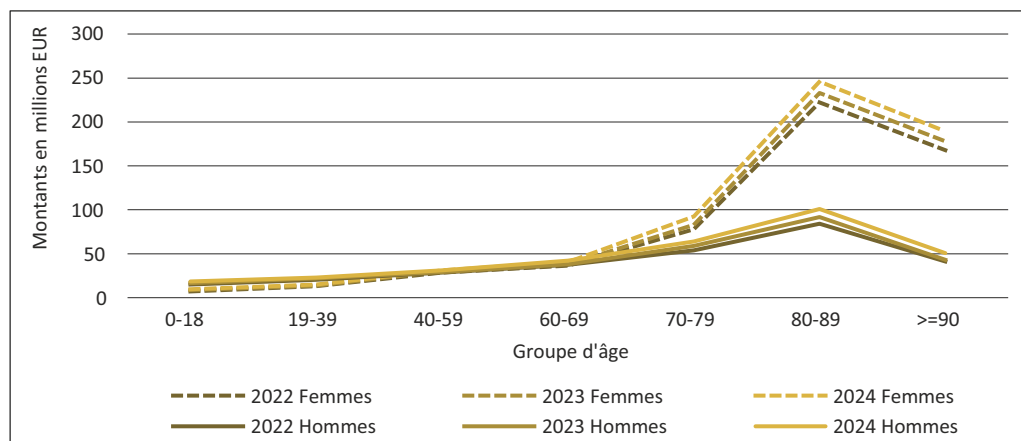
- a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
 - b. Calcul de l'âge au 31 décembre.
 - c. Les dépenses ne tiennent pas compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre du contrôle des normes de la CNS, car elles ne sont pas attribuées à un bénéficiaire spécifique.
- Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'étude sur les dépenses liées aux prestations de l'assurance dépendance délivrées au Luxembourg met en évidence une plus forte croissance des dépenses pour le maintien à domicile que pour le milieu stationnaire (ESI et ESC). En effet, en 2024, les dépenses pour prestations à domicile augmentent de 10,4% et les dépenses pour prestations en milieu stationnaire augmentent de 4,7% dans les ESI et de 6,1% dans les ESC.

En ventilant les dépenses selon l'âge du bénéficiaire, les dépenses les plus élevées sont liées aux personnes âgées de plus de 70 ans. En 2024, elles représentent 77,9% de l'ensemble des dépenses, 92,9% des dépenses pour les bénéficiaires vivant dans un ESC et 71,5% des dépenses relatives au maintien à domicile. En revanche, les dépenses pour les personnes âgées de plus de 70 ans et séjournant dans un ESI par contre ne représentent que 12,6% des dépenses totales liées aux ESI, ce qui s'explique notamment par le fait que sa population est en moyenne beaucoup plus jeune.



Graphique 5: Évolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire ^{a b c}



a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

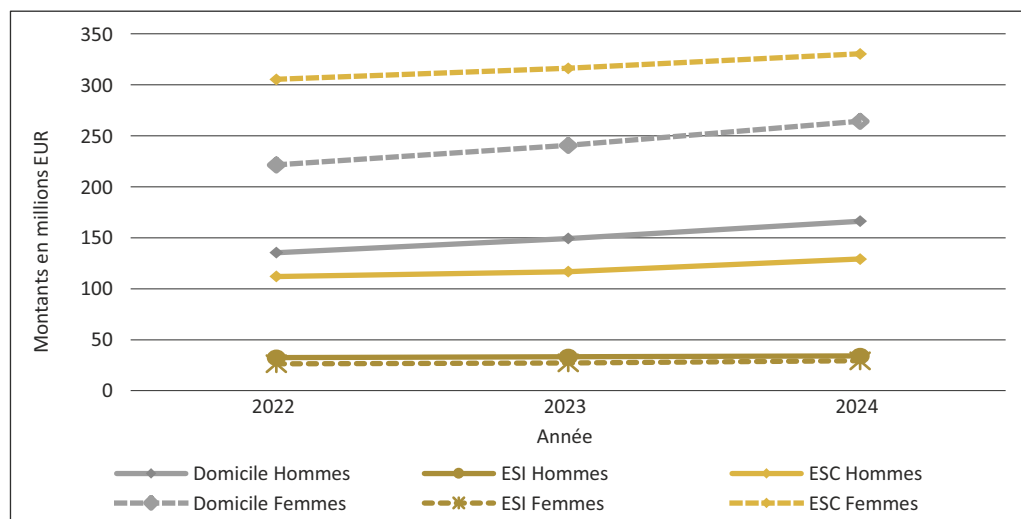
b. Calcul de l'âge au 31 décembre.

c. Les dépenses ne tiennent pas compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre du contrôle des normes de la CNS, car elles ne sont pas attribuées à un bénéficiaire spécifique.

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

Les dépenses des prestations de l'assurance dépendance pour les femmes dépendantes sont en moyenne 2,0 fois plus élevées que celles des hommes. Elles sont même en moyenne 2,9 fois plus élevées pour les femmes âgées de 80 ans et plus 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 des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire ^{a b}



a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Les dépenses ne tiennent pas compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre du contrôle des normes de la CNS, car elles ne sont pas attribuées à un bénéficiaire spécifique.

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



L'analyse des dépenses par lieu de séjour et par sexe pour l'année 2024 conduit aux constats suivants :

- pour les femmes, les dépenses liées aux prestations en maintien à domicile sont inférieures à celles des prestations en établissement ;
- pour les hommes, les dépenses liées aux prestations en maintien à domicile se situent au-dessus de celles des prestations en établissement d'aides et de soins à séjour continu ;
- les dépenses en ESI pour des soins prestés aux hommes sont légèrement supérieures à celles des prestations délivrées aux femmes.

3.3.2. Les dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire

Le tableau suivant montre la répartition des dépenses pour prestations entre les différents types de prestataire.

Tableau 37: Évolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR) ^{a b}

	2022	2023	2024
Etablissement d'aides et de soins à séjour continu	417,1	433,3	459,7
Etablissement d'aides et de soins à séjour intermittent	59,0	60,6	63,5
Réseau d'aides et de soins	244,2	269,7	301,0
Centre semi-stationnaire	29,0	33,2	36,4
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA	13,8	15,0	16,8
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	3,0	3,3	2,9
International ^c	0,0	0,0	0,0
Pas de prestataire ^d	83,6	77,0	82,3
TOTAL	849,7	892,0	962,8
Variation en %	10,2%	5,0%	7,9%

a. Statistiques établies selon la date prestation.

b. Les dépenses tiennent compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre du contrôle des normes de la CNS.

c. Caisses de maladie étrangères.

d. 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.

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

Quelle que soit l'année considérée, la majorité des dépenses pour prestations concerne les établissements d'aides et de soins à séjour continu. Ces dépenses représentent, sur toute la période analysée, un peu moins que la moitié de l'ensemble des dépenses engagées par l'assurance dépendance pour les prestataires d'aides et de soins.



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 2022, des dépenses pour les différents types de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance.

Tableau 38: Évolution des dépenses pour prestations en nature de l'assurance dépendance par type de prestation et lieu de séjour du bénéficiaire au Luxembourg ^{a b} (en millions EUR)

Type de prestation	2022	2023	2024	Variation en %	
				2022/2023	2023/2024
MAINTIEN A DOMICILE	356,7	389,8	430,4	9,3%	10,4%
Prestation en nature	272,9	302,4	337,0	10,8%	11,4%
Prestations en espèces	61,7	63,2	67,4	2,4%	6,6%
Produits nécessaires aux aides et soins	5,3	5,9	6,4	11,0%	8,5%
Aides techniques	13,7	15,0	16,7	8,8%	11,9%
Adaptations de logement	3,0	3,3	2,9	8,8%	-11,6%
ETABLISSEMENT	475,8	493,4	522,9	3,7%	6,0%
Prestation en nature - ESC	416,9	432,9	459,5	3,8%	6,1%
Prestation en nature - ESI	58,9	60,6	63,4	2,8%	4,7%
TOTAL	832,5	883,2	953,3	6,1%	7,9%

a. Statistiques établies selon la date prestation.

b. Les dépenses tiennent compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre du contrôle des normes de la CNS.

Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le tableau ci-dessus met en évidence une croissance des dépenses pour prestations en nature en 2024 de 7,9% par rapport à 2023. Pour le maintien à domicile, elle s'élève à 10,4%, contre 6,0% pour l'établissement (ESC et ESI).

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.

Tableau 39: Évolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature (en millions EUR) ^{a b c}

Type de prestation	2022	2023	2024	Variation en %	
				2022/2023	2023/2024
AEV	455,6	478,6	503,9	5,0%	5,3%
AMD-M	26,0	28,8	32,0	11,0%	11,0%
AAI	119,7	130,3	152,4	8,8%	16,9%
AAE	97,3	100,9	107,6	3,8%	6,6%
AMD-G	49,8	56,2	62,7	12,7%	11,6%
AMD-GN	0,7	0,9	1,0	27,0%	15,5%
AMD-Formation ^d	0,0	0,1	0,3	199,2%	134,4%
TOTAL	749,1	795,8	859,9	6,2%	8,0%

a. Statistiques établies selon la date prestation.

b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

c. Les dépenses ne tiennent pas compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre des contrôles CNS, car elles ne sont pas attribuées à un bénéficiaire spécifique.

d. Les dépenses pour l'année 2022 sont inférieures à 50 000 EUR.

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



En 2024, les dépenses pour les actes essentiels de la vie s'élèvent à 503,9 millions EUR, soit 58,6% de l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature. Elles sont suivies par les activités d'appui à l'indépendance, qui représentent 152,4 millions EUR, soit 17,7% de l'ensemble des dépenses. Les activités de maintien à domicile ainsi que les activités d'accompagnement en établissement représentent 23,7% des dépenses.

Tableau 40: Répartition des dépenses pour différents types de prestations en nature par groupe d'âge du bénéficiaire en 2024 (en millions EUR) ^{a b c}

Groupe d'âge	AEV	AMD-M	AAI	AAE	AMD-G	AMD-GN	Formation	En % du total
0-19	0,7%	1,9%	2,4%	0,5%	6,8%	6,4%	7,5%	1,5%
20-39	2,9%	1,0%	4,6%	3,9%	4,6%	2,4%	1,5%	3,4%
40-59	5,9%	7,5%	6,2%	5,9%	6,1%	11,1%	7,0%	6,0%
60-69	8,0%	11,5%	8,5%	7,4%	9,9%	12,1%	8,9%	8,3%
70-79	16,3%	21,7%	15,5%	13,5%	19,2%	17,3%	25,0%	16,2%
80-89	38,3%	40,0%	36,6%	37,3%	35,9%	33,4%	35,5%	37,7%
>= 90	27,9%	16,4%	26,1%	31,6%	17,6%	17,2%	14,5%	26,9%
TOTAL	503,9	32,0	152,4	107,6	62,7	1,0	0,3	859,9

- a. Statistiques établies selon la date prestation.
 - b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
 - c. Les dépenses ne tiennent pas compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre des contrôles CNS, car elles ne sont pas attribuées à un bénéficiaire spécifique.
- Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

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 2024, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 82,5% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 78,1% des dépenses pour les activités d'assistance à l'entretien du ménage, 78,2% des dépenses pour les activités d'appui à l'indépendance, 82,4% des dépenses pour les activités d'accompagnement en établissement et 72,5% des dépenses 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'article 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 41: Évolution des dépenses pour prestations à domicile par type de partage
(en millions EUR) ^{a b c d}

Type de partage	2022	2023	2024	Variation en %	
				2022/2023	2023/2024
Prestations en nature uniquement	139,2	157,3	177,0	13,0%	12,5%
Prestations en espèces uniquement	36,6	36,7	38,9	0,2%	6,2%
Prestations combinées dont	158,8	171,6	188,4	8,1%	9,8%
Prestations en nature	133,7	145,1	160,0	8,5%	10,3%
Prestations en espèces	25,1	26,6	28,5	5,7%	7,1%
TOTAL dont	334,6	365,6	404,4	9,3%	10,6%
Prestations en nature	272,9	302,4	337,0	10,8%	11,4%
Prestations en espèces	61,7	63,2	67,4	2,4%	6,6%

a. Statistiques établies selon la date prestation.

b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

c. Sont considérées les prestations en nature pour aides et soins.

d. Les dépenses ne tiennent pas compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre des contrôles CNS, car elles ne sont pas attribuées à un bénéficiaire spécifique.

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

Les dépenses pour prestations en nature connaissent une plus forte croissance que celles pour les prestations en espèces, ce qui s'explique par le fait que les prestations en espèces ne sont pas indexées et que le nombre de personnes faisant recours uniquement à des prestations en espèces continue à diminuer.

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 42: Évolution des dépenses pour les prestations forfaitaires de l'assurance dépendance
(en milliers EUR) ^{a b}

Type	2022	2023	2024	Variation en %	
				2022/2023	2023/2024
Forfait surdité ou capacité auditive réduite	986,1	1 005,2	1 079,7	1,9%	7,4%
Forfait cécité ou acuité visuelle réduite	1 942,6	1 962,4	1 926,0	1,0%	-1,9%
Forfait spina Bifida symptomatique	275,1	271,4	270,0	-1,3%	-0,5%
Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave	137,1	123,0	139,1	-10,3%	13,1%
Forfait laryngectomie	152,9	148,3	163,1	-3,0%	10,0%
TOTAL	3 493,9	3 510,3	3 577,9	0,5%	1,9%

a. Statistiques établies selon la date prestation.

b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

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

En 2024, les dépenses augmentent de 1,9% par rapport à 2023.



Tableau 43: Évolution des dépenses pour les aides techniques (en millions EUR) ^{a b}

Mise à disposition	2022	2023	2024	Variation en %	
				2022/2023	2023/2024
Location	8,1	9,4	10,2	15,5%	8,2%
Acquisition	5,6	5,6	6,6	-0,9%	18,2%
TOTAL	13,7	15,0	16,7	8,8%	11,9%

a. Statistiques établies selon la date prestation.

b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Source : 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 dépenses pour les aides techniques (location et acquisition) affichent une augmentation de 11,9% en 2024.

Les dépenses relatives aux adaptations de logement se chiffrent en 2024 à 2,9 millions EUR, ce qui représente une baisse de 11,6% par rapport à 2023, dont le montant se situe à 3,3 millions EUR.



4. LA SITUATION FINANCIÈRE

L'article 375 du CSS prévoit que 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.

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 une situation ajustée des recettes et dépenses courantes. Ainsi, les provisions pour prestations de l'exercice, non encore liquidées, sont réaffectées aux 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 ni le montant de la réserve.

4.1. SITUATION GLOBALE

L'exercice 2024 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse de 7,6% des recettes courantes et une hausse de 8,3% des dépenses courantes. Le solde des opérations courantes affiche un excédent de 80,7 millions EUR.

Tableau 44: Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance de 2020 à 2024 (en millions EUR) ^a

EXERCICE	2020	2021	2022	2023	2024
RECETTES COURANTES					
Contribution dépendance	477,6	510,9	558,6	614,5	651,1
Contribution forfaitaire Etat	301,1	334,8	357,8	362,4	394,7
Contribution Etat : mécanisme de compensation					
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,9	1,7	1,9	1,8	1,7
Autres recettes	0,9	0,2	1,3	5,9	12,4
TOTAL DES RECETTES COURANTES	781,5	847,7	919,6	984,7	1 059,9
Variation annuelle en %	5,5%	8,5%	8,5%	7,1%	7,6%



Tableau 44: Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance de 2020 à 2024 (en millions EUR) ^a (Suite)

EXERCICE	2020	2021	2022	2023	2024
DEPENSES COURANTES					
Frais d'administration	18,5	18,9	19,8	25,6	25,7
Prestations en espèces	4,7	4,5	4,5	4,5	4,4
Prestations en nature	713,9	796,4	852,8	862,5	935,5
dont :					
Prestations à domicile	291,3	321,7	360,2	373,2	410,5
Prestations en milieu stationnaire	407,0	459,4	475,2	470,8	504,2
Prestations à l'étranger	15,5	15,3	17,4	18,5	20,8
Actions expérimentales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferts de cotisations	7,8	8,4	9,5	11,1	11,9
Autres dépenses	1,0	0,5	1,8	0,6	1,7
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	745,9	828,8	888,5	904,4	979,2
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>8,6%</i>	<i>11,1%</i>	<i>7,2%</i>	<i>1,8%</i>	<i>8,3%</i>
SOLDE OPERATIONS COURANTES	35,5	18,9	31,1	80,3	80,7
Dotation / prélèvement fonds de roulement	6,7	8,3	6,0	1,6	7,5
Excédent / découvert de l'exercice	28,8	10,6	25,1	78,7	73,2
RÉSERVE	350,8	369,7	400,8	481,1	561,8
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>11,3%</i>	<i>5,4%</i>	<i>8,4%</i>	<i>20,0%</i>	<i>16,8%</i>

a. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.
Source : Décompte de l'assurance dépendance - CNS, calcul IGSS.

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 45: Évolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance ^a

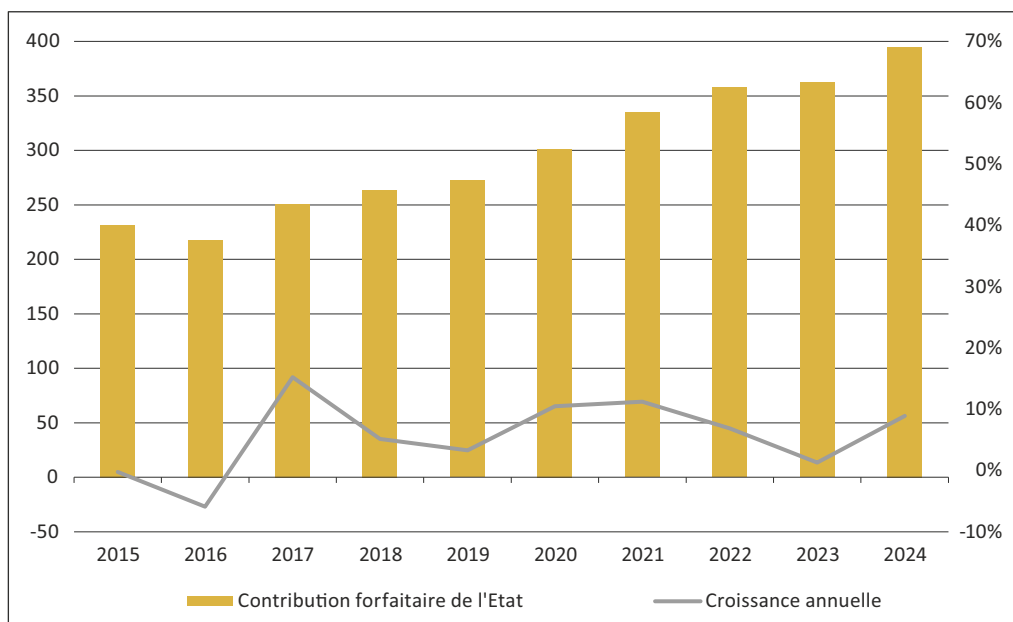
Exercice	Assurés actifs et autres	Assurés pensionnés	Contribution sur le patrimoine	Montant total de la contribution dépendance	Taux de contribution
2020	382,9	64,6	30,1	477,6	1,40%
2021	405,8	68,6	36,6	510,9	1,40%
2022	444,6	75,4	38,5	558,6	1,40%
2023	483,1	83,6	47,8	614,5	1,40%
2024	505,0	89,0	57,1	651,1	1,40%

a. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.
Source : Décompte de l'assurance dépendance - CNS, calcul IGSS.

En 2024, la contribution dépendance a rapporté 651,1 millions EUR dont 77,6% sont issus des assurés actifs et autres, 13,7% des assurés pensionnés et 8,8% de contribution sur le patrimoine.



Graphique 7: Évolution de la participation de l'État aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR) ^a



a. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.
Source : Décompte de l'assurance dépendance - CNS, calcul IGSS.

Le produit de la contribution du secteur de l'énergie s'élève pour 2024 à 1,7 million EUR.

4.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les dépenses courantes affichent une croissance de 8,3% en 2024.

