

 LA SÉCURITÉ SOCIALE - 2015

RAPPORT GÉNÉRAL



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

Inspection générale de la sécurité sociale

www.mss.public.lu
www.statsecu.public.lu

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

2015



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

Inspection générale de la sécurité sociale

Luxembourg
Novembre 2015

AVANT-PROPOS

On ne saurait trop insister sur l'importance que revêt la protection sociale dans nos sociétés. La crise économique et financière que le pays a traversée a mis en lumière le rôle primordial qu'elle joue dans l'amélioration du bien-être de la population et dans le maintien de la cohésion sociale. Ce sont en effet les pays disposant d'un système de protection sociale solide qui ont présenté la meilleure résistance aux conséquences de la crise.

Nous devons donc mettre tout en œuvre pour assurer la pérennité de notre système de protection sociale et il est important de faire en sorte que celui-ci continue à jouer son rôle d'amortisseur et à offrir une protection efficace pour l'ensemble de nos citoyens. A ce sujet il est donc primordial de disposer d'une appréciation régulière de l'état de santé de notre sécurité sociale.

Le Rapport général sur la sécurité sociale représente cet élément-clé d'évaluation. Je remercie l'Inspection générale de la sécurité sociale de procéder annuellement à la rédaction de ce rapport qui permet une vue détaillée sur l'évolution des recettes et dépenses de nos différents régimes, sur la répartition des bénéficiaires et la situation sur les prestataires. Le rapport constitue ainsi un élément-clé dans le contexte de la dimension sociale de notre politique.



Romain Schneider
Ministre de la Sécurité sociale

Protection sociale

11

1. LE SYSTÈME DE LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

11

2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

13

2.1. LES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE

14

2.2. LES DÉPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE

17

2.3. SITUATION GLOBALE

20

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

22

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

22

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

25

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

26

Assurance maladie-maternité

29

INTRODUCTION

29

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

29

LES PRESTATIONS

29

ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

30

FINANCEMENT

30

1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

32

1.1. LES RESSOURCES HUMAINES

32

1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES

44

2. LES SOINS DE SANTÉ

46

2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LE DÉCOMPTE DE LA CNS

46

2.2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LA DATE DE LA PRESTATION

50

3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

68

3.1. ÉVOLUTION DES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE

68

3.2. ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MALADIE

69

3.3. ÉVOLUTION DES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MATERNITÉ

75

3.4. ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MATERNITÉ

76

4. DONNÉES FINANCIÈRES

81

4.1. SITUATION GLOBALE

82

4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES

85

4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

87

Assurance dépendance

91

INTRODUCTION

91

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

91

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

91

ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

92

FINANCEMENT

93

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

93

1.1. LA CONVENTION-CADRE

93

1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES

95

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

95

2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	97
2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DEPENDANCE	98
2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES	101
2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS	102
2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE	103
3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	108
3.1. LE PLAN DE PRISE EN CHARGE: LES PRESTATIONS REQUISES	109
3.2. LES PRESTATIONS FACTURÉES	123
4. LA SITUATION FINANCIÈRE	132
4.1. LA SITUATION GLOBALE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	132
4.2. LES RECETTES COURANTES	134
4.3. LES DÉPENSES COURANTES	136
4.4. LA RESERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	137
4.5. LES VALEURS MONÉTAIRES	138
Assurance pension	141
INTRODUCTION	141
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION	141
RÉGIMES DE L'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG	141
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION	141
ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE PENSION	143
FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE PENSION	143
1. LES PRESTATIONS	143
1.1. PENSIONS PAYÉES	144
1.2. DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS	144
1.3. PENSIONS MIGRATOIRES	145
1.4. NOUVELLES ATTRIBUTIONS	146
1.5. ASSURÉS COTISANTS	147
1.6. NIVEAU MOYEN DES PENSIONS	148
2. SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE PENSION	150
2.1. RECETTES	151
2.2. DÉPENSES	151
2.3. RÉSULTAT ET RÉSERVE	152
Assurance Accident	155
INTRODUCTION	155
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT	155
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT	155
ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT	155
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT	156
1. PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES	156
1.1. AFFILIATION DES ENTREPRISES	156
1.2. STATISTIQUES SUR LES ACCIDENTS	157
1.3. LES RENTES ET AUTRES PRESTATIONS	159
2. SITUATION FINANCIÈRE	162
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	162
2.2. LES RECETTES COURANTES	164
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	165

Prestations familiales	169
INTRODUCTION	169
LES OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES	169
LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS	169
L'ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES	169
LE FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES	170
1. LES PRESTATIONS	170
1.1. LES ALLOCATIONS FAMILIALES	171
1.2. LE BONI POUR ENFANTS	173
1.3. L'ALLOCATION D'ÉDUCATION	173
1.4. L'INDEMNITÉ POUR LE CONGÉ PARENTAL	174
1.5. LES ALLOCATIONS DE RENTRÉE SCOLAIRE	174
1.6. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE	175
1.7. LES ALLOCATIONS DE MATERNITÉ	175
2. LA SITUATION FINANCIÈRE	176
2.1. LES RECETTES COURANTES	177
2.2. LES DÉPENSES COURANTES	178
2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER	179
Inclusion sociale	183
INTRODUCTION	183
LES OBJECTIFS	183
LES PRESTATIONS	183
L'ORGANISATION	184
LE FINANCEMENT	184
1. LES PRESTATIONS	184
1.1. LE REVENU MINIMUM GARANTI	185
1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION	187
1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES	188
1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE	188
1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE	190
1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES	191
1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES	192
2. LA SITUATION FINANCIÈRE	192
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	192
2.2. LES RECETTES COURANTES	194
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	194
Sommaire des tableaux	195
Sommaire des graphiques	199
Glossaire	203
Liste des Abréviations	217
Références légales	221

1. LE SYSTÈME DE LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

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

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

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

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

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

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

Le système national s'organise autour de plusieurs acteurs dont les principaux sont (*Voir tableau 1 pour plus de détails sur les principaux acteurs de la protection sociale*) :

- les institutions de sécurité sociale proprement dites, définies à l'article 396 du Code de la sécurité sociale ;
- l'Etat, via, par exemple, le Fonds pour l'emploi, le Fonds national de solidarité ou encore la gestion et le paiement des pensions du régime statutaire ou du chèque-service accueil ;
- les communes via les offices sociaux ;
- les sociétés de secours mutuels ¹;
- les organisations caritatives.

1. Les compagnies d'assurance qui versent des prestations complémentaires dans le cadre des risques ou besoins sociaux de la protection sociale sont exclues du champ de la protection sociale.

Tableau 1: Panorama de la protection sociale

Fonctions SESPROS	Principales prestations	Acteurs principaux
Maladie/soins de santé	Prise en charge des soins de santé	CNS ^a - AMM (ISS ^b)
	Indemnité de maladie	CNS ^a - AMM (ISS)
	Prestations en nature	AAA (ISS)
	Indemnité d'accident	AAA (ISS)
	Continuation de rémunération	MDE (ISS)
	Prestations complémentaires	SMU
Invalidité	Pension d'invalidité du régime général	CNAP (ISS)
	Pension d'invalidité du régime statutaire	Etat / CPFEC / CFL
	Prestations en nature et en espèces de l'assurance dépendance	CNS - AD (ISS)
	Rente d'accident	AAA (ISS)
	Revenu pour personnes gravement handicapées	FNS
	Pension complémentaire	IGSS
Vieillesse	Pension de vieillesse du régime général	CNAP (ISS)
	Pension de vieillesse du régime statutaire	Etat / CPFEC / CFL
	Pension complémentaire	IGSS
Survie	Pension de survie du régime général	CNAP (ISS)
	Pension de survie du régime statutaire	Etat / CPFEC / CFL
	Rente de survie	AAA (ISS)
	Indemnité funéraire	CNS ^a - AMM (ISS)
	Pension complémentaire	IGSS
	Prestations complémentaires	SMU
Famille/enfants	Indemnité maternité	CNS ^a - AMM (ISS)
	Indemnité de congé parental	CNPF (ISS)
	Prestations familiales	CNPF (ISS)
	Chèque service accueil	Etat
	Forfait d'éducation	FNS
Chômage	Indemnité de chômage	FPE
	Indemnité de préretraite	FPE
Logement	Aides délivrées par le Fonds du logement	FDL
	Accueil gérontologique	FNS
Exclusion sociale	Revenu minimum garanti	FNS
	Allocation de vie chère	FNS
	Autres prestations du FNS	FNS
	Aides diverses	OSo
	Aides diverses	OCa

a. La CNS liquide également les prestations pour les trois caisses de maladie du secteur public et assimilés qui font partie des institutions de la sécurité sociale : la CMFEP, la CMFEC et l'EMCFL.

b. ISS : Institution de la sécurité sociale au sens de l'article 396 du Code de la sécurité sociale.

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

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

Dans ce chapitre introductif, la protection sociale est d'abord abordée sous l'angle financier (section 1), en présentant les recettes et les dépenses, puis sous l'angle de la population protégée et des bénéficiaires de la protection sociale (section 2). 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 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 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, les transferts entre régimes ainsi que les cotisations réacheminées sont exclus.

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

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

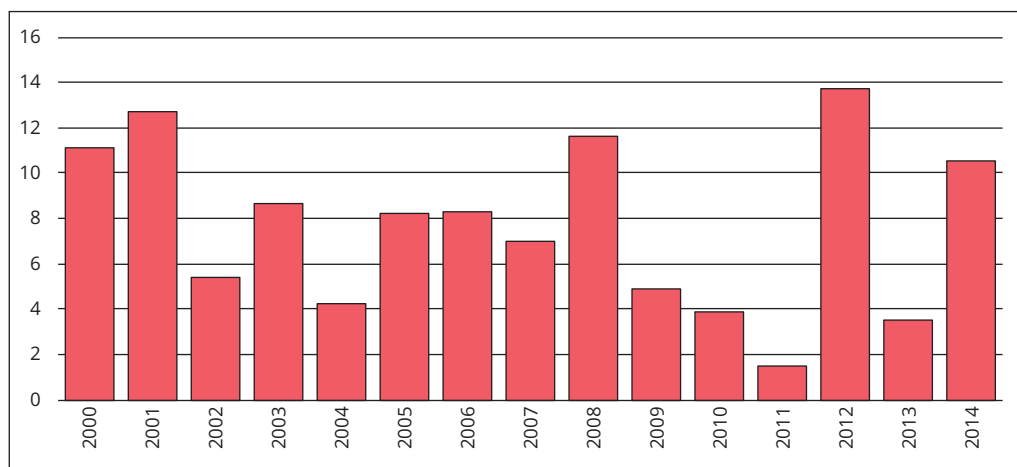
a. <http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-12-014>

2.1. LES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2014, les recettes courantes s'élèvent à 13 004,4 millions EUR, présentant une progression de 10,5% en comparaison avec l'année 2013 (11 768,2 millions EUR).

Depuis 2000, la progression des recettes se fait par à-coups. Les taux de croissance observés entre 2001 et 2003 ne reflètent pas la véritable progression des recettes mais résultent d'un jeu d'écriture. Suite à des procédures comptables introduites à partir de 2001 relatives au calcul des cotisations, le taux de croissance présenté pour 2001 est surestimé et celui de 2002 est sous-estimé. La participation de l'Etat pour financer le boni pour enfant génère une progression accentuée des recettes en 2008. Les ressources financières supplémentaires nécessaires dans le cadre des mesures d'emploi et d'aide sociale impactent la croissance des recettes en 2009 et 2010. Après l'essoufflement de la progression des recettes en 2011 dû à la réduction du rendement du Fonds de compensation commun au régime général de pension (le Fonds) dans un contexte de crise financière, 2012 affiche, grâce au très bon résultat du Fonds, un taux de croissance à deux chiffres (13,7%), le plus élevé de ces quinze dernières années. La variation annuelle entre 2012 et 2013 est plus modérée et se situe à 3,5%. A l'instar de l'année 2012, 2014 est marquée par un résultat exceptionnel réalisé par le Fonds (près de 1,5 milliard d'EUR), résultat qui contribue largement à la hausse des recettes qui dépasse 10% (graphique 1).

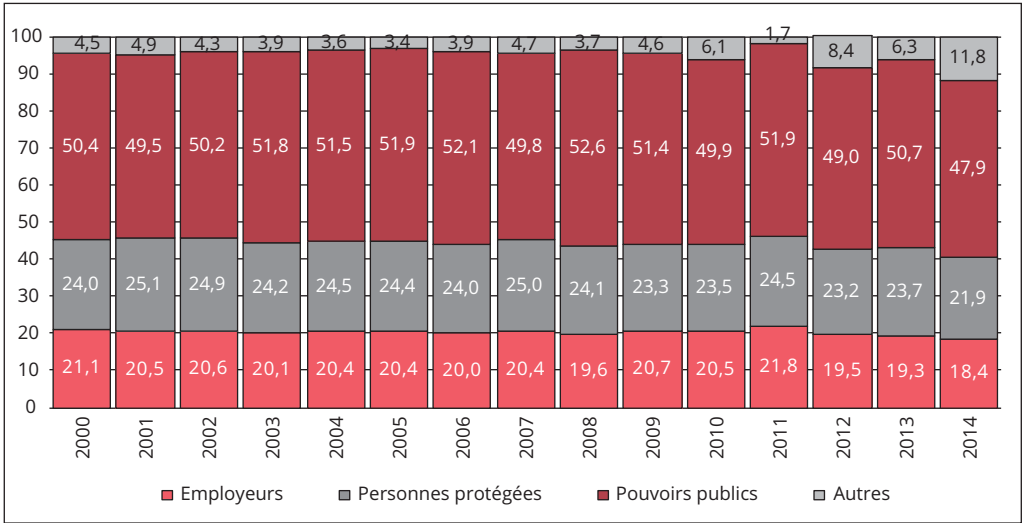
Graphique 1: Evolution des recettes courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)



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

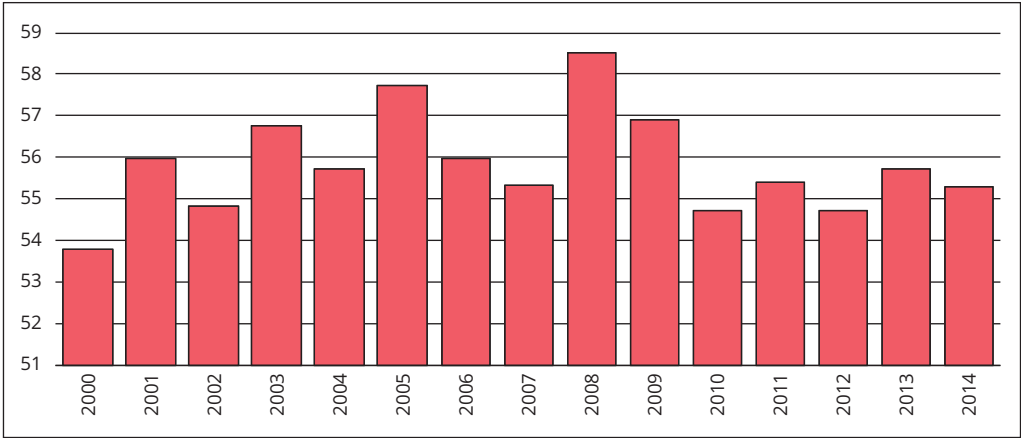
Les cotisations des employeurs (hors secteur public) représentent 18,4% des recettes courantes en 2014 tandis que la participation des personnes protégées atteint 21,9%. Les pouvoirs publics interviennent quant à eux à hauteur de 47,9% (les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques, y compris les cotisations patronales du secteur public). Les 11,8% restants proviennent des résultats exceptionnels du Fonds. Entre 2000 et 2014, la répartition entre les trois sources de financement de la protection sociale que sont les employeurs, les personnes protégées et les pouvoirs publics se maintient. Par contre, la quatrième source de financement, composée pour l'essentiel par les recettes du Fonds, fluctue fortement et plus particulièrement depuis 2008 (graphique 2).

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



L'Etat est le premier contributeur au financement de la protection sociale et sa participation représente une part importante des dépenses courantes de l'Etat. Entre 2000 et 2014, cette part oscille entre 54% et 59%. En temps de conjoncture faible, la rigidité des dépenses budgétaires envers la protection sociale implique des taux plus élevés. La participation élevée à partir de 2003 résulte de la contribution de l'Etat au financement de la prestation du forfait d'éducation liquidée par le régime Fonds national de solidarité et au financement des prestations du régime assurance dépendance. Le recul de la part relative de la participation de l'Etat en 2007 est notamment dû à la désindexation des prestations familiales et au plafonnement de la participation au financement de l'assurance dépendance. Néanmoins cette réduction des dépenses budgétaires de l'Etat est largement compensée à partir de 2008 par l'introduction du boni pour enfant. Les dépenses relatives aux mesures d'emploi et d'aide sociale impactent la participation de l'Etat à partir de 2009 et depuis 2012, l'Etat a sérieusement augmenté sa contribution au financement de l'assurance dépendance (graphique 3).

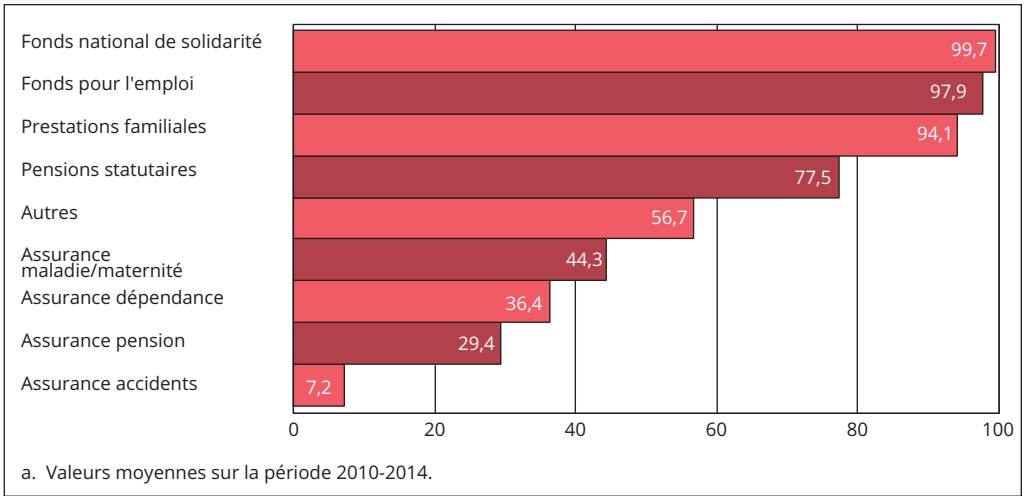
Graphique 3: Evolution de la participation de l'Etat au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'Etat)



La contribution de l'Etat au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes. En 2014, cette contribution est la plus faible pour le régime assurance accidents dont le financement est très majoritairement assuré par les employeurs. L'assurance pension est financée à parts égales entre les employeurs, les assurés et les pouvoirs publics. L'Etat finance l'assurance dépendance à hauteur de 234 millions EUR en 2014 (224 millions EUR en 2013, 180 millions EUR en 2012 et 140 millions EUR les années précédentes); le reste est financé par les personnes protégées. Le financement de l'assurance maladie-maternité est réparti par parts égales entre assurés et employeurs et l'Etat supporte 40% des cotisations auxquelles s'ajoutent les cotisations prises en charge par l'Etat pour certaines catégories de personnes protégées. Les pensions statutaires sont majoritairement financées par les pouvoirs publics. Les recettes des régimes prestations familiales, du Fonds pour l'emploi et du Fonds national de solidarité proviennent principalement des pouvoirs publics. Aucune cotisation n'est payée pour ces trois régimes² (graphique 4).

2. De jure, une cotisation, à charge des employeurs, est prévue pour financer les prestations familiales. De facto, l'Etat prend en charge ces cotisations.

Graphique 4: Répartition de la participation de l'Etat au financement des régimes de protection sociale ^a (en % des recettes courantes)



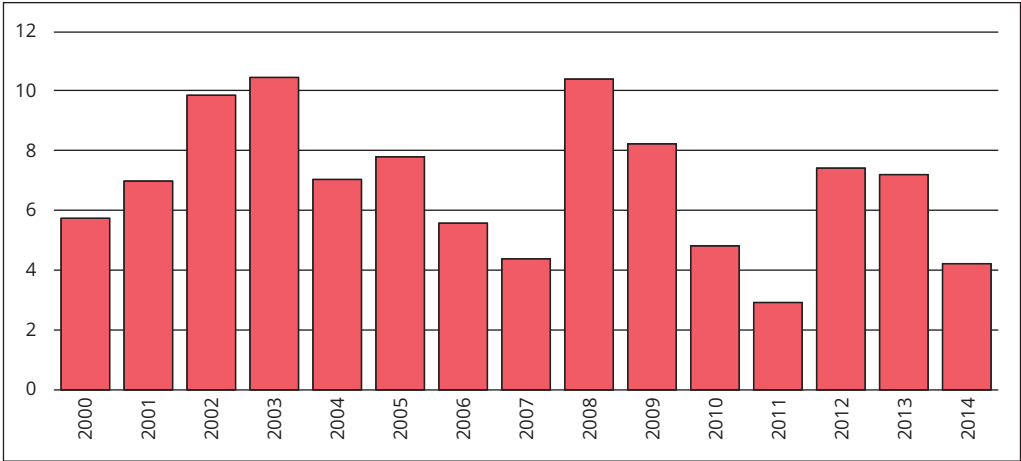
La particularité du marché du travail luxembourgeois, qui occupe aujourd'hui plus de 40% de non-résidents dans le secteur salarié, mérite qu'un rappel soit fait concernant leur participation au système national de protection sociale. Au même titre que les résidents, les non-résidents contribuent au système et, comme cela sera développé au point suivant, ils en sont bénéficiaires. Les travailleurs non-résidents participent à hauteur de 42,5% à la contribution des personnes protégées au régime assurance pension. Pour les régimes assurance maladie-maternité, assurance dépendance et assurance accidents, ces taux sont respectivement de 33,4%, 32,7% et 19,0%.

2.2. LES DÉPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2014, les dépenses courantes atteignent 11 204,7 millions EUR soit une augmentation de 4,2% par rapport à l'année 2013 (10 749,2 millions EUR).

Sur la période 2000-2014, la croissance nominale annuelle des dépenses évolue en dents de scie avec des pics qui reflètent l'introduction et/ou la revalorisation de prestations. L'adaptation des prestations du régime assurance pension en 2002 et l'introduction d'un forfait d'éducation se traduisent par les taux soutenus de 2002 et 2003. L'entrée en vigueur du boni pour enfant en 2008 déclenche la forte progression des dépenses pour cette même année. Le taux élevé qui perdure en 2009 résulte du recours aux instruments de maintien dans l'emploi ainsi que de la demande soutenue d'assistance sociale. Après deux années (2010 et 2011) de ralentissement des dépenses dû à la réforme de l'assurance maladie-maternité en termes de consolidation financière et à la baisse du nombre de bénéficiaires de prestations familiales suite à l'introduction, fin 2010, de la nouvelle loi sur l'aide financière de l'Etat pour études supérieures dont les dépenses ne figurent pas dans la nomenclature SESPROS, 2012 et 2013 renouent avec une poussée significative. En 2014, la progression des dépenses accuse un ralentissement du fait, en grande partie, d'une meilleure maîtrise des dépenses de soins santé et de longue durée (graphique 5).

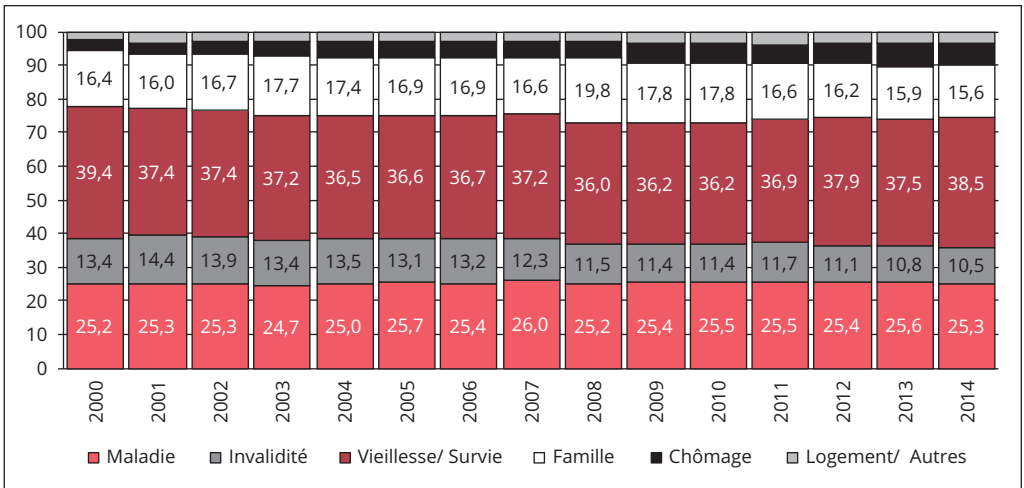
Graphique 5: Evolution des dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)



Pour cette même année, les dépenses courantes sont réalisées pour 69,1% sous forme de prestations en espèces et pour 30,9% sous forme de prestations en nature. Les prestations de vieillesse et de survie (38,5%) et les prestations de soins de santé (25,3%) forment plus de 60% des dépenses.

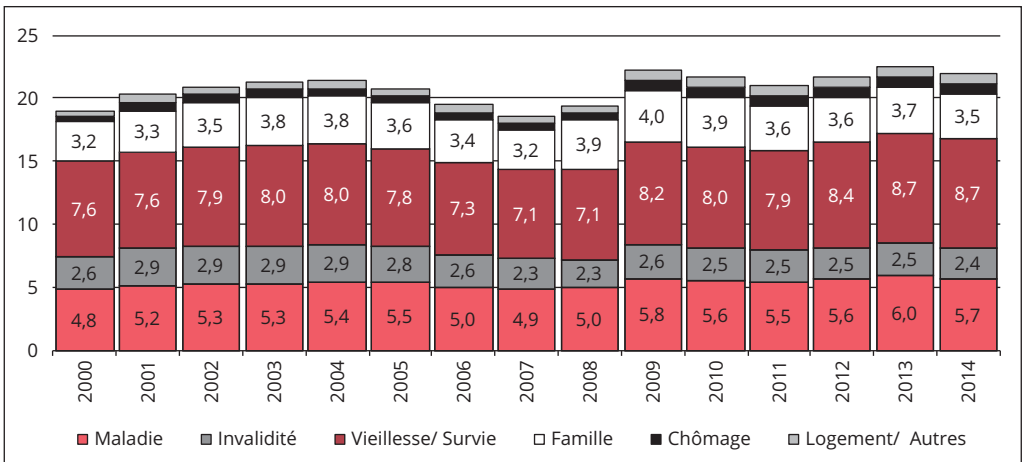
Au fil des ans, entre 2000 et 2014, la structure des dépenses de protection sociale a changé. Ainsi, le poids des prestations de vieillesse a diminué de manière quasi-constante au profit de celui des prestations familiales et de celui des prestations de chômage. Le relèvement du montant des allocations familiales en 2002, l'introduction du boni pour enfant en 2008 et l'expansion du nombre de bénéficiaires de prestations familiales résultant de la dynamique de l'emploi au cours des quinze dernières années participent à cette évolution. Mais, suite à la désindexation des prestations familiales en 2006 et à la baisse du nombre de bénéficiaires d'allocations familiales depuis la loi du 26 juillet 2010 sur les aides financières de l'Etat pour études supérieures, le poids des prestations familiales recule. Bien que les prestations de chômage ne représentent que 6,5% des dépenses de protection sociale en 2014, leur poids a presque doublé par rapport au début des années 2000. Les poids des autres fonctions sont par contre restés relativement stables au cours des quinze dernières années (graphique 6).

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



En 2014, par fonction et rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut), ce sont les prestations de vieillesse et de survie et les dépenses en soins de santé qui représentent les dépenses les plus importantes avec respectivement 8,7% et 5,7% du PIB. Les prestations familiales interviennent pour 3,5% et les prestations d'invalidité comptent pour 2,4%. Les prestations de vieillesse et de maladie absorbent une part importante du PIB et leur progression relative en 2009 s'explique, d'une part, par la croissance soutenue des dépenses courantes et, d'autre part, par un rythme de progression freiné du PIB en 2009 (graphique 7).

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



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, 49,4% des prestations en espèces sont versées aux non-résidents. De même, 39,9% des prestations du régime prestations familiales, 39,6% des prestations du régime assurance accident et 23,9% du régime assurance pension sont exportées à l'étranger. En ce qui concerne les prestations en nature³, 19,6% des prestations en nature de

l'assurance accident, 16,3% des soins de santé de l'assurance maladie-maternité et 1,6% des soins de l'assurance dépendance sont consommés par les non-résidents.

Le faible taux de prestations en espèces de l'assurance pension exportées (23,9%) trouve deux explications majeures : le nombre et le montant des pensions exportées. Au cours des 50 dernières années, le développement de l'économie a dépassé celui de la démographie et le déficit n'a pu être comblé que par une immigration soutenue et, plus tard, par le recours à des travailleurs non-résidents. Une partie non-négligeable des immigrants s'est implantée au Luxembourg. Ceux qui sont retournés dans leur pays ont plus souvent connu des carrières partielles au Luxembourg et bénéficient donc de prestations de l'assurance pension réduites puisque calculées sur la durée d'affiliation. Le caractère encore récent de l'afflux, sur le marché du travail, d'une population active non-résidente relativement jeune ne permet pas encore à un grand nombre d'entre eux d'ouvrir les droits pour bénéficier de prestations de pension.