La gestion de l'assurance dépendance incombe à la CNS. Les frais d'administration propres à la CNS sont répartis entre l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance au prorata de leurs prestations respectives au cours du pénultième exercice. Les frais d'administration relatifs à l'assurance dépendance s'élèvent à 25,7 millions EUR et représentent 2,6% des dépenses courantes en 2024.

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 leur sont pas accordées. Le volume des prestations en espèces continue à baisser, et s'élève à 4,4 millions EUR en 2024, ce qui représente 0,4% des dépenses courantes.

Les prestations en nature ¹⁷ représentent 95,5% des dépenses courantes. Le montant des prestations en nature atteint 935,5 millions EUR en 2024. Les dépenses en milieu stationnaire représentent 53,9% des prestations en nature, soit 504,2 millions EUR, occupant ainsi la première place. Les prestations à domicile arrivent en deuxième position, avec un montant de 410,5 millions d'EUR.

17. Aides et 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.



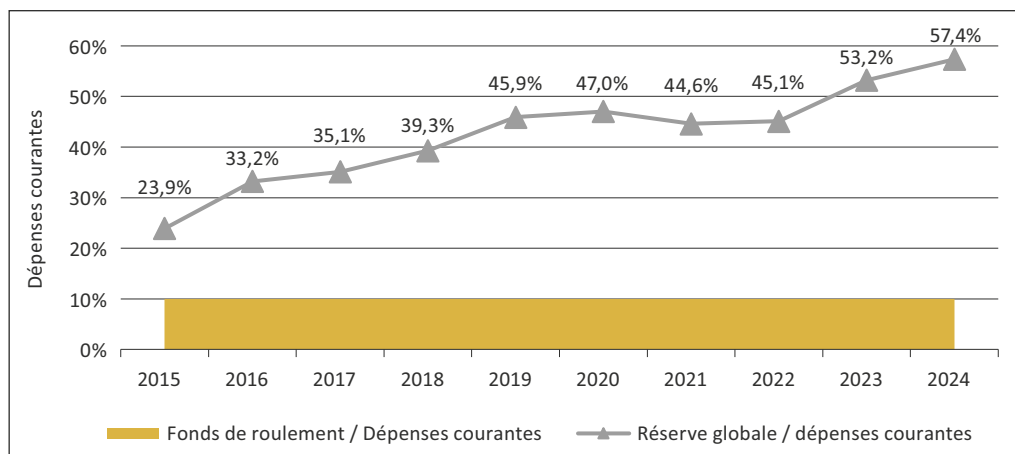
4.4. LA RÉSERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

L'article 375 du CSS 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).

En 2023, le solde des opérations courantes de l'assurance dépendance s'élève à 80,3 millions EUR et la réserve globale de l'assurance dépendance évolue de 20,0% par rapport à 2022. En 2024, le solde des opérations courantes s'élève à 80,7 millions EUR de sorte à ce que la réserve globale de l'assurance dépendance évolue de 16,8% par rapport à 2023.

En 2024, le rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes s'élève à 57,4%.

Graphique 8: Évolution de la réserve globale au 31 décembre en % des dépenses courantes ^a



a. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.
Source : Décompte de l'assurance dépendance - CNS, calcul IGSS.





ASSURANCE PENSION

INTRODUCTION

En 2024, la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) paye 225 513 pensions en moyenne, ce qui correspond à une hausse de 4,4% par rapport à 2023. Le nombre moyen d'assurés cotisants s'élève à 504 742 (+1,1%), ce qui correspond à 44,7 pensions pour 100 cotisants (*coefficient de charge*).

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION

L'assurance pension protège les assurés contre les trois risques suivants : 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 et les pensions personnelles destinées à l'assuré se distinguent des 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.

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 CNAP prend en charge des allocations trimestrielles ¹ 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 général et régimes statutaires), elle peut être amenée à participer partiellement dans des pensions dites mixtes.

En particulier, pour certains bénéficiaires de l'indemnité de préretraite qui auraient droit à une pension de vieillesse anticipée du régime général, celle-ci est versée par le Fonds pour l'emploi et la CNAP rembourse à ce dernier 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. 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 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. Le taux de cotisation global est fixé à 24,0%, 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.

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.
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. LE STOCK DES PRESTATIONS EN COURS

En décembre 2024, 229 906 pensions sont en cours de paiement, soit une augmentation de 4,4% par rapport au mois de décembre de l'année précédente (220 137).

Les 165 554 pensions de vieillesse, y inclus les pensions attribuées en tant que pension de vieillesse anticipée et 25 177 anciennes pensions d'invalidité reconduites à l'âge de 65 ans, représentent 72,0% de l'ensemble des pensions. Le poids des pensions d'invalidité et des pensions de survie-conjoint continue à diminuer (8,6% en 2020 ; 7,6% en 2024).

Outre les pensions proprement dites, la CNAP rembourse 644 indemnités de préretraite et 1 336 indemnités d'attente au Fonds pour l'emploi en décembre 2024

Tableau 1: Évolution des prestations en cours de paiement ^a

Nombre	2020	2021	2022	2023	2024
Pensions	197 414	204 300	211 672	220 137	229 906
Variation en %	3,6%	3,5%	3,6%	4,0%	4,4%
dont					
Pensions de vieillesse	135 762	141 768	148 608	156 403	165 554
Pensions d'invalidité	16 983	17 358	17 437	17 453	17 424
Pensions de survie - conjoint	40 596	41 163	41 660	42 260	42 908
Pensions de survie- orphelin	4 079	4 017	3 970	4 022	4 020
Indemnités préretraites	492	581	761	827	644
Variation en %	1,0%	18,1%	31,0%	8,7%	-22,1%
Indemnité d'attente	2 663	2 207	1 834	1 548	1 336
Variation en %	-11,5%	-17,1%	-16,9%	-15,6%	-13,7%

a. Prestations liquidées pour décembre de chaque année. Source : CNAP / IGSS

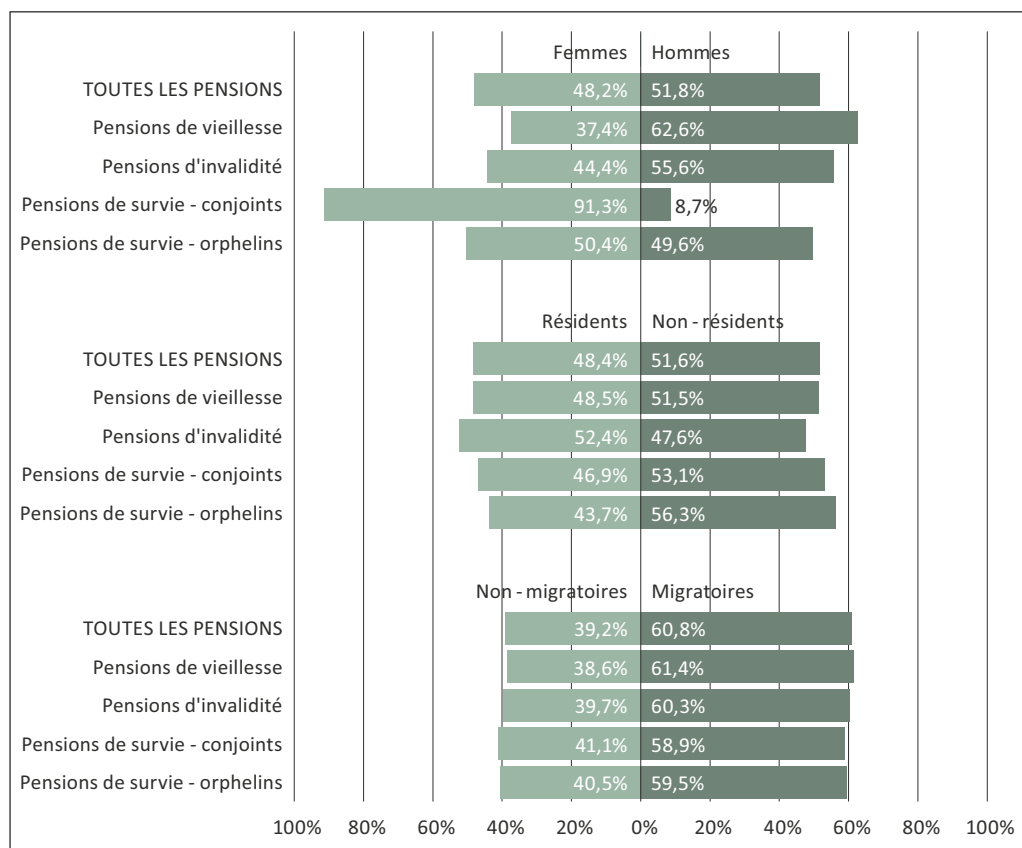


En 2024, les hommes représentent 51,8% de l'ensemble des bénéficiaires d'une pension. Plus que six pensions de vieillesse sur dix sont versées à des hommes, tandis que plus que neuf pensions de survie-conjoint sur dix reviennent à des femmes.

118 860 pensions, soit 51,6% de toutes les pensions de décembre 2024 sont versées à l'étranger, dont 42 294 en France, 26 855 en Allemagne et 22 394 en Belgique.

Une majorité de 60,8% de toutes les pensions du régime général d'assurance pension sont des pensions dites migratoires. Il s'agit des pensions partielles dont les bénéficiaires, en plus des périodes d'assurance luxembourgeoises, ont aussi fait valoir des périodes accomplies à l'étranger (carrières mixtes). En principe, ces bénéficiaires sont aussi éligibles à des pensions partielles dans les pays concernés.

Graphique 1: Répartition des pensions en cours par type de pension, sexe et résidence en 2024



Source : CNAP / IGSS



1.2. LES DÉPARTS À LA RETRAITE

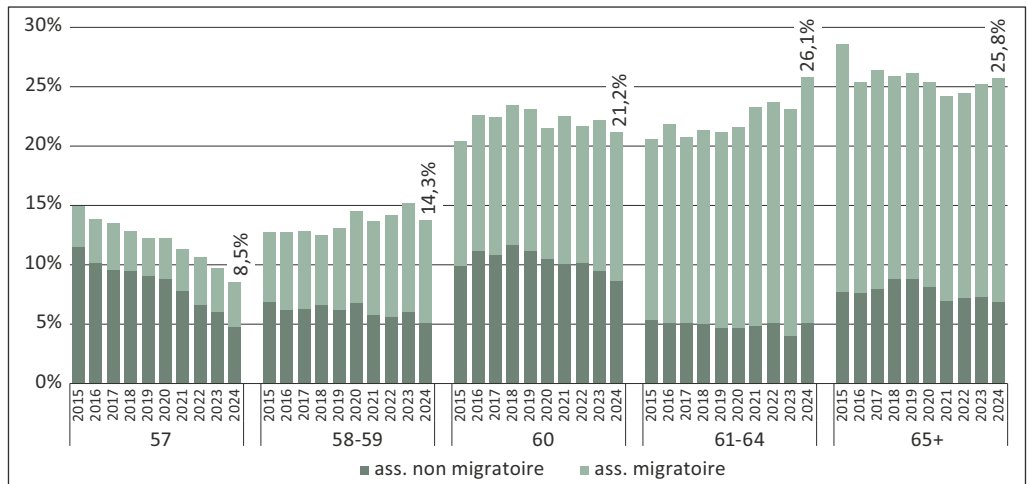
En 2024, 9 655 assurés du régime général d'assurance pension sont partis en retraite⁴⁵, dont 6 024 hommes et 3 631 femmes. La part des non-résidents passe à 54,7%, celle des départs après une carrière d'assurance migratoire à 68,9% (respectivement 53,4% et 66,4% en 2023).

Tableau 2: Évolution et composition des départs en retraite de 2020 à 2024

Nombre	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de départs en retraite	7 081	7 680	7 970	8 586	9 655
Âge moyen de départ en retraite	61,2	61,2	61,3	61,3	61,4
dont					
Hommes	60,8%	61,1%	61,6%	61,1%	62,4%
Femmes	39,2%	38,9%	38,4%	38,9%	37,6%
dont					
Résidents	50,5%	48,4%	48,6%	46,6%	45,3%
Non-résidents	49,5%	51,6%	51,4%	53,4%	54,7%
dont					
Pensions non-migratoires	39,8%	36,0%	35,4%	33,6%	31,1%
Pensions migratoires	60,2%	64,0%	64,6%	66,4%	68,9%

L'âge moyen de départ en retraite en 2024 est de 61,4 ans : 61,3 ans pour les hommes et 61,5 ans pour les femmes. En dix ans, la part des départs en retraite à l'âge de 57 ans a diminué de plus de 6 points de pourcents pour atteindre à 8,5%. Plus que la moitié des nouvelles pensions débutent après l'âge de 61 ans. Dans ce groupe, et surtout parmi les départs en retraite entre 62 et 64 ans, les pensions migratoires sont surreprésentées.

Graphique 2: Évolution de la répartition des départs en retraite par groupes d'âge



Source : Calculs IGSS

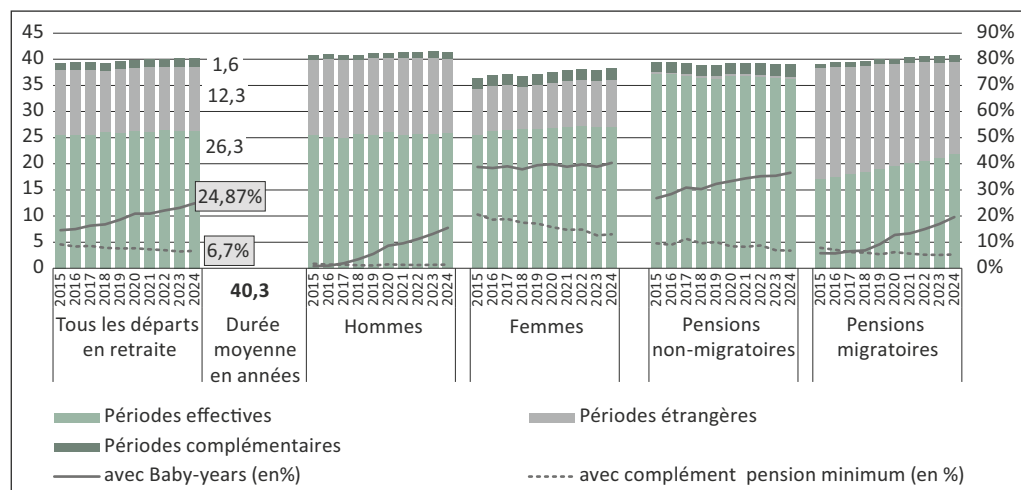
- Il s'agit de l'ensemble des pensions de vieillesse en cours de paiement en décembre de l'année N avec une date de début en N.
- Une analyse détaillée des départs en retraite des années 2011 à 2023 est disponible au [Cahier statistique no 20 - Les départs en retraite de 2011 à 2023 - Inspection générale de la sécurité sociale - Le gouvernement luxembourgeois](#) (novembre 2024).



En 2024, au moment du départ en retraite, la carrière d'assurance a duré en moyenne 40,3 années (contre 40,1 en 2023). Elle est composée de 26,3 années de périodes effectives au Luxembourg (périodes obligatoires et périodes volontaires), 12,3 années de périodes étrangères et 1,6 années de périodes complémentaires. L'écart entre la durée de carrière moyenne des hommes et des femmes est de 3,2 années (3,4 en 2023).

La part des personnes, qui pour le calcul de leur pension peuvent faire valoir un revenu fictif mis en compte pour des périodes baby-years au sens de l'article Art 171 7 CSS⁶, passe de 14,6% en 2015 à 24,8%. Elle est en forte croissance surtout chez les hommes et les pensions migratoires. Le pourcentage des nouvelles pensions contenant un complément pour pension minimum diminue et passe à 6,7%.

Graphique 3: Évolution de la composition des carrières d'assurances accomplies au moment du départ en retraite entre 2015 et 2024



Source : Calculs IGSS

Sur base de la carrière d'assurance accomplie et de la situation professionnelle des nouveaux pensionnés avant leur départ en retraite⁷, il est possible de les regrouper en 5 catégories de départs en retraite :

- **Départ immédiat** : 32,4% prennent leur pension de vieillesse anticipée dès l'accomplissement des conditions d'âge et de stage requises par la loi⁸. Ceci est le cas pour environ la moitié des départs en retraite après une carrière non-migratoire et devient de plus en plus fréquent pour les bénéficiaires d'une pension migratoire.
- **Départ reporté** : 26,8% ont prolongé leur carrière professionnelle au-delà de l'accomplissement des conditions d'âge et de stage requises par la loi⁹. Les bénéficiaires d'une pension migratoire restent plus fréquents à reporter leur départ en retraite.
- **Carrière courte** : 4,4% ne remplissent pas les conditions de stage pour une pension de vieillesse anticipée et prennent leur pension à l'âge de 65 ans.
- **Non-Assurance** : 22,9% débutent leur pension après une période de non-assurance au Luxembourg. Ils ont soit arrêté leur carrière professionnelle ou l'ont poursuivie à

6. Article 220 3 CSS, revenu mis en compte en plus des éventuels revenus cotisables effectifs.

7. La situation professionnelle en décembre de l'année précédant celle du départ en retraite est déterminante.

8. Départ dans les six mois suivant réalisation des conditions d'âge et de stage.

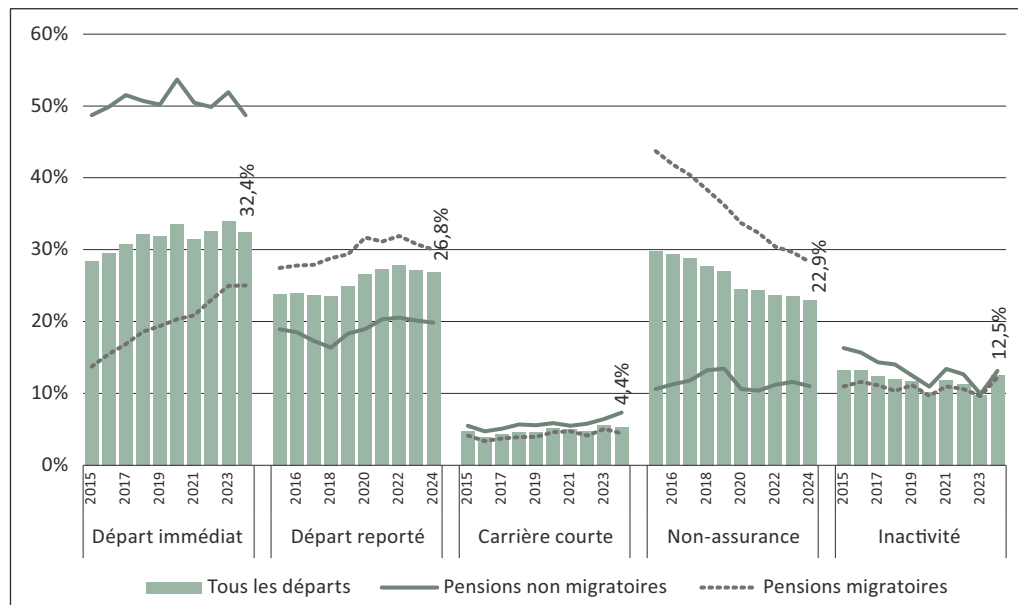
9. Report d'au moins six mois.



l'étranger. Leur part continue à diminuer, surtout parmi le groupe des carrières migratoires.

- **Inactivité** : 12,5% débutent leur pension après une période de préretraite, d'indemnité (professionnelle) d'attente, de chômage ou d'assurance volontaire.

Graphique 4: Évolution de la répartition des départs en retraite par catégorie entre 2015 et 2024



Source : Calculs IGSS

1.3. LE NIVEAU 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 la vie active.

Le montant moyen d'une pension de vieillesse versée pour décembre 2024¹⁰ s'élève à 2 679,10 EUR et à 4 015,88 EUR dans le cas d'une carrière d'assurance exclusivement luxembourgeoise (pensions non-migratoires). Le montant moyen d'une pension chez les hommes dépasse celui des femmes de 24,3%¹¹ en moyenne.