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

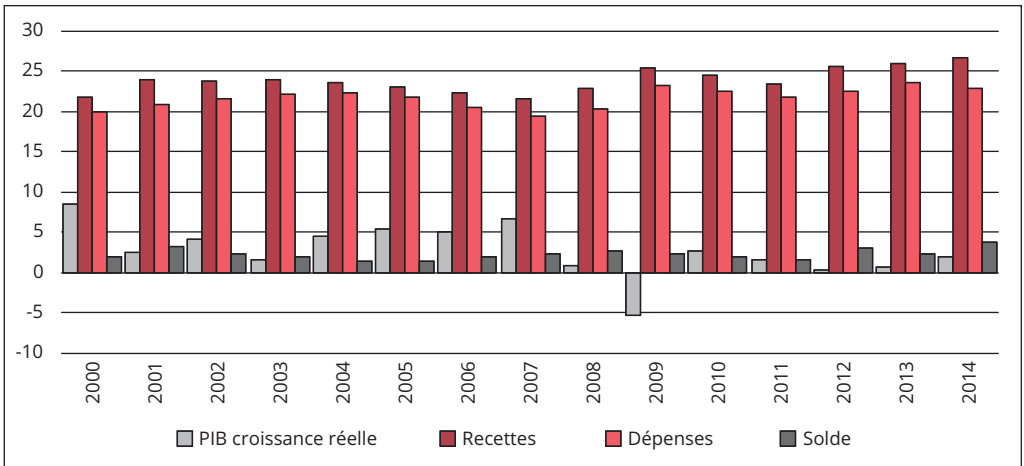
Au regard des recettes et des dépenses de la protection sociale décrites ci-dessus, le bilan de l'année 2014 présente un solde global positif de 1 799,6 millions EUR (1 019,0 millions EUR en 2013).

Avec un ratio des recettes rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut) de 26,6% et un ratio des dépenses rapportées au PIB de 22,9%, le solde global de la protection sociale représente 3,7% du PIB en 2014.

Depuis 2000, recettes et dépenses rapportées au PIB évoluent dans le même sens avec, pour chaque année, un avantage aux recettes. Le solde positif qui se maintient tout au long de la période s'explique par les dispositions de financement qui prévoient une participation directe de l'Etat dans certaines prestations et par l'effet combiné de l'évolution dynamique de l'emploi et des prestations/recettes y relatives (graphique 8).

3. Les prestations en nature exportées peuvent connaître des variations annuelles fortes du fait de la liquidation ou de la régularisation des décomptes étrangers en décalage important avec la date de prestation. Les pourcentages présentés ici reflètent la situation sur la période 2011-2014.

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



L'inertie des recettes et des dépenses de protection sociale implique que le poids des prestations de sécurité sociale dans le PIB et de celui des recettes des régimes de protection sociale évoluent de manière anticyclique en fonction de la croissance économique.

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 pour la période 2006-2014.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES									
Cotisations employeurs	2 004,6	2 173,3	2 335,3	2 559,4	2 607,4	2 771,7	2 909,2	3 017,2	3 174,9
Cotisations personnes protégées	1 816,2	2 026,6	2 178,9	2 204,3	2 311,7	2 450,1	2 635,0	2 730,1	2 849,3
Cotisations réacheminées	150,4	159,9	168,0	189,5	201,3	216,8	236,1	255,5	264,9
Recettes fiscales	3 448,1	3 511,2	4 184,4	4 276,8	4 325,5	4 599,0	4 869,9	5 271,6	5 442,4
Transferts entre régimes	77,5	72,5	70,0	75,1	76,2	80,4	87,6	90,0	99,9
Autres recettes	298,4	382,9	333,8	438,5	601,2	173,8	951,7	749,4	1 537,7
Prélèvements	48,4	37,3	12,0	91,7	340,5	47,3	70,6	140,8	105,1
TOTAL	7 843,7	8 363,7	9 282,3	9 835,2	10 463,7	10 339,1	11 760,1	12 254,5	13 474,2

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
DEPENSES									
Prestations en espèces	4 735,8	4 947,3	5 468,0	5 974,3	6 204,7	6 400,8	6 874,1	7 283,7	7 618,7
Prestations en nature	2 050,7	2 160,9	2 373,6	2 518,2	2 694,6	2 769,4	2 981,3	3 281,7	3 406,1
Cotisations réacheminées	150,4	159,9	168,0	189,5	201,3	216,8	236,1	255,5	264,9
Frais de fonctionnement	106,6	113,1	123,7	127,8	136,2	139,3	144,1	154,5	158,3
Transferts entre régimes	77,5	72,5	70,0	75,1	76,2	80,4	87,6	90,0	99,9
Autres dépenses	37,9	14,9	20,8	24,3	29,1	21,1	25,6	29,4	21,6
Dotations	684,7	895,2	1 058,2	926,0	1 121,5	711,3	1 411,3	1 159,8	1 904,7
TOTAL	7 843,7	8 363,7	9 282,3	9 835,2	10 463,7	10 339,1	11 760,1	12 254,5	13 474,2

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

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

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

Comme indiqué précédemment, il existe deux types de risques, ceux qui sont couverts par un régime non contributif et ceux qui sont couverts par un régime contributif, c'est-à-dire à caractère professionnel. Le nombre de personnes protégées par le système de protection sociale luxembourgeois est donc différent selon le risque qui est envisagé et le régime qui le gouverne.

Les risques couverts par un régime non contributif sont les suivants : famille, exclusion sociale, handicap et logement⁴. 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. Notons que certaines prestations familiales sont liées non pas au pays de résidence mais au pays de travail. Le cas échéant, ces prestations sont exportables et versées aux travailleurs frontaliers.

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

- La première catégorie correspond aux personnes qui sont protégées du fait de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée. Cette dernière ouvre droit à une protection contre les risques maladie-maternité (prestations en espèces et en nature),

4. Dans cette partie, le risque logement n'est pas couvert faute de données satisfaisantes sur la population protégée et le nombre de bénéficiaires.

dépendance, vieillesse, invalidité, accident et chômage⁵. La protection contre le chômage dépend quant à elle du pays de résidence et non du pays de travail. En conséquence, l'indemnité de chômage luxembourgeoise n'est pas versée aux travailleurs frontaliers. Le fait d'être bénéficiaire d'une pension de vieillesse, du revenu minimum garanti (RMG) ou d'un revenu de remplacement permet également d'être protégé contre les risques précités. Les revenus de remplacement sont les suivants : l'indemnité pécuniaire de maladie, d'accident, de maternité ou le congé d'accueil, l'indemnité de chômage, la préretraite et le congé parental⁶. Les pensionnés sont également protégés contre la maladie et la dépendance.

- La deuxième catégorie correspond aux assurés volontaires. Il s'agit de personnes n'exerçant plus d'activité professionnelle mais qui peuvent, sous certaines conditions liées à leur activité antérieure, s'acquitter de cotisations qui ouvrent droit à une protection sociale, mais uniquement contre les risques maladie-maternité et vieillesse⁷.
- 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 (conjoint 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 (uniquement pour les prestations en nature, c'est-à-dire les soins de santé) ; ensuite pour les conjoints survivants⁸, qui bénéficient de prestations de réversion concernant l'assurance pension et l'assurance invalidité. En tant que bénéficiaires d'une prestation de réversion, les personnes concernées restent protégées contre le risque maladie (prestations en nature). La condition de résidence peut être levée dans certains cas pour les travailleurs frontaliers. Pour ces derniers, la situation diffère selon la situation du conjoint. S'il est inactif, le conjoint comme les enfants sont coassurés au Luxembourg ; si le conjoint est actif au Luxembourg, il est assuré à titre personnel au Luxembourg et les enfants sont coassurés au Luxembourg. En revanche, si le conjoint est actif dans son pays de résidence, les enfants sont coassurés dans leur pays de résidence et n'apparaîtront donc pas dans la population protégée par le système luxembourgeois.

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

Le tableau 3 propose, pour 2014, 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.

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

6. La protection sociale des actifs indépendants est moins étendue ; notamment, ils n'ont pas droit à l'indemnité de chômage.

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

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

Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2014 (moyenne annuelle)

				Régime contributif				Régime non contributif			
				Maladie-maternité		Dépendance	Vieillesse ^a		Invalidité ^a	Accident	Chômage ^b
Espèces ^c	Soins santé										
Assurance obligatoire	331 991	520 666	520 666	381 121	381 121	406 444 ^d	213 716				
	331 991	408 764 ^e	408 764 ^e	381 121	381 121	406 444	213 716				
		102 931	102 931								
		8 545	8 545								
RMG		7 149	7 149								
Pré retraite		1 396	1 396								
autres assurées obligatoires		426	426								
Assurance volontaire		4 748	4 748	2 926							
Assurance au titre d'un droit dérivé		247 647	247 647								
Total personnes protégées par risque	331 991	773 061	773 061	384 047		406 444	213 716				
Nombre de personnes bénéficiaires par risque	210 687	497 240 ^f	13 464 ^a	103 592 ^g	16 868	31 797 ^h	8 334	199 386 ⁱ	20 478 ^j		5 097 ^k

a. Au 31 décembre.

b. Résidents.

c. Seulement les salariés du secteur privé.

d. Salariés, indépendants, chômage, service volontaire, volontaires de l'armée, au pair, sportifs d'élite.

e. Y compris indemnité de maladie, de maternité, d'accident, de chômage et congé parental.

f. Bénéficiaires résidents d'au moins un acte pendant l'exercice en cours.

g. Pensions personnelles y inclus avances et allocations trimestrielles.

h. Accidents déclarés pendant l'exercice en cours.

i. Boni pour enfants et congé parental.

j. Membres de familles bénéficiaires de l'RMG.

k. Comprend les bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé et du revenu pour adulte gravement handicapé. Une partie des adultes handicapés seulement sont couverts par l'assurance dépendance.

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 2014 en moyenne annuelle, à 773 061 personnes. Parmi elles, 67% sont des résidents et 33% des non-résidents. La structure de la population protégée en fonction du statut d'assuré à titre personnel (actif ou pensionné) ou de coassuré est très différente selon qu'il s'agit de la population résidente ou non résidente (tableau 4). Les différences les plus importantes sont les suivantes :

- le poids des assurés pensionnés est beaucoup plus élevé dans la population résidente que dans la population non résidente ;
- en contrepartie, le poids des assurés à titre personnel actifs est beaucoup plus faible pour les résidents par rapport aux non-résidents ;
- le rapport entre coassurés et assurés à titre personnel est très différent pour les deux populations ; pour les résidents, on compte 37 coassurés pour 100 actifs tandis que pour les non-résidents, on en compte 29. Cette différence s'explique par les règles de droit social qui définissent le statut de coassuré et qui ont été précisées précédemment.

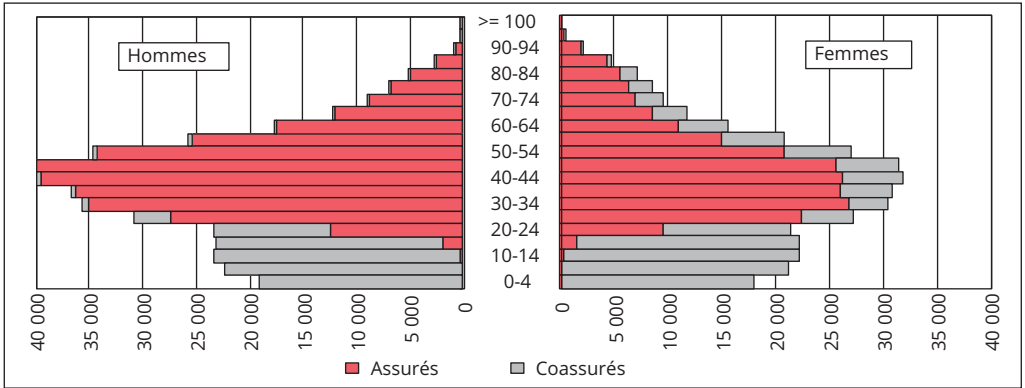
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2014 ^a (moyenne annuelle)

	Résidents	Non résidents	Total
Actifs assurés	252 137	170 345	422 483
Pensionnés	91 617	11 315	102 931
Coassurés	174 414	73 234	247 647
Total	518 168	254 893	773 061

a. Aux arrondis près.

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 2014 (moyenne annuelle)



3.3. EVOLUTION 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 2009 et 2014, il est passé de 681 958 à 773 061 (+13%), soit un taux de croissance annuel moyen sur la période de 2,5%. Cette augmentation résulte de plusieurs évolutions combinées (tableau 6) :

- l'augmentation quasi continue de la population active (sur la période 2009-2014, la croissance de la population active contribue à hauteur de 50% à l'augmentation de la population protégée - cette contribution se partage de façon inégale entre actifs résidents et actifs non-résidents ; 31% de l'augmentation de la population protégée sont le fait de la croissance du nombre d'actifs résidents tandis que 19% proviennent des non-résidents - graphique 10) ;
- l'évolution concomitante des coassurés (la croissance de la population coassurée résidente contribue à hauteur de 10% à l'augmentation de la population protégée, tandis que la croissance de la population coassurée non résidente y contribue pour 24%) ;
- l'augmentation du nombre de pensionnés résidents (qui représente 11% de l'évolution de la population protégée entre 2009 et 2014).

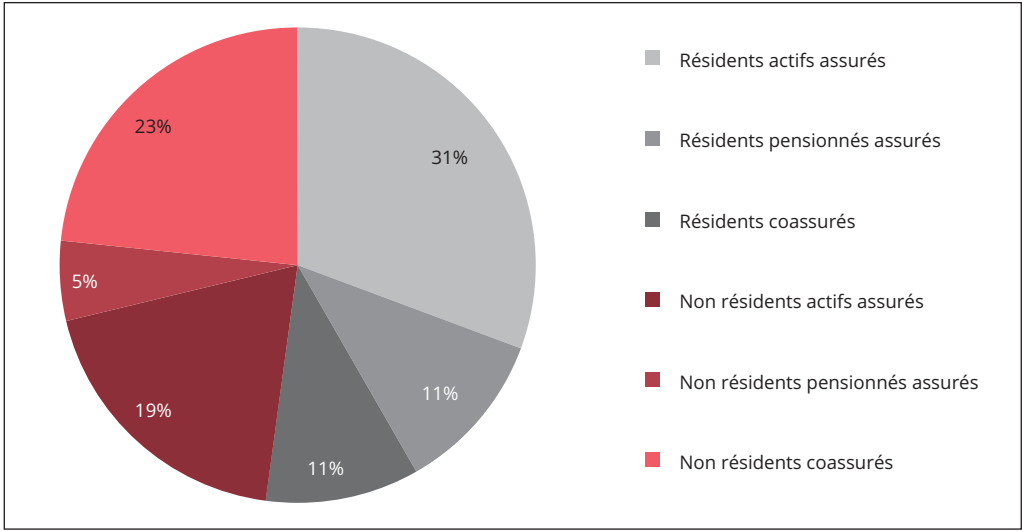
Tableau 5: Evolution du nombre de personnes protégées entre 2009 et 2014 (moyenne annuelle)

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
2009	224 176	81 577	164 907	152 973	6 371	51 954	681 958
2010	228 522	83 550	166 648	155 783	7 111	57 925	699 539
2011	234 685	85 332	168 251	160 462	8 166	63 414	720 310
2012	241 698	87 128	170 450	163 721	9 135	67 731	739 862
2013	246 770	89 216	172 727	166 572	10 099	70 802	756 185
2014	252 137	91 617	174 414	170 345	11 315	73 234	773 061

Tableau 6: Evolution annuelle de la population protégée entre 2009 et 2014 (moyenne annuelle)

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
2009-2010	1,9%	2,4%	1,1%	1,8%	11,6%	11,5%	2,6%
2010-2011	2,7%	2,1%	1,0%	3,0%	14,8%	9,5%	3,0%
2011-2012	3,0%	2,1%	1,3%	2,0%	11,9%	6,8%	2,7%
2012-2013	2,1%	2,4%	1,3%	1,7%	10,6%	4,5%	2,2%
2013-2014	2,2%	2,7%	1,0%	2,3%	12,0%	3,4%	2,2%

Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2009-2014





INTRODUCTION

En 2014, la population protégée par l'assurance maladie-maternité pour les soins de santé s'élève à 773 061 personnes en moyenne annuelle. 67% de cette population est résidente, 37% est non-résidente. 331 991 personnes, soit 42,9% de la population protégée a droit aux prestations en espèces payées en cas de maladie ou de maternité. 497 240 personnes protégées résidentes ont bénéficié d'un remboursement de la Caisse nationale de santé (CNS) en 2014.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

LES PRESTATIONS

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

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

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

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

L'assurance maladie-maternité offre également aux assurés sociaux actifs, salariés et non-salariés, des prestations en espèces, c'est-à-dire un remplacement de salaire en cas de maladie ou lors d'un congé maternité. Elles sont servies jusqu'à concurrence du plafond cotisable mensuel qui correspond à 5 fois le salaire social minimum (SSM)¹. A noter que les prestations en espèces de maternité concernent le congé légal pré- et postnatal, la dispense de travail pour femmes enceintes ainsi que des prestations assimilées : congé d'accueil en cas d'adoption d'un enfant ou congé pour raisons familiales pour soigner ses enfants malades.

1. Le SSM mensuel a été fixé à 1 922,56 EUR (indice courant) au 1er janvier 2015.

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 comité-directeur qui se compose de représentants des salariés, des professions indépendantes et des employeurs:

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

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

La gestion et le financement de l'assurance maladie-maternité ont été modifiés en profondeur par deux réformes successives intervenues en 2009 et 2011, notamment la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé et la loi du 17 décembre 2010, portant réforme du système des soins de santé.

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

A cette fin, le Code de la sécurité sociale (CSS, Art. 80) prévoit un comité quadripartite, qui réunit au moins une fois par an les représentants des départements ministériels concernés, des organisations des salariés et des employeurs ainsi que des prestataires de soins. Le comité est appelé à examiner annuellement :

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

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

FINANCEMENT

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'Etat supporte 40% des cotisations. Actuellement, le taux de cotisation de l'assurance maladie-maternité est fixé à 5,6%. Ce taux est majoré de 0,5% pour les assurés ayant droit aux prestations en espèces.

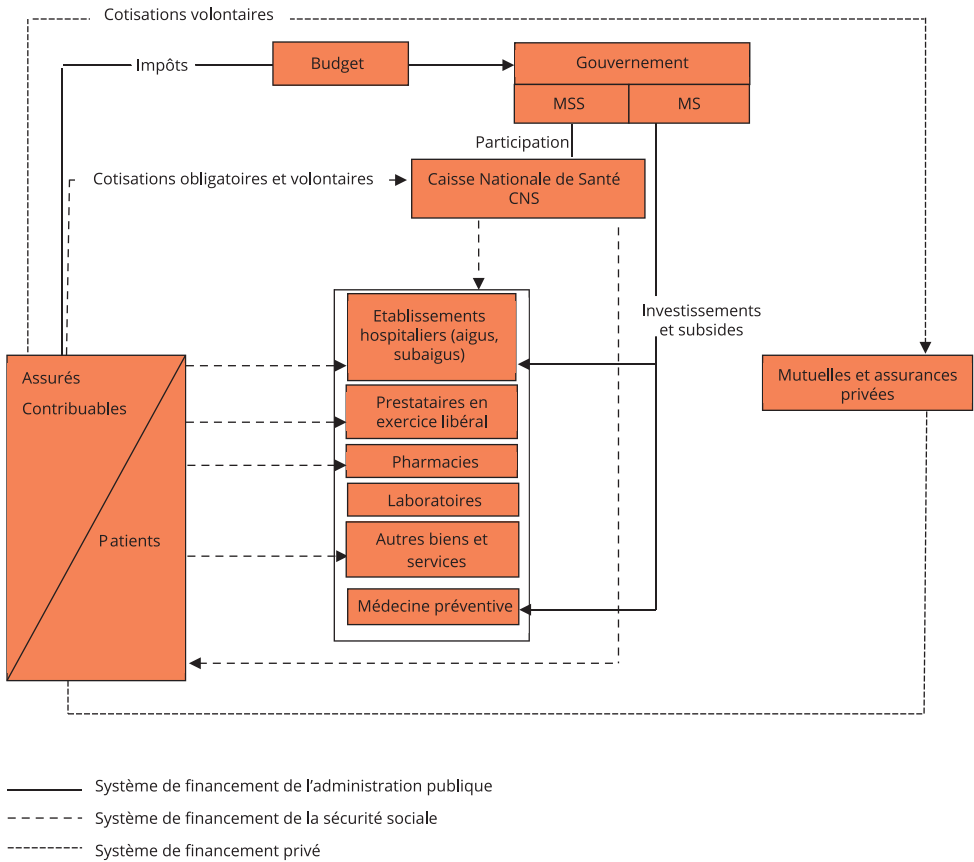
Jusqu'au 31 décembre 2018 suite à la réforme du système des soins de santé en 2010, l'Etat compense les charges occasionnées par l'intégration des prestations de maternité par une dotation annuelle de 20 millions EUR.

Afin de faire face aux charges incombant à l'assurance maladie-maternité, la CNS doit constituer une réserve qui ne peut être inférieure à 10%, ni supérieure à 20% du montant annuel des dépenses. Toutefois, cette réserve peut, par dérogation de la loi budgétaire, être révisée à la baisse. Cela a été fait entre 2010 et 2015.

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

Le schéma suivant retrace l'organisation actuelle et le financement des soins de santé au Luxembourg.

Graphique 1: Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2014



1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Les ressources du secteur de la santé se répartissent en ressources humaines, ressources matérielles et ressources financières. La section sur les ressources humaines présente, par groupes professionnels, les caractéristiques des médecins et médecins dentistes ainsi que celles des autres professions de santé. Ensuite, un point sera fait sur les ressources matérielles en décrivant les établissements hospitaliers. Enfin, les ressources financières sont traitées dans la section " les soins de santé ".

1.1. LES RESSOURCES HUMAINES

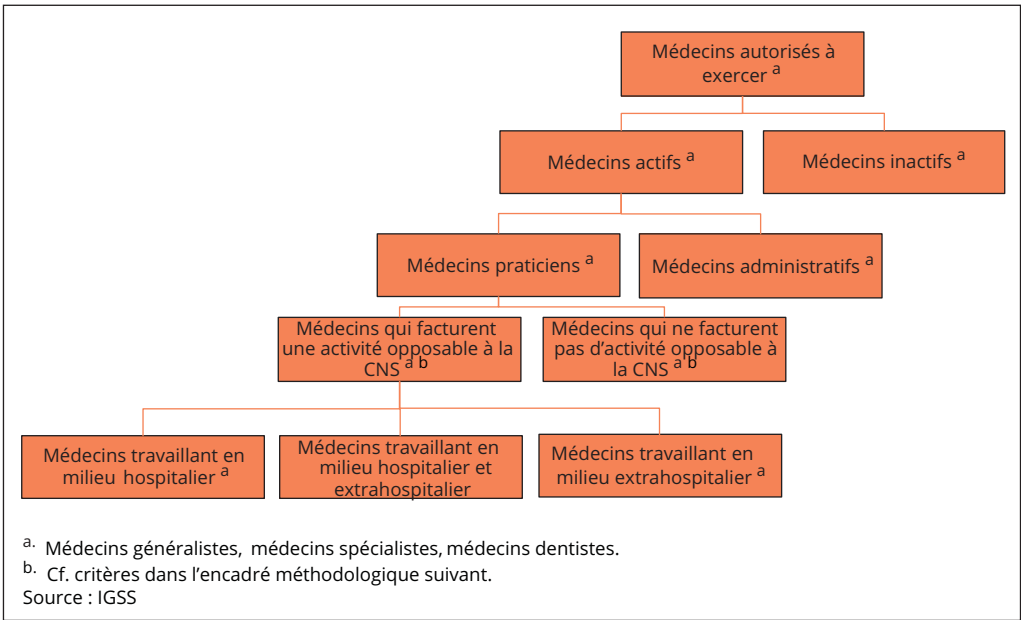
La sous-section " ressources humaines " traite d'une part des médecins et médecins dentistes et d'autre part des autres professions de santé.

1.1.1. Les médecins et médecins dentistes

Au Luxembourg, les médecins sont subdivisés en quatre catégories selon leur mode d'activité: les médecins autorisés à exercer, les médecins en activité, les médecins praticiens et les médecins hospitaliers. Par ailleurs, un médecin peut être classé comme médecin généraliste, médecin spécialiste, médecin dentiste ou être en voie de spécialisation (MEVS). Il peut prodiguer des soins et services directement au patient (médecin praticien) ou exercer une activité pour laquelle la formation en médecine est indispensable (médecin administratif).

Le schéma suivant illustre en détail les différentes catégories de médecin.

Graphique 2: Catégories des médecins



Encadré méthodologique

Les données présentées dans cette sous-section proviennent de sources différentes. Leur comparabilité est donc limitée.

A Les médecins et médecins dentistes autorisés à exercer

Les médecins autorisés à exercer regroupent tous les médecins ayant obtenu une autorisation d'exercer du Ministère de la Santé en application des règlements du Code de la Santé relatifs à l'exercice de la médecine au Luxembourg. Cette population comprend aussi bien les médecins qui exercent et ceux qui n'exercent pas, les médecins libéraux et les médecins salariés, les résidents ou non résidents. Les médecins en voie de spécialisation (MEVS) sont exclus.

Les données sur les médecins autorisés à exercer proviennent du Registre des médecins, médecins spécialistes et médecins dentistes, géré par le Ministère de la Santé.

Les statistiques illustrent la démographie médicale au Luxembourg au 31 décembre de l'année considérée.

B Les médecins et médecins dentistes professionnellement actifs

Les médecins professionnellement actifs regroupent les médecins praticiens et les médecins pour lesquels la formation en médecine est indispensable à l'exercice de leurs fonctions (médecins administratifs). Les chiffres proviennent du Registre des médecins, médecins spécialistes et médecins dentistes, géré par le Ministère de la Santé.

Sont inclus :

- les médecins praticiens ;
- les médecins administratifs ;
- les MEVS en médecine générale auprès de l'Université de Luxembourg.

Sont exclus :

- les médecins sans emploi ou retraités ;
- les médecins autorisés à exercer au Luxembourg, mais travaillant exclusivement à l'étranger.

Les statistiques présentent la situation au 31 décembre de l'année considérée.

.../...

Encadré méthodologique

.../...

C Les médecins et médecins dentistes praticiens

Les médecins praticiens comprennent les médecins et médecins dentistes prodiguant des soins et des services directement aux patients.

Sont inclus :

- les médecins autorisés à exercer dispensant des soins et des services directement aux patients (exercice libéral ou salarié) ;
- les MEVS en médecine générale auprès de l'Université de Luxembourg.

Sont exclus :

- les MEVS (autre que la médecine générale) ;
- les médecins occupant des postes administratifs, de management, de direction ou travaillant dans le secteur de la recherche et du développement, sans contact direct avec des patients (médecins administratifs) ;
- les médecins sans emploi ou retraités ;
- les médecins autorisés à exercer au Luxembourg, mais travaillant exclusivement à l'étranger.

Les chiffres sur le nombre des médecins et médecins dentistes praticiens proviennent du Ministère de la Santé et sont établis au 31 décembre de l'année considérée.

Les données sur les MEVS proviennent de la base de données des prestataires, gérée par la CNS. La même source de données est utilisée pour établir les statistiques sur les médecins et médecins dentistes exerçant une activité opposable à la CNS selon les critères suivants :

- au moins un remboursement a été fait par la CNS au cours de l'année considérée ;
- pour les médecins libéraux, le montant total annuel remboursé par la CNS doit être égal ou supérieur au SSM.

D Les médecins hospitaliers

Il s'agit des médecins qui sont agréés auprès des établissements hospitaliers ou salariés de ces derniers. Un médecin peut être agréé dans un ou plusieurs hôpitaux et exercer à titre libéral dans un cabinet privé.

Le fichier des médecins hospitaliers est géré par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). Il repose sur un recensement annuel du nombre des médecins agréés au 1er janvier (libéraux et salariés) auprès des établissements hospitaliers et est adapté par l'IGSS.