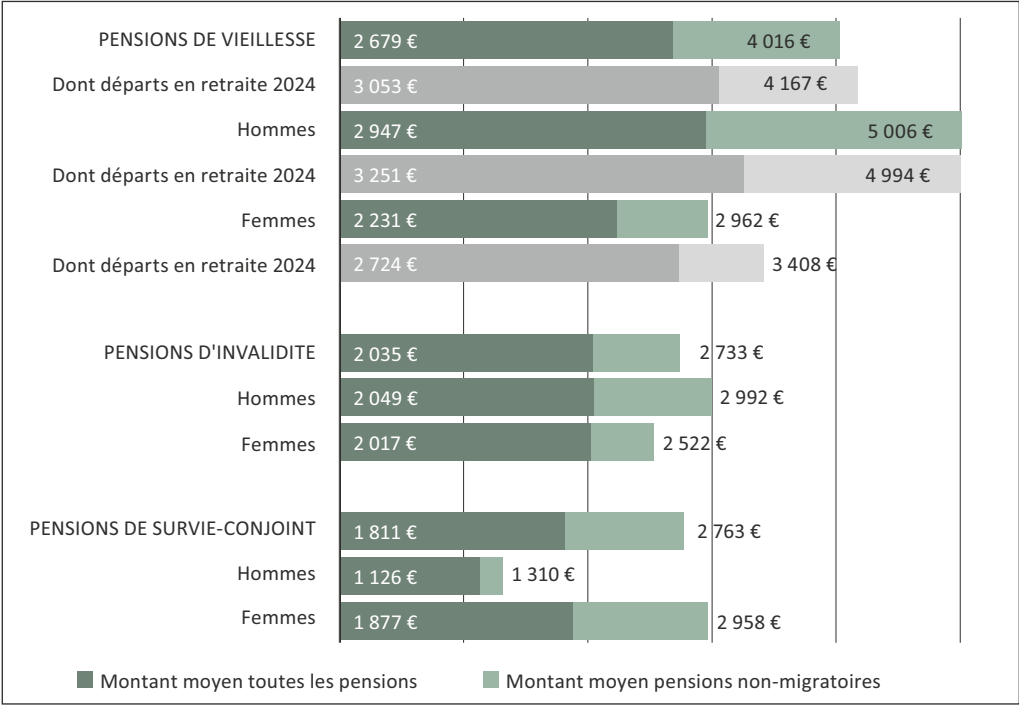
Pour les pensions de vieillesse ayant débuté en 2024 (départs en retraite), le montant moyen est de 3 052,80 EUR et l'écart entre les hommes et les femmes se réduit à 16,3%. De plus, les femmes ont des carrières d'assurance de plus en plus complètes et de plus en plus d'assurés ont une carrière migratoire.

10. La cote d'application de l'échelle mobile des salaires en vigueur en décembre 2024 est de 944,43.

11. (Pension moyenne hommes - pension moyenne femme) / pension moyenne homme.



Graphique 5: Niveau moyen des pensions en décembre 2024 (en EUR)



Source : Calculs IGSS

1.4. LES ASSURÉS-COTISANTS

Le nombre moyen des assurés-cotisants du régime général d'assurance pension progresse de 1,1% pour atteindre 504 742 personnes en 2024. Il se compose de 58,8% d'hommes et de 53,2% d'assurés résidents. En moyenne, 476 918 (94,5%) assurés sont salariés (ou bénéficiaires d'un revenu de remplacement cotisable), 22 481 (4,5%) cotisent sur base d'une activité indépendante et 5 343 (1,0%) sur base volontaire.

Tableau 3: Évolution des assurés-cotisants entre 2020 et 2024

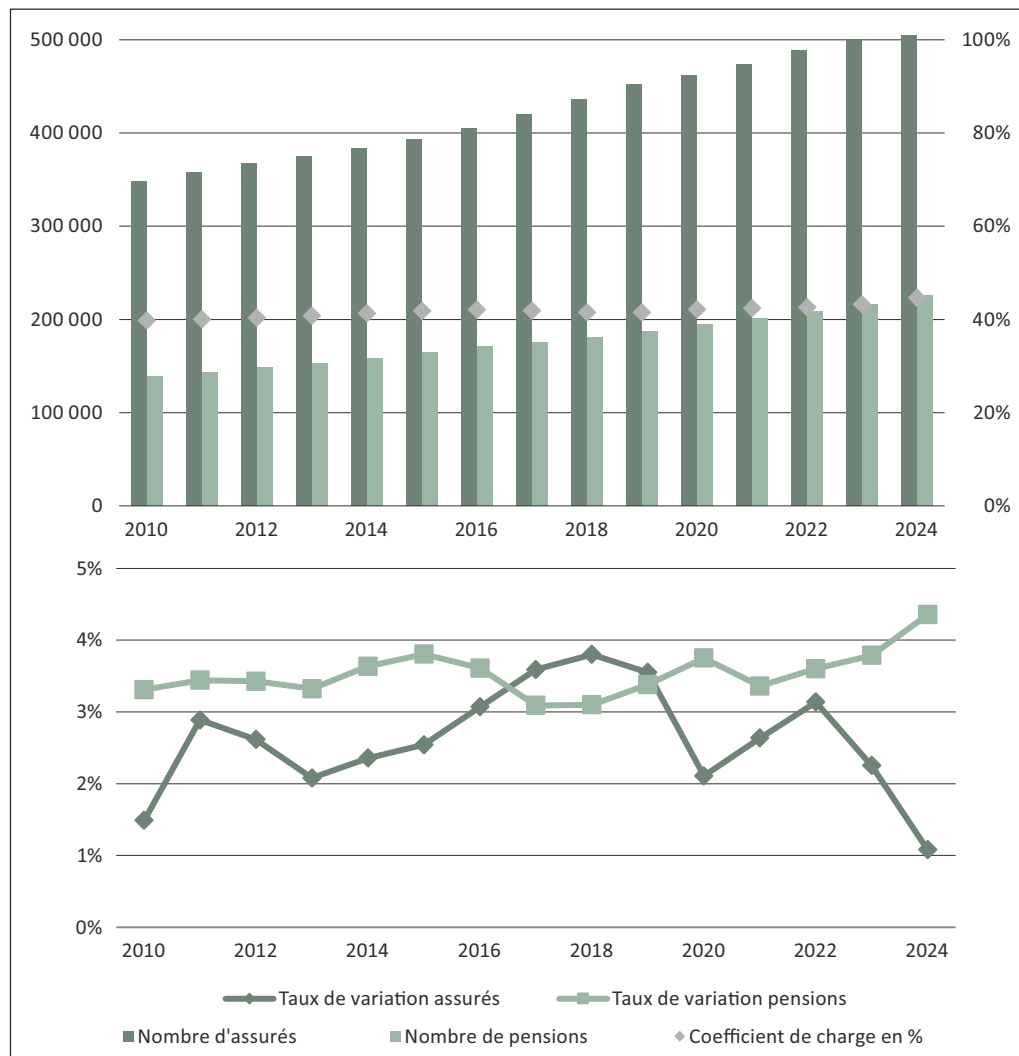
Nombre	2020	2021	2022	2023	2024
Assurés-cotisants	461 345	473 508	488 361	499 356	504 742
Variation en %	2,1%	2,6%	3,1%	2,3%	1,1%
dont					
Assurance obligatoire	456 848	468 857	483 411	494 167	499 399
Assurance volontaire	4 498	4 651	4 950	5 189	5 343
dont					
Résident au Luxembourg	250 253	254 589	260 339	266 015	268 599
Résident en France	109 595	114 461	120 883	124 817	127 358
Résident en Belgique	50 300	51 722	53 077	53 716	53 798
Résident en Allemagne	51 197	52 737	54 062	54 808	54 988

Source : CCSS / IGSS



En 2024, la croissance du nombre moyen de pensions dépasse celle du nombre moyen d'assurés-cotisants (+4,4% contre 1,1%). Le coefficient de charge¹² passe à 44,7 (43,3 en 2023).

Graphique 6: Évolution du nombre moyen d'assurés et de pensions entre 2010 et 2024



Source : CCSS / IGSS

12. Nombre moyen de pensions pour 100 assurés-cotisants.



2. LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

Pour 2024, les recettes courantes du régime général d'assurance pension dépassent les dépenses de 3 280 millions EUR.

Tableau 4: Évolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension entre 2020 et 2024 (en millions EUR)

Exercice	2020	2021	2022	2023	2024
RECETTES					
Cotisations des assurés et des employeurs	3 889,0	4 122,8	4 464,0	4 914,8	5 120,0
Variation annuelle en %	5,5%	6,0%	8,3%	10,1%	4,2%
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1 944,0	2 061,1	2 231,7	2 457,1	2 560,0
Participation de tiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferts provenant d'autres organismes	3,9	4,2	6,4	4,0	7,4
Revenus sur immobilisation	43,7	44,9	45,5	55,3	52,5
Produits divers de tiers	3,1	2,5	6,5	5,8	6,9
Produits financiers	1 130,6	2 628,7	7,5	2 301,6	2 947,7
Autres recettes	0,7	0,4	0,3	0,2	0,5
TOTAL DES RECETTES COURANTES	7 015,0	8 864,7	6 761,8	9 738,8	10 694,9
Variation annuelle en %	-14,3%	26,4%	-23,7%	44,0%	9,8%
DÉPENSES					
Frais d'administration	51,9	53,5	56,2	66,1	66,6
Prestations en espèces	4 966,7	5 252,3	5 726,1	6 449,0	6 988,0
Variation annuelle en %	7,7%	5,8%	9,0%	12,6%	8,4%
Transfert de cotisations à d'autres organismes	301,6	285,5	294,6	326,9	322,8
Décharges et restitutions à d'autres organismes	13,7	10,5	28,8	16,9	18,2
Frais de gestion du patrimoine	1,7	1,3	1,3	2,5	2,0
Charges financières	2,3	3,5	3 176,7	0,0	0,0
Dotations aux provisions et aux amortissements	20,3	20,3	20,5	22,8	17,1
Autres dépenses	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2
TOTAL DES DÉPENSES COURANTES	5 358,0	5 627,0	9 304,3	6 884,2	7 414,8
Variation annuelle en %	7,8%	5,0%	65,3%	-26,0%	7,7%
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	1 657,0	3 237,6	-2 542,4	2 854,6	3 280,1
Réserve minimale	7 450,0	7 878,5	8 589,2	9 673,5	10 482,0
Excédent/découvert cumulé (après op. sur réserve)	16 391,4	19 200,5	15 947,4	17 717,6	20 189,2
RESERVE GLOBALE	23 841,4	27 079,0	24 536,5	27 391,1	30 671,2
Variation annuelle en %	7,5%	13,6%	-9,4%	11,6%	12,0%

Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général d'assurance pension.

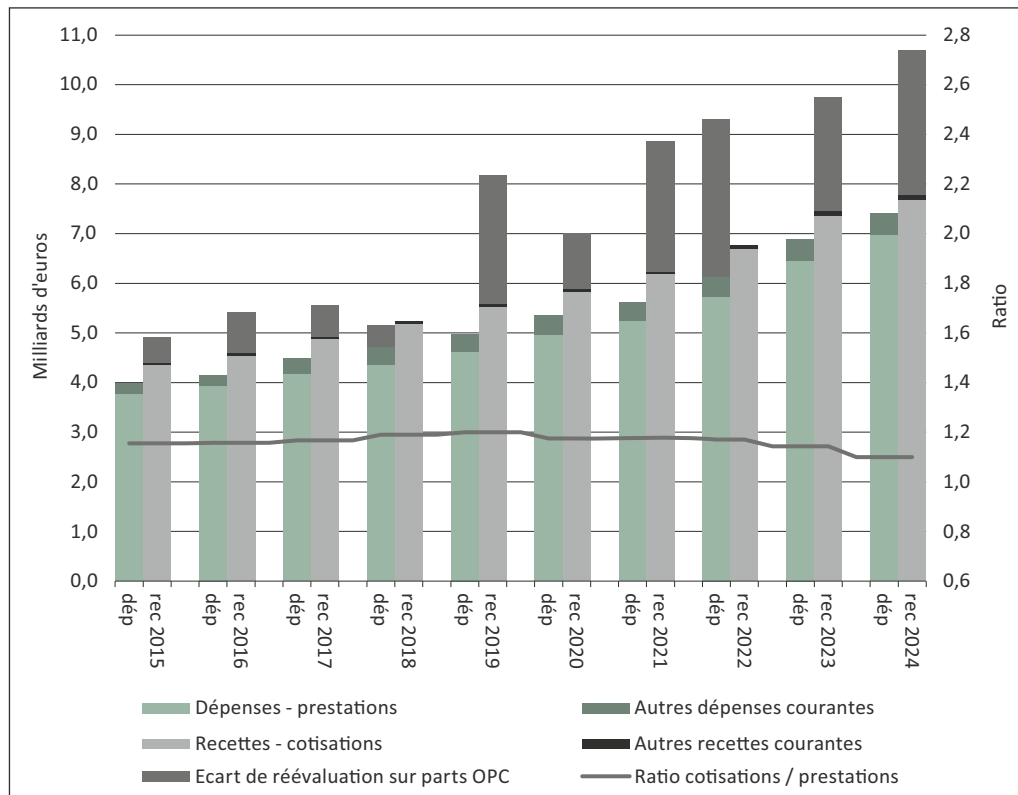
Les recettes en cotisations excèdent les dépenses en prestations de 9,9% (14,3% en 2023). Après déduction des autres dépenses courantes et de la dotation au fonds de roulement minimal¹³, la CNAP a pu transférer 175 millions EUR au FDC.

13. La loi prévoit un niveau correspondant à 20% des prestations de l'année précédente.



La prime de répartition pure, qui mesure le rapport entre les dépenses courantes de la CNAP et la masse cotisable, s'élève à 23,1% en 2024.

Graphique 7: Évolution des recettes et des dépenses courantes du régime général d'assurance pension entre 2015 et 2024



Note: L'écart de réévaluation sur parts OPC représente la variation en valeur des actifs de l'organisme de placement collectif (OPC) : « Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS » détenu par le FDC.

Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général d'assurance pension.

2.1. LES RECETTES

En 2024, les recettes courantes du régime général s'élèvent à 10 695 millions EUR, dont 2 948 millions EUR de produits financiers et 53 millions EUR de revenus sur immobilisations.

Parmi les produits financiers, l'écart de réévaluation sur parts OPC s'élève à 2 322 millions EUR. Il mesure 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.

Les recettes en cotisations atteignent 7 680 millions EUR et augmentent ainsi de 4,2% en 2023 (+10,1% en 2023).

2.2. LES DÉPENSES

Les dépenses courantes du régime général d'assurance pension s'élèvent à 7 415 millions EUR.



Le niveau des prestations atteint 6 988 millions EUR en 2024, soit une progression (+8,4%), par rapport à 2023. Les pensions proprement dites (pensions personnelles et pensions de survie) représentent 6 866 millions EUR. Le coût des indemnités d'attente s'élève à 40 millions EUR. Les autres dépenses en prestations regroupent les remboursements au Fonds pour l'emploi des indemnités professionnelles d'attente et des préretraites ainsi que les remboursements de cotisations et quelques autres versements en capital.

Tableau 5: Évolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR)

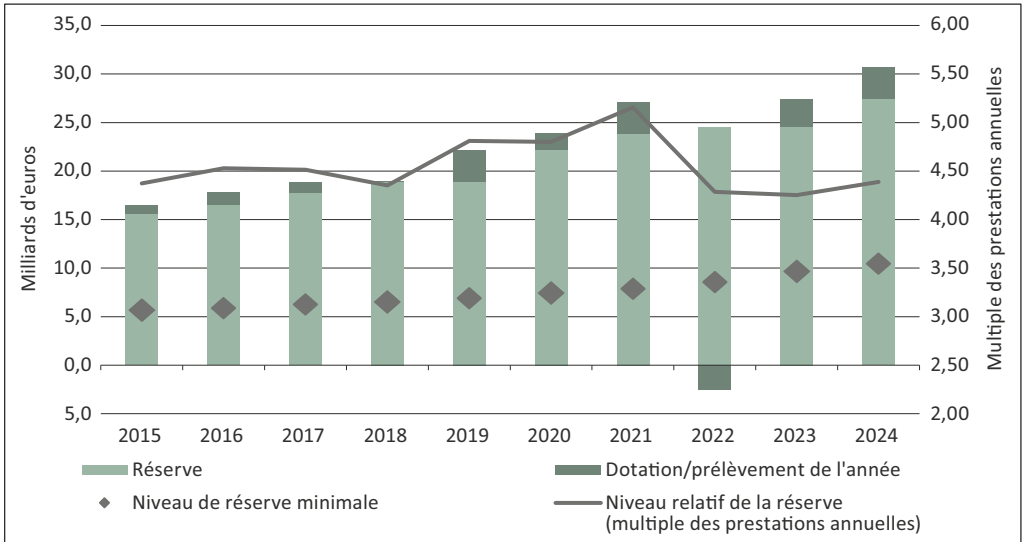
Dépenses en prestations	2020	2021	2022	2023	2024
Pensions	4 864,3	5 150,2	5 615,0	6 330,5	6 865,7
Variation annuelle en %	7,9%	5,9%	9,0%	12,7%	8,5%
Indemnités d'attente	67,2	56,9	49,8	45,0	40,2
Variation annuelle en %	-7,2%	-15,2%	-12,5%	-9,8%	-10,6%
Indemnités professionnelles d'attente	8,1	12,7	17,2	22,6	29,4
Variation annuelle en %	61,6%	57,0%	35,2%	31,3%	30,0%
Indemnités de préretraite	21,8	25,9	36,9	43,5	43,2
Variation annuelle en %	0,7%	19,0%	42,3%	17,8%	-0,6%

Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général

2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE

Le résultat consolidé du régime général d'assurance pension (CNAP et FDC) pour l'exercice 2024 est de 3 280 millions EUR (excédent), de sorte que la réserve augmente à 30 671 millions EUR. Au 31 décembre 2024, la réserve, constituée par 1 290 millions EUR de fonds de roulement (CNAP) et par 29 381 millions EUR de réserve de compensation (FDC), correspond à 4,39 fois le montant des prestations annuelles et dépasse le seuil minimum requis de 1,5.

Graphique 8: Évolution de la réserve du régime général d'assurance pension entre 2015 et 2024



Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général d'assurance pension.



Au 31 décembre 2024, les actifs du FDC comprennent entre autres 27 140 millions EUR de valeurs mobilières, placées en grandes parties dans l'OPC : « Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS » et 595 millions EUR d'immobilisations, dont 580 millions EUR d'immobilisations corporelles (terrains, immeubles, installations et mobilier).

Tableau 6: Évolution de la situation financière du régime général d'assurance pension entre 2020 et 2024

Année	Coefficient de charge ^a	Prime de répartition pure ^b	Niveau relatif de la réserve ^c
2020	42,1	22,05%	4,80
2021	42,4	21,75%	5,16
2022	42,6	21,89%	4,29
2023	43,3	22,33%	4,25
2024	44,7	23,11%	4,39

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.

Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général d'assurance pension.



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. Les maladies professionnelles et les accidents de trajet s'y ajoutent en 1928, respectivement en 1933.

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 et des chemins de fer, les personnes y assimilées, ainsi que les indépendants.

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 2024, la population protégée par l'assurance accident se chiffre en moyenne à 531 742 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 rapport général.

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^{ème} 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 (CNS) pour le compte de l'assurance accident. Cette indemnité pécuniaire est versée pendant un maximum de 78 semaines sur une période de référence de 104 semaines¹. Le montant de l'indemnité correspond au salaire cotisable de la victime au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Les rentes accident

Pour les accidents survenus et les maladies professionnelles déclarées à partir du 1^{er} 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 accident.

Si un assuré décède 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.

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 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.

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 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 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 l'accident a donné lieu à une lésion corporelle, l'assuré a droit à la réparation des dégâts matériels accessoires causés par l'accident. 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 et des maladies professionnelles.

L'AAA est placée sous la tutelle du ministère ayant la Sécurité sociale dans ses attributions 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'AAA 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'AAA.

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

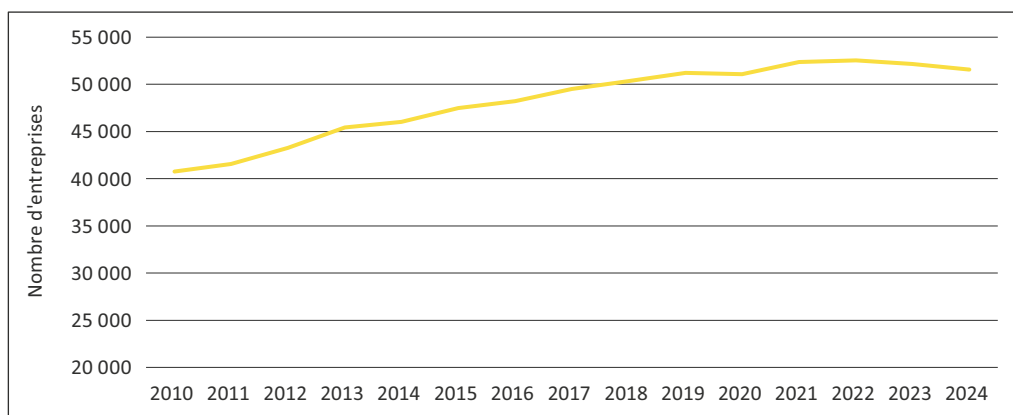
Pour la détermination des statistiques sont pris en compte :

- 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 au nombre de 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 ou du trajet 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 2010.

Graphique 1: Évolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)



Source : Association d'assurance accident (AAA)

Le nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident poursuit une trajectoire stable dans les années récentes. En 2024, il se situe à 51 558 unités, ce qui correspond à une diminution de 1,2% par rapport à 2023. Le taux de croissance annuel moyen s'élève à 1,9% sur la période allant de 2010 à 2024.



Tableau 1: Évolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)

	2020	2021	2022	2023	2024
Employeurs	51 076	52 381	52 545	52 166	51 558
dont ménages	20 837	21 028	21 018	20 795	20 473
dont employeurs hors ménages	30 239	31 353	31 527	31 371	31 085
Travailleurs-unité	453 434	469 166	488 118	494 947	501 285

Source: Association d'assurance accident (AAA).

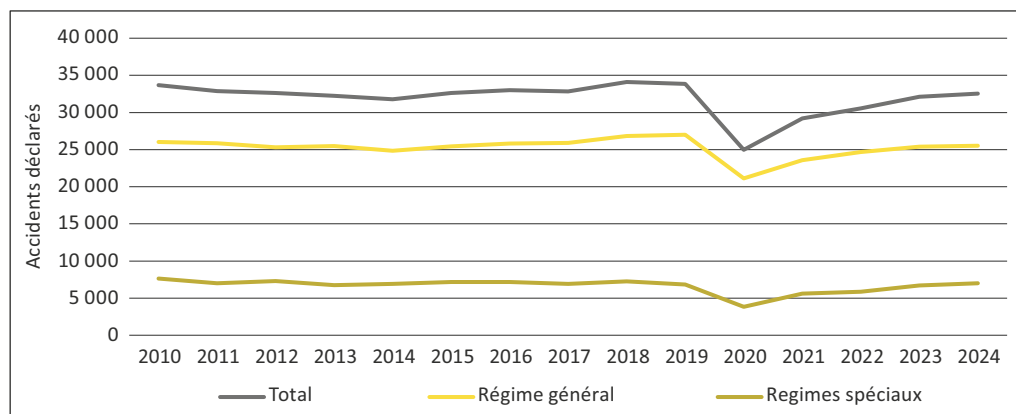
En 2024, le nombre des employeurs hors ménages diminue de 0,9% et celui des ménages de 1,5%. Entre 2020 et 2024, le nombre des employeurs hors ménages et le nombre des ménages augmente de 0,2% en moyenne annuelle.

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 2024 à 501 285, ce qui correspond à une hausse de 1,3% par rapport à 2023.

1.2. LES ACCIDENTS

En 2024, le nombre d'accidents déclarés à l'assurance accident s'élève à 32 530, dont 25 530 (78,5%) relèvent du régime général et 7 000 (21,5%) des régimes spéciaux.

Graphique 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés par régime

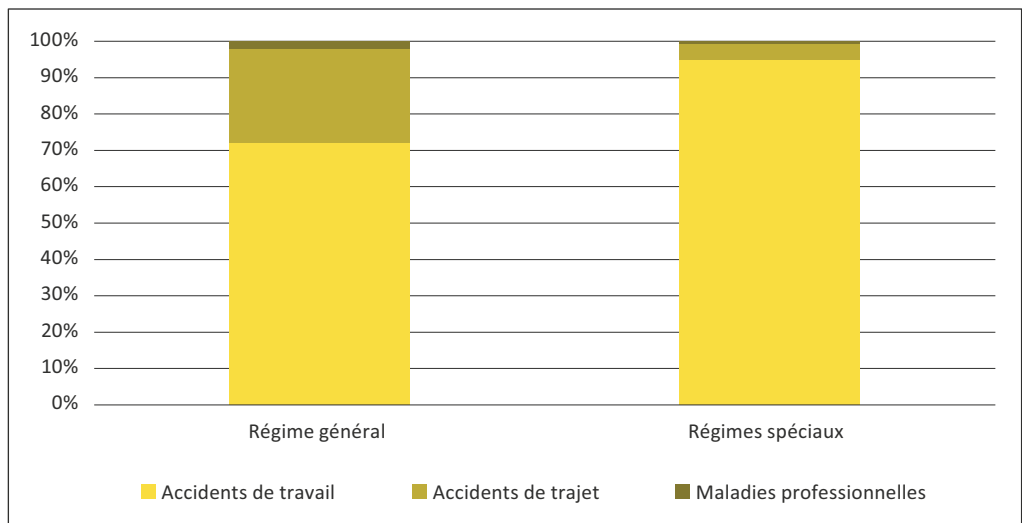


Source : Association d'assurance accident (AAA)

L'évolution du nombre d'accidents au cours des 15 dernières années met en évidence la situation extraordinaire qui se présente depuis 2020, année de début de la pandémie liée à la COVID-19. En effet, après une chute du nombre d'accidents déclarés de 26,2% en 2020, qui témoigne de l'application des mesures de confinement, celui-ci augmente de nouveau au cours des années suivantes. Cependant, l'amplitude de la croissance a diminué en 2024. Ainsi, le nombre d'accidents évolue de 1,4% en 2024, contre 5,0% en 2023. Les niveaux de pré-pandémie ne sont toujours pas atteints.



Graphique 3: Nombre d'accidents déclarés du régime général et des régimes spéciaux par type d'accident



Source : Association d'assurance accident (AAA)

Dans l'ensemble des cas déclarés au régime général en 2024, 72,2% concernent des accidents du travail, 25,7% des accidents de trajet et 2,1% des maladies professionnelles. Dans le cadre des régimes spéciaux, les accidents du travail représentent 95,1% des accidents déclarés, les accidents de trajet 4,2% et les maladies professionnelles 0,8%. Cette distribution différente s'explique par le fait que les régimes spéciaux incluent les écoliers, élèves et étudiants.

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'AAA.

Tableau 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général par type d'accident

Année	Accidents (tous)			Accidents du travail			Accidents de trajet			Maladies professionnelles		
	Déclarés	Reconnus	Taux	Déclarés	Reconnus	Taux	Déclarés	Reconnus	Taux	Déclarés	Reconnus	Taux
2020	21 121	15 415	73,0%	15 492	12 656	81,7%	4 742	2 446	51,6%	887	313	35,3%
2021	23 568	16 540	70,2%	17 373	13 712	78,9%	5 459	2 589	47,4%	736	239	32,5%
2022	24 686	17 163	69,5%	17 915	13 868	77,4%	6 117	3 095	50,6%	654	200	30,6%
2023	25 400	17 409	68,5%	18 444	14 273	77,4%	6 289	3 003	47,8%	667	133	19,9%
2024	25 530	16 751	65,6%	18 422	13 724	74,5%	6 566	2 889	44,0%	542	138	25,5%

Source: Association d'assurance accident (AAA).

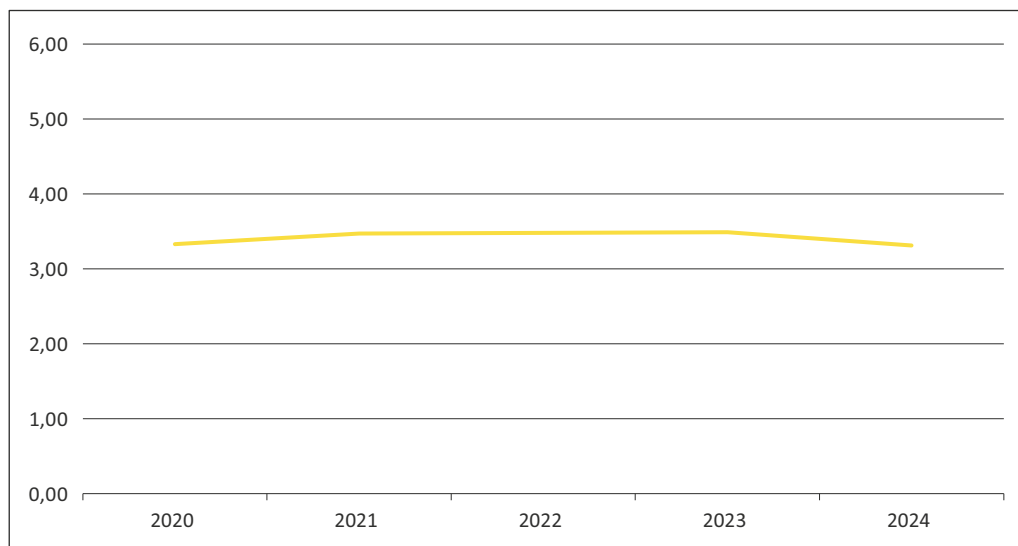


En 2024, le nombre d'accidents reconnus par l'assurance accident s'élève à 22 915, soit 70,4% des accidents déclarés. Le taux des accidents reconnus est nettement plus bas pour le régime général que pour les régimes spéciaux. En effet, le régime général compte 16 751 accidents reconnus, ce qui correspond à un taux de 65,6%, tandis que 6 164 accidents sont reconnus pour les régimes spéciaux, ce qui équivaut à une proportion de 88,1%.

Le taux des accidents reconnus du régime général varie fortement en fonction du type d'accident déclaré. Ainsi, 74,5% des accidents du travail proprement dits sont reconnus, alors que seulement 44,0% des accidents de trajet et 25,5% des maladies professionnelles déclarées sont reconnus par l'assurance accident.

De plus, le taux global d'accidents reconnus par l'assurance accident diminue au cours des 5 dernières années.

Graphique 4: Évolution du taux de fréquence des accidents



Source : Association d'assurance accident (AAA)

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. Après avoir connu une baisse importante en 2020, qui s'explique notamment par la pandémie liée à la COVID-19 et l'application des mesures de confinement y relatives, sa valeur se stabilise au cours des années suivantes. Ainsi, elle augmente légèrement en 2023 pour atteindre 3,5%, puis s'établit à 3,3% en 2024.

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 les autres avantages résultant du contrat de travail de l'assuré victime d'un accident de travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle.

Tableau 3: Évolution du nombre de prestations en espèces pendant les 78 premières semaines

Catégorie	2022	2023	2024
Indemnités du type Lohnfortzahlung	14 275	10 376	9 569
Indemnités pécuniaires liquidées par la CNS	2 338	2 382	2 193

Source: Association d'assurance accident (AAA).

Le nombre d'indemnités du type "Lohnfortzahlung" payées par l'assurance accident continue sa trajectoire décroissante. En effet, il s'élève dorénavant à 9 569 unités, ce qui correspond à une diminution de 7,8% par rapport à 2023. Le nombre d'indemnités pécuniaires liquidées par la CNS s'élève à 2 193 unités et affiche ainsi une diminution de 7,9% par rapport à 2023.

1.3.1.2. Les rentes accident

Les rentes accident 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.

Tableau 4: Évolution du nombre des rentes

Catégorie	2022	2023	2024
Rentes complètes	538	464	541
Rentes partielles	20	21	21
Rentes professionnelles d'attente	529	550	547
Rentes de survie	245	253	267
TOTAL	1 332	1 288	1 376

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2024, le nombre total de rentes accordées s'élève à 1 376 unités, ce qui correspond à une augmentation de 6,8% par rapport à 2023. Le nombre de rentes complètes augmente de 16,6%, alors que le nombre de rentes d'attente affiche une très légère diminution de 0,5%. Le nombre de rentes partielles se situe à 21 unités et celui des rentes de survie à 267 unités.



1.3.1.3. Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Le tableau qui suit présente l'évolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux entre 2022 et 2024.

Tableau 5: Évolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Catégorie	2022	2023	2024
Indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément (capital)	703	941	900
Indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément (mensuel)	608	696	769
Indemnités forfaitaires pour douleurs physiques endurées	734	997	950
Indemnités forfaitaires pour préjudice esthétique	491	704	631
Indemnités forfaitaires pour dommage moral (survivants)	22	24	35
TOTAL	2 558	3 362	3 285

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2024, 3 285 indemnisations sont accordées pour des préjudices extrapatrimoniaux, ce qui correspond à une diminution de 2,2% par rapport à 2023, où 3 362 indemnisations sont enregistrées.

En 2024, 1 669 unités, c'est-à-dire un peu plus que la moitié des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux est versée pour des préjudices physiologiques et d'agrément. Parmi ces indemnités, 900 unités représentent des indemnités versées en capital, tandis que 769 concernent des paiements mensuels. Alors que les paiements mensuels augmentent de 10,5%, les versements en capital décroissent de 4,4%.

Les indemnités forfaitaires pour douleurs physiques endurées représentent la deuxième catégorie pour laquelle une diminution du nombre de cas est enregistrée. Leur nombre passe de 997 en 2023 à 950 en 2024, ce qui correspond à une baisse de 4,7%. Les indemnités pour préjudice esthétique diminuent de 10,4% pour afficher 631 en 2024. Les indemnités forfaitaires pour dommage moral des survivants augmentent fortement. Leur nombre s'élève à 35 unités en 2024, ce qui correspond à une hausse de 45,8%.

1.3.1.4. Prestations pour soins de santé

Le tableau qui suit présente l'évolution du nombre d'accidents pour lesquels des prestations pour soins de santé ont été prises en charge par l'assurance accident entre 2022 et 2024.

Tableau 6: Évolution du nombre d'accidents pour lesquels des prestations pour soins de santé ont été prises en charge par l'assurance accident

Catégorie	2022	2023	2024
Prestations pour soins de santé	28 319	28 803	31 135

Source: Association d'assurance accident (AAA).

Les prestations pour soins de santé prises en charge par l'assurance accident concernent un total de 31 135 accidents en 2024 et affichent ainsi une hausse de 8,1% par rapport à 2023.



1.3.1.5. Indemnisation des dégâts matériels

Les statistiques présentées ci-dessous distinguent entre les dégâts aux véhicules automoteurs et les dégâts aux matériels accessoires, ces derniers incluant notamment les prothèses.

Tableau 7: Évolution du nombre des dégâts matériels

Catégorie	2022	2023	2024
Dégât aux véhicules automoteurs	267	244	246
Dégât accessoire	69	98	65
TOTAL	336	342	311

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Alors que 342 indemnités sont payées en 2023, un total de 311 indemnités est mis en compte pour 2024, ce qui équivaut à une baisse de 9,1%. La hausse continue des contrats d'assurance " dommages matériels " (Casco) contribue à l'évolution observée des dégâts aux véhicules automoteurs, 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.

1.3.2. Les rentes accordées avant la réforme de l'assurance accident

Le tableau qui suit illustre l'évolution du nombre de rentes accordées avant la réforme et le nombre de rachats de rentes entre 2022 et 2024.

Tableau 8: Évolution des rentes avant la réforme et rachats de rentes

Catégorie	2022	2023	2024
Rentes	10 742	10 375	9 709
Rentes viagères	10 105	9 775	9 190
Rentes transitoires pour blessés	14	14	10
Rentes pour survivants	623	586	509
Rachats de rentes	21	25	10
TOTAL	10 763	10 400	9 719

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2024, le nombre total des rentes accordées avant la réforme s'élève à 9 709 unités, ce qui représente une diminution de 6,4% par rapport aux 10 375 unités en 2023.

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.



2. LA SITUATION FINANCIÈRE

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

En 2024, le solde des opérations courantes de l'assurance accident se situe à -0,7 millions EUR, avec des recettes courantes de 262,1 millions EUR et des dépenses courantes de 262,9 millions EUR. Entre 2020 et 2024, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes se situe à 0,4% (au nombre indice 100), ce qui correspond à une progression plus lente des dépenses de l'assurance accident par rapport à celle des dépenses des autres branches de la sécurité sociale. Les recettes courantes augmentent en moyenne de 0,7% (au nombre indice 100), reflétant ainsi les multiples révisions à la baisse du taux de cotisation global.

Tableau 9: Évolution des recettes et des dépenses courantes de l'assurance accident (en millions EUR)

	2020	2021	2022	2023	2024
RECETTES					
Cotisations	191,8	207,1	226,4	244,1	238,1
Participations de tiers	5,5	6,3	6,2	7,2	8,3
Transferts de cotisations	0,1	0,2	0,0	0,0	0,3
Produits divers provenant de tiers	10,0	7,8	8,3	7,4	9,9
Produits financiers	0,5	0,5	0,5	3,7	5,4
Autres recettes	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	208,0	221,9	241,4	262,4	262,1
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>-5,1%</i>	<i>6,7%</i>	<i>8,8%</i>	<i>8,7%</i>	<i>-0,1%</i>
DEPENSES					
Frais d'administration	15,9	16,0	17,4	19,8	20,0
Prestations en espèces	163,9	164,4	173,5	189,0	191,9
Prestations en nature	39,3	38,9	37,3	38,0	44,7
Transferts de cotisations à d'autres organismes	4,1	4,0	4,5	4,9	5,3
Autres dépenses	1,5	0,3	3,4	0,9	1,0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	224,7	223,5	236,0	252,5	262,9
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>1,1%</i>	<i>-0,5%</i>	<i>5,6%</i>	<i>7,0%</i>	<i>4,1%</i>
Solde des opérations courantes	-16,7	-1,6	5,4	9,9	-0,7

Source : Compte de résultat et bilan de l'Association d'assurance accident.

En 2024, les recettes courantes diminuent de 0,1%, ce qui reflète la baisse du taux de cotisation de 0,75% en 2023 à 0,70% en 2024. Les dépenses courantes augmentent de 4,1%, ce qui s'explique notamment par la croissance des dépenses pour prestations en espèces. Le solde des opérations courantes devient négatif pour la première fois depuis 2021.



2.2. LES RECETTES COURANTES

La loi du 17 décembre 2010 a introduit un taux de cotisation unique pour l'assurance accident qui est fixé annuellement par le Conseil d'administration de l'AAA. Il s'élève à 0,70% en 2024, ce qui constitue une diminution de 0,05 points de pourcentage par rapport à l'année précédente.

Tableau 10: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2024 (en millions EUR)

Recettes	Montants	En % du total
Cotisations	238,1	90,8%
Participation de l'Etat	8,3	3,2%
Produits financiers et recettes diverses	15,7	6,0%
TOTAL	262,1	100,0%

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2024, les recettes courantes de l'assurance accident se composent de 90,8% de cotisations et de 3,2% de la prise en charge par l'Etat des dépenses dans le cadre des régimes spéciaux. Les 6,0% qui restent correspondent entre autres aux produits financiers.

Les recettes en cotisations augmentent de 2,5% par rapport à 2023 et se situent actuellement à 238,1 millions EUR.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

La répartition des dépenses courantes de l'assurance accident est illustrée dans le tableau suivant.

Tableau 11: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2024 (en millions EUR)

Dépenses	Montants	En % du total
Frais d'administration	20,0	7,6%
Prestations en espèces	191,9	73,0%
Prestations en nature	44,7	17,0%
Dépenses diverses ^a	6,3	2,4%
TOTAL	262,9	100,0%

a. Les dépenses diverses regroupent les transferts entre ISS et les décharges et restitutions de cotisations.

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2024, les dépenses courantes de l'assurance accident se composent de 90,0% de prestations, de 7,6% de frais d'administration et de 2,4% de dépenses diverses.



2.3.1. Les prestations du régime général

L'évolution des dépenses du régime général est illustrée dans le tableau suivant.