1.1.1.1. Les médecins autorisés à exercer

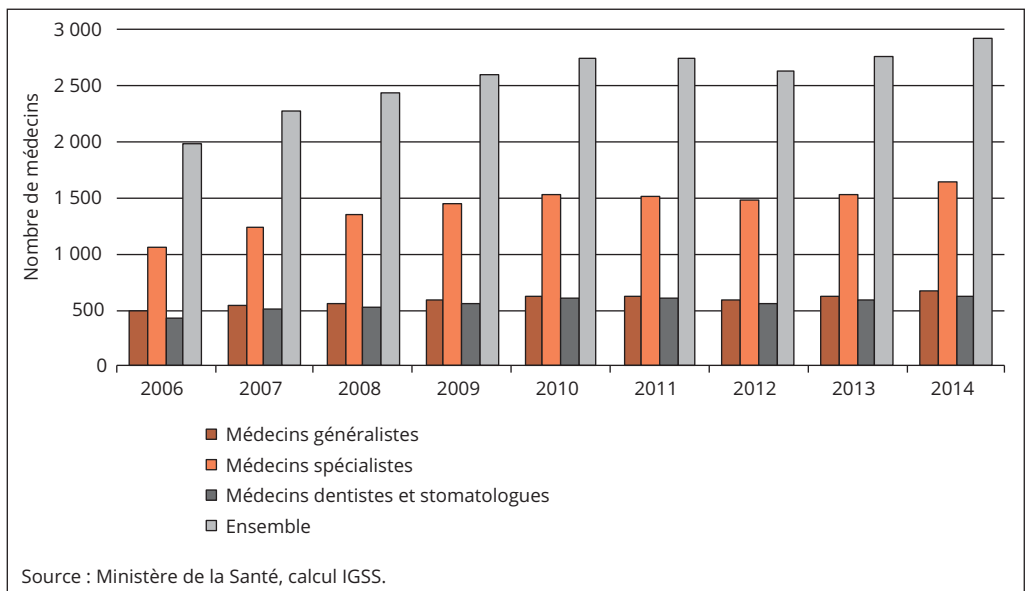
Les médecins autorisés à exercer incluent :

- les médecins généralistes ;
- les médecins spécialistes ;
- les médecins dentistes et les stomatologues.

Les spécialités médicales sont déterminées par le règlement grand-ducal du 10 juillet 2011 qui fixe la liste des spécialités en médecine et médecine dentaire reconnues au Luxembourg.

En 2014, le nombre de médecins autorisés à exercer s'établit à 2 928. En 2006, ce nombre n'était que de 1 986 (graphique 3).

Graphique 3: Evolution du nombre de médecins autorisés à exercer par catégorie de 2006 à 2014

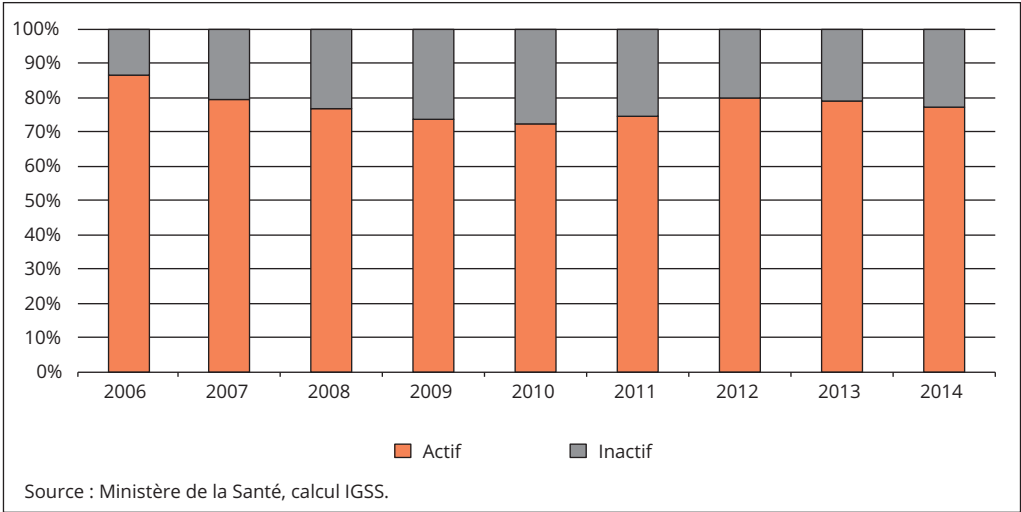


1.1.1.2. Les médecins professionnellement actifs

Les médecins professionnellement actifs regroupent les médecins praticiens ainsi que les médecins pour lesquels la formation en médecine est indispensable à l'exercice de leurs fonctions (médecins administratifs).

Parmi les 2 928 médecins autorisés à exercer en 2014, 2 265 sont actifs dont 91,9% des médecins praticiens et 8,1% de médecins administratifs. Entre 2006 et 2014, en moyenne, 77,3% des médecins autorisés à exercer ont été actifs. Avec 82,0% ce rapport moyen est plus élevé parmi les médecins généralistes qu'auprès des médecins spécialistes (76,0%) et des médecins dentistes et stomatologues (75,9%) (graphique 4).

Graphique 4: Rapport des médecins autorisés à exercer et des médecins professionnellement actifs de 2006 à 2014



Entre 2006 et 2014, le rapport entre médecins praticiens et médecins administratifs est resté relativement constant.

Les médecins praticiens exercent dans le cadre d'une prise en charge par l'assurance maladie-maternité des actes et services. En considérant les critères d'inclusion (cf. encadré méthodologique), 91% des médecins praticiens facturent des actes opposables à la CNS. Par ailleurs, le nombre de MEVS est de 96 pour 2014.

La structure d'âge et le sexe des médecins professionnellement actifs

En 2014, 64,3% des médecins professionnellement actifs sont des hommes et 94,1% d'entre eux sont des médecins praticiens. Chez les femmes, qui représentent 35,7% des médecins professionnellement actifs, la part des médecins administratifs est un peu plus élevée que chez leurs homologues masculins. En termes d'évolution, il faut noter que la part des femmes est grandissante. En effet, elle n'était que 29,1% en 2006 contre 35,7% en 2014.

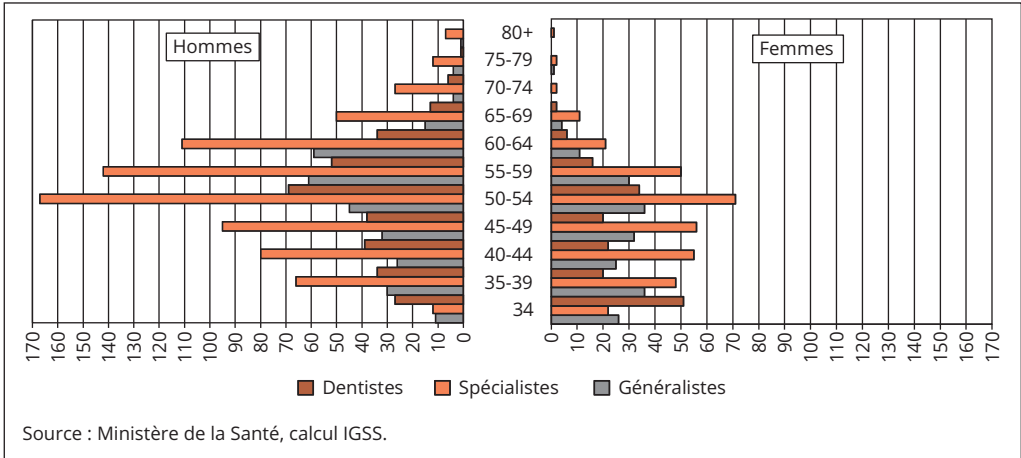
Tableau 1: Médecins professionnellement actifs par catégorie et sexe au 31 décembre 2014

	Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	Total
Médecins praticiens	1 370	65,8%	711	34,2%	2 081
Médecins généralistes	288	58,9%	201	41,1%	489
Médecins spécialistes	769	69,4%	339	30,6%	1 108
Médecins dentistes et stomatologues	313	64,7%	171	35,3%	484
Médecins administratifs	86	46,7%	98	53,3%	184
TOTAL	1 456	64,3%	809	35,7%	2 265

Source : Ministère de la Santé, calcul IGSS.

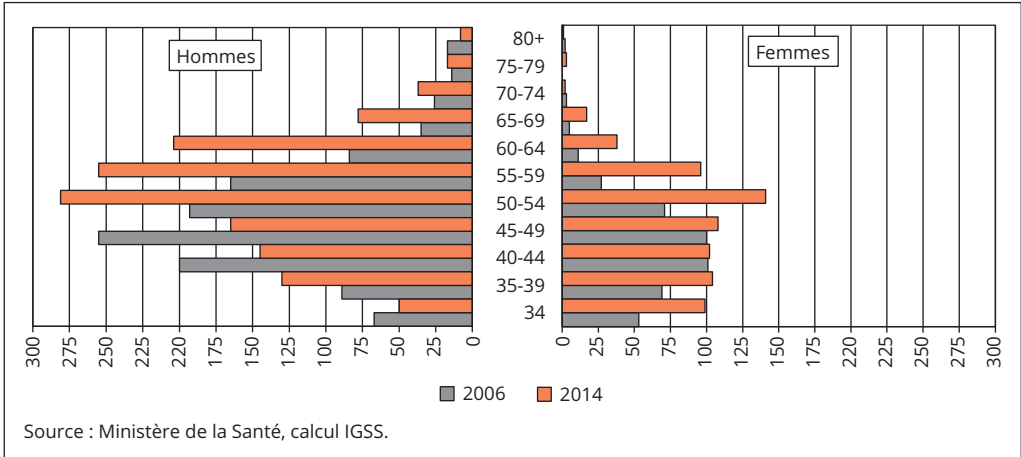
En 2014, 36,3% des médecins praticiens ont plus de 55 ans. La pyramide des âges illustre que les médecins praticiens hommes sont plus vieux que les médecins praticiens femmes. En effet 33,9% des hommes ont plus de 55 ans contre 22,1% des femmes. Les médecins dentistes et stomatologues sont plus jeunes que les médecins généralistes et les médecins spécialistes, et cela pour les deux sexes.

Graphique 5: Pyramide des âges des médecins praticiens par catégorie et sexe au 31 décembre 2014



La population des médecins praticiens vieillit. En 2006, 24,5% d'entre eux avait plus de 55 ans contre 36,3% en 2014. Chez les médecins praticiens femmes la proportion est passée de 10,9% en 2006 à 22,1% en 2014, et chez les hommes de 29,8% à 43,7%.

Graphique 6: Pyramide des âges des médecins praticiens par sexe au 31 décembre 2006 et 2014



Évolution de la densité médicale des médecins praticiens

La densité médicale est un indicateur couramment utilisé pour mesurer les ressources humaines de la santé. Au Luxembourg la densité médicale a augmenté au cours des dernières années. En effet, elle passe de 2,7 médecins pour 1 000 personnes protégées résidentes en 2009 à 2,9 médecins pour 1 000 personnes protégées résidentes en 2014.

Tableau 2: Évolution de la densité médicale pour 1 000 personnes protégées résidentes de 2009 à 2014

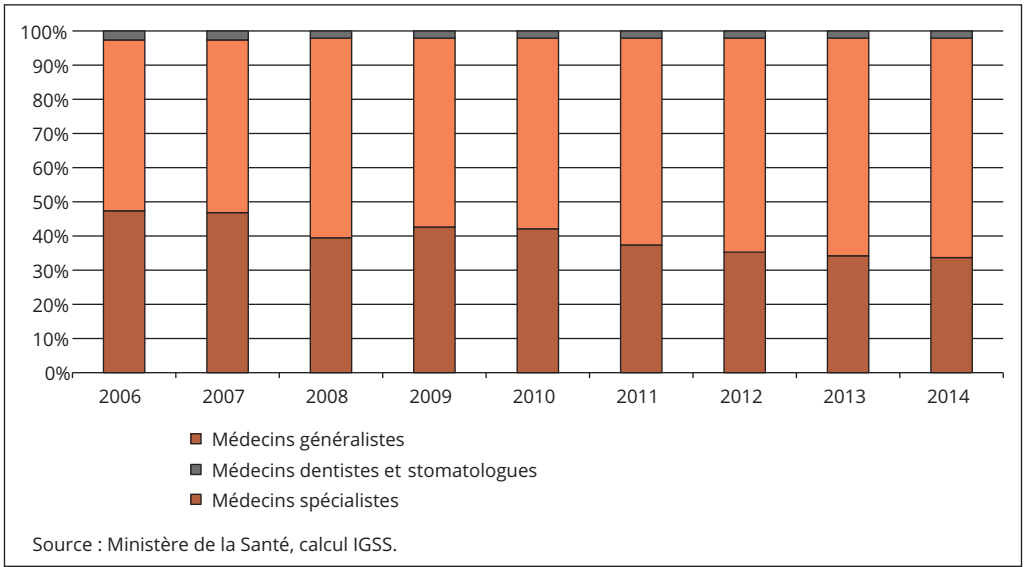
Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Densité médicale	2,7	2,8	2,8	2,8	2,8	2,9

Source : OCDE Health Data <https://data.oecd.org/health.htm>

Les médecins administratifs

En 2014, 184 médecins occupent un poste administratif, de management, de direction ou ont travaillé dans le secteur recherche et développement. Comme par le passé, plus de la moitié de ces postes est occupée par des médecins spécialistes (64,7% en 2014). Les médecins généralistes sont 33,7% et les médecins dentistes et stomatologues sont 1,6%. Tandis que la part de cette dernière catégorie est restée plutôt stable au cours des dernières années, la part de médecins généralistes a sensiblement reculé depuis 2006.

Graphique 7: Évolution de la répartition de médecins administratifs par catégorie de 2006 à 2014 (en %)



1.1.1.3. Les médecins hospitaliers

Les médecins hospitaliers sont des médecins agréés auprès ou salariés par des établissements hospitaliers. Les statistiques suivantes reposent sur des données recensées annuellement par l'IGSS auprès des hôpitaux. Depuis 2012, les hôpitaux " Haus Omega " et " HIS " (Hôpital intercommunal de Steinfort) sont inclus dans le recensement.

Le tableau 3 présente l'évolution, de 2013 à 2015, du nombre de médecins hospitaliers praticiens. Chaque médecin n'est compté qu'une seule fois, même s'il est agréé auprès plusieurs hôpitaux.

Tableau 3: Evolution du nombre des médecins hospitaliers de 2013 à 2015

	2013	2014	2015
Médecins hospitaliers	968	990	995
MEVS	62	57	61
TOTAL	1 030	1 047	1056

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

Les revenus moyens des médecins facturant une activité opposable à la CNS

Encadré méthodologique

Les revenus des médecins sont issus des données provenant de la CNS et du Centre commun de la sécurité sociale (CCSS). Les données disponibles accusent cependant un retard important dû principalement aux délais légaux liés aux déclarations des revenus et du traitement des données déclarées. Ainsi, les dernières données disponibles se réfèrent à l'année 2007. Les montants pour les années 2008 à 2014 sont estimés.

D'un côté, les montants des revenus varient en fonction du nombre d'actes médicaux et de l'évolution des tarifs de ces actes relevant de la nomenclature des actes médicaux (dont les tarifs pour la location d'appareils). Les tarifs de leur côté évoluent en fonction de la lettre-clé, négociée régulièrement, et en fonction du coefficient scientifique déterminé pour chaque acte. Par ailleurs, des revenus provenant d'activités médicales non opposables peuvent s'ajouter, ce qui constitue une majoration par rapport au montant des honoraires.

D'un autre côté, les montants des revenus peuvent être diminués par les frais d'investissements et de fonctionnement d'un cabinet privé, par l'achat d'équipement médical spécialisé ou par d'autres frais liés à leur activité, comme par exemple des frais pour primes d'assurances.

Le tableau 4 présente le top 10 des revenus moyens bruts des médecins libéraux pour l'année 2007.

Tableau 4: Le top 10 des revenus moyens bruts des médecins libéraux en 2007

Rang	Spécialité	Revenu annuel moyen par spécialité	Rapport RMS/RevMG ^a
1	Radiodiagnostic	411 431	205,7
2	Anesthésiologie	398 780	199,4
3	Neurochirurgie	355 870	177,9
4	Néphrologie	342 080	171,0
5	Orthopédie	324 229	162,1
6	Cardiologie	303 524	151,8
7	Pneumologie	266 514	133,3
8	Chirurgie générale	262 666	131,3
9	Médecine nucléaire	256 119	128,1
10	Gastro-entérologie	254 149	127,1
Revenu moyen global		199 991	100,0

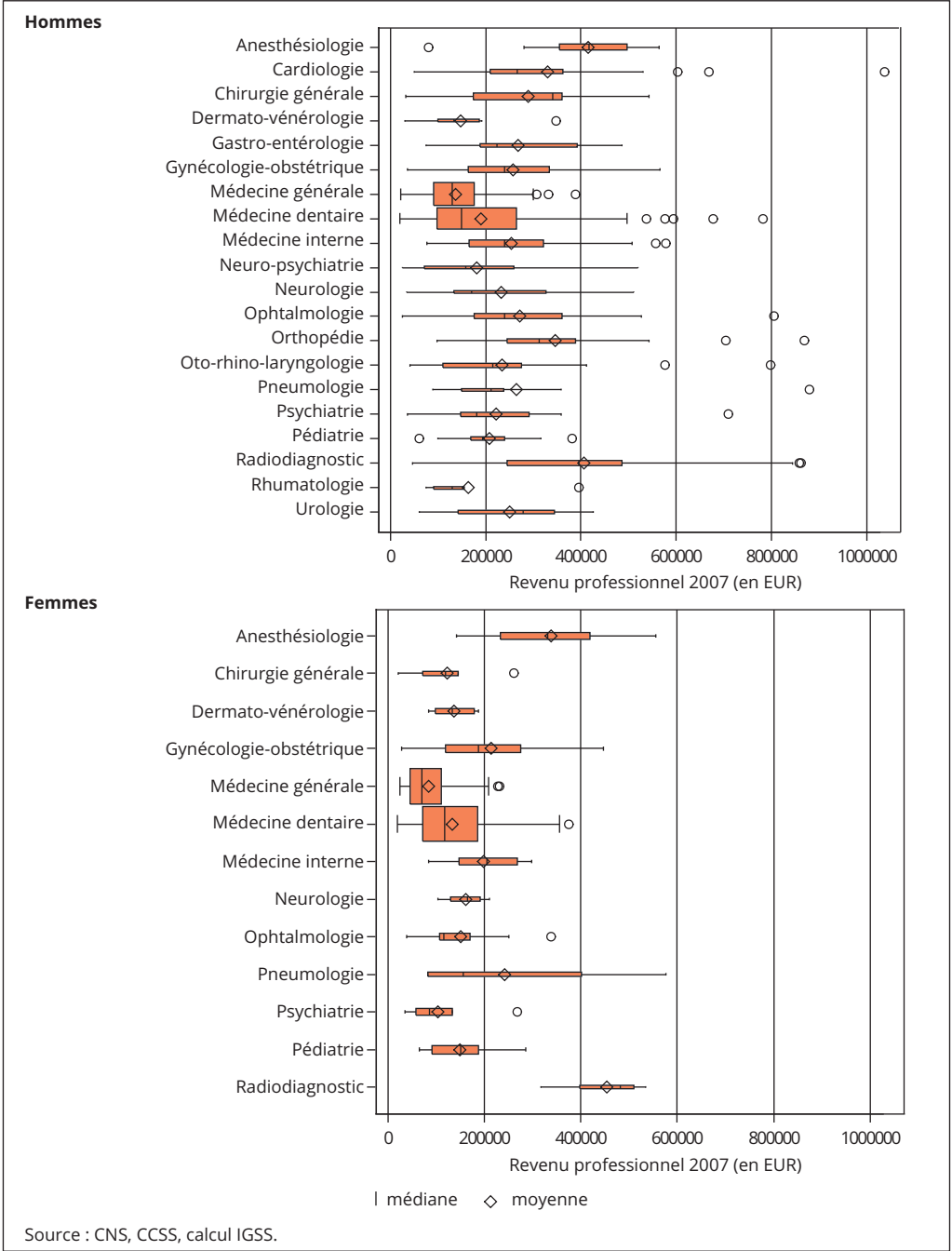
a. Calcul du rapport du Revenu Moyen par Spécialité/ Revenu Moyen Global.

Source : CNS, CCSS, calcul IGSS

En 2007, les radiologues occupent la première place avec un revenu annuel moyen qui représente plus du double du revenu moyen global de l'ensemble des médecins.

Le graphique 8 présente une distribution des revenus médicaux en 2007 selon la spécialité médicale et le sexe.

Graphique 8: Répartition des revenus annuels bruts des médecins libéraux en 2007 par spécialité et sexe (en EUR)



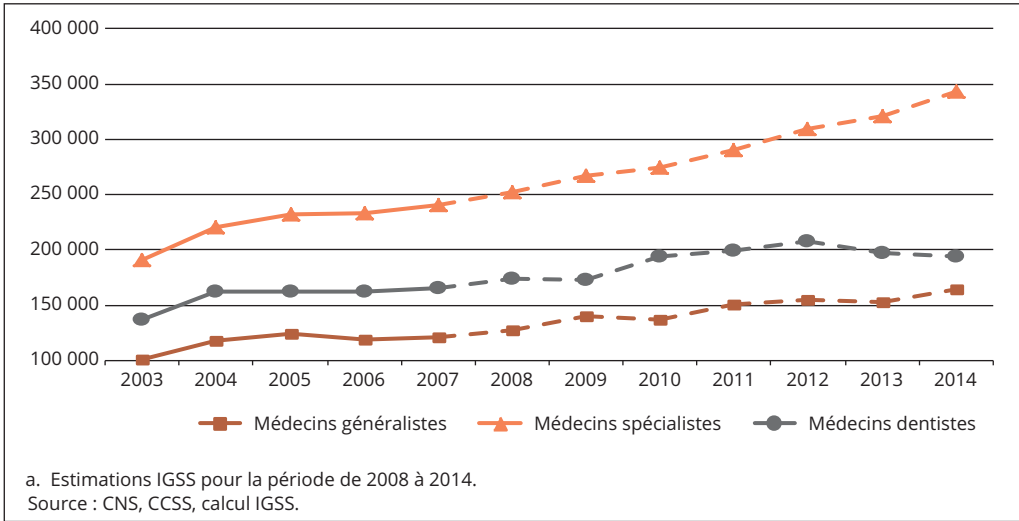
Note de lecture :

- la médiane représente la valeur en-dessous de laquelle 50% des médecins ont un revenu inférieur à cette valeur et 50% ont un revenu supérieur à cette valeur ;
- les largeurs des deux parties de la boîte rendent compte de la dispersion des valeurs situées au centre de la série (la boîte contient 50% (environ) de l'ensemble des observations : 25% à gauche de la médiane et 25% à sa droite) ;
- la longueur des moustaches renseigne sur la dispersion des valeurs situées au début de la série ordonnée (les valeurs les plus petites correspondant à 25% des observations) ou à la fin de celle-ci (les valeurs les plus grandes correspondant aussi à 25% des observations) ;
- de façon générale, la boîte et les moustaches seront d'autant plus étendues que la dispersion de la série statistique est grande.

A défaut de connaître les revenus des médecins sur la période récente, ces derniers sont estimés.

Partant du constat que les revenus des médecins observés ont évolué parallèlement aux honoraires observés sur la période de 2003 à 2007 (cf. section soins de santé), et que le rapport " revenus / honoraires " reste constant sur la même période (en moyenne 78,3% pour les généralistes, 75,6% pour les spécialistes et 57,8% pour les dentistes), l'évolution des honoraires observée entre 2008 et 2014 est utilisée pour estimer les revenus sur cette période. Le graphique 9 présente le résultat de ce calcul.

Graphique 9: Evolution des revenus annuels moyens bruts des médecins par catégorie de 2003 à 2014 ^a



Les estimations obtenues indiquent que le revenu annuel moyen brut des spécialistes s'établit à 342 998 EUR en 2014, celui des généralistes à 164 247 EUR et celui des dentistes à 193 868 EUR.

1.1.2. Les autres professions de santé

Les autres professions de santé jouent également un rôle essentiel dans la prestation des soins et des services de santé. Le terme " autres professions de santé " comprend entre autres les aides-soignants, les infirmiers, les laborantins, les masseurs, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes. Ils travaillent en milieu hospitalier comme en milieu extrahospitalier. Cependant, la sous-section ci-après analyse surtout les données concernant les autres professions de santé pratiquant en secteur hospitalier.

Le tableau 5 présente l'évolution du nombre de professions de santé, exprimé en " Equivalents Temps Plein " (ETP), dans les établissements hospitaliers entre 2009 et 2014. L'effectif total a légèrement augmenté au cours des années pour atteindre 4 340,2 ETP en 2014. Par spécification, les variations sont relativement différenciées.

Tableau 5: Evolution du nombre de professions de santé dans les établissements hospitaliers (exprimées en ETP) de 2010 à 2014

Spécification	2010	2011	2012	2013	2014	Taux moyen de variation 2010/2014
Aide-soignants	415,6	402,7	372,7	369,0	349,3	-4,2%
Infirmiers	2 018,2	2 028,6	2 124,9	2 143,4	2 170,4	1,8%
Assistants techniques méd. de radiologie	226,5	230,2	241,4	238,2	243,1	1,8%
Assistants techniques méd. de laboratoire	96,3	91,2	86,6	72,4	70,0	-7,7%
Infirmiers en psychiatrie	148,0	154,9	148,1	154,1	156,7	1,4%
Infirmiers en pédiatrie	125,2	132,2	144,2	134,4	139,8	2,8%
Assistants techniques méd. de chirurgie	176,3	171,2	172,1	179,7	170,0	-0,9%
Infirmiers en anesthésie et réanimation	334,9	342,7	348,5	344,4	346,5	0,9%
Masseurs	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	-
Sages-femmes	121,5	128,8	132,9	134,8	136,3	2,9%
Infirmiers gradués	72,9	75,1	79,5	83,0	83,8	3,5%
Laborantins	111,6	110,3	106,5	99,3	100,9	-2,5%
Diététiciens	17,1	18,6	21,3	21,6	23,2	7,9%
Ergothérapeutes	73,8	77,9	81,4	82,3	78,7	1,6%
Psychomotriciens	5,9	5,7	7,3	9,8	9,8	13,4%
Assistants d'hygiène sociale	2,5	2,4	1,3	5,7	4,0	12,6%
Assistants sociaux	36,2	39,4	40,1	39,2	38,9	1,8%
Orthophonistes	7,7	8,0	7,7	6,0	5,6	-7,7%
Kinésithérapeutes	126,5	129,7	131,7	142,0	137,8	2,2%
Autres ^a	75,9	79,8	70,8	70,2	75,6	-0,1%
TOTAL	4 192,5	4 230,5	4 318,8	4 329,1	4 340,2	0,9%

a. Y compris éducateurs gradués, éducateurs gradués diplômés, psychologues et autres professions qui ne sont pas reconnues comme profession de santé.

Source : CNS.

Evolution de la densité d'infirmiers

L'analyse de l'évolution de la densité d'infirmiers montre que le nombre des infirmiers pour 1 000 personnes protégées résidentes a augmenté au cours des dernières années, pour passer de 11,1 en 2009 à 12,0 en 2014.

Tableau 6: Évolution de la densité d'infirmiers pour 1000 personnes protégées résidentes entre 2009 et 2014

Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Densité d'infirmiers	11,1	11,1	11,3	11,9	11,9	12,0

Source : OCDE Data <https://data.oecd.org/health.htm>

Revenu moyen des infirmiers hospitaliers

Tableau 7: Evolution des revenus moyens annuels des infirmiers hospitaliers^a de 2009 à 2014 (en EUR)

Année	Revenus moyens bruts ^b	Variation en %
2009	71 933	2,7%
2010	73 862	2,7%
2011	76 011	2,9%
2012	78 463	3,2%
2013	80 821	3,0%
2014	82 964	2,7%

- a. Sont considérées les professions suivantes: infirmier, infirmier en anesthésie et réanimation, infirmier en pédiatrie, infirmier psychiatrique, assistant technique médical de chirurgie travaillant dans les établissements aigus.
- b. Salaire annuel brut avant impôts.
- Source : FHL.

Encadré méthodologique

Les statistiques sont établies à partir de fichiers recensant l'emploi salarié selon la classification NACE ^a.

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

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

a. Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté européenne

Encadré méthodologique

.../...

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

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

Le secteur hospitalier est un important pourvoyeur d'emploi, avec 8 270 salariés au 31 mars 2015. Ce nombre a diminué de 0,8% par rapport à la même date de l'année précédente. Le nombre de salariés résidant au Luxembourg représente le groupe le plus important, suivi par les salariés résidant en France, en Belgique et en Allemagne. Alors que la part des salariés résidant dans les pays voisins augmente légèrement au cours des trois dernières années passées, la part des salariés résidant au Luxembourg diminue très légèrement de 60,7% en 2013 à 59,5% en 2015.

Tableau 8: Nombre de salariés du secteur hospitalier: répartition par sexe et pays de résidence en 2014 et 2015

	Luxembourg	France	Belgique	Allemagne	Total
Situation au 31.03.2014					
Hommes	1 158	357	205	286	2 006
Femmes	3 899	1 320	672	441	6 332
TOTAL	5 057	1 677	877	727	8 338
Situation au 31.03.2015					
Hommes	1 163	362	209	291	2 025
Femmes	3 757	1 354	685	449	6 245
TOTAL	4 920	1 716	894	740	8 270

Source : IGSS.

1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES

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

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

Le plan hospitalier, dont la dernière version date du 23 mars 2009, édite les critères de classement des établissements hospitaliers, leurs services, le nombre maximal de lits autorisés, ainsi que les dotations en équipements lourds. Une nouvelle version du plan hospitalier est en cours d'élaboration.

Le nombre de lits effectivement utilisé par les établissements hospitaliers est communiqué dans le cadre des négociations budgétaires par les établissements à la CNS. Ces lits, appelés " lits budgétisés " sont affichés dans le tableau 9 et leur nombre ne peut pas dépasser celui accordé par le plan hospitalier.

Tableau 9: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2015

Nombre	Nom de l'établissement	Région	Nombre de lits budgétisés		
			Nombre total de lits	dont: lits de psychiatrie	dont: lits de rééducation
1	CENTRE HOSPITALIER DE LUXEMBOURG ^a	Centre	579	57	
2	CHEM ^b (Centre Hospitalier Emile Mayrisch)	Sud	642	45	30 ^c
3	HOPITAL DU KIRCHBERG Luxembourg ^d	Centre	413	68	
4	CLINIQUE PRIVEE DR. BOHLER Luxembourg ^d				
5	CENTRE HOSPITALIER DU NORD ^e	Nord	357	45	15 ^c
6	ZITHA-KLINIK Luxembourg ^d	Centre	256	14	30 ^c
7	CLINIQUE STE MARIE ESCH ^d	Sud	118		
8	CENTRE HOSPITALIER NEUROPSYCHIATRIQUE (+ annexes) ^f	Nord	237	237	
9	CENTRE FRANCOIS BACLESSE (Centre national de radiothérapie Esch-Alzette) ^g		10		
10	INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle, Luxembourg) ^g		17		
11	REHAZENTER (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation, Kirchberg) ^g		72		72
12	HOPITAL COMMUNAL STEINFORT (Centre de rééducation gériatrique) ^g		30		30 ^c
13	HAUS OMEGA ^g		15		
TOTAL GENERAL			2 746	466	72

a. Fusion avec la Clinique d'Eich à partir du 1.1.2004.

b. Fusions avec l'Hôpital de la Ville de Dudelange à partir du 1.7.2004 et avec l'Hôpital Princesse Marie-Astrid Differdange à partir du 1.1.2008.

c. Concerne: lits de rééducation gériatrique.

d. En procédure de fusion depuis mars 2014.

e. Fusion entre l'Hôpital St. Louis Ettelbruck et la Clinique St Joseph de Wiltz partir du 1.1. 2010.

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

g. En raison de leur vocation nationale et nonobstant leur site d'implantation, ces établissements ne sont pas attribués à une région hospitalière déterminée.

Source : CNS, calcul IGSS.

2. LES SOINS DE SANTÉ

Les prestations pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité sont analysées selon deux approches.

La première approche s'appuie sur les résultats comptables qui sont établis à partir des montants liquidés pour soins de santé au cours d'une année civile. Ces données comptables présentent l'inconvénient de fluctuer considérablement d'un exercice à un autre et se prêtent donc mal à des comparaisons dans le temps, sauf à les ajuster. Elles permettent par contre une vue globale des dépenses pour les différentes prestations (prestations au Luxembourg, prestations à l'étranger).

La deuxième approche recourt aux coûts des soins de santé en se basant sur la date de délivrance de la prestation, peu importe la date de sa liquidation. Cette approche fournit des séries statistiques plus stables et mieux adaptées à l'analyse de l'évolution de ces prestations et présente donc un complément adéquat aux résultats comptables. Toutefois, un certain recul dans le temps s'avère nécessaire avant de disposer de données stables.

Cette section couvre les dépenses de la CNS pour les différents soins de santé, les caractéristiques des consommateurs de soins de santé, l'activité médicale, les soins hospitaliers, les médicaments ainsi que les soins des autres professions de santé.

2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LE DÉCOMPTÉ DE LA CNS

Encadré méthodologique

Les données sont issues des décomptes comptables de la CNS et sont ajustées, pour les besoins statistiques, sur deux points.

- **Ecritures de provisions :** suivant les principes comptables, une prestation n'est enregistrée qu'au moment où la liquidation est comptabilisée et non pas à la date effective de la prestation. Par approximation, les soins prestés durant un exercice donné, mais non encore facturés au 31 décembre sont toutefois présents dans les décomptes comptables via les provisions. De même, le décompte de l'année contient des prestations qui, bien que facturées durant l'année en question, ont été prestées avant l'exercice comptable. Afin de pouvoir présenter des statistiques plus conformes à l'évolution effective des prestations, l'ajustement des données comptables consiste à ajouter les soins de santé provisionnés parmi les prestations de l'année et à déduire les prestations délivrées avant l'exercice comptable mais liquidées durant l'exercice, les prélèvements aux provisions.
- **Reclassement soins de maternité :** depuis 2011, les prestations de maternité sont intégrées au régime général des soins de santé. Mais pendant une période transitoire, ces prestations sont encore présentées séparément dans les décomptes de la CNS. Pour des raisons de cohérence, les frais de maternité ont été reclassés dans les différents postes de frais de soins de santé de cette sous-section : honoraires médicaux, honoraires des autres professions de santé et dispositifs médicaux.

Evolution des prestations de soins de santé

En 2014, les dépenses pour prestations de soins de santé atteignent 2 128,2 millions EUR contre 2 049,0 millions EUR en 2013, soit une progression de 3,9%. Après une forte croissance de dépenses de 8,3%² en 2013, l'augmentation de dépenses en 2014 est plus modérée. Comme indiqué ci-dessus, il n'existe pas de lien direct entre les chiffres présentés dans cette section et la consommation médicale d'une année donnée. Les évolutions négatives des honoraires médicaux (-2,3%), des honoraires médico-dentaires (-6,1%), des analyses de laboratoire (-7,3%) et des honoraires des autres professions de santé (-12,1%) entre 2013 et 2014 sont dues aux montants provisionnés relatifs aux factures de soins de santé au niveau national. Ces reports (provisions) se réfèrent aux factures relatives à l'exercice 2013 et aux exercices antérieurs non encore introduites, qui n'ont jamais été comptabilisées. Cela explique une évolution plus forte des soins de santé au niveau national en 2013.

A partir de 2014, cette méthode comptable est également appliquée aux prestations pour soins de santé à l'étranger et explique la forte croissance de ces dépenses.

Tableau 10: Evolution de dépenses pour soins de santé (en millions EUR) de 2012 à 2014 ^a

Type de prestation	2012	2013	2014
Frais hospitaliers	747,4	749,5	764,7
Honoraires médicaux	303,3	351,3	343,1
Honoraires médico-dentaires	65,9	76,1	71,4
Produits pharmaceutiques (en dehors des hôpitaux)	186,8	187,2	195,0
Dispositifs médicaux (en dehors des hôpitaux)	37,7	40,5	41,9
Analyses de laboratoire (en ambulatoire)	70,0	83,1	77,0
Honoraires des autres professions de santé	88,7	113,2	99,6
Autres prestations ^b	30,2	34,4	33,2
TOTAL DES PRESTATIONS AU LUXEMBOURG ^c	1 530,1	1 635,4	1 625,9
TOTAL DES PRESTATIONS A L'ETRANGER ^c	362,1	413,6	502,3
TOTAL DES SOINS DE SANTE	1 892,2	2 049,0	2 128,2
<i>Variation annuelle</i>	<i>6,6%</i>	<i>8,3%</i>	<i>3,9%</i>

- Elimination du biais des écritures de provisions pour prestations. Sont considérés également les reports qui se réfèrent à des prestations fournies, mais dont les factures n'ont pas encore été introduites. Le Comité directeur de la CNS a décidé fin 2013 de comptabiliser dorénavant, au niveau des dépenses inscrites aux décomptes, les prestations pour soins de santé relatives à l'exercice courant et aux exercices antérieurs. Ces reports sont liquidés sous forme de provisions.
- Le poste de soins de santé "Autres prestations" regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive et les indemnités funéraires.
- Depuis 2011, les prestations de maternité sont intégrées dans le régime général et les frais afférents sont compris dans les postes de frais généraux: frais médicaux, frais des autres professions de santé (sages-femmes) etc.

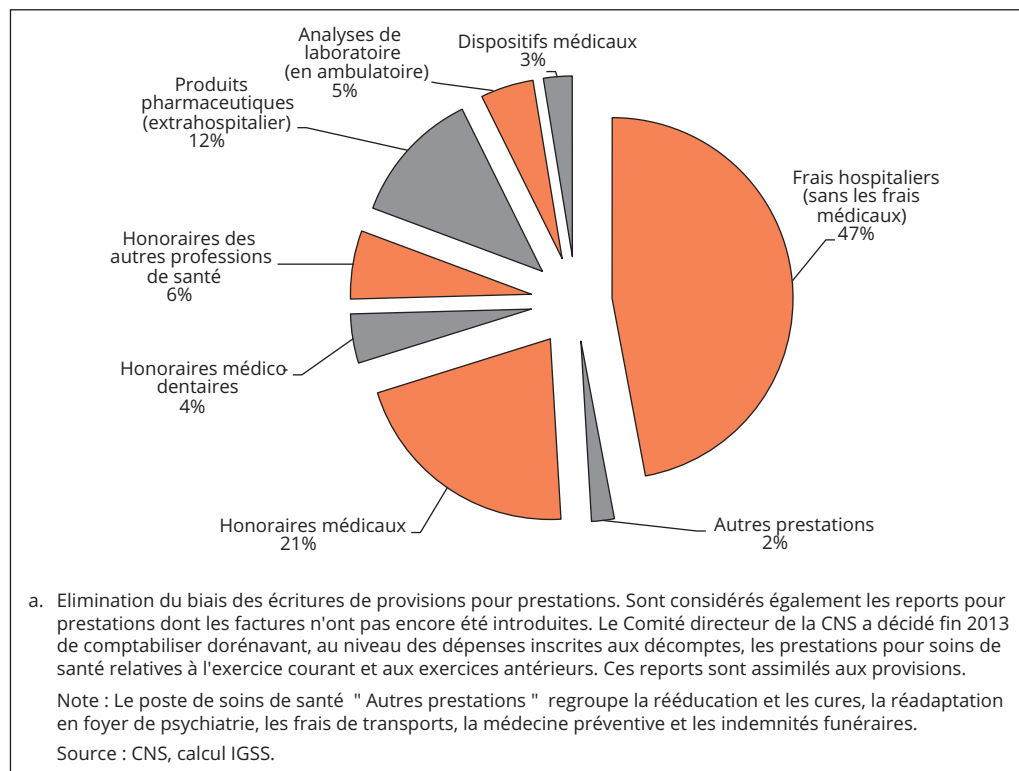
Source CNS, calcul IGSS.

2. La croissance en 2013 est liée à un changement dans la méthode comptable, appliquant le principe des reports de frais envers les prestataires nationaux pour la première fois.

2.1.1. Les prestations de soins de santé au Luxembourg

Sur les 2 128,2 millions EUR liquidés par l'assurance maladie-maternité pour soins de santé en 2014, 1 625 millions EUR soit 76,4% sont dépensés pour les prestations délivrées principalement à la population protégée résidente³ au Luxembourg.

Graphique 10: Répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2014 ^a



Les frais hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (47,0%) pour soins de santé au Luxembourg. Les honoraires médicaux (21,1%) et les produits pharmaceutiques (12,0%) complètent le podium des premières dépenses. Ces trois postes représentent à eux seuls 80,1% de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Luxembourg et 61,2% de l'ensemble des dépenses en soins de santé (au Luxembourg et à l'étranger).

La répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg est restée stable depuis quelques années.

2.1.2. Les prestations de soins de santé à l'étranger

Avec 502,3 millions EUR, les prestations à l'étranger représentent 23,6% du total des frais pour soins de santé liquidés en 2014. En raison de systèmes de classification et de tarification divergents dans les pays respectifs, une ventilation identique à celle appliquée aux prestations au Luxembourg n'est pas possible.

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

Les prestations de soins de santé à l'étranger ont connu une augmentation importante passant d'une progression de 14,2% en 2013 à 21,4% en 2014. En fait, cette évolution n'est qu'artificielle et montre les limites à l'utilisation des décomptes pour décrire une évolution. Comme cela s'est fait en 2013, la période d'introduction des décomptes pour 2014 a été prolongée jusqu'au 15 février 2015 au lieu du 31 décembre 2014. En 2013, cette méthode a permis la régularisation supplémentaire d'un montant de 49,1 millions EUR.

De plus, à partir de 2014, la comptabilisation des provisions s'applique également aux factures étrangères pas encore introduites. Le montant des factures en souffrance est estimé entre 210 et 240 millions EUR. Il a été décidé de répartir ce montant sur 3 années sous forme de provisions : 160 millions EUR ont été comptabilisés en 2014, le montant restant sera réparti et imputé sur les exercices 2015 et 2016.

Tableau 11: Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger de 2012 à 2014 (en millions EUR)

	2012	2013	2014
Prestations de soins de santé, dont:	362,0	413,5	502,2
- Conventions internationales (tiers payant) ^a	353,3	404,1	492,8
- Autres prestations à l'étranger (remboursement de prestations)	8,6	9,4	9,4
Indemnités funéraires	0,1	0,1	0,1
TOTAL DES PRESTATIONS	362,1	413,6	502,3

a. Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.
Source : CNS, calcul IGSS.

En 2014, 17 727 demandes d'autorisation dans le cadre du règlement CEE 883/2004 ont été reçues par la CNS. Ces demandes ont été introduites par 10 237 patients. La plupart des demandes concernent des consultations ou examens et des traitements stationnaires. Dans 90,4% des cas, la demande d'autorisation a été accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), 4,7% des demandes ont été refusées et 4,8% des cas sont encore en instance.

Comparé à l'année précédente, le nombre total des demandes d'autorisation a diminué de 6% : moins de demandes ont été accordées (-9%), et plus des demandes ont été refusées (32%).

Tableau 12: Nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger^a en 2013 et 2014

	2013		2014		Variation 2013/2014
	Nombre d'autorisations	En % du total	Nombre d'autorisations	En % du total	
Accordé	17 617	93,4%	16 029	90,4%	-9,0%
En instance	603	3,2%	856	4,8%	42,0%
Refusé	638	3,4%	842	4,7%	32,0%
TOTAL	18 858	100,0%	17 727	100,0%	-6,0%
	Nombre de patients		Nombre de patients		
Accordé	9 221		8 713		-5,5%
En instance	543		779		43,5%
Refusé	570		745		30,7%
TOTAL	10 334		10 237		-0,9%

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 profité de cette autorisation.
Source : CNS, calcul IGSS.

La très grande majorité (95,7%) de demandes de transferts est destinée aux trois pays limitrophes (Allemagne, Belgique, France). Plus de la moitié des autorisations est accordée pour l'Allemagne (56,4%) et environ un quart pour la Belgique (26,4%). Cependant, les chiffres présentés ne donnent pas d'indication sur les traitements effectivement obtenus.

Tableau 13: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays en 2014

Pays fournisseur	Nombre d'autorisations				Nombre de patients				Répartition par pays des autorisations accordées	Répartition par pays du total des autorisations
	Accordé	En instance	Refusé	Total	Accordé	En instance	Refusé	Total		
Allemagne	9 035	519	530	10 084	5 123	475	472	5 761	56,4%	56,9%
Belgique	4 225	173	145	4 543	2 230	155	124	2 410	26,4%	25,6%
France	2 153	101	91	2 345	1 242	94	82	1 365	13,4%	13,2%
Suisse	388	12	7	407	182	10	6	193	2,4%	2,3%
Italie	63	2	11	76	34	2	10	45	0,4%	0,4%
Pays-Bas	48	3	2	53	19	3	2	23	0,3%	0,3%
Autres pays	117	46	56	219	73	45	54	172	0,7%	1,2%
TOTAL	16 029	856	842	17 727	8 713	779	745	9 724	100,0%	100,0%

Source : CNS, calcul IGSS.

2.2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LA DATE DE LA PRESTATION

Dans cette sous-section, les prestations de soins de santé sont abordées selon deux points de vue : du point de vue des consommateurs et du point de vue des prestataires de soins.

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, 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 continues. 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, il faut supposer que les chiffres concernant l'année d'observation la plus récente sont sous-estimés et sont à considérer comme données provisoires.

2.2.1. Les consommateurs des soins de santé

En 2014, la CNS a dépensé 1 525 millions EUR pour soins de santé délivrés à la population protégée résidente. Sur les 518 167 personnes protégées résidentes, 497 240 ont bénéficié d'un remboursement de la CNS.⁴ En moyenne, ce remboursement a été effectué à hauteur de 3 067,6 EUR par bénéficiaire. Il convient de préciser qu'il s'agit de la moyenne remboursée pour l'ensemble des prestations en 2014 par personne bénéficiaire, et non pas d'une moyenne par acte ou par prestation.

La répartition des remboursements par personne est assez inégale puisque ce sont surtout les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies graves qui consomment le plus :

- la moitié des bénéficiaires a touché un remboursement inférieur à 946,2 EUR (remboursement médian) ;
- environ quatre cinquièmes des bénéficiaires (79%) a touché un montant inférieur au remboursement moyen (3 026,7 EUR) ;
- 98% des bénéficiaires a touché 67,5% de l'ensemble des soins remboursés ;
- 2% des patients (9 945 personnes) a eu droit à un remboursement supérieur à 22 593,81 EUR et a donc touché 32,6% des remboursements de soins de santé ;
- le remboursement le plus élevé en 2014 était de 572 911 EUR.

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

Tableau 14: Evolution de la distribution des soins consommés

Pourcentage de patients	Part de la consommation totale		
	1994	2004	2014
50% bénéficient de	8%	7,3%	6,7%
75% bénéficient de	22%	21,1%	19,1%
98% bénéficient de	70%	70,1%	67,5%

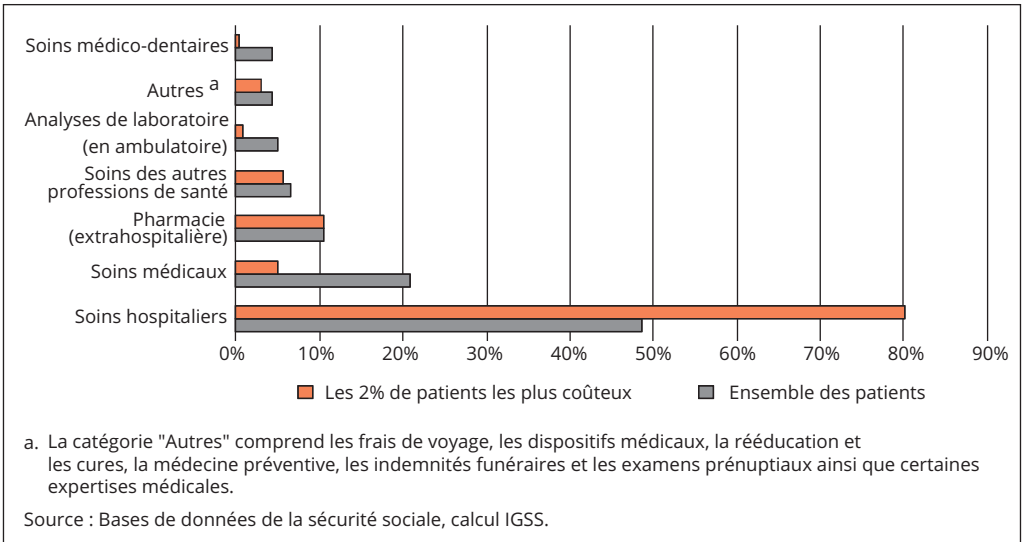
Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Note de lecture : En 2014, 98% des patients ont consommés 67,5% de l'ensemble des soins de santé.

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

4. Il faut noter que le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente un chiffre annuel.

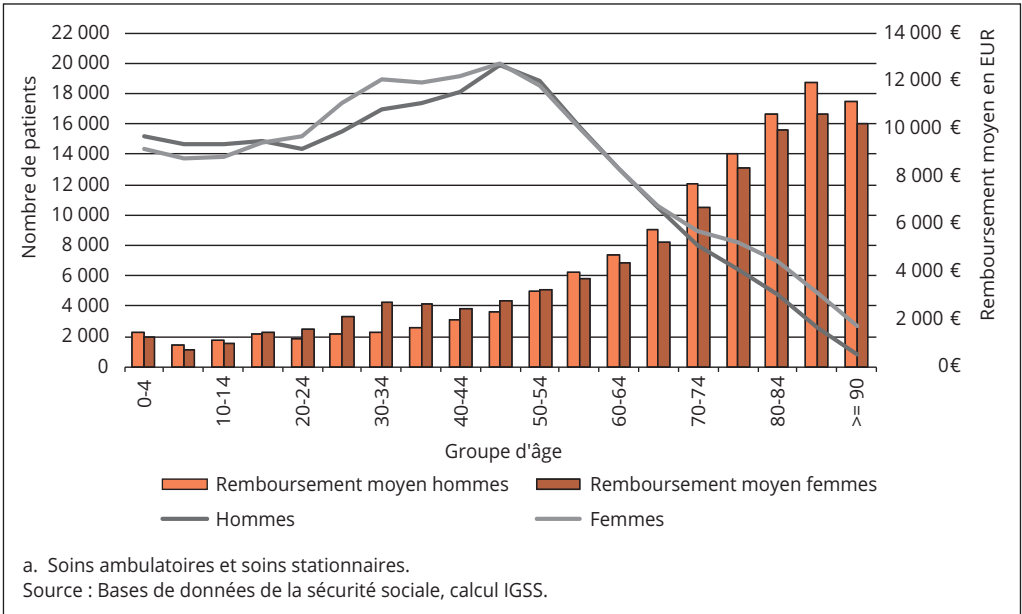
Graphique 11: Répartition des remboursements de soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés en 2014 (en % du total)



Les remboursements pour frais d'hospitalisation représentent 80,1% des remboursements des prestations de soins de santé des 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés, tandis que ces frais ne représentent qu'environ la moitié des remboursements pour l'ensemble des patients (48,6%).

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. L'analyse des remboursements de soins de santé par groupe d'âge et par sexe, est riche d'enseignement.

Graphique 12: Les soins de santé au Luxembourg ^a : nombre de patients et remboursement moyen par sexe et âge en 2014



Le graphique 12 illustre, par sexe et par groupe d'âge, le nombre de bénéficiaires et le montant moyen remboursé pour les soins de santé en 2014. A noter que la répartition par sexe de la population protégée résidente ne correspond pas à celle des patients : alors que les hommes prédominent jusqu'à 69 ans dans la population protégée résidente, les femmes sont majoritaires dans le groupe d'âge de 20-59 ans. Pour ces mêmes groupes d'âge, la moyenne remboursée des femmes est plus élevée. Cette situation peut être attribuée à l'effet maternité. Dans tous les autres groupes d'âge, la moyenne remboursée est plus élevée chez les hommes, même si le nombre de patients féminins dépasse celui des patients masculins.

Contacts médicaux

Encadré méthodologique

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

Le pourcentage de patients qui ont eu au moins un contact médical pendant l'année est sous-estimé car il est calculé sur base de la population protégée résidente moyenne. De plus, les données utilisées qui se basent sur la date de la prestation pour 2014 sont provisoires.

En 2014, environ 91% de la population protégée résidente a eu au moins un contact médical en milieu extrahospitalier. La moitié de cette population a eu jusqu'à 7 contacts médicaux (médiane) et la moyenne se situe autour de 9,5 contacts médicaux. Les chiffres sont plutôt stables pendant les dernières années.

Tableau 15: Evolution des contacts médicaux de 2012 à 2014

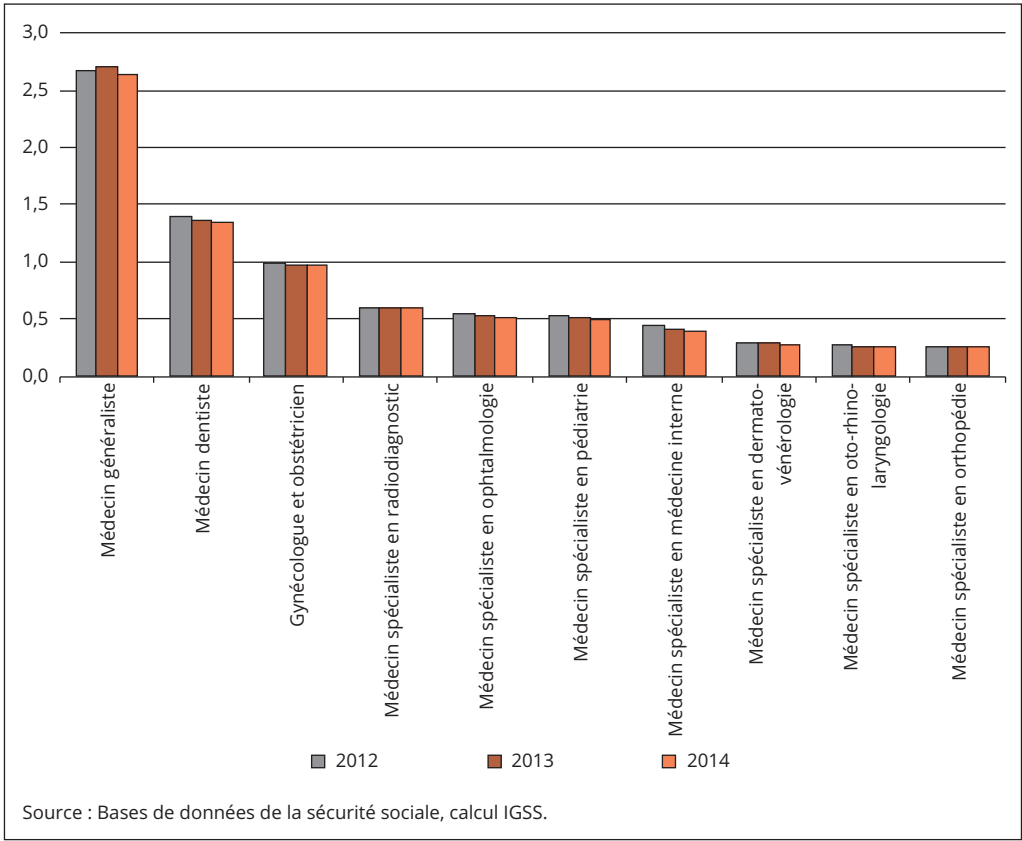
	2012	2013	2014
Pourcentage de patients qui ont eu au moins un contact médical pendant l'année	93%	93%	91%
Moyenne contacts	9,7	9,6	9,5
Mediane contacts	7	7	7

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

Les personnes protégées résidentes consultent le plus fréquemment les médecins généralistes (en moyenne 2,6 fois/an), les médecins dentistes (1,3 fois/an) et les gynécologues et obstétriciens (1 fois/an)⁵. Au cours des 3 dernières années, la distribution des médecins visités selon leur spécialité est restée relativement stable.

5. Calculée sur base de la population protégée résidente féminine.

Graphique 13: Evolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2012 à 2014



2.2.2. La production de soins de santé

Le système des soins de santé regroupe l'ensemble des services de santé qui ont pour principale fonction la prestation d'interventions préventives, curatives et palliatives, en réponse à des besoins spécifiques de santé des individus ou des populations (OMS 2000).

Les services de soins de santé couverts dans cette sous-section sont les frais médicaux, les soins hospitaliers, les médicaments et les soins des autres professions de santé.

2.2.2.1. L'activité médicale au Luxembourg

Encadré méthodologique

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

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

Un médecin peut être prescripteur et exécutant à la fois.

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

L'activité médicale peut être mesurée par les honoraires médicaux. Les honoraires médicaux correspondent aux honoraires nets remboursés.

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.

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 ont cependant été considérées dans le calcul de la moyenne générale.

En 2014, les honoraires de l'ensemble des médecins se sont élevés à 453,4 millions EUR, soit 4,7% de plus qu'en 2013. La plus grande variation peut être observée chez les spécialistes avec 5,8%. Le volume des honoraires des généralistes progresse de 4,6%, celui des dentistes de 2,6%.

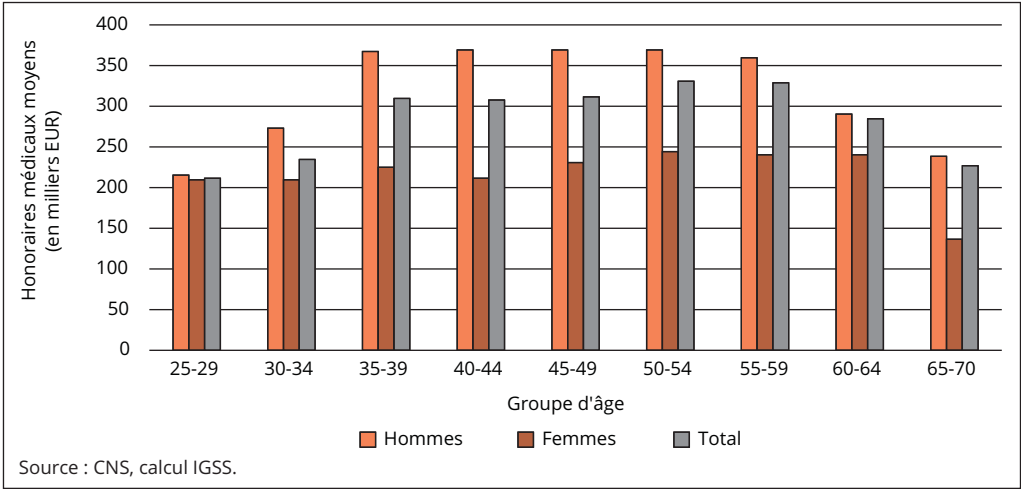
Tableau 16: Evolution du volume des honoraires des médecins en 2006, 2013 et 2014 (en millions EUR)

	2006	2013	2014	Variation en % 2013/14	Taux moyen de variation 2006/14
Médecins généralistes	44,5	66,8	69,9	4,6%	5,8%
Médecins spécialistes	174,8	244,6	258,9	5,8%	5,0%
Dentistes et stomatologues	86,9	121,5	124,7	2,6%	4,6%
TOTAL DES MEDECINS	306,2	432,9	453,4	4,7%	5,0%

Source : CNS, calcul IGSS.