Tableau 12: Évolution du montant des prestations du régime général (en millions EUR)

	2020	2021	2022	2023	2024
Prestations en espèces	161,6	162,1	171,0	186,3	189,2
<i>Indemnités pécuniaires</i>	30,9	31,6	33,5	35,6	34,1
<i>Rentes</i>	112,2	111,9	117,6	124,4	128,6
<i>Rachats de rentes</i>	1,2	1,3	0,9	1,0	0,7
<i>Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux</i>	17,4	17,3	19,0	25,3	25,6
Prestations en nature	36,6	35,3	34,1	33,8	40,0
TOTAL DES PRESTATIONS	198,2	197,4	205,1	220,2	229,1

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2024, 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 connu une augmentation rapide, tandis que ceux relevant de l'ancienne législation diminuent.

Les prestations des régimes spéciaux affichent un montant total de 220,2 millions EUR en 2024 et augmentent ainsi de 4,1% par rapport à l'exercice précédent.

2.3.2. Les prestations des régimes spéciaux

L'évolution des dépenses des régimes spéciaux est illustrée dans le tableau suivant.

Tableau 13: Évolution du montant des prestations des régimes spéciaux (en millions EUR)

	2020	2021	2022	2023	2024
Prestations en espèces	2,3	2,2	2,4	2,7	2,7
<i>Indemnités pécuniaires</i>	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
<i>Rentes</i>	1,7	1,7	1,9	2,0	2,1
<i>Rachats de rentes</i>	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
<i>Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux</i>	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5
Prestations en nature	2,7	3,6	3,2	4,1	4,7
TOTAL DES PRESTATIONS	4,9	5,8	5,7	6,8	7,4

Source: Association d'assurance accident (AAA).

Les prestations des régimes spéciaux affichent un montant total de 7,4 millions EUR en 2024 et augmentent ainsi de 8,5% par rapport à l'exercice précédent.





PRESTATIONS FAMILIALES

INTRODUCTION

Les prestations familiales ont été introduites 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 pour s'adapter aux changements sociétaux, notamment l'accès de plus en plus large des femmes au marché du travail et l'évolution des structures familiales. L'indexation du montant des allocations familiales de base et de celui des majorations d'âge est réintroduite à partir du mois d'octobre 2021 afin de protéger le pouvoir d'achat des familles ayant des enfants. Cette indexation n'était plus en application depuis l'année 2006. Le partage de l'allocation familiale entre parents en cas d'autorité parentale conjointe et de résidence alternée de l'enfant est possible depuis 2023, sur demande conjointe des parents ¹.

OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES

Dès leur première introduction, les prestations familiales visent à compenser les familles pour les charges qu'elles supportent en raison de la présence d'enfants. A cet objectif de redistribution des familles sans enfants vers les familles avec enfants, des objectifs de santé publique, de conciliation vie familiale/vie professionnelle et de libre choix se sont ajoutés. Les objectifs affichés des réformes en 2016 sont, 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 espèces.

L'allocation pour l'avenir de enfants, l'allocation de rentrée scolaire et l'allocation spéciale supplémentaire (qui compense partiellement les charges occasionnées par la présence d'enfants handicapés), contribuent principalement à l'objectif de redistribution en faveur des familles avec enfants. Les prestations de naissance poursuivent quant à elles surtout un objectif de santé publique, à savoir la réduction de risques d'accidents de la grossesse et de mortalité infantile. Enfin, le congé parental est un instrument favorisant l'équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle et l'égalité des chances. Il permet aux parents d'interrompre ou de réduire leur activité professionnelle pour se consacrer à l'éducation de leur enfant, pour une durée qui varie selon le modèle du congé parental choisi. Les

1. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2022/12/23/a668/jo>.



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 1^{er} 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 d'éducation et d'accueil 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. Le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse (MENJE), de concert avec les communes pour les résidents et avec la CAE pour les non-résidents, s'occupe des prestations familiales en nature. La suite de ce chapitre analysera presque exclusivement les prestations familiales en espèces gérées par la CAE. Néanmoins, quelques ordres de grandeur relatifs aux chèques-service accueil sont proposés.

FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES

Les réformes des prestations familiales de 2016 ont profondément modifié le système de financement des prestations familiales en espèces et de l'indemnité du congé parental à partir du 1^{er} janvier 2017. Pour le paiement des prestations familiales en espèces 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 abolies². De même, la participation du Fonds pour l'emploi dans l'indemnité de congé parental est abrogée.

Les chèques-service accueil sont financés par le budget de l'État.

2. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2016/07/23/n2/jo>



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 2024, l'indicateur conjoncturel de fécondité atteint ³ 1,25 de même qu'en 2023, et le taux de natalité ⁴ est de 9,6 contre 9,5 en 2023. L'évolution du nombre d'enfants non-résidents peut être estimée à partir de la variation du nombre de travailleurs frontaliers, qui augmente ⁵ de 0,7% entre décembre 2023 et décembre 2024.

Les enfants sont bénéficiaires de l'allocation familiale de base, des majorations d'âge, de l'allocation spéciale supplémentaire (s'ils sont touchés par un handicap permanent), et de l'allocation de rentrée scolaire. Les (futures) mères sont les bénéficiaires des prestations de naissance (regroupant l'allocation prénatale, l'allocation de naissance et l'allocation postnatale). Finalement, les parents peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'une indemnité de congé parental ou de l'allocation d'éducation (cette dernière a été abolie au 1^{er} juin 2015).

Encadré méthodologique

Deux sources de données 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 (CCSS). 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 2017 inclus, une partie seulement des enfants bénéficiaires non-résidents est renseignée. 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 a 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.

[...]

-
3. Source : Statec - Indicateurs démographiques. L'indicateur conjoncturel de 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.
 4. Source : Statec - Taux de natalité. Le taux de natalité exprime le nombre de naissances par an pour 1 000 habitants.
 5. Source : IGSS - Emploi au 29 décembre 2023.



Encadré méthodologique (suite)

[...]

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, la rubrique « Allocations différentielles » dans le tableau 1 renseigne l'évolution du nombre de bénéficiaires d'allocations différentielles.

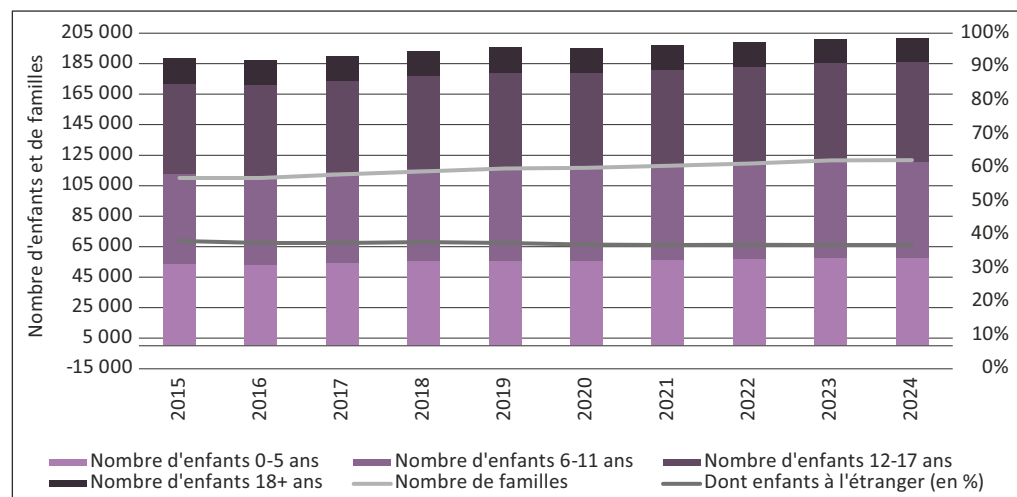
1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS

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 attributaires ^a



a. Situation au 31 décembre (paiements courants). L'estimation du nombre de familles ne tient pas compte du partage par moitié de l'allocation familiale entre parents en cas d'autorité parentale conjointe et de résidence alternée de l'enfant. Ce partage est possible à partir de l'année 2023.

Source : CAE, CCSS, calcul IGSS.



Le nombre total de bénéficiaires d'allocations familiales diminue entre 2015 et 2016, à la suite des modifications des conditions d'éligibilité aux allocations familiales pour les non-résidents (graphique 1). Dès 2017, le nombre total de bénéficiaires repart de nouveau à la hausse pour régresser très légèrement en 2020 avant un rebond en 2021 qui se poursuit jusqu'en 2023 mais cesse en 2024. En décembre 2024, la CAE a versé des allocations familiales (paiements courants) à 201 342 enfants issus de 121 795 familles⁶, ce qui équivaut à une baisse du nombre des enfants de 113 unités (-0,1%) et à un accroissement du nombre des familles de 259 unités (0,2%) par rapport à 2023. 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 2015 et 2024, la taille moyenne des groupes familiaux est passée de 1,72 à 1,66.

De 2015 à 2024, le pourcentage d'enfants non-résidents, bénéficiaires de paiements courants, est resté assez constant (autour de 36%-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. Au 31 décembre 2024, les montants des majorations d'âge sont de 22,67 EUR par mois dès que l'enfant atteint 6 ans et de 56,57 EUR par mois dès que l'enfant atteint 12 ans. En décembre 2024, 143 668 enfants ont bénéficié d'une majoration d'âge, dont 80 658 (56,0%) âgés de 12 ans et plus.

1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE

L'allocation spéciale supplémentaire (ASS) a été introduite en 1977 afin de pallier les dépenses supplémentaires qui incombent 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 1^{er} juin 2004 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées a eu pour effet de supprimer le droit à 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 l'année 2006, le nombre d'ASS retrouve son rythme de progression normal, qu'il poursuit jusqu'en 2018. Sur la période des années 2019 à 2024, le nombre de bénéficiaires de l'ASS présente une évolution à la baisse. La réforme des prestations familiales entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017 réévalue le montant de l'allocation spéciale supplémentaire qui passe à 200 EUR par mois, contre 185,60 EUR par mois jusque-là. En 2024, le nombre de bénéficiaires de cette allocation s'établit à 1 838 enfants, contre 1 812 enfants en 2023 (1,4%).

6. L'estimation du nombre de familles ne tient pas compte du partage par moitié de l'allocation familiale entre parents en cas d'autorité parentale conjointe et de résidence alternée de l'enfant. Ce partage est possible à partir de l'année 2023.



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 pour les enfants âgés de plus de 6 ans qui suivent un régime scolaire primaire ou secondaire. Le montant de cette allocation est différent selon l'âge : 115 EUR par an pour les enfants de plus de 6 ans et 235 EUR par an pour ceux âgés de plus de 12 ans. Le nombre des allocations de rentrée scolaire, payées au mois d'août, s'établit pour 2024 à 132 875, soit une augmentation de 0,6% par rapport à 2023.

1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE

Les prestations de naissance font partie des prestations familiales les plus anciennes. Elles apparaissent dans la première base légale qui régit les prestations familiales en 1947. Actuellement, elles sont divisées en trois 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 2024, la CAE a liquidé 7 627 allocations prénatales, 7 421 allocations de naissance proprement dites et 7 699 allocations postnatales. Au total, 22 747 prestations de naissance, dont 23,3% à des non-résidents, ont été versées en 2024, ce qui constitue une baisse de -0,7% par rapport à 2023.

1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL

Le congé parental, accordé depuis le 1^{er} 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 débiter 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 tableau 1 ci-dessous regroupe le nombre de bénéficiaires des différentes prestations de la CAE pour les années 2019 à 2024.

**Tableau 1: Évolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces ^a**

Prestations	2020	2021	2022	2023	2024	Variation 2023/24
Allocation pour l'avenir des enfants (paiements courants)	195 310	196 921	198 697	201 455	201 342	-0,1%
Majorations d'âge (paiements courants)	139 151	140 209	141 594	143 683	143 668	0,0%
Allocation spéciale supplémentaire (paiements courants)	2 316	2 113	1 952	1 812	1 838	1,4%
Allocation de rentrée scolaire (situation au 31 août)	128 499	129 075	130 667	132 087	132 875	0,6%
Prestations de naissance (total sur l'année)	22 328	22 728	22 926	22 912	22 747	-0,7%
Indemnité de congé parental	10 886	11 636	12 698	13 193	13 671	3,6%
Allocations différentielles (nombre d'enfants par année)	85 876	87 061	88 865	90 474	89 870	-0,7%

a. Sauf indication contraire, situation au 31 décembre (uniquement paiements courants).

Sources : CAE, CCSS, calcul IGSS.

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 entrée en vigueur au 1^{er} décembre 2016. En décembre 2024, cette prestation compte 13 671 bénéficiaires, ce qui représente une augmentation de 3,6% par rapport à décembre 2023.

Tableau 2: Évolution du nombre d'indemnités de congé parental selon le sexe et le type de congé parental ^a

			2020	2021	2022	2023	2024
Femmes	Plein-temps	Premiers	3 253	3 451	3 518	3 390	3 561
		Seconds	158	200	228	283	334
	Mi-temps	Premiers	964	1 041	994	898	885
		Seconds	128	148	171	190	170
	Fractionné	Premiers	338	390	395	357	365
		Seconds	243	220	223	272	310
Total Femmes			5 084	5 450	5 529	5 390	5 625
Hommes	Plein-temps	Premiers	189	208	208	203	207
		Seconds	1 513	1 588	1 939	2 155	2 152
	Mi-temps	Premiers	109	136	144	173	149
		Seconds	1 188	1 300	1 430	1 396	1 405
	Fractionné	Premiers	188	179	212	239	210
		Seconds	2 615	2 775	3 236	3 637	3 923
Total Hommes			5 802	6 186	7 169	7 803	8 046
TOTAL GENERAL			10 886	11 636	12 698	13 193	13 671

a. Congés en cours au 31 décembre (paiements courants), à partir de décembre 2016: nouveau système de congé parental; ancien et nouveau système

Source : CAE, CCSS, calcul IGSS.



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 lancement⁷. Avant la réforme les hommes bénéficient davantage de congés à mi-temps, alors que depuis la réforme ils optent plus pour les congés parentaux à plein-temps que pour ceux à mi-temps. Mais dès l'entrée en vigueur de la réforme, le choix des hommes se porte le plus souvent sur le congé fractionné nouvellement introduit. En décembre 2024, 51,4% des congés parentaux pris par des hommes sont des congés fractionnés, 29,3% sont des congés à plein-temps et 19,3% sont des congés à mi-temps. Chez les femmes, 69,2% des congés parentaux sont des congés à temps plein, 18,7% sont des congés à mi-temps et 12,0% sont des congés fractionnés.

La part des congés parentaux pris par des hommes présente une tendance à la hausse depuis la réforme entrée en vigueur en 2017. Les hommes représentent 58,9% des bénéficiaires en décembre 2024, contre environ un quart des bénéficiaires au mois de décembre pour les années précédant la réforme. La part des congés parentaux pris par des hommes à un moment donné dans le temps est toutefois un indicateur biaisé de la répartition entre hommes et femmes du temps consacré au congé parental: puisque les hommes optent plus souvent pour un congé parental fractionné, qui s'étale sur un maximum de 20 mois, alors que les femmes prennent le plus souvent leurs congés parentaux en blocs de 4, 6, 8 ou 12 mois, alors la probabilité, à un moment donné dans le temps, que le congé parental d'un homme soit en cours est plus grande que la probabilité que le congé parental d'une femme soit en cours. Lorsqu'ils sont exprimés en équivalents temps plein, environ 47% des congés parentaux en cours au 31 décembre 2024 sont pris par des hommes.

1.6. LE CHÈQUE-SERVICE ACCUEIL

Le chèque-service accueil (CSA) a été introduit le 1^{er} mars 2009. Le CSA est une participation de l'État aux frais de garde et d'accueil extrascolaire des enfants. Il s'adresse à tous les enfants entre 0 et 12 ans qui résident au Luxembourg et qui sont accueillis dans une structure agréée prestataire CSA. Depuis septembre 2016, les enfants dont au moins un parent est travailleur frontalier et qui sont accueillis dans une structure agréée prestataire CSA, peuvent également bénéficier du CSA.

Le montant de la participation de l'État varie en fonction du revenu des parents, du rang de l'enfant dans une fratrie, du nombre d'heures d'accueil hebdomadaire dont bénéficie l'enfant et du type de la structure assurant l'accueil éducatif. Dès la mise en place du CSA, une gratuité d'au moins 3 heures d'accueil éducatif hebdomadaire est introduite au profit des familles⁸. Le nombre d'heures d'accueil gratuit, ainsi que le montant de la participation de l'État aux frais d'accueil et de restauration, augmentent par paliers au fur et à mesure que le revenu des parents diminue. Des réformes en 2012, 2017 et en 2022 étendent successivement l'ampleur et/ou le champ de cette gratuité. Depuis octobre 2017, les enfants non scolarisés âgés de 1 à 4 ans qui fréquentent une crèche ou une mini-crèche prestataires CSA bénéficient, pendant 46 semaines par an, d'un accueil gratuit de 20 heures par semaine. Les enfants qui fréquentent l'éducation précoce à temps partiel bénéficient également de 10 heures gratuites⁹ par semaine, pendant 46 semaines par an. À partir de septembre 2022, l'accueil dans des structures d'éducation non-formelle (maisons-relais, foyers, assistants parentaux, mini-crèches) et le repas principal deviennent gratuits pendant les semaines

7. Voir aussi l'Aperçu No 27/2025 et l'Aperçu No 32/2025 de l'IGSS.

8. La gratuité pour les parents s'applique dans le cadre du barème du CSA tel que défini dans la loi : la participation horaire à la charge des parents telle que prévue dans le barème est alors prise en charge par l'État. Le supplément éventuel demandé par une structure d'accueil, hors barème CSA, reste toutefois à la charge des parents.

9. Sur ces 20 heures ou 10 heures gratuites, aucun dépassement ne peut être facturé par les structures prestataires du CSA.



d'école (du lundi au vendredi, de 7:00 à 19:00), pour les enfants scolarisés à l'enseignement fondamental¹⁰. Le repas principal est également gratuit pendant les semaines de vacances pour les enfants faisant partie d'un ménage dont le revenu imposable ne dépasse pas 2 fois Au 31 décembre 2024, 63 297 enfants bénéficient du CSA, dont 3 701 enfants frontaliers¹¹. La progression du nombre d'enfants bénéficiaires du CSA s'établit à 2,8% par rapport à l'année précédente et par rapport à 2009, année de lancement du CSA, le nombre d'enfants bénéficiaires du CSA a plus que doublé. Le MENJE estime qu'environ 65% des enfants résidents de 0 à 12 ans bénéficient du CSA fin 2024 pour un taux qui se situait à seulement environ 34% fin 2009.

97,8% des dépenses du Service de l'éducation et de l'accueil du MENJE sont consacrées au CSA. Lesdites dépenses s'établissent à 754,4 millions EUR en 2024 et évoluent ainsi de 3,9% par rapport à 2023. En 2009, ces dépenses atteignaient seulement 86,8 millions EUR. Cette hausse des dépenses depuis le lancement du CSA résulte à la fois de la hausse du nombre de bénéficiaires du CSA et des différentes réformes du CSA qui sont intervenues depuis son lancement.

10. La gratuité de l'accueil dans des structures d'éducation non-formelle s'applique uniquement à partir du moment de la scolarisation obligatoire de l'enfant (4 ans révolus au 1^{er} septembre). Ainsi les enfants scolarisés à l'éducation précoce ne sont pas concernés.

11. Les chiffres relatifs au CSA sont extraits du rapport d'activité 2024 du MENJE.



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 2024, les recettes et les dépenses augmentent de 2,3% par rapport à 2023. Cette hausse est principalement due à l'accroissement du nombre de bénéficiaires des congés parentaux.

La suite de ce chapitre analyse en détail l'évolution du coût des différentes prestations, l'évolution des recettes courantes et des dépenses courantes, ainsi que les transferts à l'étranger.