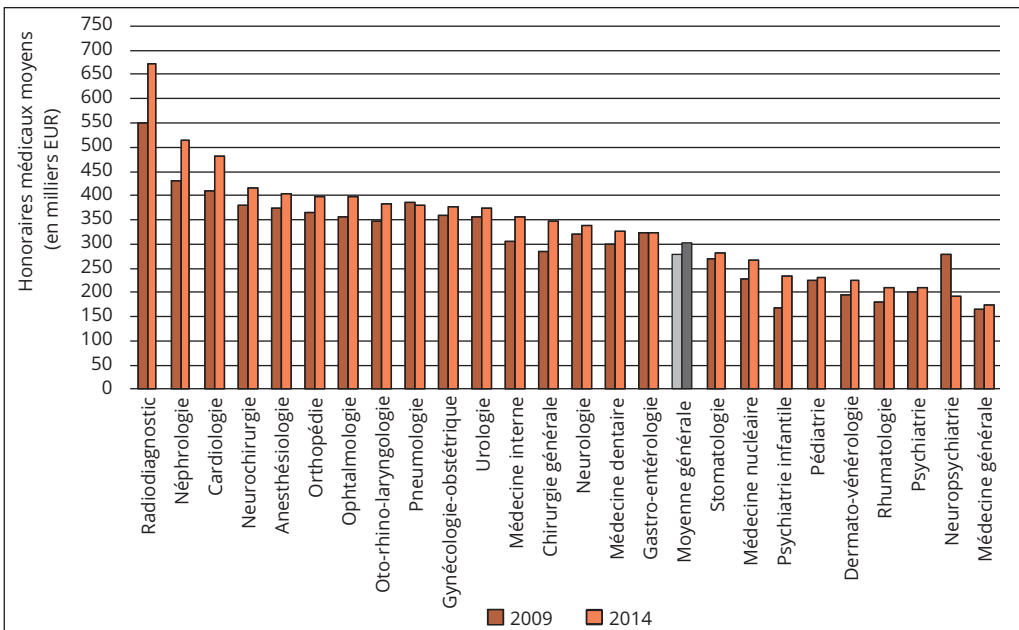
Le graphique 14, qui reproduit le montant moyen des honoraires, ventilé par groupe d'âge et sexe, montre qu'il y a des différences notables entre les honoraires moyens perçus par les hommes et les femmes. Pour tous les groupes d'âge, les femmes perçoivent des honoraires médicaux moins élevés. Ceci est lié à la fois au choix de la spécialité et à l'intensité de travail.

Graphique 14: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2014 (en milliers EUR)



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 2009 à 2014 montre une diminution chez les pneumologues et les neuropsychiatres.

Graphique 15: Evolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2009 et 2014 ^{ab} (par ordre décroissant)



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

b. Honoraires nets remboursés.

Source : CNS, calcul IGSS.

2.2.2.2. Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers comprennent l'ensemble des services (soins et hébergement) de court et moyen séjour fournis par les hôpitaux. Les soins médicaux ne sont pas inclus. Les journées d'hospitalisation avec ou sans nuitée, le nombre d'admissions à l'hôpital, les diagnostics de sortie ainsi que la durée de séjour et les accouchements sont présentés dans cette sous-section.

Encadré méthodologique

Définitions

Hospitalisation (avec nuitée)

Une hospitalisation avec nuitée, appelée aussi hospitalisation complète, comprend au moins un jour (le jour de l'admission) et une nuit à l'hôpital. Ce type d'hospitalisation est le plus courant.

Pour la compréhension des données, il faut retenir que le jour de sortie n'est pas compté comme une journée prestée. Ainsi par exemple, 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.

Sauf indication contraire, les données concernent tous les hôpitaux.

Hospitalisation de jour

Les hospitalisations de jour regroupent les hospitalisations de jour proprement dites (avec admission à l'hôpital et sortie le même jour) et les places de surveillance.

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.

Certains sites hospitaliers ne disposent pas de places de surveillance et doivent facturer d'office une hospitalisation de jour (soins normaux) pour ces cas.

Les prestations en polyclinique ou similaires (p.ex. sessions de chimiothérapie ou de dialyse) ne sont pas considérées comme hospitalisations.

Diagnostic de sortie

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.

Hôpitaux aigus

Les hôpitaux aigus sont les établissements hospitaliers 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.
.../...

Encadré méthodologique

.../...

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.

Dans les paragraphes de cette sous-section présentant des données sur les hôpitaux aigus les 4 établissements suivants 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 communal de Steinfort, réservé à la rééducation gériatrique.

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.

Les journées d'hospitalisation

Encadré méthodologique

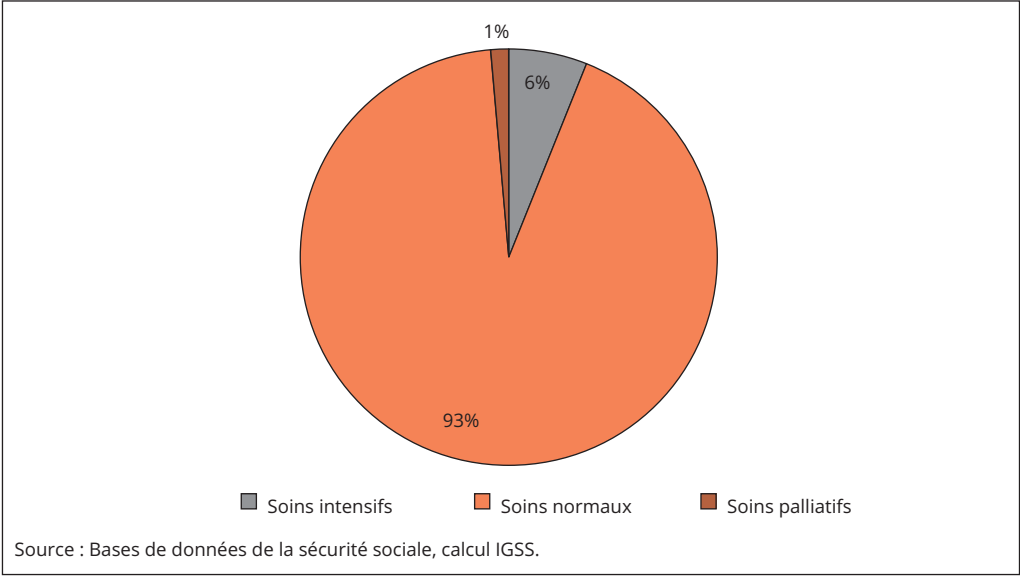
Les statistiques de cette sous-section ont été établies du point de vue du patient. Ainsi par exemple, un seul " épisode " hospitalier est mis en compte pour un patient lors d'une hospitalisation complète, ininterrompue, même si cette hospitalisation comporte des transferts vers d'autres établissements spécialisés (p.ex. INCCI, Rehazenter, etc.) ou commence avec une hospitalisation du jour. Donc tous les hôpitaux sont considérés, l'analyse se base sur différentes unités d'œuvre.

En 2014, 728 692 journées ont été facturées en milieu hospitalier au Luxembourg.⁶ Les journées facturées avec au moins une nuitée s'élèvent à 664 884 en 2014. Elles incluent les journées en soins normaux, soins intensifs et soins palliatifs. Il faut souligner qu'un épisode hospitalier commencé en place de surveillance ou en hôpital de jour psychiatrique et directement prolongé par une hospitalisation avec au moins une nuitée sera comptabilisé dans les journées facturées avec une nuitée. Les soins normaux sont l'unité d'œuvre la plus souvent facturée avec 92,5%. Les soins intensifs représentent 6,1% et les soins palliatifs 1,4% de journées facturées avec nuitée.

Les hospitalisations de jour, qui ne sont pas suivies d'une hospitalisation avec nuitée sont au nombre de 63 808 en 2014. Les soins normaux concernent 25,3%, les places de surveillance 37,8% et les hospitalisations de jour en psychiatrie 36,4%. Abstraction faite de ces derniers, 39,8% incombent aux soins normaux et 59,5% aux places de surveillance.

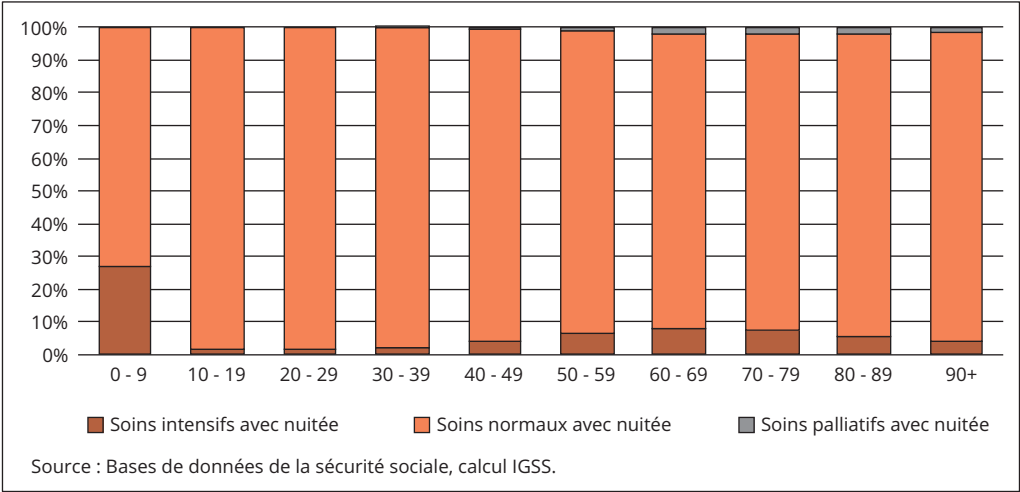
6. Ces journées comprennent les hospitalisations avec nuitée (soins normaux, soins intensifs, soins palliatifs) et les hospitalisations de jour (places de surveillance, soins normaux, soins intensifs, soins palliatifs).

Graphique 16: Répartition des types de journées prestés avec nuitée en 2014



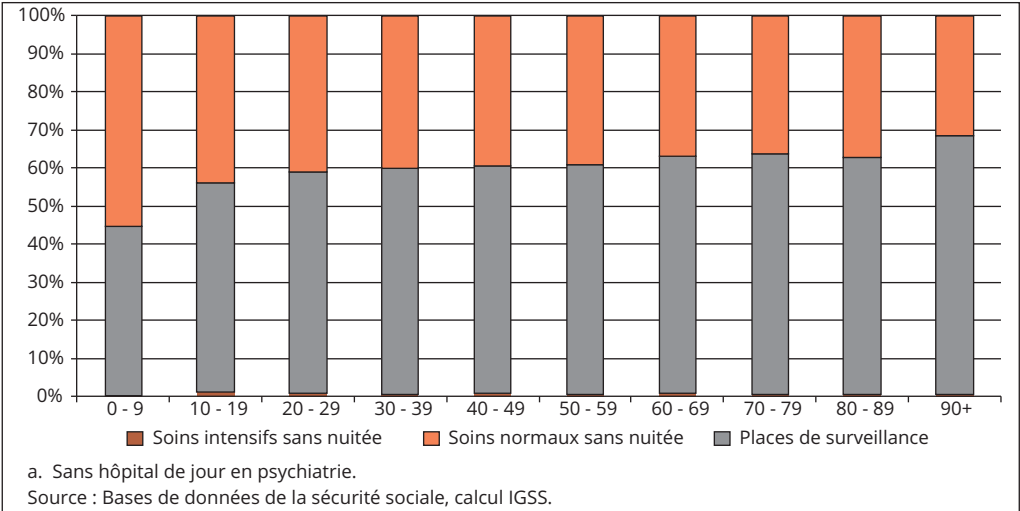
Le graphique 17 illustre, par groupe d'âge, la part des différents types de journées facturées avec nuitée. Les hospitalisations en soins normaux dominent dans tous les groupes d'âge. L'unité d'œuvre soins palliatifs représente par contre une faible part des journées facturées. Pour les nouveau-nés en 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.

Graphique 17: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2014 (en %)



Concernant les journées facturées sans nuitée, ce sont les places de surveillance qui occupent la part la plus importante, au-delà de 50% des journées facturées sans nuitée pour tous les groupes d'âge à l'exception des plus jeunes. La part des places de surveillance augmente avec l'âge.

Graphique 18: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2014^a
(en %)



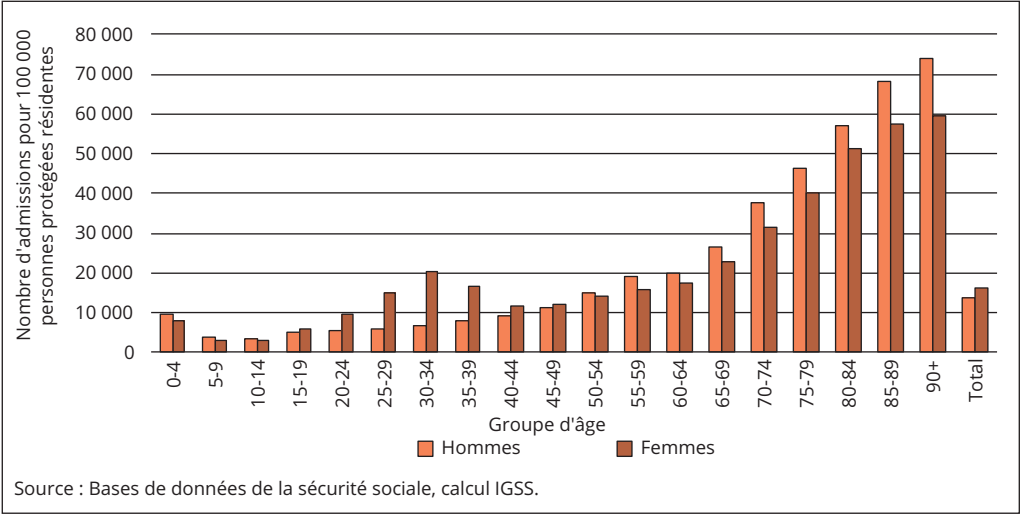
Les admissions à l'hôpital

Encadré méthodologique

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

En 2014 le nombre d'admissions hospitalières avec au moins une nuitée s'élève en moyenne à 14 988 pour 100 000 personnes protégées résidentes.

Graphique 19: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2014



Le taux élevé des admissions chez les femmes âgées de 20 à 45 ans par rapport à celui des hommes du même âge s'explique en grande partie par les accouchements qui sont la première cause d'hospitalisations chez les femmes de ces groupes d'âges. Sans surprise, le nombre d'admissions augmente avec l'âge pour atteindre un maximum de 7,3/10 chez les hommes de 90 ans et plus.

Les diagnostics de sortie

Le tableau 17 présente le classement, par ordre décroissant, des 10 premiers diagnostics de sortie pour les hommes et les femmes. Ces diagnostics de sortie couvrent, en 2014, environ 40,7% des admissions en hospitalisation avec nuitée, respectivement 42% des hospitalisations à diagnostic de sortie connu/disponible. En effet, il faut noter qu'au moment de l'établissement de ces statistiques, pour 3,2% des cas, le diagnostic de sortie était inconnu, respectivement les données non encore disponibles.

Sans tenir compte des accouchements, les tumeurs malignes, les arthropathies et les autres formes de cardiopathies présentent les trois premiers diagnostics de sortie dans les hôpitaux aigus. L'ordre de diagnostics de sortie est différent selon le sexe : 9,7% des hommes sont hospitalisés à cause des tumeurs malignes, suivi de 5,7% à cause des arthropathies et 4,7% à cause d'autres formes de cardiopathies. Chez les femmes, la première cause d'hospitalisation est l'accouchement (12,5%), suivi des arthropathies (7,0%), des tumeurs malignes (6,9%) et des autres formes de cardiopathies (3,7%).

Le classement des principaux diagnostics de sortie dans les hôpitaux aigus n'a que peu changé aux cours des dernières années.

Tableau 17: Les 10 principaux diagnostics de sortie dans les hôpitaux aigus en 2014 ^{a b}

Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	TOTAL	En % du total
1 Tumeurs malignes C00-C97	9,4%	Accouchement O80-O84	12,5%	Tumeurs malignes C00-C97	8,1%
2 Arthropathies M00-M25	5,7%	Arthropathies M00-M25	7,0%	Accouchement O80-O84	6,8%
3 Autres formes de cardiopathies I30-I52	4,7%	Tumeurs malignes C00-C97	6,9%	Arthropathies M00-M25	6,4%
4 Cardiopathies ischémiques I20-I25	4,6%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,7%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	4,2%
5 Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	4,3%	Dorsopathies M40-M54	3,2%	Dorsopathies M40-M54	3,3%
6 Dorsopathies M40-M54	3,5%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	2,5%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	3,3%
7 Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,3%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2,5%	Cardiopathies ischémiques I20-I25	2,9%
8 Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	3,2%	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98	2,2%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	2,9%
9 Hernies K40-K46	2,8%	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	2,1%	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	2,2%
10 Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79	2,6%	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	2,1%	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	2,0%
% par rapport au total des admissions	44,3%	% par rapport au total des admissions	44,6%	% par rapport au total des admissions	42,0%

a. D'après la classification CIM 10 (Classification Internationale des Maladie 10e édition - OMS).

b. Hors hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu.

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

La fréquence et la durée de séjour dans les hôpitaux aigus

Encadré méthodologique

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

Le tableau synoptique 18 présente les principaux indicateurs en matière de durée de séjour dans les hôpitaux aigus. Au cours des dernières années, le nombre des hospitalisations comprenant au moins une nuit à l'hôpital a diminué et le nombre d'admissions en hospitalisation de jour a augmenté. Le rapport entre le nombre d'hospitalisation de jour et le nombre total d'hospitalisation passe de 16,5% en 2011 à 18,5% en 2014. Toutefois, le taux d'hospitalisation avec une durée égale à ou de moins de 4 jours, respectivement de moins de 7 jours ne reflètent pas cette tendance.

Tableau 18: Evolution des types d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus

	2011	2012	2013	2014
Nombre d'hospitalisations comprenant au moins une nuit à l'hôpital	78 241	77 367	76 173	75 675
Nombre d'admissions en hospitalisation de jour (HDJ, sans nuitée)	15 488	15 460	16 479	17 192
Nombre de patients en place de surveillance ^a (sans nuitée)	22 286	25 488	27 170	29 881
Durée moyenne de séjour ^b	7,3	7,4	7,4	7,3
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 4 jours	64,4%	64,0%	64,4%	65,1%
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 7 jours	78,5%	78,4%	78,4%	78,6%
Rapport nombre HDJ / Nombre total d'hospitalisations (sans places de surveillance)	16,5%	16,7%	17,8%	18,5%

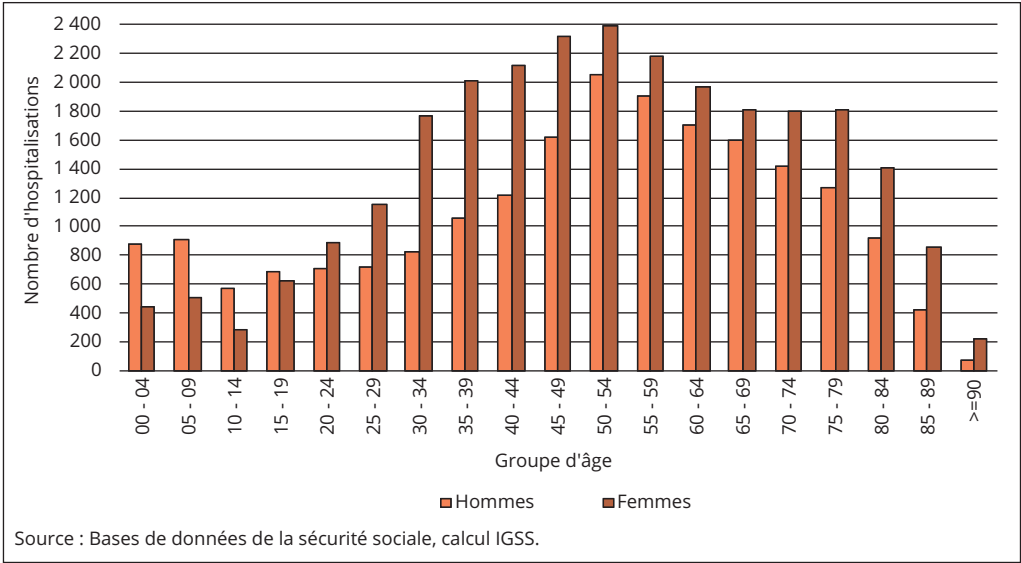
a. Après certains examens ou traitements en service ambulatoire de l'hôpital, les patients sont surveillés pendant un laps de temps qui garantit qu'ils soient en mesure de rentrer et d'assumer leur vie quotidienne sans risques pour leur santé. Les établissements disposent de "places" réservées à ces périodes de surveillance à la différence des "lits" attribués aux patients après une procédure d'admission formelle pour une HDJ ou une hospitalisation plus longue.

b. Concerne uniquement les hospitalisations comportant au moins une nuit à l'hôpital, transferts entre plusieurs hôpitaux non inclus.

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

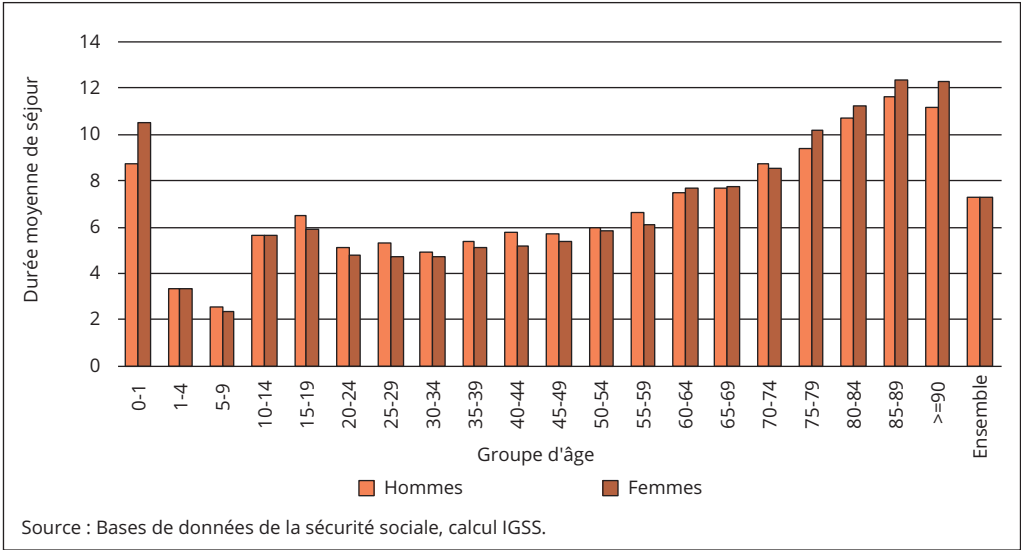
En 2014, 47 073 hospitalisations de jour (y compris places de surveillance) ont été dénombrées. A l'exception des femmes âgées de moins de 20 ans, le nombre d'hospitalisations des femmes est toujours supérieur à celui des hommes. La maternité et l'espérance de vie des femmes supérieure à celle des hommes expliquent cette situation.

Graphique 20: Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2014 par groupe d'âge (hôpitaux aigus)



La durée moyenne de séjour des 75 675 hospitalisations avec au moins une nuitée se situe à 7,3 jours en 2014. 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 de séjour plus élevée. Cela vient du fait que le séjour à la maternité d'un nouveau-né en bonne santé n'est pas considéré comme une hospitalisation pour le bébé mais pour la mère et n'est donc pas pris en compte dans le calcul de la DMS. Par contre, les accouchements par césarienne ainsi que les nouveau-nés présentant des complications sont inclus.

Graphique 21: Durée moyenne de séjour en 2014 par groupe d'âge et sexe (hôpitaux aigus)



Les soins de maternité pris en charge par l'assurance maladie-maternité

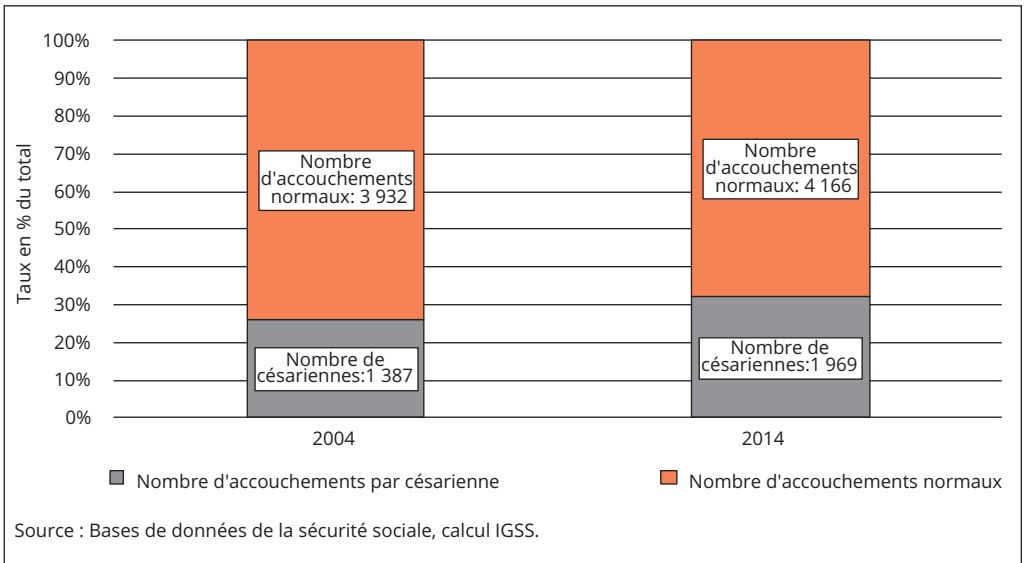
Les soins de maternité lors d'un accouchement à l'hôpital ont été pris en charge forfaitairement par l'Etat jusqu'en 2010. A partir du 1er janvier 2011, le financement des soins en cas de maternité a été intégré au régime général de l'assurance maladie-maternité.

En 2014, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité est de 6 135. Comparé à 2004, ceci représente une augmentation de 15,3%. Toutefois, la population protégée résidente a également augmenté. Trois points sont mis en évidence :

- Diminution des accouchements chez les femmes âgées de moins de 29 ans ;
- Transfert des accouchements vers les groupes d'âge 30 ans et plus ;
- Augmentation des accouchements par césarienne.

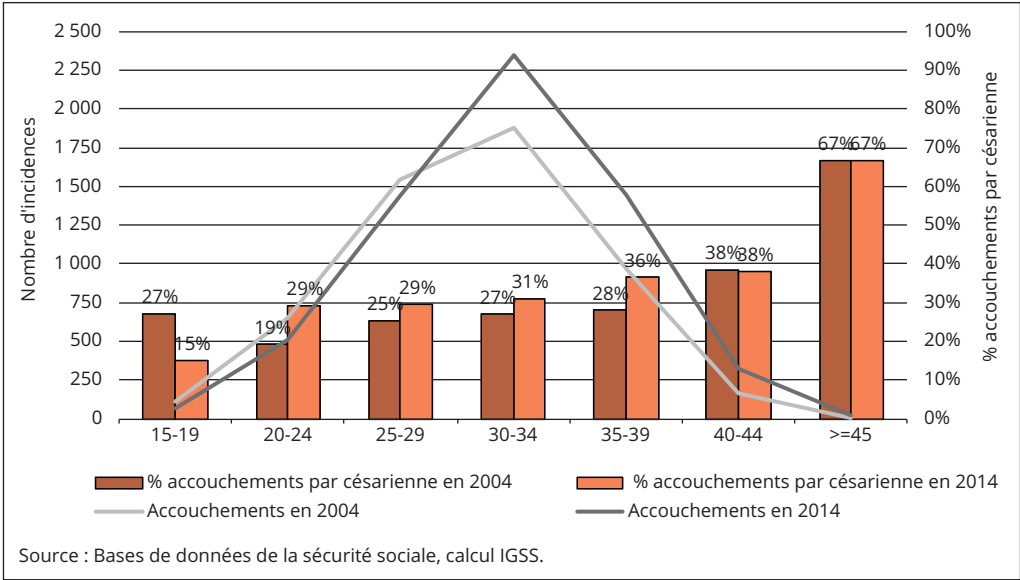
Le taux des césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 32,1% en 2014 contre 26,1% en 2004 (graphique 22).

Graphique 22: Evolution du nombre d'accouchement par césarienne et du nombre d'accouchements normaux de 2004 à 2014



Le graphique 23 indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements de femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2004 et 2014. Ce taux a diminué chez les adolescentes, a augmenté chez les femmes âgées de 20 à 39 ans et est le même pour les femmes de plus de 45 ans. De plus, il montre le pourcentage des accouchements par césarienne sur tous les accouchements. Il convient de préciser que les taux renseignés ne sont pas identiques aux "taux de césariennes" généralement utilisés dans les statistiques au niveau international, qui eux sont calculés par rapport aux naissances au Luxembourg et pas par rapport aux naissances au Luxembourg auprès de la population protégée résidente.

Graphique 23: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2004 et 2014



2.2.2.3. La délivrance de médicaments

Encadré méthodologique

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

Définitions

DDD - Defined Daily Dose : 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.

ATC - Anatomical Therapeutic Chemical. 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.

En 2014, les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 160 millions EUR et ont diminué de 2,0% par rapport à l'année précédente. La baisse résulte de la réduction des prix des médicaments et de l'introduction du dispositif de substitution en octobre 2014.

Les quatre groupes ATC les plus pris en charge par la CNS en milieu ambulatoire sont présentés au tableau 19. Ils représentent 64% du montant net total.⁷

Tableau 19: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2014

Code ATC 1er niveau	Montant net total %	Variation 2013 / 2014 de la consommation DDD
Système cardio-vasculaire	19%	1%
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	16%	7%
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	15%	2%
Système nerveux central	14%	2%

Source : CNS.

En octobre 2014, le dispositif de substitution a été introduit allant de pair avec un alignement des montants remboursés pour les médicaments appartenant au groupe de même principe actif, de même dosage et de même forme d'administration. Pour le moment, la substitution s'applique aux deux groupes ATC : Code ATC A02BC comprenant les inhibiteurs de la pompe à protons et Code ATC C10AA contenant les inhibiteurs de la HMG-CoA réductase.

Soins des autres professions de santé exerçant en profession libérale

L'évolution du montant net des honoraires ou prestations des professions de santé non-médecins pris en charge par la sécurité sociale, est retracée dans le tableau 20. Contrairement au calcul des honoraires de médecins, aucun critère n'a été employé pour ce calcul.

Tableau 20: Evolution des frais des autres professions de santé de 2011 à 2014 (en EUR)^a

	2011	2012	2013	2014	Variation en % 2012/13	Variation en % 2013/14
Analyses de laboratoires	54 501	64 219	69 224	75 003	7,8%	8,3%
Massages, kinésithérapie	40 769	46 310	51 084	56 539	10,3%	10,7%
Soins infirmiers	34 605	36 490	38 678	40 681	6,0%	5,2%
Soins des sages femmes	353 392	355 463	422 034	531 709	18,7%	26,0%
Psychomotriciens	1 006	1 118	1 123	1 239	0,5%	10,3%
Orthophonie	1 318	1 366	1 505	1 718	10,2%	14,2%

a. Adaptations des honoraires à l'indice du coût de la vie au 1.10.2011 (+2,5%), 1.10.2012 (+2,5%) et au 1.10.2013 (+2,5%).

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

7. Source : Rapport annuel CNS.

3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

3.1. ÉVOLUTION DES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE

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

Tableau 21: Evolution à partir de 2012 des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)

	2012	2013	2014
Prestations à charge de la CNS	121,3	126,2	126,9
<i>Variation annuelle en %</i>		+4,0%	+0,6%
dont Indemnités pécuniaires proprement dites	112,7	117,9	118,0
dont Indemnités pendant périodes d'essais	8,5	8,1	8,8
dont Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,1	0,1	0,2
<i>Taux de cotisation</i>	0,50%	0,50%	0,50%
Prestations à charge de la Mutualité des Employeurs	299,0	323,9	326,3
<i>Variation annuelle en %</i>		+8,3%	+0,7%

Source : CNS, décomptes annuels.

Du fait d'un recul du taux d'absentéisme pour cause de maladie, l'année 2014 a été caractérisée par une quasi-stagnation des prestations en espèces correspondantes, indépendamment du fait qu'elles sont à charge de la CNS ou de la Mutualité des Employeurs. Les prestations en espèces à charge de la CNS s'établissent à 126,9 millions EUR en 2014, contre 126,2 l'année passée. Les prestations en espèces à charge de la Mutualité s'établissent, quant à elles, à 326,3 millions EUR en 2014, contre 323,9 l'année passée (tableau 21).

3.2. ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MALADIE

Encadré méthodologique

1. Champ étudié

Sont retenues toutes les occupations de tous les salariés du secteur privé (anciens ouvriers et anciens employés), ayant eu au moins une occupation au cours de l'année. Seul l'absentéisme pour cause de maladie est traité. Les absences relatives à la maternité et aux accidents sont écartées.

2. Source

Les chiffres sur l'absentéisme s'appuient sur les absences renseignées au Centre commun de la sécurité sociale.

3. Définitions

Taux d'absentéisme

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

Taux d'absentéisme de courte et de longue durée

Le taux d'absentéisme de courte durée est défini par le rapport entre le nombre total de jours civils de maladie de tous les individus, dans la période comprise entre le 1er et le 21ème jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.

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.

Episode de maladie

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.

4. Sélection des périodes de maladie

Approche " comptable "

L'approche comptable consiste à considérer uniquement les jours de maladie compris entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année étudiée. Cette approche est retenue pour le calcul des taux d'absentéisme. Elle ne permet pas d'analyser de façon optimale les durées des épisodes de maladie, étant donné que les épisodes commençant et/ou finissant en dehors de l'année sont tronqués. Pour ce type d'analyse, c'est l'approche " durée " définie ci-dessous qui est retenue.

Approche " durée "

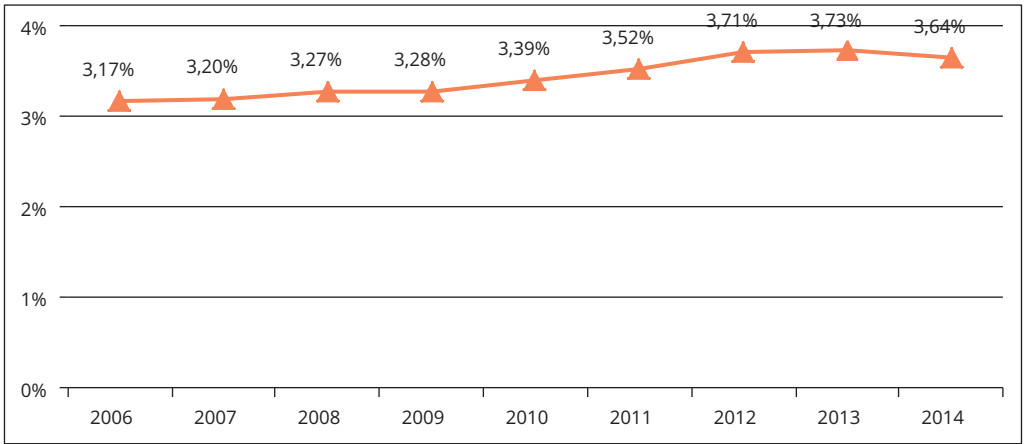
L'approche durée consiste à ne considérer que les épisodes se terminant au cours de l'année. De cette façon aucun épisode n'est tronqué.

3.2.1. Principaux chiffres et évolution récente

Près d'un salarié sur deux (47%) n'a pas été absent à cause de maladie au cours de l'année 2014. Ceux qui ont été malades ont connu en moyenne 2,5 épisodes de 8,7 jours chacun. Le taux d'absentéisme atteint 3,6% contre 3,7% l'année passée.

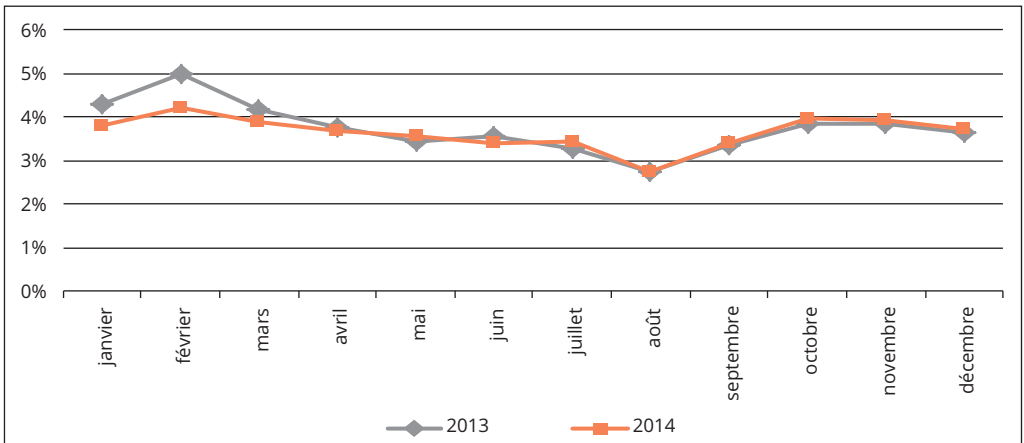
Ce recul est une première depuis 2006, année depuis laquelle sont exploitées statistiquement les déclarations d'incapacité de travail de l'ensemble des salariés (graphique 24).

Graphique 24: Evolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2006



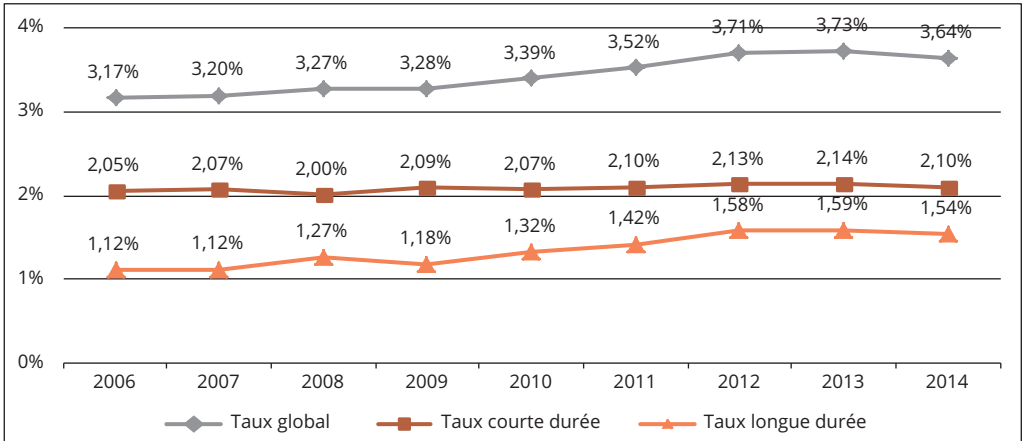
Une des raisons de la diminution du taux d'absentéisme constatée en 2014 est l'intensité moindre de l'épidémie grippale de l'hiver 2014 par rapport à celle, inhabituellement forte, de l'hiver 2013. Alors que le taux d'absentéisme était de 4,5% en moyenne sur le premier trimestre 2013, il a atteint 4,0% en moyenne sur le premier trimestre 2014 (graphique 25).

Graphique 25: Evolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie pour les années 2013 et 2014



Le fait que l'épidémie grippale de 2014 a été moins intense qu'en 2013 n'est toutefois pas la seule raison de la diminution du taux d'absentéisme. En effet, si tel était le cas, seul le taux d'absentéisme de courte durée (absences de moins de trois semaines) aurait baissé. Or, le taux d'absentéisme de longue durée est également en recul par rapport à l'année passée (graphique 26).

Graphique 26: Evolution des taux d'absentéisme maladie de courte et de longue durée depuis 2006



L'analyse des raisons médicales des absences des salariés résidents, dont les détails sont repris dans la partie 3.2.2, a mis en évidence le fait que la baisse du taux d'absentéisme de longue durée provient essentiellement du recul de la part que représentent les jours d'absence pour cause de dépression et autres pathologies liées au stress dans l'ensemble des jours de travail. Deux hypothèses peuvent être formulées pour expliquer cette tendance.

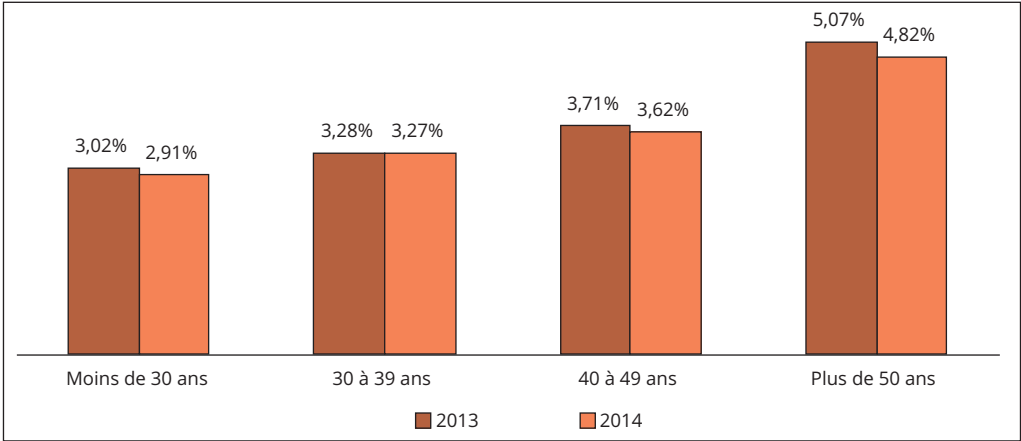
La première hypothèse est d'ordre conjoncturel. La reprise économique, qui gagne en intensité au sein de la zone euro, pourrait atténuer le sentiment d'insécurité de l'emploi qu'ont pu connaître les salariés au cours de ces dernières années et qui a pu jouer en faveur de la montée en puissance des absences de longue durée liées aux troubles psychosociaux.

La deuxième hypothèse est d'ordre institutionnel et concerne le contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS). Ce dernier a un rôle clé dans l'absentéisme de longue durée dans la mesure où il a la possibilité de renvoyer un salarié au travail s'il juge que son état de santé le permet. Aussi, il serait intéressant de voir si les modalités de fonctionnement du CMSS ont changé récemment et si c'est le cas, d'analyser dans quelles mesures ces modifications ont pu impacter le taux d'absentéisme de longue durée.

3.2.2. Taux d'absentéisme selon quelques caractéristiques individuelles

L'âge est un facteur aggravant de l'absentéisme. Le taux d'absentéisme des plus de 50 ans est 1,7 fois plus élevé que celui des moins de 30 ans. Entre 2013 et 2014, le taux d'absentéisme a diminué dans chacune des tranches d'âge de la population (graphique 27).

Graphique 27: Taux d'absentéisme maladie selon le groupe d'âge en 2013 et 2014



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

Tableau 22: Taux d'absentéisme maladie 2014 selon la résidence, le sexe et le type d'activité

	Frontaliers			Résidents			Frontaliers et résidents		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
Salariés exerçant une activité manuelle ^a	5,0%	6,6%	5,3%	4,3%	4,5%	4,4%	4,7%	5,0%	4,8%
Autres salariés	2,4%	4,0%	3,1%	2,0%	3,1%	2,5%	2,2%	3,5%	2,8%
TOTAL	3,6%	4,5%	3,9%	3,1%	3,7%	3,4%	3,4%	4,0%	3,6%

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

En 2014, le taux d'absentéisme des femmes (4,0%) est supérieur à celui des hommes (3,4%). Cet écart est souvent expliqué par certaines spécificités physiologiques des femmes ainsi que par une implication plus forte de ces dernières dans les tâches familiales. En 2013, le taux d'absentéisme des femmes était de 4,1% et celui des hommes était de 3,5%.

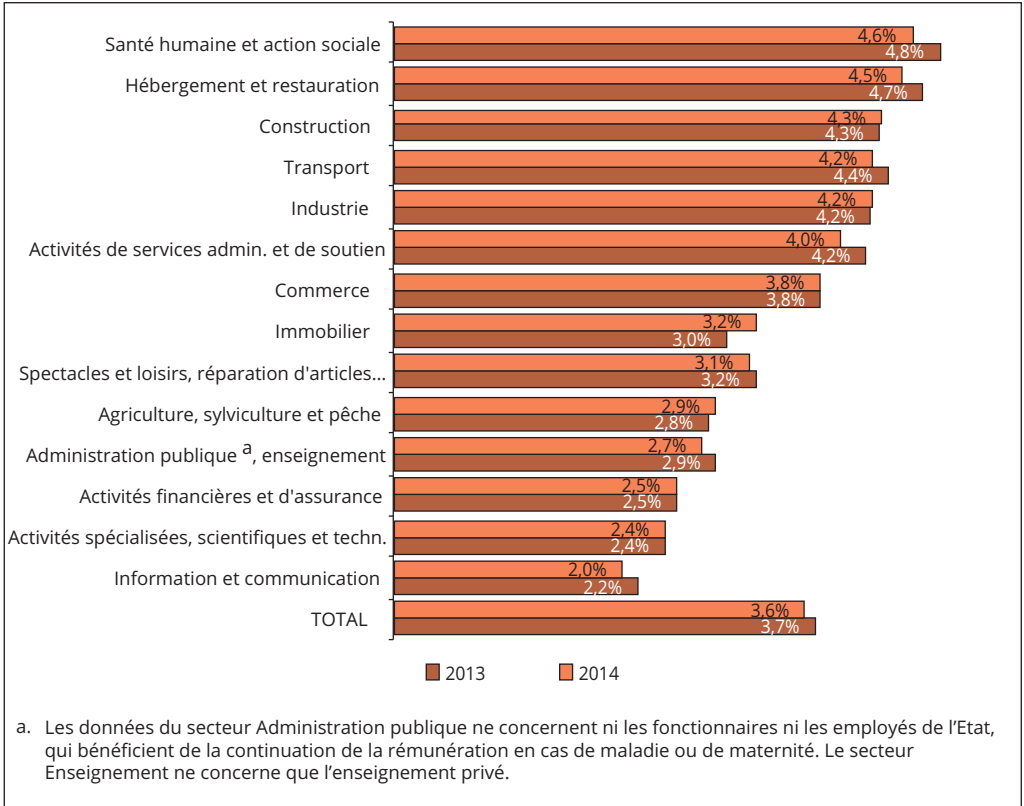
En 2014, le taux d'absentéisme des frontaliers (3,9%) est supérieur à celui des résidents (3,4%). Le fait de résider au-delà des frontières est porteur d'un certain nombre de particularités qui peuvent expliquer cet écart. Parmi celles-ci, il y a lieu de mentionner les durées de trajet domicile-travail qui sont majorées et qui peuvent être vues comme une source de fatigue et de stress supplémentaire. Il y a lieu également de supposer l'existence de différences quant aux habitudes des prescripteurs (dans la durée de l'arrêt maladie notamment). En 2013, le taux d'absentéisme des frontaliers était de 4,0% et celui des résidents était de 3,5%.

En 2014, le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle (4,8%) est supérieur à celui des autres salariés (2,8%). Cet écart s'explique par la pénibilité du travail manuel par rapport au travail intellectuel. En 2013, le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle était de 4,9% et celui des autres salariés était de 2,9%.

3.2.3. Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité

Le taux d'absentéisme varie fortement d'un secteur d'activité à l'autre. Ces variations s'expliquent par des conditions de travail spécifiques ainsi que par certaines caractéristiques individuelles des salariés appartenant aux différents secteurs (p.ex. structure d'âge). Le graphique 28 présente les taux d'absentéisme par secteur pour les années 2013 et 2014.

Graphique 28: Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2013 et 2014



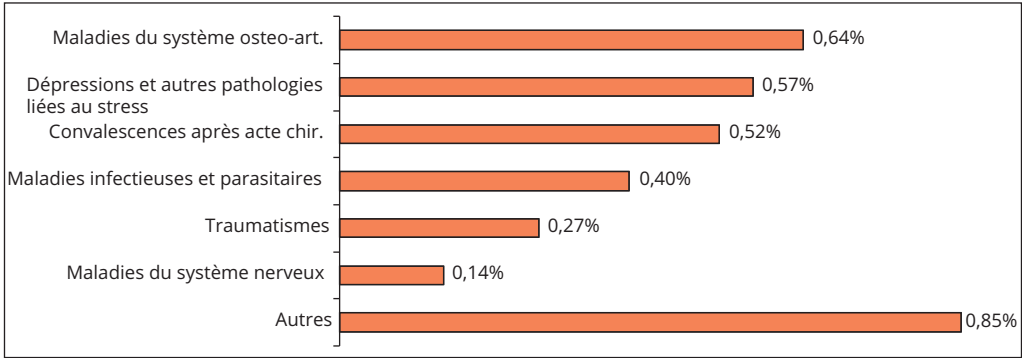
Bien que le secteur de la santé humaine et de l'action sociale affiche la diminution la plus forte entre 2013 et 2014, il reste le secteur ayant le taux d'absentéisme le plus élevé (4,6%). D'une façon plus générale, à l'exception des secteurs de l'immobilier et de l'agriculture, sylviculture et pêche, tous les autres secteurs affichent en 2014 soit une stabilisation, soit une diminution de leur taux.

3.2.4. Raisons médicales des absences des résidents⁸

En 2014, les absences liées aux maladies du système ostéo-articulaire ont le plus pesé dans le taux d'absentéisme des salariés résidents. Alors que ce dernier atteint 3,40%, la part des jours d'absence pour cause de maladies du système ostéo-articulaire dans l'ensemble des jours de travail théoriques s'établit à 0,64% (graphique 29).

8. Pour l'analyse des raisons médicales, seuls les salariés résidents sont considérés. Les diagnostics proviennent des déclarations remplies par les médecins. Les données relatives aux frontaliers ne sont pas exploitables car seuls 20% des diagnostics sont codifiés contre 80% pour les résidents.

Graphique 29: Décomposition du taux d'absentéisme maladie (3,40%) selon la raison médicale en 2014

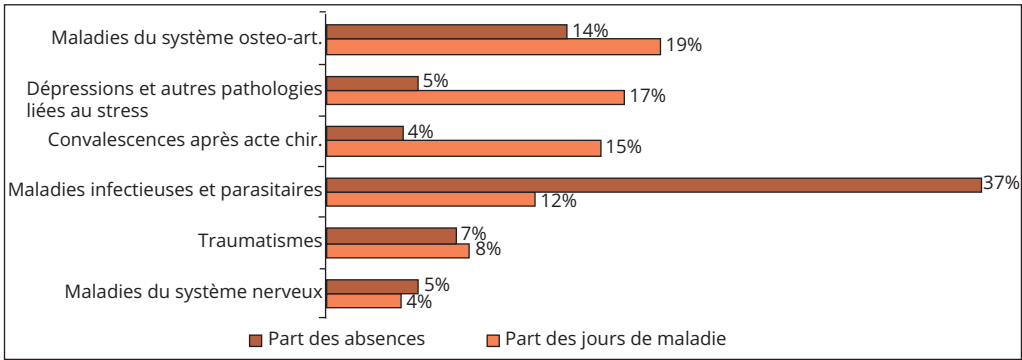


Guide de lecture :

- Pour une année donnée, la somme des contributions des différentes raisons médicales est égale au taux d'absentéisme des salariés résidents.
- En 2014, les maladies du système ostéo-articulaire ont concerné 0,64% des jours pendant lesquels les salariés résidents ont exercé une activité.

Alors que certaines pathologies concernent un grand nombre d'absences dont la durée est relativement courte en moyenne, d'autres concernent un nombre d'absences plus faible mais dont la durée est plus longue en moyenne. Les absences liées aux dépressions et autres pathologies liées au stress ont ainsi représenté 17% des jours de maladie mais seulement 5% des épisodes d'absence. A l'opposé, les absences liées à une maladie infectieuse ou parasitaire (gripes, gastro-entérites, sinusites, otites...) ont représenté 37% des absences mais seulement 12% des jours de maladie (graphique 30).

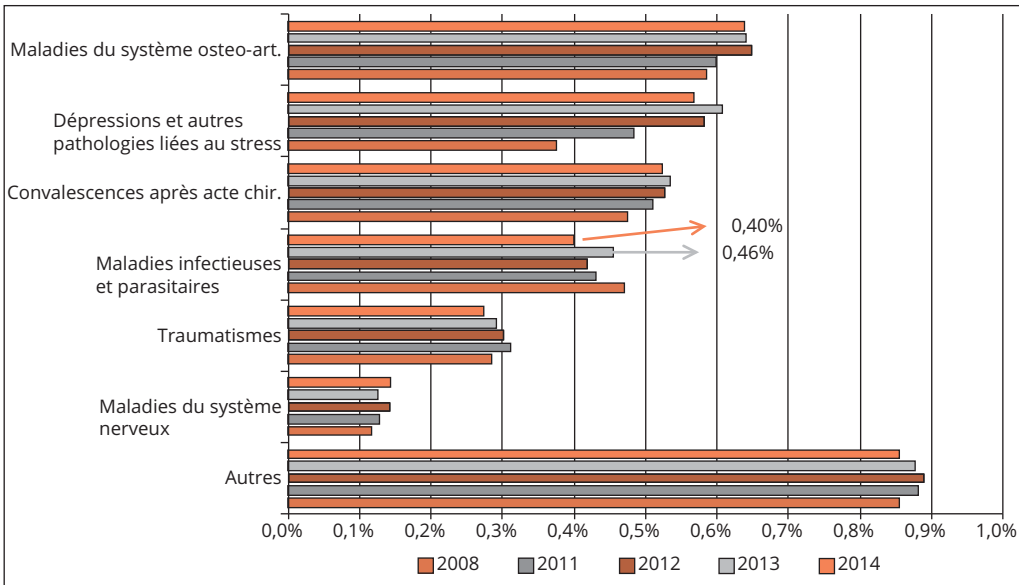
Graphique 30: Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences en 2014



Il y a également lieu de mentionner le fait que les maladies infectieuses et parasitaires sont la principale raison des arrêts de courte durée (moins de 21 jours). En 2014, ces maladies ont représenté 28,9% des jours de maladie de cette catégorie d'absences. En ce qui concerne les arrêts de longue durée, ce sont les dépressions et autres pathologies liées au stress qui en sont la cause principale. En 2014, ces maladies ont représenté 23,3% des jours de maladie de cette catégorie d'absences.

La décomposition du taux d'absentéisme des salariés résidents selon la raison médicale indique que la diminution du taux d'absentéisme observée en 2014 résulte principalement du recul des absences liées aux maladies infectieuses et parasitaires ainsi que des dépressions et autres pathologies liées au stress (graphique 31).

Graphique 31: Décomposition du taux d'absentéisme maladie selon la raison médicale - évolution entre 2008 et 2014



En effet, alors que le taux d'absentéisme des salariés résidents est passé de 3,53% en 2013 à 3,40% en 2014, la part des jours d'absence pour cause de maladies infectieuses et parasitaires dans l'ensemble des jours de travail théoriques est passée de 0,46% à 0,40%. Quant à la contribution correspondant aux dépressions et autres pathologies liées au stress, elle est passée de 0,61% à 0,57% et diminue pour la première fois depuis 2008.

3.3. ÉVOLUTION DES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MATERNITÉ

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

Tableau 23: Evolution à partir de 2012 des prestations en espèces de maternité (en millions EUR)

	2012	2013	2014
Prestations à charge de la CNS	114,8	121,2	126,6
Variation annuelle en %		+5,5%	+4,5%
dont Indemnités de maternité proprement dites	84,7	89,1	93,4
dont Indemnités de congé d'accueil	0,2	0,3	0,2
dont Indemnités pour femmes enceintes	22,4	23,1	23,7
dont Indemnités pour femmes allaitantes	0,0	0,0	0,0
dont Indemnités de congé pour raison familiale	7,6	8,7	9,2

Source : CNS, décomptes annuels.

Après une croissance de 5,5% en 2013, l'évolution des prestations en espèces de maternité a légèrement ralenti en 2014, affichant un taux de 4,5%. Ces dernières s'établissent ainsi à 126,6 millions EUR en 2014 contre 121,2 l'année passée (tableau 23).

3.4. ANALYSE DE L'ABSENTÉISME POUR CAUSE DE MATERNITÉ

3.4.1. Les bénéficiaires d'un congé de maternité

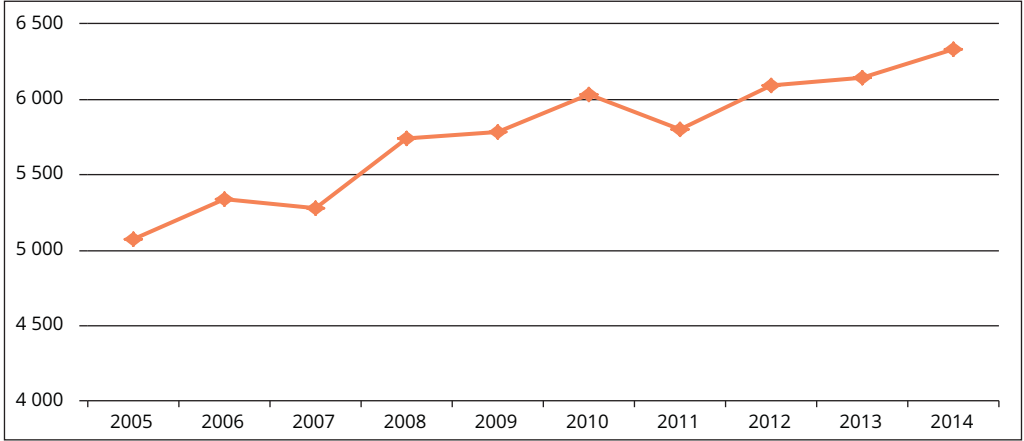
6 335 femmes, soit 4,0% de l'ensemble des femmes actives, ont bénéficié d'un congé de maternité en 2014 (ne sont pris en compte que les congés ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Par rapport à l'année passée, ce nombre a augmenté de 3,1% (tableau 24).

Tableau 24: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge en 2014

	Nombre	En % du total
<20 ans	3	0,0%
20-24	281	4,4%
25-29	1 584	25,0%
30-34	2 555	40,3%
35-39	1 542	24,3%
>= 40 ans	368	5,8%
TOTAL	6 333	100,0%
<i>Variation annuelle</i>	<i>3,1%</i>	

Entre 2005 et 2014, le nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité est passé de 5 075 à 6 333 ce qui constitue une augmentation moyenne de 2,5% par année (graphique 32).