Tableau 3: Évolution des recettes et des dépenses courantes de la CAE (en millions EUR)

EXERCICE	2020	2021	2022	2023	2024
RECETTES					
Cotisations	69,0	72,8	78,1	89,8	97,3
Participation de l'Etat	1 213,8	1 215,2	1 319,8	1 404,4	1 430,4
Autres recettes	0,3	1,2	0,7	0,8	1,1
TOTAL DES RECETTES COURANTES	1 283,0	1 289,2	1 398,7	1 495,0	1 528,8
Participation Etat-déficit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL DES RECETTES	1 283,0	1 289,2	1 398,7	1 495,0	1 528,8
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>1,2%</i>	<i>0,5%</i>	<i>8,5%</i>	<i>6,9%</i>	<i>2,3%</i>
DEPENSES					
Frais d'administration	20,4	20,8	22,0	25,6	26,6
Prestations	1 259,6	1 267,7	1 376,1	1 469,2	1 502,1
dont:					
Allocations familiales ^a	944,7	939,1	1 001,0	1 049,2	1 060,8
Boni pour enfant	0,4	0,2	0,1	0,2	0,1
Allocation d'éducation	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Indemnité de congé parental	270,3	283,5	329,7	374,0	395,6
Allocation de rentrée scolaire	31,2	31,7	32,0	32,6	32,4
Prestations de naissance	13,0	13,2	13,3	13,3	13,2
Allocations de maternité	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres dépenses ^b	3,0	0,7	0,5	0,2	0,1
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 283,0	1 289,2	1 398,7	1 495,0	1 528,8
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>1,2%</i>	<i>0,5%</i>	<i>8,5%</i>	<i>6,9%</i>	<i>2,3%</i>
SOLDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

a. Comprennent les allocations familiales 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(s): Comptes annuels de la CAE.

Les dépenses pour les prestations d'allocations familiales (allocations familiales de base, majorations d'âge, allocations spéciales supplémentaires et boni pour enfant) ont progressé en 2024 de 11,5 millions EUR pour atteindre 1 060,9 millions EUR, contre 1 049,3 millions EUR en 2023. Le nombre de bénéficiaires étant stable, cette progression s'explique en grande



partie par les indexations répétées¹² qui ont pris effet en 2023. La valeur annuelle moyenne de l'indice appliquée aux allocations familiales de base et aux majorations d'âge a augmenté de 1,9% entre 2023 et 2024.

Les dépenses au titre d'allocations familiales différentielles ont augmenté globalement de 1,0% en 2024, par rapport à 2023. Des versements plus importants d'allocations familiales différentielles ont été effectués envers les familles dont la législation allemande ou française est prioritaire en matière d'allocations familiales. Ces deux pays ont également procédé à des majorations des allocations familiales en 2023¹³ et en 2024, mais les relèvements appliqués sont plus modérés que les revalorisations effectuées par le Luxembourg. Un recul du nombre de compléments différentiels versés aux familles dont la législation prioritaire est française est enregistré en 2024 par rapport à 2023 (-1,4%). Le recul du nombre de compléments versés aux familles dont la législation prioritaire est belge atteint -2,3%, de sorte que le montant versé aux familles dont la législation belge est prioritaire en matière d'allocations familiales a diminué en 2024 par rapport à 2023 (-5,5%).

Avec une dépense de 965,6 millions EUR en 2024, les allocations familiales de base représentent 91,0% du total des dépenses pour les allocations familiales. Les majorations d'âge représentent 8,5% du total, avec une dépense de 90,0 millions EUR et les allocations spéciales supplémentaires 0,5% du total avec une dépense de 5,1 millions EUR en 2024.

Les dépenses au titre de l'allocation de rentrée scolaire sont passées de 32,6 millions EUR en 2023 à 32,4 millions EUR en 2024, soit une baisse de 0,2%.

Le montant total des prestations de naissance se chiffre à 13,2 millions EUR en 2024, contre 13,3 millions EUR en 2023 (-0,1%).

Les dépenses relatives à l'indemnité de congé parental affichent une augmentation de 5,8% en 2024, passant ainsi de 374,0 millions EUR en 2023 à 395,6 millions EUR en 2024. Cette hausse résulte d'une part de la hausse de la valeur annuelle moyenne de l'indice applicable aux indemnités de congé parental de 2,5% entre 2023 et 2024, et d'autre part de la hausse du nombre de congés parentaux (+3,5% entre décembre 2023 et décembre 2024).

En 2015, l'allocation d'éducation est abolie, mais les droits à cette allocation ouverts avant son abolition continuent à courir en 2024 et ce, jusqu'à leur extinction. Les dépenses pour l'allocation d'éducation s'élèvent à 0,01 million EUR en 2024, contre 0,03 million EUR en 2023.

2.1. LES RECETTES COURANTES

Les recettes courantes se composent des cotisations de certains employeurs (l'État, les institutions de la sécurité sociale, les communes, les syndicats de communes et les chambres professionnelles), mais principalement de la dotation annuelle de l'État visant la couverture de l'excédent des dépenses sur les recettes. En 2024, les recettes en cotisations représentent ainsi 6,4% des recettes courantes et la part de la participation de l'État s'élève à 93,6%.

La participation annuelle de l'État dans les prestations et les frais d'administration est de 1 430,4 millions EUR en 2024, contre 1 404,4 millions EUR en 2023, soit une hausse de 1,9%.

12. 02/2023 et 09/2023.

13. Les revalorisations effectuées par les pays limitrophes font sentir leurs effets avec un certain retard sur les allocations différentielles que le Luxembourg verse. Les prestations différentielles sont généralement versées deux fois par an. En janvier de l'année t, ce sont les prestations différentielles correspondant aux mois de juillet à décembre de t-1 qui sont versées et en juillet de l'année t, ce sont les prestations différentielles correspondant aux mois de janvier à juin de l'année t qui sont versées. Les effets d'une réforme des allocations familiales dans un des pays voisins sur les prestations différentielles versées par le Luxembourg peuvent ainsi être décalés de 6 mois.

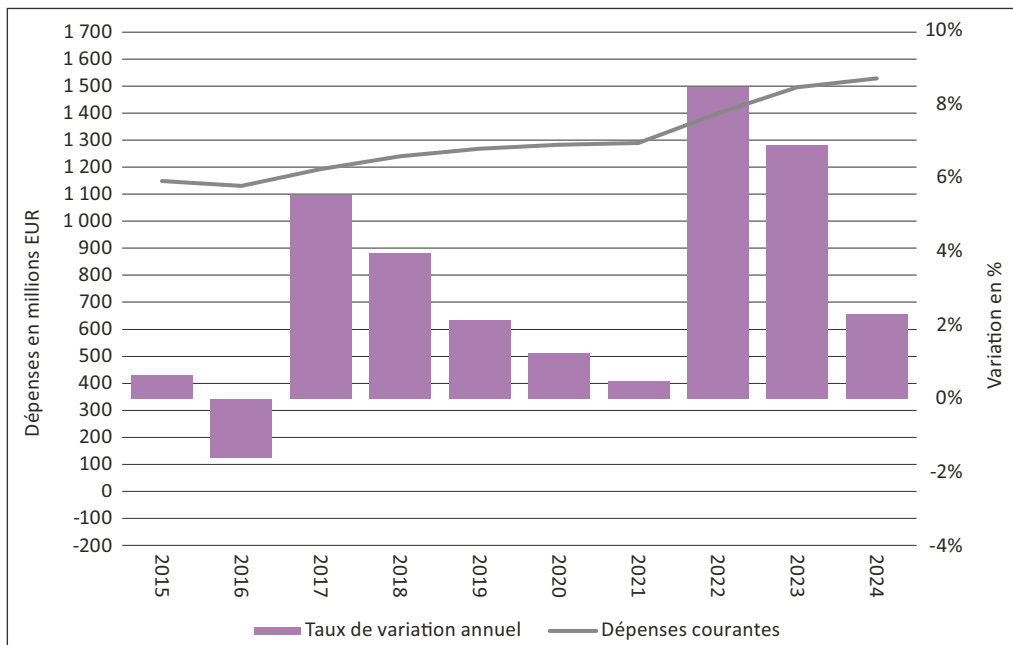


2.2. LES DÉPENSES COURANTES

L'analyse de l'évolution des dépenses courantes 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 dépenses liées aux prestations, qui représentent 98,3% des dépenses courantes en 2024, et varie en fonction de l'évolution du niveau de ces prestations et du nombre de bénéficiaires.

Graphique 2: Évolution des dépenses courantes



Source : Comptes annuels de la Caisse pour l'avenir des enfants (CAE), calcul IGSS.

La période allant de 2014 à 2016 est marquée par une relative stabilité des dépenses courantes. Entre 2017 et 2021, les dépenses augmentent suite à la réforme du congé parental de décembre 2016 : les dépenses liées aux indemnités du congé parental de 2017 sont près du double de celles de 2016, elles augmentent de 33,0% en 2018, de 11,5% en 2019, de 9,5% en 2020 et de 4,9% en 2021. En 2022 et en 2023, la hausse des dépenses courantes s'accroît nettement, et ce principalement en raison du taux de croissance des dépenses pour indemniser le congé parental (16,3% en 2022 et 13,4% en 2023) et de celui caractérisant les dépenses d'allocations familiales (taux de croissance de 6,6% en 2022 et 4,8% en 2023).

En 2024, les dépenses courantes s'élèvent à 1 528,8 millions EUR, contre 1 495,0 millions EUR en 2023. Les dépenses liées aux prestations représentent presque la totalité des dépenses totales de la CAE. Ainsi, en 2024, le montant total des prestations payées par la CAE atteint 1 502,1 millions EUR contre 1 469,2 millions EUR pour l'année précédente.

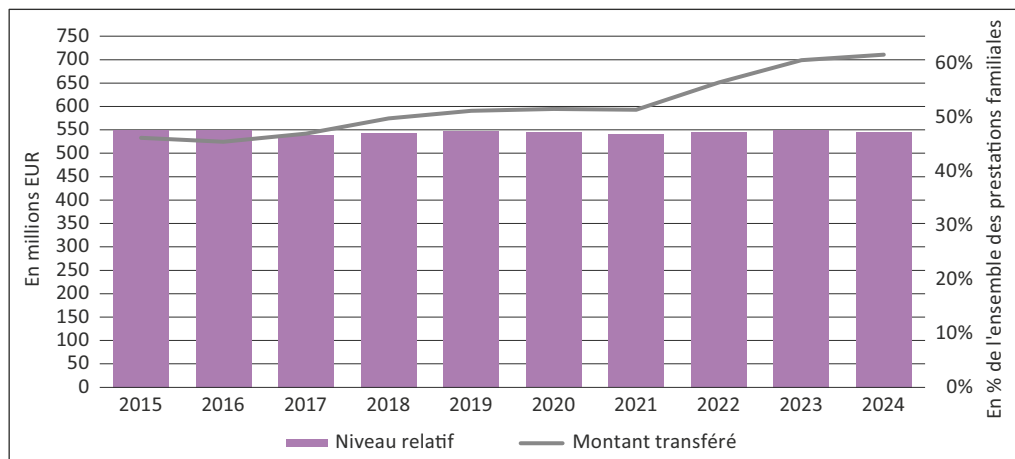
Les frais d'administration ne représentent que 1,7% du total des dépenses en 2024, et affichent 26,6 millions EUR, par rapport à 25,6 millions EUR en 2023. Les frais de personnel représentent 65,9% du montant total des frais d'administration.



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 2024 à 710,7 millions EUR (contre 669,1 millions EUR en 2023), représentant 47,3% des prestations.

Graphique 3: Évolution des prestations familiales transférées à l'étranger



Source : Comptes annuels de la Caisse pour l'avenir des enfants (CAE).

Les transferts à l'étranger dépendent à la fois de la conjoncture économique et, pour les bénéficiaires d'allocations différentielles, de l'écart entre le montant des prestations familiales versé dans le pays de résidence et celui versé par le Luxembourg. 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, ou encore à des périodes où des mesures visant à protéger le pouvoir d'achat conduisent au relèvement des montants des prestations. Entre 2015 et 2016, les effets de la réforme des allocations familiales d'août 2016 deviennent visibles avec un léger recul des transferts à l'étranger. À partir de 2017, les effets de la réforme du congé parental de décembre 2016 se traduisent par une augmentation des dépenses destinées aux bénéficiaires non-résidents. Ces effets sont atténués en 2020 et 2021 par un recul du montant des allocations différentielles, de sorte que globalement le montant des transferts à l'étranger a diminué en 2020 et en 2021. Entre 2022 et 2024 les transferts à l'étranger reprennent une tendance haussière, sous l'effet conjoint de l'augmentation des dépenses au titre de prestations différentielles et de l'accroissement des montants d'indemnités de congé parental transférés à l'étranger.



Tableau 4: Évolution du montant et de la part des différentes prestations familiales transférées à l'étranger (montants en millions EUR)

Année	Allocation pour l'avenir des enfants ^a		Allocation de rentrée scolaire		Indemnité de congé parental		Prestations de naissance (total)	
	Montant transféré à l'étranger	Niveau relatif	Montant transféré à l'étranger	Niveau relatif	Montant transféré à l'étranger	Niveau relatif	Montant transféré à l'étranger	Niveau relatif
2020	455,4	48,2%	15,8	50,8%	120,8	44,7%	2,7	21,2%
2021	448,7	47,8%	15,7	49,5%	125,7	44,3%	2,9	21,8%
2022	479,1	47,9%	15,8	49,5%	152,9	46,4%	3,1	23,0%
2023	501,5	47,8%	16,2	49,8%	178,2	47,7%	3,0	22,9%
2024	499,7	47,1%	15,7	48,7%	192,1	48,6%	3,1	23,3%

a. Comprend les allocations familiales de base, les majorations d'âge et les allocations spéciales supplémentaires.

Source : Comptes annuels de la Caisse pour l'avenir des enfants (CAE).

En 2024, le montant transféré à l'étranger au titre d'allocations familiales de base, de majorations d'âge et d'allocations spéciales supplémentaires transférées à l'étranger a reculé de 1,8 millions EUR par rapport à 2023. La part de ces allocations transférées à l'étranger reste toutefois stable, autour de 47%-48%, depuis 2018. Le constat d'une évolution à la baisse est fait également pour l'allocation de rentrée scolaire. Or, concernant l'indemnité de congé parental, le montant de la dépense et la part transférée à l'étranger suivent une tendance à la hausse (+13,9 millions EUR entre 2024 et 2023).

Les prestations de naissance connaissent beaucoup moins de succès à l'étranger (23,3% des montants en 2024). L'obligation pour la mère et l'enfant de se soumettre à une série stricte d'examen 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.

L'analyse de l'évolution des prestations familiales transférées à l'étranger sous l'angle du nombre des bénéficiaires de paiements courants, présentée ci-dessous, conduit aux mêmes conclusions.

Tableau 5: Évolution du nombre et de la part des bénéficiaires des prestations familiales transférées à l'étranger

Année	Allocation pour l'avenir des enfants ^a		Allocation de rentrée scolaire ^b		Indemnité de congé parental ^c		Prestations de naissance (total)	
	Nombre de bénéficiaires (paiements courants) à l'étranger	Pourcent	Nombre de bénéficiaires (paiements courants) à l'étranger	Pourcent	Nombre de bénéficiaires (paiements courants) à l'étranger	Pourcent	Nombre de bénéficiaires (paiements courants) à l'étranger	Pourcent
2020	72 211	37,0%	49 104	38,2%	5 030	46,2%	4 736	21,2%
2021	72 628	36,9%	49 000	37,9%	5 348	46,0%	4 961	21,8%
2022	73 327	36,9%	49 881	38,2%	6 276	49,4%	5 266	23,0%
2023	74 324	36,9%	50 014	37,9%	6 759	51,3%	5 239	22,9%
2024	72 778	36,1%	49 614	37,3%	7 039	51,5%	5 311	23,3%

a. Situation au 31 décembre. A côté des paiements courants, ont bénéficié d'une allocation différentielle 89 870 enfants au cours de l'année 2024, 90 474 enfants au cours de l'année 2023, 88 865 enfants au cours de l'année 2022, 87 061 enfants au cours de l'année 2021, 85 876 enfants au cours de l'année 2020 et 84 405 enfants au cours de l'année 2019.

b. Situation au 31 août.

c. Situation au 31 décembre.

Source : CAE.



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 2024, environ 131 000 personnes sont en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale². 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, indépendamment 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 3/2025: Rapport « Travail et Cohésion sociale » (<https://statistiques.public.lu/fr/publications/series/analyses/2025/analyses-03-25.html>).



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 1^{er} janvier 2019;
- le forfait d'éducation (« Mammerent ») ;
- le revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) ;
- l'allocation de vie chère (AVC);
- la prime énergie (PE);
- le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique (AG);
- l'avance de pensions alimentaires (PA).

L'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) est remplacée par les prestations de l'assurance dépendance à partir du 1^{er} 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 1^{er} 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 loi³ du 18 décembre 2009, qui remplace depuis janvier 2010 la loi du 28 mai 1897 sur les domiciles de secours. Depuis le 1^{er} janvier 2019, date d'entrée en vigueur de la loi sur le revenu d'inclusion sociale⁴, 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 sont restituables.

3. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/12/18/n14/jo>

4. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2018/07/28/a630/jo>



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 (CCSS). L'extraction des données est faite par l'IGSS.

Le tableau sur les comptes financiers provient des comptes annuels du FNS.

1.1. LE REVENU D'INCLUSION SOCIALE

Le revenu d'inclusion sociale (REVIS), entré en vigueur le 1^{er} 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. A partir du mois de juillet 2022, un équivalent crédit d'impôt⁵ (ECI) de 84 EUR par mois est accordé aux bénéficiaires du montant forfaitaire de base par adulte de l'allocation d'inclusion.

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.

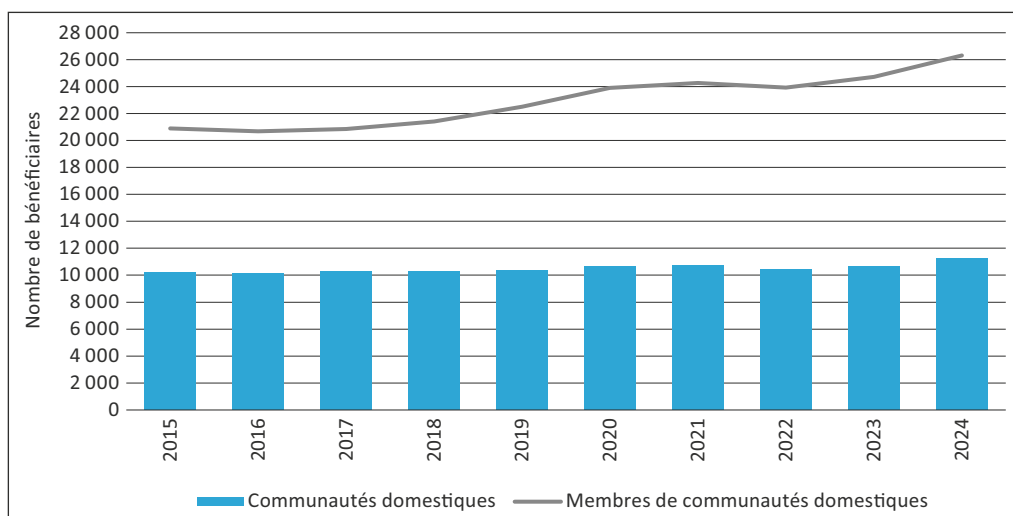
Le nombre de communautés domestiques provient du rapport d'activité du FNS, le nombre de membres du rapport d'activité du Ministère ayant la Famille dans ses attributions (partie consacrée à l'ONIS) ; ce dernier étant le seul organisme à connaître la composition des communautés domestiques touchant uniquement une allocation d'activation.

Sur la période allant de 2015 à 2024, l'évolution du nombre de communautés domestiques est relativement stable. Une hausse de 6,0% est constatée entre 2023 et 2024.

5. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2022/06/29/a317/jo>



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), calcul IGSS.

Au 31 décembre 2024, le FNS compte 11 273 communautés domestiques bénéficiant du REVIS (+6,0% par rapport à 2023) composées de 26 306 membres (+6,5% par rapport à 2023). Fin 2024, 10 680 communautés domestiques bénéficient d'une allocation d'inclusion et 1 780 bénéficient d'une allocation d'activation pour une activité d'insertion professionnelle. Ces chiffres étaient de 10 105 et 1 655 un an plus tôt. 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 ⁶ (« 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 146,1 EUR par mois et par enfant en moyenne en 2024, contre 141,0 EUR par mois et par enfant en 2023. 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.