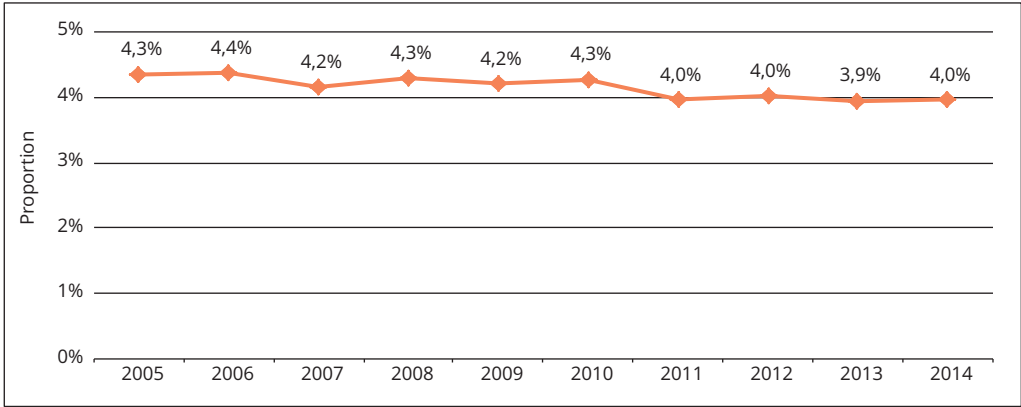
Graphique 32: Evolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité



La diminution du nombre de bénéficiaires du congé de maternité observée en 2011 provient d'une baisse des naissances qui a concerné aussi bien les résidentes que les frontalières. Depuis 2012, le nombre de bénéficiaires a recommencé à progresser.

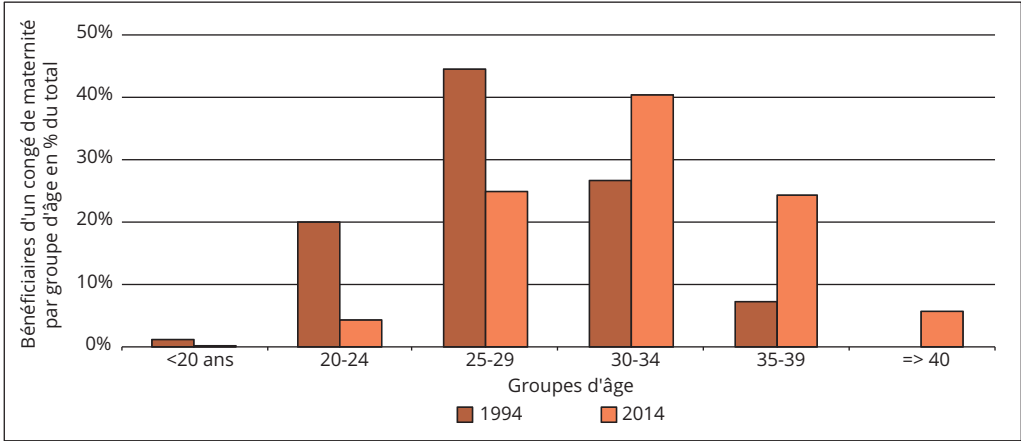
Etant donné que cette progression s'explique essentiellement par l'augmentation du nombre de femmes en emploi, elle ne se traduit pas par une augmentation de la proportion de femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité. En effet, sur la période 2011-2014, la proportion en question est restée stable à 4% alors qu'elle était de 4,3% en moyenne sur la période 2005-2010 (graphique 33).

Graphique 33: Evolution de la proportion des femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité



Concernant la répartition des bénéficiaires d'un congé de maternité selon l'âge, force est de constater que les comportements en termes de natalité ont profondément changé entre 1994 et 2014. Si en 1994 la très large majorité (66%) des bénéficiaires avait moins de 30 ans, on constate dorénavant que 70% des bénéficiaires sont âgées de 30 ans et plus (graphique 34).

Graphique 34: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 1994 et 2014



3.4.2. Accouchements multiples - accouchements prématurés

En cas d'accouchement prématuré ou multiple, le congé postnatal est prolongé pour une durée de 4 semaines.

7,8% des accouchements, liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2014, ont été prématurés et 1,7% ont été multiples (tableau 25).

Tableau 25: Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2014, selon le type et le groupe d'âge

Groupes d'âge	Multiple	Prématuré	Normal	TOTAL
<20 ans			3	3
20-24	5	20	256	281
25-29	19	110	1 455	1 584
30-34	44	200	2 311	2 555
35-39	30	131	1 381	1 542
>= 40 ans	11	35	322	368
TOTAL	109	496	5 730	6 333

3.4.3. Allaitement

Tout comme dans le cas des accouchements prématurés ou multiples, le congé postnatal est prolongé de 4 semaines pour les mères allaitantes. En 2014, cette prolongation a été accordée dans 82% des congés de maternité classiques.

Il ressort de la littérature médicale que l'âge de la mère est un des facteurs influant positivement sur le choix d'allaiter ou non son enfant. Le fait que la population concernée dans ce chapitre soit restreinte aux femmes actives pourrait expliquer que la relation entre l'âge de la mère et la proportion de femmes allaitantes ne soit pas véritablement prononcée (tableau 26).

Tableau 26: Proportion, par groupe d'âge, des accouchements suivis d'un allaitement, parmi l'ensemble des accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2014

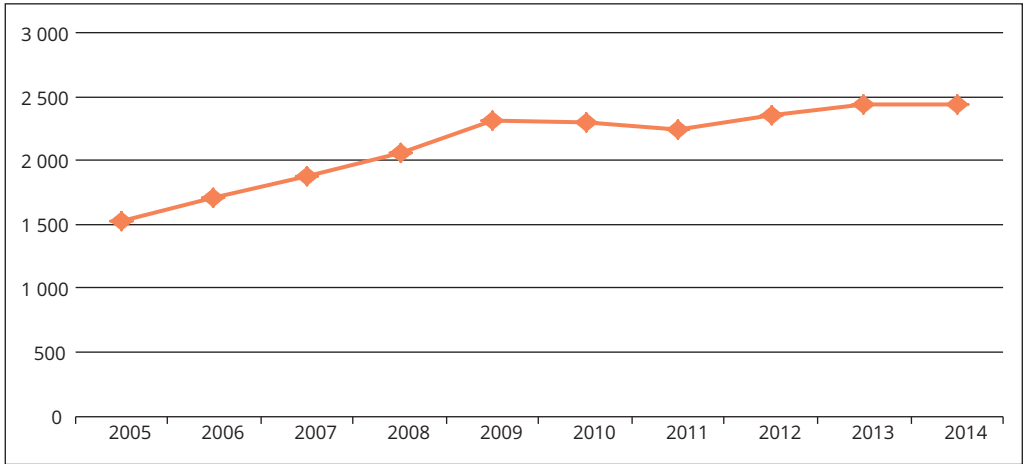
Groupes d'âge	Proportion
<20 ans	67%
20-24	74%
25-29	81%
30-34	83%
35-39	83%
>= 40 ans	79%
TOTAL	82%

3.4.4. Les dispenses de travail pour femmes enceintes

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

En 2014, 2 448 femmes ont bénéficié d'une dispense de travail (ne sont pris en compte que les dispenses ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Ce nombre est en progression de 0,5% par rapport à l'année passée (graphique 35).

Graphique 35: Evolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail



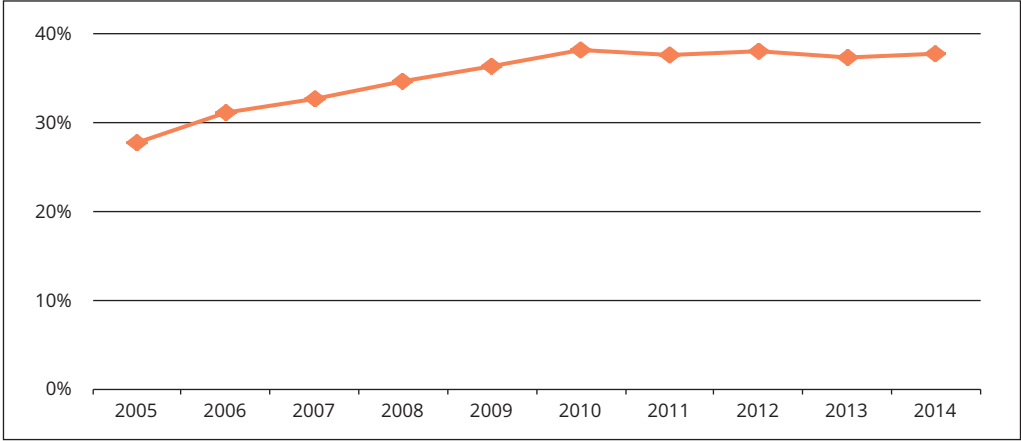
Entre 2005 et 2009, le nombre de dispenses a augmenté chaque année de 10,9% en moyenne. L'année 2010 a été marquée par un véritable freinage qui s'est confirmé en 2011. Depuis 2012, le nombre de dispenses accordées chaque année repart à la hausse.

Outre l'évolution du nombre de congé de maternité, reflétant l'évolution du nombre de femmes actives enceintes, les mécanismes de demande et d'attribution des dispenses jouent un rôle essentiel dans l'évolution du nombre de ces dernières. Le décalage, observé sur la période 2005-2009, entre l'évolution du nombre de congés de maternité (+3,3% en moyenne) et celle du nombre de dispenses (+10,9% en moyenne) est révélateur de l'influence des mécanismes en question.

Afin d'extraire de l'évolution du nombre de dispenses l'effet démographique, correspondant à l'évolution du nombre de congés de maternité, un nouvel indicateur doit être considéré. Il s'agit de la proportion de congés de maternité qui ont été précédés d'une dispense.

Après avoir augmenté tout au long de la période 2005-2010, la proportion de congés de maternité précédés d'une dispense s'est stabilisée autour de 38% à partir de 2011, traduisant par là un certain parallélisme entre l'évolution du nombre de congés de maternité et celle du nombre de dispenses (graphique 36).

Graphique 36: Evolution de la proportion de congés de maternité précédés d'une dispense



En 2014, quatre secteurs ont concentré à eux seuls plus de 80% des dispenses : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (38%), le secteur de l'hébergement et de la restauration (13%), le secteur des activités de services administratifs et de soutien (11%) et le secteur du commerce (19%) (tableau 27).

Tableau 27: Répartition sectorielle des dispenses ayant pris fin au cours de l'année 2014

SECTEUR REV2	Dispenses	
	Nombre	En % du total
Santé humaine et action sociale	922	37,6%
Commerce	475	19,4%
Hébergement et restauration	311	12,7%
Activités de services administratifs et de soutien	273	11,1%
Spectacles et loisirs, réparation d'articles domestiques et autres services	175	7,1%
Administration publique ^a , enseignement	78	3,2%
Industrie	76	3,1%
Transport	48	2,0%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	40	1,6%
Activités financières et d'assurance	18	0,7%
Information et communication	9	0,4%
Construction	8	0,3%
Immobilier	7	0,3%
Agriculture, sylviculture et pêche	6	0,2%
Non-déterminés	2	0,1%
TOTAL	2 448	100,0%

a. Les données du secteur Administration publique ne concernent ni les fonctionnaires ni les employés de l'Etat, qui bénéficient de la continuation de la rémunération en cas de maladie ou de maternité.

En particulier, dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale ainsi que dans le secteur de l'hébergement et de la restauration, près de 70% des congés de maternité ayant pris fin en 2014 ont été précédés d'une dispense (tableau 28). Ces secteurs ont la particularité de regrouper un grand nombre de métiers nécessitant une station debout prolongée.

Tableau 28: Proportion de congés de maternité, ayant pris fin au cours de l'année 2014, précédés d'une dispense, selon le secteur d'activité

SECTEUR REV2	Proportion
Santé humaine et action sociale	75%
Hébergement et restauration	69%
Activités de services administratifs et de soutien	60%
Commerce	57%
Autres secteurs	13%
TOTAL	38%

3.4.5. Le congé pour raisons familiales

Un assuré actif ayant à charge un enfant âgé de moins de 15 ans accomplis et nécessitant en cas de maladie grave, d'accident ou d'autres raisons impérieuses de santé la présence de l'un de ses parents peut prétendre à un congé pour raisons familiales. Sauf exception, le congé pour raisons familiales est limité à 2 jours par an et par enfant.

En 2014, 22 070 travailleurs, soit 5,5% des actifs, ont bénéficié d'un congé pour raisons familiales (ne sont pris en compte que les congés ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Cette proportion est stable par rapport à 2013 (5,5%). En absolu comme en relatif, ce sont les femmes qui y recourent le plus fréquemment (tableau 29).

Tableau 29: Proportion de travailleurs ayant bénéficié d'un congé pour raison familiale qui a pris fin au cours de l'année considérée

Année	Hommes	Femmes	Total
2012	3,1%	8,2%	5,1%
2013	3,5%	8,7%	5,5%
2014	3,5%	8,6%	5,5%

4. DONNÉES FINANCIÈRES

Deux réformes importantes aux cours des dernières années ont modifié l'organisation et le financement de l'assurance maladie-maternité. Ces réformes concernaient le système des prestations en espèces, le système des soins de santé et l'organisation de l'assurance maladie-maternité.

Une analyse des résultats financiers avant et après la date d'introduction de ces réformes successives nécessite une prise en compte de ces modifications.

4.1. SITUATION GLOBALE

Le tableau 30 retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité pour les exercices 2010-2014.

Tableau 30: Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité^a (en millions EUR)

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle)	711,07	724,34	742,44	761,00	775,17
Recettes					
Cotisations	1 155,1	1 262,8	1 332,6	1 396,7	1 465,0
Cotisations forfaitaires Etat	668,0	841,3	888,2	931,0	976,5
Autres contributions de l'Etat ^b	170,3	20,1	20,1	20,2	20,1
Autres recettes	30,9	35,9	31,6	32,6	34,9
TOTAL DES RECETTES COURANTES	2 024,2	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,6
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>4,3%</i>	<i>6,7%</i>	<i>5,2%</i>	<i>4,8%</i>	<i>4,9%</i>
Dépenses					
Frais d'administration	68,8	67,4	70,9	76,2	75,9
Prestations en espèces ^c	217,0	232,5	258,9	271,4	277,9
Prestations en nature	1 734,9	1 775,9	1 892,2	1 991,8	1 969,1
Autres dépenses	8,4	5,9	6,5	63,6	167,7
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	2 029,0	2 081,8	2 228,4	2 403,0	2 490,7
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,5%</i>	<i>2,6%</i>	<i>7,0%</i>	<i>7,8%</i>	<i>3,6%</i>
Solde des opérations courantes	-4,8	78,3	44,1	-22,5	5,9
Participation de l'Etat (en % des recettes courantes)	41,4%	39,9%	40,0%	40,0%	39,9%
Réserve globale	194,5	272,8	317,0	294,5	300,3
Réserve minimale ^d	111,6	114,5	144,8	180,2	211,7
Taux réserve globale / dépenses courantes	9,6%	13,1%	14,2%	12,3%	12,1%
Taux réserve minimum / dépenses courantes	5,5%	5,5%	6,5%	7,5%	8,5%
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	82,9	158,3	172,1	114,2	88,6
Taux de cotisation unique pour prestations en nature	5,40%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Taux d'équilibre de l'exercice		5,39%	5,56%	5,75%	5,66%

a. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions pour prestations, sans considérer cependant les " reports ".

Le Comité directeur de la CNS avait décidé fin 2013 de comptabiliser dorénavant sous forme de provisions les montants estimés pour soins de santé déjà délivrés, mais dont les factures n'ont pas encore été introduites. Ces nouvelles provisions sont surnommées " reports ".

b. L'article 14 de la loi du 27 décembre 2010 prévoit le paiement par l'Etat 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 la loi relative au budget des recettes et des dépenses de l'Etat jusqu'au 31 décembre 2018.

c. Y compris la part patronale dans les prestations.

d. A partir de 2010 : abaissement de la réserve minimale de 10% des recettes courantes à 5,5% en 2010 et 2011, à 6,5% en 2012, 7,5% en 2013 et 8,5% en 2014. En 2015 la réserve devra atteindre à nouveau 10%.

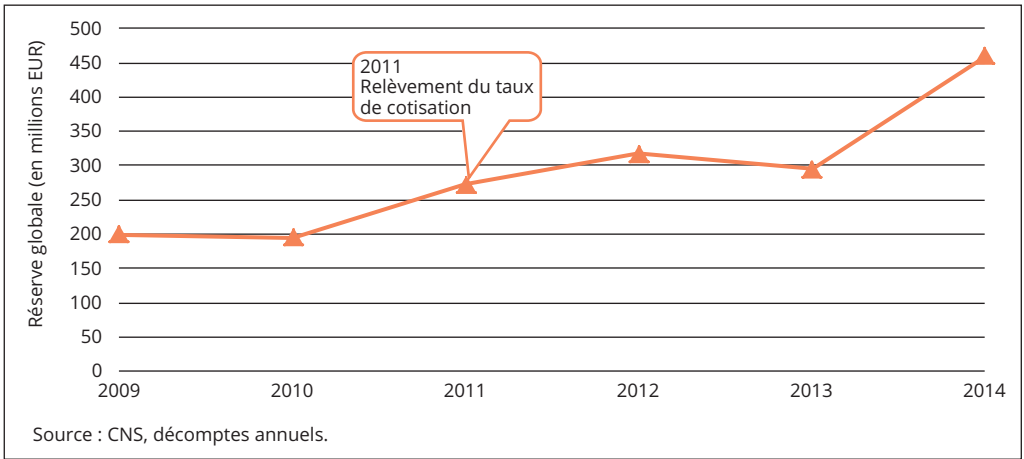
Source : CNS, décomptes annuels.

En 2014, les recettes effectives progressent de 4,9% s'alignant à l'évolution de 2012 (5,2%) et 2013 (4,8%). Contrairement à 2012 et 2013 cette augmentation des recettes a été plus rapide que celle des dépenses qui ont évolué de 3,6%. L'exercice 2014 a donc pu clôturer avec un solde des opérations courantes légèrement positif de 5,9 millions EUR.

L'excédent cumulé (88,6 millions EUR en 2014) a connu une baisse sensible depuis 2012, s'expliquant d'une part par une croissance plus élevée des dépenses que des recettes en 2013, d'autre part, par la reconstitution progressive de la réserve minimale à son niveau initial de 10% des dépenses courantes, atteint à partir de 2015. En effet, le niveau de la réserve minimale de 10%, prévu par l'article 28 du Code de la sécurité sociale, avait été abaissé à 5,5% en 2010 et 2011, à 6,5% en 2012, 7,5% en 2013 et 8,5% en 2014. A noter que la comptabilisation des dettes de la CNS envers les institutions de la sécurité sociale étrangères en 2013 (49 millions EUR) et en 2014 (160 millions EUR) a constitué une dépense supplémentaire importante.

Les graphiques 37 et 38 retracent l'évolution de la réserve globale à partir de 2009, tout en illustrant la sensibilité du système aux aléas de l'évolution économique.

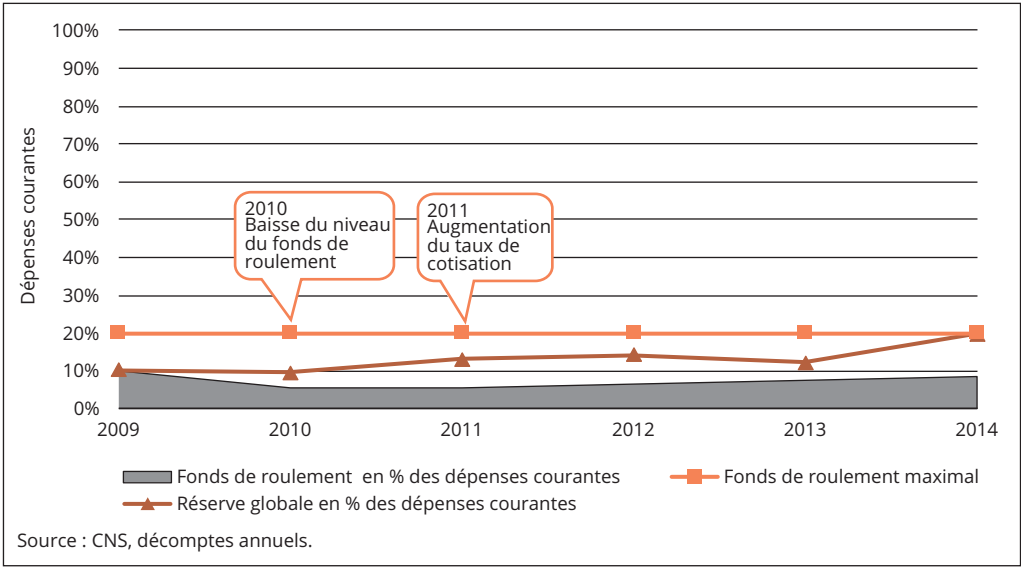
Graphique 37: La réserve globale en fin d'année en valeur absolue (en millions EUR)



En 2009, la crise économique et la situation tendue sur le marché de l'emploi avaient provoqué un ralentissement spectaculaire des rentrées en cotisations, menaçant sérieusement l'équilibre financier de la CNS.

Afin d'assainir durablement la situation financière de l'assurance maladie-maternité, le Gouvernement avait décidé d'engager une réforme en profondeur, votée en décembre 2010. Tout en attendant que les changements structurels prévus par la loi montrent leurs effets, des mesures d'économie quick-win (baisse du fonds de roulement, augmentation du taux de cotisation, stand-still, etc.) ont réussi à redresser la situation financière de l'assurance maladie à court terme.

Graphique 38: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2009 à 2014



Le graphique 38 présente l'évolution de la réserve par rapport aux dépenses courantes pour la période de 2009 à 2014. Bien qu'on puisse constater un excédent de financement apparemment important en valeur absolue, il faut retenir que celui-ci ne représente qu'un pourcentage réduit de la masse des dépenses. A rappeler également que pour les années 2010 à 2014, l'excédent est surévalué en raison de l'abaissement du taux de la réserve légale mentionné ci-avant.

Tableau 31: Equilibre financier de l'assurance maladie-maternité^a (en millions EUR)

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES COURANTES	2 024,2	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,6
DEPENSES COURANTES	2 029,0	2 081,8	2 228,4	2 403,0	2 490,7
Solde des opérations courantes	-4,8	78,3	44,1	-22,5	5,9
Réserve globale	194,5	272,8	317,0	294,5	300,3
Fonds de roulement minimum	111,6	114,5	144,8	180,2	211,7
Taux réserve minimum / dépenses courantes	5,5%	5,5%	6,5%	7,5%	8,5%
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	82,9	158,3	172,1	114,2	88,6

a. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions pour prestations, sans considérer cependant les " reports ".
Le Comité directeur de la CNS avait décidé fin 2013 de comptabiliser dorénavant sous forme de provisions les montants estimés pour soins de santé déjà délivrés, mais dont les factures n'ont pas encore été introduites. Ces nouvelles provisions sont surnommées " reports ".

Source : CNS, décomptes annuels.

En 2014, la décroissance sensible de l'excédent cumulé s'est poursuivie pour atteindre le niveau de 88,6 millions EUR, ce qui représente une baisse de -22% par rapport à 2013.

L'année 2013 s'était déjà clôturée avec une diminution de -34% par rapport à 2012 pour afficher un niveau de 114,2 millions EUR (tableau 31).

Il faut cependant tenir compte des circonstances ayant déclenché cette régression.

En 2013, elle est surtout due à l'augmentation des dépenses courantes suite à des provisions supplémentaires créées par des adaptations de la méthode comptable (+58,7 millions EUR en 2013) et à la prolongation de 6 semaines du délai d'introduction des décomptes des institutions de sécurité sociale étrangères (+49,1 millions EUR régularisés).

En 2014, un montant de 160 millions EUR (première tranche de remboursement comprenant environ 60% du total) de dettes envers les institutions de la sécurité sociale étrangères a été provisionné.

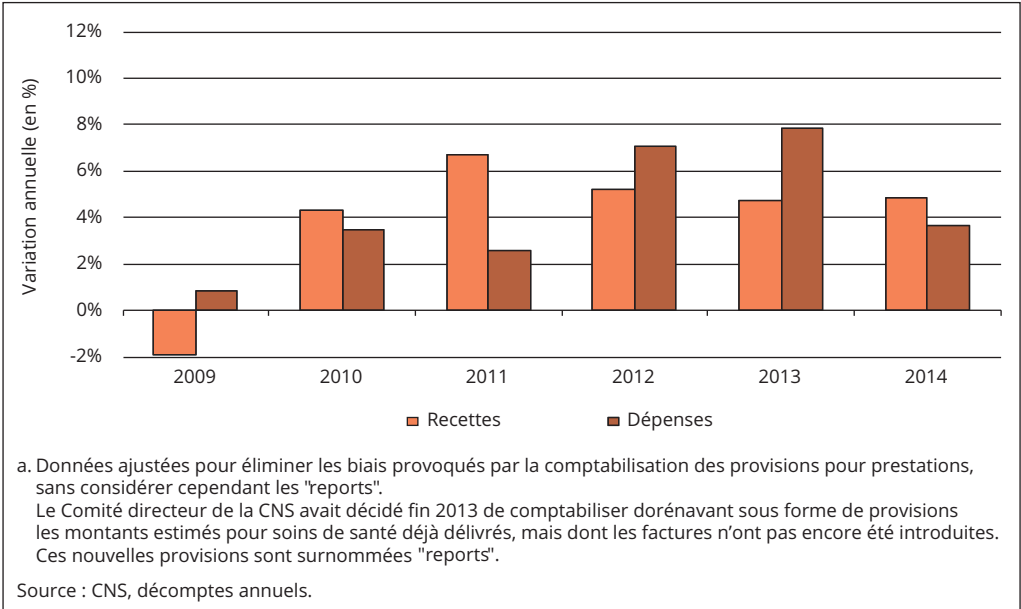
Du côté des recettes, on observe une hausse effective de 4,9%, croissance plus élevée que celle des dépenses effectives de 3,6%. Comme illustré par la suite, les recettes de l'assurance maladie-maternité proviennent essentiellement des cotisations en provenance des assurés et employeurs ainsi que de la participation de l'Etat.

En dehors de la dotation spéciale maternité (introduite pour compenser les dépenses supplémentaires résultant de l'intégration des frais pour soins de maternité dans le régime des prestations payées par l'assurance maladie-maternité), la participation de l'Etat provient principalement de la contribution forfaitaire de 40% sur l'ensemble des cotisations en provenance des assurés et employeurs.

L'évolution des recettes est donc principalement influencée par l'évolution de l'emploi, c'est-à-dire l'augmentation du nombre de personnes susceptibles de cotiser.

4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES

Graphique 39: Evolution des recettes et dépenses courantes ^a à partir de 2009



Le graphique 39 montre l'évolution des recettes et dépenses des 6 dernières années et illustre qu'après deux exercices marqués par un écart recettes / dépenses en faveur des dépenses, la situation s'est renversée en 2014 pour clôturer avec un excédent des recettes. La situation financière de l'assurance maladie-maternité en 2014 peut donc être considérée comme stable.

La reprise économique qui s'amorce et les mesures d'économies introduites et continuées depuis la réforme du système de soins de santé de 2010 sont à l'origine de cette amélioration. Il faut cependant souligner la fragilité de cet équilibre financier qui nécessite le maintien d'une politique budgétaire prudente et des réformes structurelles.

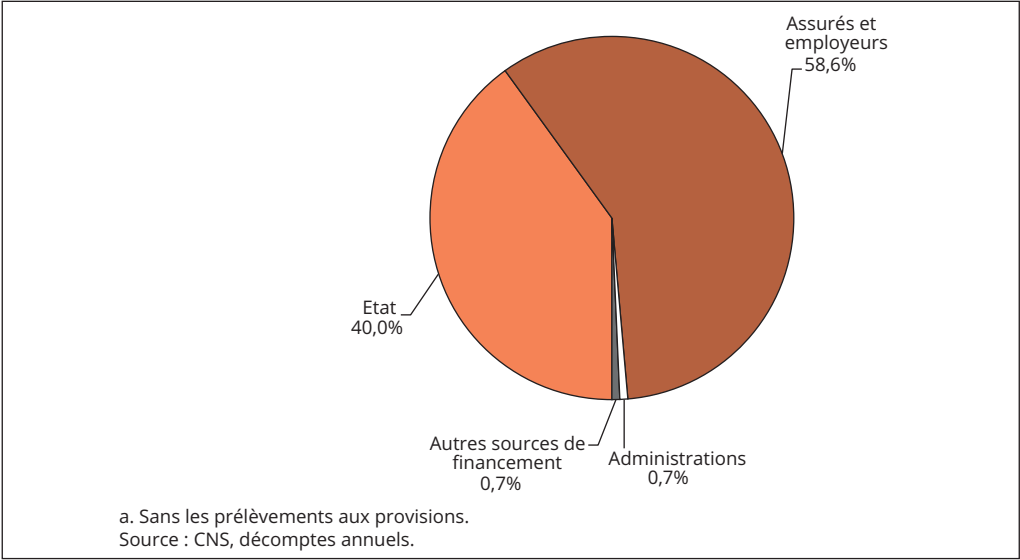
Le tableau 32 et le graphique 40 illustrent l'évolution des recettes, influencée par la participation de l'Etat et les cotisations payées par les assurés et employeurs.