Le forfait d'éducation pour les ayants droit 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 ⁷ du 27 juin 2006 adaptant certaines modalités d'application de l'échelle mobile des salaires et des traitements et modifiant (...) la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation.

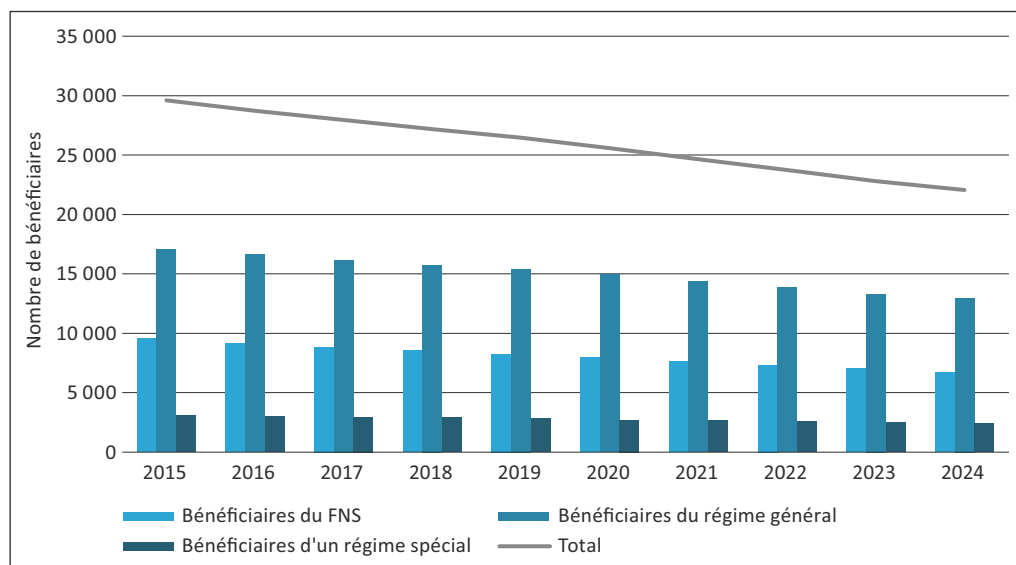
6. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2002/06/28/n2/jo>

7. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2006/06/27/n1/jo>



Les différents forfaits d'éducation sont intégralement à charge de l'État. La loi⁸ du 19 décembre 2008 élargit le cercle des bénéficiaires aux personnes relevant d'un instrument bi- ou multilatéral⁹, 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 : CCSS, calcul IGSS.

En décembre 2024, le FNS enregistre 6 681 paiements mensuels, les régimes spéciaux renseignent 2 418 liquidations, et la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) enregistre 12 964 bénéficiaires. Au total, 22 063 bénéficiaires sont dénombrés en décembre 2024, contre 22 794 bénéficiaires en décembre 2023. La régression observée depuis 2015 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 n'ont pas arrêté de travailler lorsque leurs enfants avaient moins de quatre ans. Le nombre moyen, par bénéficiaire, d'enfants pour lesquels le forfait d'éducation est liquidé par le FNS, est de deux.

1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

La loi¹⁰ du 12 septembre 2003, entrée en vigueur au 1^{er} 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.

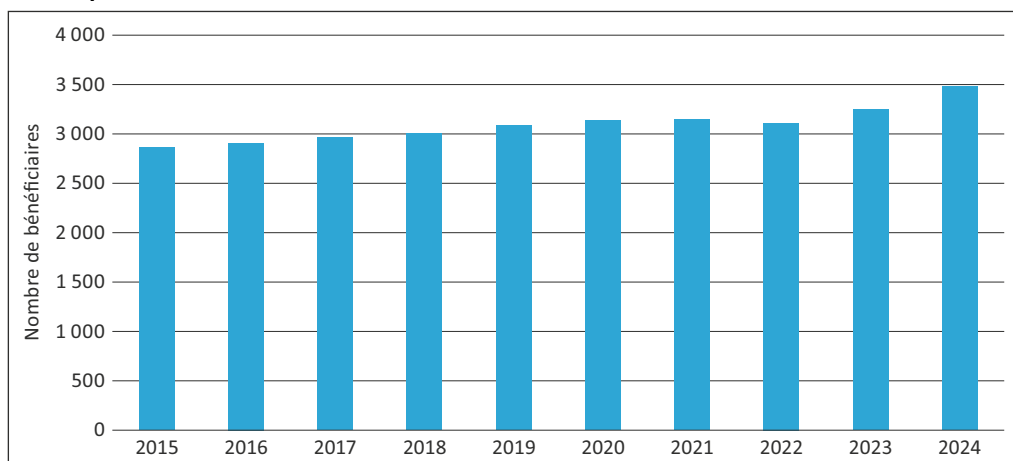
8. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2008/12/19/n13/jo>

9. Dans le domaine de la sécurité sociale, les règlements européens relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi que les conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par le Luxembourg comportent notamment des dispositions visant à assurer d'une part l'égalité de traitement des personnes concernées par ces règlements et conventions et d'autre part l'exportation des prestations de pension. En vertu d'une telle disposition, le bénéfice d'une prestation versée par le système de sécurité sociale luxembourgeois doit être accordé aux personnes affiliées à ce système mais résidant dans un autre pays auquel s'applique le règlement ou la convention en question.

10. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2003/09/12/n1/jo>



Graphique 3: Évolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées ^a



a. Situation au 31 décembre.

Source : CCSS, calcul IGSS.

Cette dernière prestation est à charge du FNS. Le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2024 est de 3 484, contre 3 248 pour l'année 2023, soit une hausse de 7,2%. Le nombre de bénéficiaires progresse de 21,6% entre 2015 et 2024. Dans le contexte des mesures visant la préservation du pouvoir d'achat des ménages ¹¹, les bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapés reçoivent, à partir du mois de juillet 2022, un équivalent crédit énergie. Le montant de l'équivalent crédit énergie est de 84 EUR par mois au cours de l'année 2024.

1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE ET LA PRIME ÉNERGIE

Le règlement ¹² 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. La baisse apparente du montant payé au titre de l'allocation de vie chère en 2015 s'explique par le retard dans le traitement des nouvelles demandes reçues entre 2014 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 ponctuellement les montants de l'allocation de vie chère en 2020 par rapport à ceux de l'année précédente. En 2021, les montants de cette allocation ne sont pas revenus au niveau de ceux de 2019 mais, dans une volonté de soutenir davantage les ménages modestes, ils ont été augmentés de 10% par rapport aux montants de 2019. Afin de pallier à la forte hausse des prix de l'énergie en 2022, le Gouvernement a rehaussé de 13,8% les montants de l'allocation de vie chère et a introduit une prime énergie ¹³ en faveur des ménages à revenu modeste. Le montant annuel de la prime varie entre 200 et 400 EUR en fonction de la composition du ménage et du niveau de ses revenus. La prime énergie est destinée aux bénéficiaires de l'allocation de vie chère, ainsi

11. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2022/06/29/a317/jo>

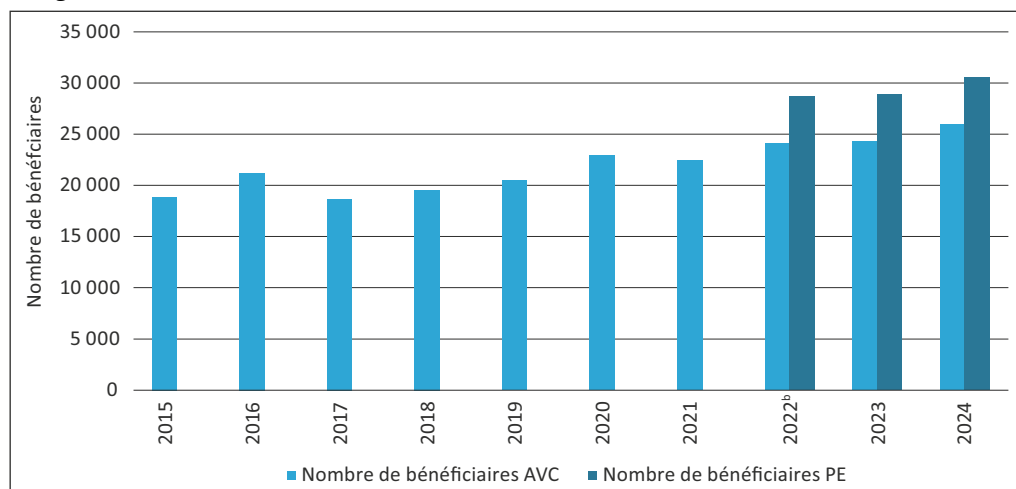
12. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgc/2008/12/19/n2/jo>

13. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgc/2022/03/18/a129/jo>



qu'aux ménages dont les revenus ne dépassent pas de plus de 25% les plafonds de revenu conditionnant l'octroi de l'allocation de vie chère.

Graphique 4: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère et de la prime énergie ^a



a. Situation au 31 décembre.

b. A partir de l'année 2022 une prime énergie est octroyée en complément à l'allocation de vie chère.

Source : CCSS, calcul IGSS.

En 2024, 25 957 ménages bénéficient de l'allocation de vie chère, contre 24 309 en 2023, soit une hausse de 6,8%. Le nombre de ménages bénéficiaires de la prime énergie est de 30 527 en 2024, contre 28 881 en 2023 (+5,7%).

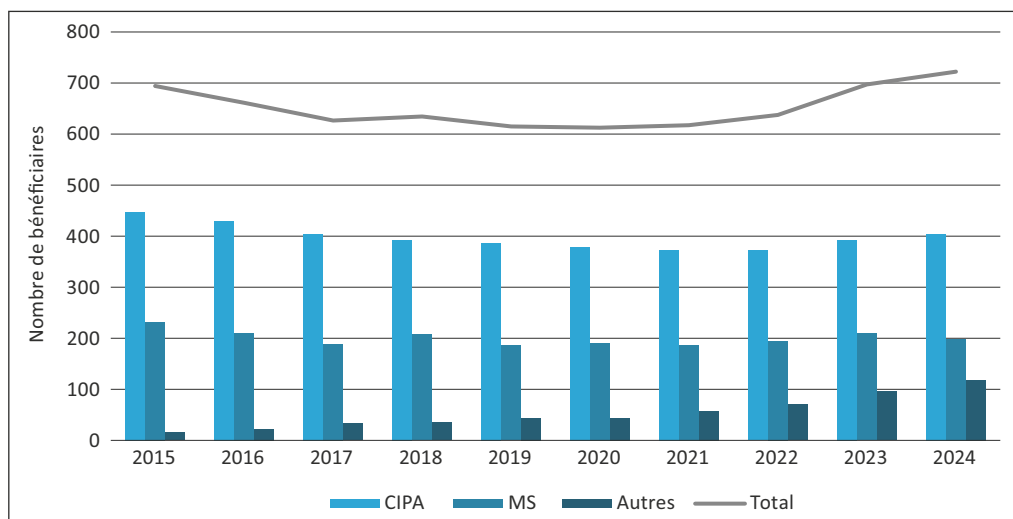
1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE

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 ¹⁴ 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.

14. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2004/04/30/n1/jo>



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 pour lesquels le FNS peut participer aux prix des prestations fournies suivant la loi du 30 avril 2004 (notamment logements encadrés pour personnes âgées).

Source : CCSS, calcul IGSS.

Depuis 2015, 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 restées relativement stables. En 2024, 56,0% des bénéficiaires résident dans un CIPA, 27,6% résident dans une maison de soins, et 16,5% dans un autre établissement. Au 31 décembre 2024, 722 compléments sont versés, contre 697 en 2023.

1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES

La loi ¹⁵ du 26 juillet 1980 et le règlement grand-ducal ¹⁶ 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.

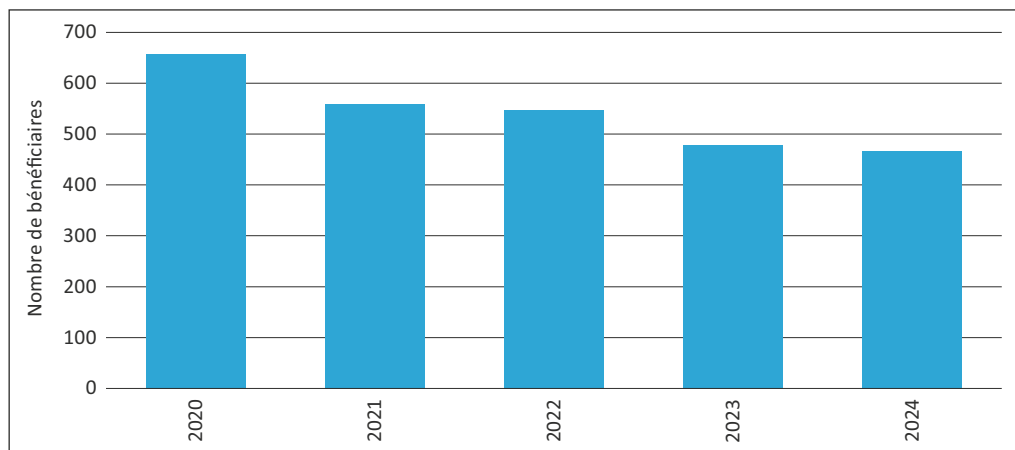
Tout ayant droit d'une pension alimentaire fixée par décision judiciaire exécutoire au Grand-Duché de Luxembourg non payée par son débiteur, peut faire une demande auprès du FNS pour toucher une avance sur la pension alimentaire. La condition est que le bénéficiaire se trouve dans une situation économique difficile et ait personnellement épuisé toutes les possibilités légales pour obtenir son droit.

15. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/1980/07/26/n2/jo>

16. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/1983/12/02/n6/jo>



Graphique 6: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire ^a



a. Situation au 31 décembre.

Source : CCSS, calcul IGSS.

Au 31 décembre 2024, 467 personnes sont bénéficiaires d'une avance de pension alimentaire, contre 479 personnes en 2023.

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 74 au 31 décembre 2024. Plus aucun bénéficiaire n'est à charge du FNS, tous relèvent de la CNAP.

L'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) est abolie en 1999, mais continue à être versée aux personnes qui étaient bénéficiaires de cette allocation en 1999. Le nombre de bénéficiaires de l'APGH est passé de 2 713 personnes au 31 décembre 1999 à 420 personnes au 31 décembre 2024.



2. LA SITUATION FINANCIÈRE

En 1960, le FNS est créé afin de combler les dernières lacunes du système de sécurité sociale qui est graduellement mis en place, notamment par le paiement d'une pension de solidarité, basée sur les ressources. Le financement y prévu est appliqué jusqu'aujourd'hui.

Le compte d'exploitation du FNS pour l'exercice 2024 n'étant pas encore définitif au moment de l'envoi à l'impression de cet ouvrage, les chiffres présentés dans ce sous-chapitre sont provisoires.

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	2020	2021	2022	2023	2024
Recettes					
Dotations de l'État	359,7	329,7	354,8	397,1	422,5
Participation d'autres organismes ^a	7,3	7,4	8,8	9,3	11,5
Participation de l'État aux frais d'administration	10,4	10,9	11,9	13,8	15,0
Restitutions et pensions alimentaires recouvrées	21,0	25,3	21,0	17,0	17,5
Autres recettes	0,2	0,2	0,2	0,2	0,8
TOTAL DES RECETTES	398,6	373,5	396,8	437,5	467,3
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>13,5%</i>	<i>-6,3%</i>	<i>6,2%</i>	<i>10,3%</i>	<i>6,8%</i>
Dépenses					
Frais d'administration	10,4	10,9	11,9	13,7	14,4
Prestations	387,6	360,7	382,6	423,1	449,8
dont:					
Revenu minimum garanti (RMG) / Revenu d'inclusion sociale (REVIS) ^b	195,3	204,9	209,2	240,6	259,8
Forfait d'éducation (« Mammerent »)	51,5	49,6	48,0	46,6	44,9
Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH)	50,7	52,5	54,9	63,7	68,4
Allocation de vie chère (AVC)	79,9	43,5	60,3	61,1	65,1
Accueil gérontologique	8,0	8,2	8,2	9,4	10,0
Pensions alimentaires	2,0	1,9	1,7	1,7	1,6
Allocations compensatoires	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Autres dépenses	0,7	1,9	2,3	0,8	3,0
TOTAL DES DEPENSES	398,6	373,5	396,8	437,5	467,3
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>13,5%</i>	<i>-6,3%</i>	<i>6,2%</i>	<i>10,3%</i>	<i>6,8%</i>
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.

Source : Comptes de résultat du Fonds National de Solidarité (FNS).



Les dépenses se composent principalement des prestations qui sont au nombre de huit et qui représentent plus de 96,3% des dépenses totales.

La dépense annuelle totale en lien avec les prestations REVIS ¹⁷, charges sociales comprises, atteint un montant de 259,8 millions EUR en 2024, soit une augmentation de 8,0% par rapport à 2023. Cette hausse reflète la hausse du nombre de bénéficiaires. Parmi les prestations REVIS, les allocations d'inclusion représentent un montant de 215,1 millions EUR, et les allocations d'activation un montant de 44,3 millions EUR.

Les dépenses totales relatives au forfait d'éducation pour l'exercice 2024 s'élèvent à 44,9 millions EUR, contre 46,6 millions EUR en 2023. Cette baisse de 3,6% s'explique par une diminution du nombre de bénéficiaires. Les prestations liquidées directement par le FNS se chiffrent à 15,4 millions EUR. Les régimes spéciaux de pension ont payé 5,1 millions EUR et le régime général d'assurance pension a alloué 24,5 millions EUR.

Pour 2024, les dépenses annuelles du revenu pour personnes gravement handicapées se chiffrent à 68,4 millions EUR, contre 63,7 millions EUR pour 2023 (cotisations sociales comprises). L'augmentation de 7,4% des dépenses s'explique par la hausse du nombre de bénéficiaires.

Les dépenses annuelles pour l'exercice 2024 relatives à l'allocation de vie chère s'élèvent à 65,1 millions EUR, contre 61,1 millions EUR en 2023. Cette hausse s'explique par l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'allocation de vie chère et de la prime énergie.

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 2024, le montant des dépenses augmente de 6,1% pour un nombre de bénéficiaires quasiment constant par rapport à 2023.

La dépense annuelle pour pensions alimentaires est influencée 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 montant fixé par décision judiciaire, à savoir que le législateur n'a pas fixé de plafond. Ainsi, la fourchette des montants avancés est assez large. En 2024, cette dépense atteint 1,6 million EUR, stable par rapport à 2023.

Concernant les prestations abrogées, le montant des dépenses pour allocations compensatoires continue à diminuer (0,07 million EUR en 2024, contre 0,08 million EUR en 2023).

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 2024, les dépenses pour l'allocation pour personnes gravement handicapées s'élèvent à 4,4 millions EUR, affichant une baisse de -3,4% par rapport à 2023.

17. 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 467,3 millions EUR en 2024, soit une hausse de 6,8% par rapport à 2023. Les dotations de l'État au financement des différentes prestations, qui composent la très grande part des recettes, s'élèvent à 422,5 millions EUR en 2024, contre 397,1 millions EUR en 2023. Depuis 2013, la quote-part au profit du FNS dans le produit de l'Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte a été relevée à un tiers ¹⁸, contre un quart auparavant. En 2024, ces recettes se situent à 11,5 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 17,5 millions EUR en 2024.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les prestations constituent la presque totalité des dépenses courantes, les frais d'administration ne représentant en 2024 que 3,1% du total, soit 14,4 millions EUR. En 2024, le montant total des prestations payées par le FNS atteint 449,8 millions EUR, contre 423,1 millions EUR pour l'année précédente. Le total des dépenses courantes atteint 467,3 millions EUR, contre 437,5 millions EUR en 2023, soit une augmentation de 6,8%.

18. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2013/01/16/n1/jo>

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)	23
Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2024 (moyenne annuelle)	27
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2024 (moyenne annuelle)	28
Tableau 5: Évolution du nombre de personnes protégées entre 2020 et 2024 (moyenne annuelle)	29
Tableau 6: Évolution annuelle de la population protégée entre 2020 et 2024	29
Assurance maladie-maternité	31
Tableau 1: Évolution du nombre de médecins praticiens par spécialité médicale de 2015 à 2024	38
Tableau 2: Évolution du nombre de médecins praticiens pour 1 000 personnes résidentes de 2015 à 2024	39
Tableau 3: Évolution du nombre des médecins hospitaliers de 2021 à 2025	45
Tableau 4: Évolution du nombre des professionnels de santé praticiens les plus représentés au Luxembourg par qualification principale de 2015 à 2024	47
Tableau 5: Évolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence	48
Tableau 6: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2025	49
Tableau 7: Nombre de pharmacies ouvertes au public selon le canton en 2025	50
Tableau 8: Évolution des dépenses pour soins de santé (en millions EUR)	52
Tableau 9: Évolution de la distribution des soins de santé consommés	55
Tableau 10: Évolution des contacts médicaux de 2020 à 2024	58
Tableau 11: Évolution du nombre de consultations et de visites réalisées en milieu extrahospitalier entre 2020 et 2024	59
Tableau 12: Part de l'activité des maisons médicales de garde et des cabinets médicaux ou autres dans les consultations et visites urgentes en milieu extrahospitalier entre 2020 et 2024	62
Tableau 13: Évolution du volume des honoraires des médecins depuis 2015 (en millions EUR)	63
Tableau 14: Évolution du Top 10 du nombre d'admissions en hôpital de jour par diagnostic principal	72
Tableau 15: Évolution du Top 10 du nombre d'admissions en hospitalisation avec nuitée par diagnostic principal	73
Tableau 16: Le type d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus par résidence en 2019 et en 2024	74
Tableau 17: Principaux groupes de thérapeutiques de médicaments pris en charge par la CNS en 2024	84
Tableau 18: Évolution des dépenses pour les autres soins de santé de 2015 à 2024 (en millions EUR)	90
Tableau 19: Évolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger de 2022 à 2024	93
Tableau 20: Décomposition de la progression du taux d'absentéisme maladie de 2022 à 2024	98
Tableau 21: Évolution des dépenses pour prestations en espèces de maladie de 2022 à 2024 (en millions EUR)	106
Tableau 22: Évolution du nombre de bénéficiaires ayant débuté un congé de maternité par groupe d'âge de 2022 à 2024	109
Tableau 23: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une dispense de travail pour femmes enceintes par groupe d'âge de 2022 à 2024	111
Tableau 24: Évolution du nombre de femmes ayant débuté une dispense de travail pour femmes enceintes selon le secteur d'activité de 2022 à 2024	112
Tableau 25: Part des femmes ayant débuté un congé de maternité et ayant bénéficié auparavant d'une dispense de travail selon les 5 principaux secteurs d'activité de 2022 à 2024	113
Tableau 26: Évolution des dépenses pour prestations en espèces en cas de maternité et de CPRF de 2022 à 2024	115
Tableau 27: Évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)	119



Tableau 28: Évolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité de 2020 à 2024 (en millions EUR)	122
Tableau 29: Évolution des dépenses pour soins de santé de 2020 à 2024 (en millions EUR)	123
Tableau 30: Évolution des dépenses pour prestations en espèces de 2020 à 2024 (en millions EUR)	124
Tableau 31: Évolution des recettes et dépenses de la Mutualité des Employeurs entre 2020 et 2024 (en millions EUR)	125

Assurance dépendance **127**

Tableau 1: Évolution des effectifs du personnel	133
Tableau 2: Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée par qualification	134
Tableau 3: Évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance	136
Tableau 4: Évolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour	138
Tableau 5: Évolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour	138
Tableau 6: Évolution de l'âge moyen et de l'âge médian des bénéficiaires de l'assurance dépendance	139
Tableau 7: Évolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour	139
Tableau 8: Évaluation de la répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type d'affection	140
Tableau 9: Évolution de l'âge moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type d'affection	140
Tableau 10: Évolution du nombre de bénéficiaires d'un forfait « Décès » ou d'un forfait « Soins palliatifs »	141
Tableau 11: Évolution de l'âge moyen des bénéficiaires d'un forfait « Décès » ou « Soins palliatifs »	142
Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2024 (en % du total)	144
Tableau 13: Classification des causes de la dépendance selon la AEC	145
Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2024 (en % du total)	145
Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2024 (en % du total)	146
Tableau 16: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance	148
Tableau 17: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par lieu de séjour en 2024 (en % du total)	149
Tableau 18: Évolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV)	150
Tableau 19: Évolution des personnes dépendantes vivant à domicile avec AAI, AMD-GDN et AMD-Garde	151
Tableau 20: Évolution des personnes dépendantes vivant dans un ESC avec AAI, AMD-GDN et AMD-Garde	152
Tableau 21: Répartition des personnes dépendantes vivant à domicile selon leur synthèse de prise en charge en 2024 (en %)	152
Tableau 22: Évolution des personnes résidant dans un ESI avec AAI, AMD-GDN et AMD-Garde	153
Tableau 23: Répartition des personnes vivant dans un ESC selon leur synthèse de prise en charge en 2024 (en %)	153
Tableau 24: Répartition des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale et lieu de séjour en 2024 (en %)	154
Tableau 25: Répartition des personnes résidant dans un ESI selon leur synthèse de prise en charge en 2024 (en %)	154
Tableau 26: Les bénéficiaires vivant à domicile ayant droit à une formation en 2024	157
Tableau 27: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par groupe d'âge en 2024	158
Tableau 28: Évolution de la répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage	158
Tableau 29: Répartition des aidants évalués par groupe d'âge et sexe en 2024	159
Tableau 30: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par sexe en 2024	159



Tableau 31:	Répartition des aidants évalués par forfait PE et niveau de dépendance du bénéficiaire en 2024	160
Tableau 32:	Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO	161
Tableau 33:	Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale	162
Tableau 34:	Évolution du nombre de titulaires d'une décision positive pour une adaptation du logement	163
Tableau 35:	Évolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2015 (en millions EUR)	164
Tableau 36:	Évolution des dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire (en millions EUR)	165
Tableau 37:	Évolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR)	167
Tableau 38:	Évolution des dépenses pour prestations en nature de l'assurance dépendance par type de prestation et lieu de séjour du bénéficiaire au Luxembourg (en millions EUR)	168
Tableau 39:	Évolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature (en millions EUR)	168
Tableau 40:	Répartition des dépenses pour différents types de prestations en nature par groupe d'âge du bénéficiaire en 2024 (en millions EUR)	169
Tableau 41:	Évolution des dépenses pour les prestations forfaitaires de l'assurance dépendance (en milliers EUR)	170
Tableau 42:	Évolution des dépenses pour prestations à domicile par type de partage (en millions EUR)	170
Tableau 43:	Évolution des dépenses pour les aides techniques (en millions EUR)	171
Tableau 44:	Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance de 2020 à 2024 (en millions EUR)	172
Tableau 45:	Évolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance	173

Assurance pension **177**

Tableau 1:	Évolution des prestations en cours de paiement	180
Tableau 2:	Évolution et composition des départs en retraite de 2020 à 2024	182
Tableau 3:	Évolution des assurés-cotisants entre 2020 et 2024	185
Tableau 4:	Évolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension entre 2020 et 2024 (en millions EUR)	187
Tableau 5:	Évolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR)	189
Tableau 6:	Évolution de la situation financière du régime général d'assurance pension entre 2020 et 2024	190

Assurance accident **191**

Tableau 1:	Évolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)	195
Tableau 2:	Évolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général par type d'accident	196
Tableau 3:	Évolution du nombre de prestations en espèces pendant les 78 premières semaines	198
Tableau 4:	Évolution du nombre des rentes	198
Tableau 5:	Évolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	199
Tableau 6:	Évolution du nombre d'accidents pour lesquels des prestations pour soins de santé ont été prises en charge par l'assurance accident	199
Tableau 7:	Évolution du nombre des dégâts matériels	200
Tableau 8:	Évolution des rentes avant la réforme et rachats de rentes	200
Tableau 9:	Évolution des recettes et des dépenses courantes de l'assurance accident (en millions EUR)	201
Tableau 10:	Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2024 (en millions EUR)	202
Tableau 11:	Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2024 (en millions EUR)	202
Tableau 12:	Évolution du montant des prestations du régime général (en millions EUR)	203
Tableau 13:	Évolution du montant des prestations des régimes spéciaux (en millions EUR)	203



Prestations familiales	205
Tableau 1: Évolution du nombre d'indemnités de congé parental selon le sexe et le type de congé parental	211
Tableau 2: Évolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces	211
Tableau 3: Évolution des recettes et des dépenses courantes de la CAE (en millions EUR)	214
Tableau 4: Évolution du nombre et de la part des bénéficiaires des prestations familiales transférées à l'étranger	218
Tableau 5: Évolution du montant et de la part des différentes prestations familiales transférées à l'étranger (montants en millions EUR)	218
Inclusion sociale	219
Tableau 1: Évolution des recettes et des dépenses globales du FNS (en millions EUR)	228

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 2020-2024)	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)	20
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)	22
Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2024 (moyenne annuelle)	28
Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2020-2024	30
Assurance maladie-maternité	31
Graphique 1: Répartition des médecins professionnellement actifs par catégorie d'activité et mode d'exercice en 2024	35
Graphique 2: Évolution du nombre de médecins praticiens par spécialité médicale de 2015 à 2024	36
Graphique 3: Évolution de la pyramide des âges des médecins praticiens par sexe et spécialité médicale de 2015 à 2024	37
Graphique 4: Nombre de médecins généralistes praticiens par canton de résidence professionnelle (en valeur absolue et pour 1 000 personnes résidentes) en 2024	40
Graphique 5: Nombre de médecins dentistes praticiens par canton de résidence professionnelle (en valeur absolue et pour 1 000 personnes résidentes) en 2024	41
Graphique 6: Nombre de médecins spécialistes praticiens par canton de résidence professionnelle (en valeur absolue et pour 1 000 personnes résidentes) en 2024	42
Graphique 7: Évolution du nombre de médecins généralistes praticiens pour 1 000 personnes résidentes au Luxembourg, en Allemagne, en France et en Belgique de 2014 à 2023	43
Graphique 8: Évolution du nombre de médecins dentistes praticiens pour 1 000 personnes résidentes au Luxembourg, en Allemagne, en France et en Belgique de 2014 à 2023	43
Graphique 9: Évolution du nombre de médecins spécialistes praticiens pour 1 000 personnes résidentes au Luxembourg, en Allemagne, en France et en Belgique de 2014 à 2023	44
Graphique 10: Évolution de la pyramide des âges des médecins hospitaliers par sexe de 2016 à 2025	45
Graphique 11: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers masculins en 2016 et 2025	46
Graphique 12: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers féminins en 2016 et 2025	46
Graphique 13: Évolution des dépenses pour soins de santé	51
Graphique 14: Répartition des dépenses pour soins de santé au Luxembourg en 2024 (en % du total)	54
Graphique 15: Composition des soins de santé pris en charge pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients bénéficiant des montants pris en charge les plus élevés en 2024 (en % du total)	55
Graphique 16: Répartition du nombre de patients et du montant moyen de prise en charge par groupe d'âge et sexe en 2024	56
Graphique 17: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2024	57
Graphique 18: Évolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2022 à 2024	58



Graphique 19:	Évolution mensuelle du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier entre 2020 et 2024	60
Graphique 20:	Évolution du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier par jour et semaine entre 2022 et 2024	61
Graphique 21:	Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2024 (en milliers EUR)	63
Graphique 22:	Évolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2020 et 2023 (par ordre décroissant pour 2024)	64
Graphique 23:	Évolution des dépenses pour soins de médecine	64
Graphique 24:	Évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire	65
Graphique 25:	Évolution des dépenses pour soins hospitaliers	66
Graphique 26:	Évolution des journées d'hospitalisation par type d'hospitalisation de 2020 à 2024	67
Graphique 27:	Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2024 (en %)	68
Graphique 28:	Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2024 (en %)	69
Graphique 29:	Évolution du nombre d'admissions par type d'hospitalisation de 2020 à 2024	70
Graphique 30:	Nombre d'admissions en hospitalisation avec nuitée pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2024	71
Graphique 31:	Durée moyenne de séjour par groupe d'âge et sexe en 2024 (hôpitaux aigus)	75
Graphique 32:	Évolution mensuelle du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par centre hospitalier entre 2020 et 2024	76
Graphique 33:	Nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par jour de semaine en 2020 et 2024	77
Graphique 34:	Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins en milieu hospitalier par groupe d'âge des patients en 2020 et 2024	79
Graphique 35:	Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage par groupe d'âge des patients entre 2022 et 2024	80
Graphique 36:	Évolution des dépenses pour prestations en nature de maternité (en millions EUR)	81
Graphique 37:	Le nombre d'accouchements par césarienne et le nombre d'accouchements normaux en 2015 et 2024	82
Graphique 38:	Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2015 et 2024	82
Graphique 39:	Évolution des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public	83
Graphique 40:	Part des médicaments génériques dans l'ensemble des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public	85
Graphique 41:	Évolution des dépenses totales relatives aux médicaments	86
Graphique 42:	Évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale	87
Graphique 43:	Évolution des dépenses pour soins infirmiers	88
Graphique 44:	Évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie	89
Graphique 45:	Le nombre de psychothérapies par groupe d'âge et sexe en 2024	91
Graphique 46:	Évolution des dépenses pour prestations à l'étranger de 2015 à 2024	92
Graphique 47:	Évolution du nombre de demandes S2 accordées par pays de destination de 2020 à 2024	94
Graphique 48:	Évolution du nombre de demandes S2 accordées par type de traitement de 2020 à 2024	95
Graphique 49:	Évolution du taux d'absentéisme de 2015 à 2024	97
Graphique 50:	Évolution mensuelle du taux d'absentéisme de 2022 à 2024	99
Graphique 51:	Évolution mensuelle du nombre de personnes absentes de 2022 à 2024	99
Graphique 52:	Taux d'absentéisme par groupe d'âge et sexe de 2022 à 2024	100
Graphique 53:	Taux d'absentéisme par lieu de résidence et sexe de 2022 à 2024	101
Graphique 54:	Taux d'absentéisme par secteur d'activité de 2022 à 2024	102



Graphique 55:	Répartition du nombre de jours de maladie des salariés résidents de 2022 à 2024, selon la raison médicale	103
Graphique 56:	Répartition du nombre d'épisodes de maladie des salariés résidents de 2022 à 2024, selon la raison médicale	105
Graphique 57:	Évolution des indemnités pécuniaires de maladie proprement dites à charge de la CNS (en millions EUR) de 2015 à 2024	107
Graphique 58:	Évolution du nombre de femmes ayant débuté un congé de maternité et de la part de ces femmes par rapport au total des femmes en emploi âgées entre 15 et 50 ans de 2015 à 2024	109
Graphique 59:	Distribution de l'âge des bénéficiaires débutant un congé de maternité en 2009, 2014, 2019, 2024	110
Graphique 60:	Évolution du nombre de femmes ayant débuté une dispense de travail pour femmes enceintes et la part des femmes ayant bénéficié d'une dispense de travail parmi les femmes ayant débuté un congé de maternité de 2015 à 2024	111
Graphique 61:	Évolution du nombre de bénéficiaires distincts du congé pour raisons familiales (CPRF) et de la part des salariés et indépendants en emploi ayant bénéficié du CPRF selon le sexe de 2015 à 2024	114
Graphique 62:	Nombre de femmes distinctes ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge de 2022 à 2024	114
Graphique 63:	Nombre d'hommes distincts ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge de 2022 à 2024	115
Graphique 64:	Évolution des dépenses pour indemnités pécuniaires de maternité proprement dites de 2015 à 2024	116
Graphique 65:	Évolution des dépenses pour indemnités pécuniaires de maternité concernant les dispenses de travail pour femmes enceintes de 2015 à 2024 a117	
Graphique 66:	Évolution du coût du congé pour raisons familiales de 2015 à 2024 (en millions EUR)	117
Graphique 67:	Évolution du solde des opérations courantes de 2020 à 2024 (en millions EUR)	120
Graphique 68:	La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2020 à 2024	121
Graphique 69:	Évolution des recettes et dépenses courantes de 2020 à 2024	121
Graphique 70:	Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2024 (en % du total)	123

Assurance dépendance 127

Graphique 1:	Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance	137
Graphique 2:	Évolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge	150
Graphique 3:	Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour les AEV (en heures) par groupe d'âge en 2024	155
Graphique 4:	Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour AEV (en heures) par cause de dépendance principale en 2024	156
Graphique 5:	Évolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire	166
Graphique 6:	Évolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire	166
Graphique 7:	Évolution de la participation de l'État aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR)	174
Graphique 8:	Évolution de la réserve globale au 31 décembre en % des dépenses courantes	175

Assurance pension 177

Graphique 1:	Répartition des pensions en cours par type de pension, sexe et résidence en 2024	181
Graphique 2:	Évolution de la répartition des départs en retraite par groupes d'âge	182
Graphique 3:	Évolution de la composition des carrières d'assurances accomplies au moment du départ en retraite entre 2015 et 2024	183
Graphique 4:	Évolution de la répartition des départs en retraite par catégorie entre 2015 et 2024	184



Graphique 5:	Niveau moyen des pensions en décembre 2024 (en EUR)	185
Graphique 6:	Évolution du nombre moyen d'assurés et de pensions entre 2010 et 2024	186
Graphique 7:	Évolution des recettes et des dépenses courantes du régime général d'assurance pension entre 2015 et 2024	188
Graphique 8:	Évolution de la réserve du régime général d'assurance pension entre 2015 et 2024	189

Assurance accident **191**

Graphique 1:	Évolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)	194
Graphique 2:	Évolution du nombre d'accidents déclarés par régime	195
Graphique 3:	Nombre d'accidents déclarés du régime général et des régimes spéciaux par type d'accident	196
Graphique 4:	Évolution du taux de fréquence des accidents	197

Prestations familiales **205**

Graphique 1:	Évolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et du nombre de familles attributaires	208
Graphique 2:	Évolution des dépenses courantes	216
Graphique 3:	Évolution des prestations familiales transférées à l'étranger	217

Inclusion sociale **219**

Graphique 1:	Évolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille	222
Graphique 2:	Évolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension	223
Graphique 3:	Évolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées	224
Graphique 4:	Évolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère et de la prime énergie	225
Graphique 5:	Évolution du nombre de bénéficiaires du complément accueil gérontologique par lieu de séjour	226
Graphique 6:	Évolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire	227

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)	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 1 ^{er} 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 1 ^{er} 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 1 ^{er} 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 vivre.
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 prévue 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



post-acute (réhabilitation, convalescence).

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)	<p>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.</p> <p>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.</p>
Hospitalisation (avec nuitée) (AM)	<p>Une hospitalisation avec nuitée, appelée aussi hospitalisation complète, comprend au moins un jour (le jour de l'admission) et une nuit à l'hôpital.</p>
Hospitalisation de jour (AM)	<p>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.</p> <p>Les prestations en polyclinique ou similaires (p.ex. sessions de chimiothérapie ou de dialyse) ne sont pas considérées comme hospitalisations.</p>
Inclusion sociale (IS)	<p>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.</p>
Indemnisation des dégâts matériels accessoires (AA)	<p>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.</p>
Indemnité d'insertion (cadre du RMG) (IS)	<p>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.</p>
Indemnité forfaitaire pour douleurs physiques endurées (AA)	<p>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.</p>



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 la 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 1^{er} 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 1^{er} 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.
Paieement courant (PF)	Paieement régulier et mensuel d'une prestation, p.ex. allocations familiales, RMG, etc.
Paieement unique (PF)	Paieement 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 1 ^{er} 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)	<p>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.</p> <p>Les prestations de naissance sont allouées en trois tranches :</p> <ol style="list-style-type: none">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 1 ^{er} 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, SNCF).
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)	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>A partir de janvier 2019, le SNAS devient l'ONIS (Office national d'inclusion sociale).</p>
Sous-traitance (AD/AM)	<p>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.</p>
Spina Bifida (AD)	<p>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.</p>
Stage d'assurance pension (AP)	<p>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.</p>
Statut unique (AM)	<p>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.</p>
Taux d'absentéisme (AM)	<p>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.</p>
Taux d'absentéisme de courte durée (AM)	<p>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 1^{er} et le 21^{ème} jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.</p>



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 Steinfurt
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
RPQH	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 socialeen 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