Tableau 32: Evolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité^a (en millions EUR)

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
Etat	841,0	864,0	911,0	953,9	999,3
Assurés et employeurs	1 152,4	1 260,1	1 330,0	1 394,0	1 462,4
Administrations	12,8	14,2	14,8	16,7	17,5
Autres sources de financement	18,0	21,7	16,7	15,9	17,4
TOTAL RECETTES COURANTES	2 024,2	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,6

a. Sans les prélèvements aux provisions.
Source : CNS, décomptes annuels.

Graphique 40: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2014 ^a (en % du total)



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 verse depuis 2011 et cela jusqu'en 2015 une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les frais supplémentaires incombant à la CNS du fait de l'intégration des frais de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

La participation forfaitaire de l'Etat dans le financement de l'assurance maladie-maternité s'élève à 976,5 millions EUR en 2014, contre 931,0 millions EUR en 2013 (+4,9%). Les cotisations payées par les assurés et employeurs se chiffrent à 1 465,0 millions EUR, soit une augmentation de 4,9% par rapport à 2013.

4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

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

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 à une classe de risque dépend du taux d'absentéisme financier constaté au cours d'une fenêtre d'observation donnée.

Pendant une période transitoire qui a pris fin le 31 décembre 2012, les salariés occupés principalement à des tâches manuelles ont contribué au financement de la Mutualité, contribution qui a été reprise par la suite par l'Etat.

Tableau 33: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des Employeurs entre 2010 et 2014 (en millions EUR)

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES					
Cotisations	261	301	286	247	255
<i>dont Surprime</i>	73	76	37	4	0
Participation de tiers (Etat)	0	25	25	95	86
Autres recettes	1	2	2	1	1
TOTAL DES RECETTES COURANTES	262	328	313	342	342
<i>Variation annuelle en %</i>	-10,7%	25,2%	-4,4%	9,2%	0,0%

Tableau 33: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des Employeurs entre 2010 et 2014 (en millions EUR) (Suite)

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
DEPENSES					
Frais d'administration	1	1	1	1	1
Prestations en espèces	260	275	299	324	326
Autres dépenses ^{a b}	0	25	25	25	25
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	261	301	325	350	353
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>10,1%</i>	<i>15,2%</i>	<i>8,2%</i>	<i>7,7%</i>	<i>0,8%</i>
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	1	27	-12	-8	-11
Réserve globale	57	84	72	64	53
<i>dont fond de roulement à rembourser à l'Etat</i>	<i>27</i>	<i>27</i>	<i>10</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Réserve minimale	26	30	33	35	35
Taux réserve globale / dépenses courantes	21,9%	28,0%	22,1%	18,2%	15,0%
Taux réserve minimum / prestations	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Excédent / découvert cumulé (après op.sur réserve)	4	27	29	29	18
Taux de cotisation moyen	1,63%	1,79%	1,92%	1,81%	1,81%

- a. Transfert de la Mutualité des Employeurs au bénéfice des patrons des 25 millions EUR perçus par l'Etat en guise de compensation de l'augmentation du SSM intervenue au 1^{er} janvier 2011. Ce transfert n'ayant, pour des raisons techniques, pas pu avoir lieu en 2011, il apparaît deux fois dans le décompte 2012 de la Mutualité.
- b. Le décompte 2012 de la Mutualité des Employeurs fait apparaître une participation de tiers de 42 millions EUR. Ce montant se compose des 25 millions définis en a. ainsi que de 17 millions EUR correspondant à l'utilisation d'une partie du fond de roulement mis à disposition par l'Etat en 2009. Ces 17 millions ont toutefois déjà été comptabilisés en 2009 dans le volet recettes. Ils ne sont donc pas repris dans ce tableau. Idem pour les 10 millions restants du fond de roulement, utilisés en 2013.

Lors de la création de la Mutualité des Employeurs, en 2009, l'Etat a effectué un versement de 27 millions EUR à l'institution en tant que dotation initiale au fond de roulement.

Entre 2009 et 2011, les salariés occupés principalement à des tâches manuelles ont contribué au financement de la Mutualité en continuant de payer leurs cotisations pour l'assurance maladie, prestations en espèces, sur base du taux en vigueur avant 2009 à savoir 2,35% au lieu du taux de 0,25% applicable au 1er janvier 2009.

En 2012, la surprime supportée depuis 2009 par les " anciens ouvriers " est passée de 2,1% à 1% de la masse cotisable qui leur est associée. Afin de compenser partiellement cette moins-value, l'Etat est intervenu à raison de 17,1 millions EUR. Cette participation s'est en réalité faite par le biais du fond de roulement initial de 27 millions EUR qui a été mis à disposition de la Mutualité en 2009 et qui était destiné à être remboursée à l'Etat.

L'année 2013 a coïncidé avec la fin de la période transitoire au cours de laquelle les salariés occupés principalement à des tâches manuelles ont contribué au financement de la Mutualité. Afin de compenser cette perte de recettes pour la Mutualité, la participation de l'Etat a été rehaussée et s'est faite selon les modalités suivantes :

- 9,9 millions restants du fond de roulement initial de 27 millions EUR.
- 69,5 millions EUR fixés dans la loi budgétaire de 2013.

Malgré un solde des opérations courantes déficitaire de 8 millions EUR, l'excédent cumulé après opération sur réserve est resté, avec 29 millions EUR, relativement confortable.

La situation financière observée à l'issue de l'année 2014 a été comparable à celle de 2013 du fait d'une quasi-stagnation des dépenses et des recettes. Côté dépenses, la stabilisation s'est expliquée par le ralentissement de l'absentéisme pour cause de maladie. Côté recettes, l'augmentation des recettes de cotisations, imputable à l'accélération de la croissance de l'emploi, a été neutralisée par la réduction de la participation de l'Etat, du fait de l'application de l'article de 56 du CSS et malgré une subvention forfaitaire supplémentaire. La participation de l'Etat s'est faite selon les modalités suivantes :

- 41,0 millions EUR correspondant, conformément à l'article 56 du CSS, à 0,3% de l'assiette cotisable obligatoire.
- 20,5 millions en tant que dotation forfaitaire unique inscrite à l'article 40 de la loi du 19 décembre 2014 concernant le budget des recettes et dépenses de l'Etat pour l'exercice 2015.

Malgré un solde des opérations courantes déficitaire de 11 millions EUR, la Mutualité des Employeurs a affiché un excédent cumulé après opération sur réserve de 18 millions EUR.

Enfin, il convient de noter que la subvention forfaitaire de 25 millions EUR versée par l'Etat depuis 2011, à titre de compensation de l'augmentation du SSM, disparaîtra en 2016.



INTRODUCTION

Le cercle des personnes protégées de l'assurance dépendance est identique à celui de l'assurance maladie-maternité. Au 31 décembre 2014, 13 464 personnes sont prises en charge par l'assurance dépendance.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La loi du 19 juin 1998, modifiée par la loi du 23 décembre 2005, portant introduction d'une assurance dépendance a reconnu la dépendance comme un nouveau risque de la sécurité sociale au même titre que la maladie, l'accident de travail, l'invalidité et la vieillesse. L'assurance dépendance a pour objet de compenser les frais générés par le besoin d'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie.

Les actes essentiels de la vie comprennent:

- dans le domaine de l'hygiène corporelle: se laver, assurer son hygiène buccale, soigner sa peau et ses téguments, éliminer;
- dans le domaine de la nutrition: la préparation en vue de l'absorption d'une alimentation adaptée et l'assistance pour l'absorption de cette alimentation;
- dans le domaine de la mobilité: exécuter le transfert et les changements de position, s'habiller et se déshabiller, se déplacer, se tenir dans une posture adaptée, monter et descendre les escaliers, sortir du logement et y rentrer.

L'assistance d'une tierce personne consiste à effectuer, en tout ou en partie, à sa place les actes essentiels de la vie ou à surveiller ou à soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution autonome de ces actes (article 348 du Code de la sécurité sociale - CSS).

Pour être couvert par l'assurance dépendance, le besoin d'aides et de soins doit être important et régulier et représenter au moins trois heures et demie par semaine. En outre, l'état de dépendance doit, suivant toute probabilité, dépasser 6 mois ou être irréversible. Les personnes ne remplissant pas ces conditions, mais qui disposent d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs font également partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance (article 349 du CSS).

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les prestations de l'assurance dépendance peuvent être classées sous sept rubriques :

- les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, dans les trois domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité ;
- l'aide pour les tâches domestiques ;
- les activités de soutien ;
- les conseils ;
- les produits nécessaires aux aides et soins ;
- les aides techniques ;
- les adaptations du logement.

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 la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO).

La Caisse nationale de santé

La CNS assure la gestion de l'assurance dépendance. Elle prend les décisions individuelles sur base des avis émis par la CEO. Elle gère le budget de l'assurance dépendance.

La Cellule d'évaluation et d'orientation

Service public placé sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale et rattaché à l'Inspection générale de la sécurité sociale (article 386 alinéa 1 du CSS), la CEO a pour mission de constater l'état de dépendance et d'établir un plan de prise en charge reprenant les aides et soins requis par la personne dépendante.

Dans ce contexte, elle peut aussi, le cas échéant, proposer des mesures de rééducation et de réadaptation et proposer le maintien à domicile ou l'admission en établissement d'aides et de soins.

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.

Elle a également pour mission d'informer et de conseiller les personnes protégées et les instances concernées en matière de prévention de la dépendance et de prise en charge des personnes dépendantes.

Son organisation repose, en outre, sur trois instances de concertation :

- la Commission consultative ;
- la Commission de qualité des prestations ;
- l'Action concertée de l'assurance dépendance.

La Commission consultative

Composée de représentants du gouvernement, de représentants des bénéficiaires et des prestataires, des partenaires sociaux et de la CNS, elle donne son avis sur les instruments d'évaluation et de mesure de la dépendance, les projets d'actions expérimentales et la liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance.

La Commission de qualité des prestations

Composée de représentants du gouvernement, de représentants des prestataires et d'un expert en soins de santé proposé par l'association la plus représentative des patients, la Commission de qualité des prestations a pour mission d'élaborer des propositions de lignes directrices et de standards de référence notamment en matière de qualité des aides et soins, aides techniques et adaptations du logement.

L'Action concertée

Réuni à l'initiative du Ministre de la sécurité sociale, ce comité a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements d'aides et de soins et de proposer des améliorations de la situation et de la prise en charge des personnes dépendantes. Il rassemble les Ministres ayant dans leurs

attributions la Famille, la Santé et le Budget ou leurs représentants, les organisations œuvrant dans les domaines de la Santé, de la Famille et de l'Action sociale, ainsi que les associations représentant les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

FINANCEMENT

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

- Une **contribution dépendance** prélevée sur les revenus des personnes assurées.
- Une **contribution annuelle de l'Etat**.
- Une **redevance** assurance dépendance **du secteur de l'énergie**.

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 ou s'engager avec la CNS par un contrat de prestations de services¹.

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 à prester les aides et soins conformément au plan de prise en charge établi par la CEO et à fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité.

On distingue quatre catégories de prestataires

- les réseaux d'aides et de soins ;
- les centres semi-stationnaires ;
- les établissements d'aides et de soins à séjour continu ;
- les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

Pour le paiement des prestations, on applique une valeur monétaire spécifique aux prestations de chaque catégorie de prestataires. Ces valeurs monétaires sont négociées annuellement entre les prestataires et la CNS.

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.

Au 31 décembre 2014, 22 prestataires ont conclu un contrat en tant que réseau d'aides et de soins. On y compte 11 réseaux se destinant à l'ensemble de la population dépendante dans tout le pays et un réseau spécialisé dans la prise en charge de personnes atteintes de

1. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2010/0042/a042.pdf#page=2>

troubles psycho-gériatriques. 10 réseaux s'adressent spécifiquement aux personnes handicapées². Vu que le réseau d'aides et de soins doit apporter l'ensemble des prestations du maintien à domicile, le réseau intègre des centres semi-stationnaires ou s'assure 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, on trouve uniquement des centres accueillant les personnes durant la journée.

En décembre 2014, on comptait 52 centres semi-stationnaires, sous l'égide de 20 prestataires différents. 39 exercent leur activité sur base d'un agrément de centre psycho-gériatrique et 13 sont des centres de jour pour personnes handicapées³.

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 2014, on compte 52 établissements de ce type, dont 21 maisons de soins et 31 centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) qui ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS.

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

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

Ils répondent de façon prépondérante, aux besoins des personnes handicapées au sens de la loi du 12 septembre 2003 ainsi que des personnes bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire pour personnes handicapées⁴.

La singularité des établissements à séjour intermittent par rapport aux établissements 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 à séjour intermittent peut recevoir les prestations prévues pour les établissements durant son séjour à l'établissement. Il peut recevoir les prestations prévues pour le domicile, lorsqu'il séjourne à domicile. En outre, la loi permet que la répartition des prestations en nature et en espèces soit déterminée à terme échu (ex post). Ceci permet de tenir compte a posteriori des périodes effectives du séjour du bénéficiaire en établissement et à domicile. Cette possibilité n'est admise que dans le cas des établissements à séjour intermittent. Elle ne peut être appliquée pour les bénéficiaires à domicile dont la répartition des aides et soins entre le réseau et l'aidant informel est réalisée avant la décision.

Au 31 décembre 2014, on compte 40 structures disposant d'un contrat d'aide et de soins du type de l'établissement à séjour intermittent³.

2. Source: CNS.

3. Source: CNS.

4. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2014/0015/a015.pdf#page=13>

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 2014, l'assurance dépendance s'adresse à près de 230 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. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE

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

1.3.1. Les prestataires d'aides et de soins

Les chiffres des tableaux 1 et 2 portent sur le personnel employé dans le secteur des soins de longue durée. Ce sont des données communiquées à la CNS pour la négociation des valeurs monétaires.

Le personnel employé par le secteur des soins de longue durée (tableau 1) représente en 2013 un total de 8 746,7 équivalents temps plein. Parmi ce total, 59,1% sont occupés dans les établissements à séjour continu (maisons de soins et centres intégrés). Suivent les réseaux d'aides et de soins et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et finalement les centres semi-stationnaires qui occupent 4,8% de l'effectif total considéré. Le nombre d'effectif a connu une hausse de 3,2% entre 2012 et 2013 pour l'ensemble des prestataires.

Tableau 1: Evolution des effectifs du personnel ^{a b c}

	2011	En % du total	2012	En % du total	2013	En % du total
Réseaux d'aides et de soins	1 940,6	24,1%	2 107,3	24,9%	2 235,5	25,6%
Centres semi-stationnaires	377,9	4,7%	399,6	4,7%	419,4	4,8%
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	4 876,4	60,5%	5 053,9	59,6%	5 166,1	59,1%
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	864,2	10,7%	917,7	10,8%	925,7	10,6%
TOTAL	8 059,0	100,0%	8 478,5	100,0%	8 746,7	100,0%

a. Le personnel est exprimé en ETP.

b. Moyenne annuelle.

c. Source: données CNS.

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

Tableau 2: Evolution du personnel par qualification ^{a b c}

Type de prestataire	2011	2012	2013
Réseaux d'aides et de soins	1 940,6	2 107,3	2 235,5
Personnel d'assistance et de soins	1 755,3	1 914,7	2 028,1
Personnel socio-éducatif	37,2	33,1	40,1
Personnel administratif	127,9	133,9	142,3
Personnel technique et logistique	20,2	25,7	25,0
Centres semi-stationnaires	377,9	399,6	419,4
Personnel d'assistance et de soins	210,2	226,0	231,5
Personnel socio-éducatif	84,2	87,2	93,8
Personnel administratif	22,7	23,4	25,2
Personnel technique et logistique	60,8	63,0	68,9
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	4 876,4	5 053,9	5 166,0
Personnel d'assistance et de soins	3 432,5	3 569,8	3 467,1
Personnel socio-éducatif	113,3	128,2	143,2
Personnel administratif	235,3	258,3	260,9
Personnel technique et logistique	1 095,2	1 097,7	1 294,9
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	864,2	917,7	925,7
Personnel d'assistance et de soins	328,3	350,8	365,2
Personnel socio-éducatif	385,5	414,0	409,4
Personnel administratif	46,5	48,0	51,9
Personnel technique et logistique	103,9	104,9	99,3
TOTAL	8 059,0	8 478,5	8 746,6
<i>Variation en %</i>	8,1%	5,2%	3,2%
Nombre d'ETP prestant des soins	5 726,3	6 061,3	6 091,9
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	71,1%	71,5%	69,6%

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

En 2013, la plus forte croissance au niveau des ETP (+6,1%) est constatée pour les réseaux d'aides et de soins, suivis des centres semi-stationnaires (+4,9%) et des établissements d'aides et de soins à séjour continu (+2,22%). La croissance la plus faible est observée pour les établissements d'aides et de soins à séjours intermittent (+0,87%). L'analyse des ETP par qualification montre que la plus grande majorité de l'effectif se compose de personnel chargé des soins. Dans les réseaux, il représente 90,7% de l'ensemble du personnel employé en 2013.

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.

En cela, ils se distinguent fortement des trois autres types de prestataires. Enfin, au niveau de l'ensemble des prestataires, la part du personnel prestant directement auprès de la personne est en augmentation régulière.

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), ont obtenu 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. Une comparaison avec les moyennes calculées annuellement pour les besoins de la comptabilité de la CNS n'est pas possible.

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

La population des personnes dépendantes au 31 décembre 2014 peut se dessiner en quelques grands traits :

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

2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Tableau 3: Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance ^a

Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2000	5 810		5 735	98,7%
2001	6 632	14,1%	6 533	98,5%
2002	7 422	11,9%	7 292	98,2%
2003	8 250	11,2%	8 078	97,9%
2004	8 966	8,7%	8 776	97,9%
2005	9 528	6,3%	9 303	97,6%
2006	9 857	3,5%	9 612	97,5%
2007	10 249	4,0%	9 984	97,4%
2008	10 621	3,6%	10 327	97,2%
2009	11 159	5,1%	10 859	97,3%
2010	11 847	6,2%	11 512	97,2%
2011	12 386	4,5%	11 966	96,6%
2012	13 000	5,0%	12 561	96,6%
2013	13 375	2,9%	12 932	96,7%
2014 ^b	13 464	0,7%	13 038	96,8%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

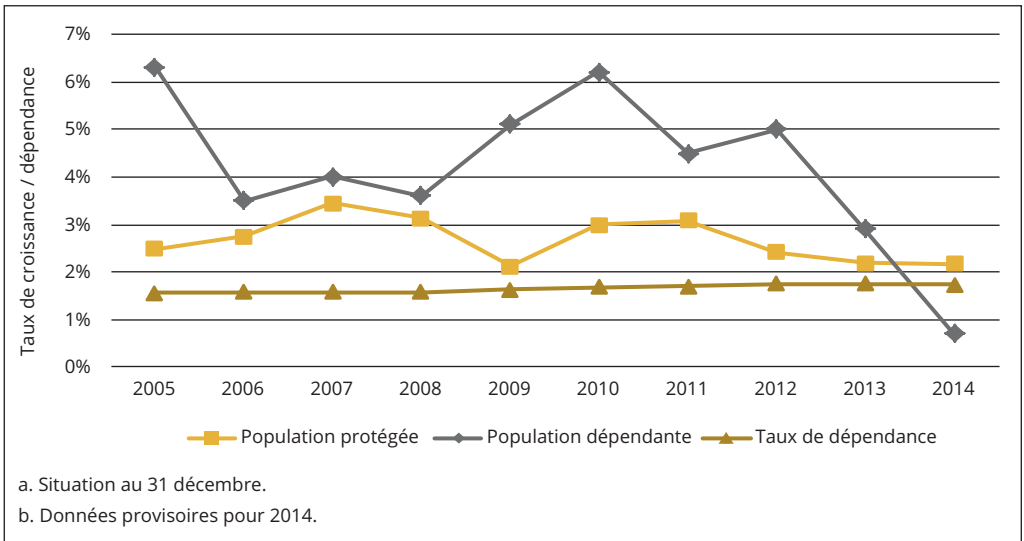
Depuis son instauration, le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance est en augmentation constante. Jusqu'en 2004 la vitesse de croissance était considérable, avec des taux avoisinant ou dépassant 10%. Après trois ans de croissance inférieure à 4%, l'augmentation annuelle observée entre 2009 et 2012 semble se stabiliser autour de 5%. Ensuite, un ralentissement de la croissance peut être observé. En 2014, le nombre de bénéficiaires augmente seulement de 0,7% (calcul provisoire) par rapport à 2013. Avec une croissance totale de 132%, le nombre de bénéficiaires a plus que doublé en 14 ans. Le tableau 3 illustre que la part des bénéficiaires non-résidents est restée relativement stable au courant des dernières années. Il convient de noter qu'au-delà du nombre de bénéficiaires par année repris dans cette partie (c.à.d. les personnes dépendantes qui au 31 décembre de l'année respective sont bénéficiaires sur base d'un plan de prise en charge), d'autres personnes ont reçu des prestations de l'assurance dépendance durant l'année en question (personnes rétablies, personnes décédées, bénéficiaires d'aides techniques ...).

Le graphique 1 met en parallèle le taux de croissance de la population protégée et celui de la population dépendante. Entre 2006 et 2008 les croissances des deux populations évoluaient quasiment en parallèle, celle de la population dépendante ayant pourtant toujours dominée celle de la population protégée.

De 2009 à 2012, l'écart se creuse de nouveau, et, sauf pour 2011, les taux de croissance de la population dépendante affichent plus du double de ceux de la population protégée. En 2013, le taux de croissance de la population dépendante ne se situe que légèrement au-dessus de celui de la population protégée et en 2014, il se situe pour la première fois en dessous du taux de croissance de la population protégée.

Le taux de dépendance en 2014 reste stable par rapport à 2013 avec 1,7% de la population protégée. Ce taux présente certes beaucoup d'intérêt si l'on envisage l'avenir financier de l'assurance dépendance. Toutefois, le nombre de personnes bénéficiant de prestations et résidant à l'étranger est très faible alors que la population protégée résidant à l'étranger est importante. Dans une perspective de politique sociale, il semble que le rapport de la population dépendante résidente à la population protégée résidente pourrait également présenter un certain intérêt. Ce rapport est beaucoup plus élevé que le taux de dépendance global (résidents et non-résidents). Au 31 décembre 2014, les personnes dépendantes au Luxembourg représentent 2,5% de la population protégée résidente. Le taux de dépendance des personnes ayant atteint au moins 65 ans s'élève quant à lui en 2014 à 13,7%.

Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance ^{a b}



Le maintien à domicile avant l'hébergement en institution était l'objectif majeur recherché par le législateur lors de l'introduction de l'assurance dépendance. En 2000, la part des bénéficiaires à domicile était de 59%, en 2014 cette part se situe à 67,4%, ce qui veut dire que plus de deux bénéficiaires sur trois reçoivent des prestations à domicile (tableau 4).

Le nombre de bénéficiaires à domicile diminue en 2014 de 0,5% par rapport à 2013, celui des bénéficiaires en établissement affiche une croissance de 3,1%.

Tableau 4: Evolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour ^a

Année	Domicile	En % du total	Variation en %	Etablissement	En % du total	Variation en %	Total	Variation en %
2012	8 851	68,1	+4,7	4 149	31,9	+5,5	13 000	+5,0
2013	9 122	68,2	+3,1	4 253	31,8	+2,5	13 375	+2,9
2014 ^b	9 079	67,4	-0,5	4 385	32,6	+3,1	13 464	+0,7

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Tableau 5: Evolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour ^a

Année	Domicile		Etablissement		Total		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
2012	3 627	5 224	986	3 163	4 613	8 387	13 000
2013	3 759	5 363	1 059	3 194	4 818	8 557	13 375
2014 ^b	3 759	5 320	1 090	3 295	4 849	8 615	13 464

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

En 2014, sur les 13 464 bénéficiaires, on recense 8 615 femmes, soit 64,0% de la population dépendante, et 4 849 hommes. Avec 77,5%, la grande majorité des hommes réside à domicile, tandis que chez les femmes ce même taux n'est que de 61,7%. Ainsi, les hommes représentent 41,4% des bénéficiaires à domicile, alors qu'ils ne représentent que 36,0% de l'ensemble des bénéficiaires (tableau 5). Sachant que l'âge moyen des bénéficiaires en établissement est beaucoup plus élevé, ce phénomène s'explique notamment par l'espérance de vie plus élevée des femmes.

Entre 2012 et 2014, on constate peu de variation au niveau des groupes d'âge et du lieu de séjour. Depuis l'introduction de l'assurance dépendance en 1999, l'âge moyen à domicile a cependant baissé de 1,5 ans et se situe à 65,6 ans en 2014. Par contre, l'âge moyen dans les établissements a augmenté de 2,9 ans depuis 2000 pour atteindre 84,6 ans en 2014. La différence d'âge moyen entre bénéficiaires à domicile et dans un établissement s'élève à 19 ans en 2014 (tableau 7).

Les personnes de moins de 60 ans sont peu nombreuses en établissement (et ceci, malgré l'intégration depuis 2007 d'une partie des institutions destinées aux personnes handicapées dans la catégorie des établissements à séjour intermittent⁵). La barre de 25% de bénéficiaires en établissement est franchie dans le groupe des septuagénaires, une répartition égale entre les bénéficiaires à domicile et les bénéficiaires en établissement étant observée dans le groupe des octogénaires. Même pour les personnes dépendantes qui dépassent 90 ans, plus de 35% résident à domicile (tableau 6).

5. Les modifications de la loi du 19 juin 1998 intervenues en 2005 ont ajouté deux nouveaux types de prestataires aux deux types existant précédemment, à savoir les établissements à séjour intermittent destinés aux personnes handicapées et les centres semi-stationnaires. Avant cette modification, entrée en application au 1^{er} janvier 2007, toutes les structures accueillant des personnes handicapées étaient considérées comme des réseaux intervenant pour des personnes à domicile. On notera que la loi donne à tous les prestataires la possibilité de conclure plusieurs types de contrats d'aides et de soins pour autant qu'ils établissent une comptabilité distincte pour chacun d'eux. La plupart des structures détiennent ainsi plusieurs types de contrats, ce qui explique probablement cette faible proportion de personnes de moins de soixante ans accueillies en établissement.

Tableau 6: Evolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour ^a

Groupes d'âge	2012			2013			2014 ^b		
	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total
0-19	854	0	854	896	0	896	921	0	921
20-39	563	0	563	575	0	575	575	1	576
40-59	1 204	39	1 243	1 228	46	1 274	1 190	46	1 236
60-69	992	160	1 152	1 014	169	1 183	1 032	173	1 205
70-79	1 831	690	2 521	1 837	679	2 516	1 796	679	2 475
80-89	2 790	2 234	5 024	2 883	2 297	5 180	2 843	2 316	5 159
>=90	617	1 026	1 643	689	1 062	1 751	722	1 170	1 892
TOTAL	8 851	4 149	13 000	9 122	4 253	13 375	9 079	4 385	13 464

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Tableau 7: Evolution de l'âge moyen et de l'âge median de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance ^a

	2012			2013			2014 ^b		
	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total
Age moyen	65,7	84,4	71,6	65,7	84,4	71,7	65,6	84,6	71,8
Age médian	75	85	80	75	85	80	75	86	80

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES

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

Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités de la détermination de la dépendance prévoit 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 et les personnes atteintes de spina bifida.

Pour les personnes atteintes de ces affections, 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. Les personnes présentant les affections décrites ci-dessus ont alors droit à une prestation en espèces forfaitaire correspondant à six heures d'aides et de soins.

En 2014, 437 personnes bénéficient de prestations forfaitaires. Ce groupe représente 4,8% de l'ensemble des bénéficiaires se trouvant à domicile. Une personne sur deux est atteinte de cécité et 4 personnes sur 10 est sourdes.

Depuis 2011, le groupe des bénéficiaires de prestations forfaitaires est resté relativement stable, tant au niveau des chiffres absolues, qu'au niveau de la composition du groupe.

Une analyse par sexe met en évidence que les hommes sont plus nombreux à présenter un déficit auditif, alors que les femmes sont plus nombreuses parmi les bénéficiaires de prestations en raison de cécité.

En ce qui concerne l'âge, il y a lieu de relever que les personnes bénéficiant d'un forfait en raison de spina bifida sont beaucoup plus jeunes que les bénéficiaires appartenant aux deux autres groupes. Les bénéficiaires de prestations en raison d'un déficit auditif présentent l'âge moyen le plus élevé.

Tableau 8: Répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type de forfait^{a b c}

Type	2012			2013			2014 ^d		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Surdité / troubles de la communication	86	76	162	90	80	170	91	82	173
C�c�t�	92	141	233	98	135	233	93	129	222
Spina bifida	21	15	36	22	19	41	22	20	42
TOTAL	199	232	431	210	234	444	206	231	437

- a. Art 305 point 3 du CSS.
- b. Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
- c. Nombre annuel.
- d. Données provisoires.

Tableau 9: Age moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type de prestation^{a b c}

Année	C�c�t�	Surdité / troubles de la communication	Spina bifida	Ensemble des bénéficiaires
2012	51,0	63,1	28,7	55,7
2013	51,8	62,4	28,3	55,2
2014 ^d	53,2	62,4	29,2	55,6

- a. Art 305 point 3 du CSS.
- b. Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
- c. Nombre annuel.
- d. Données provisoires.

2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs prestés dans le secteur extrahospitalier sont pris en charge par l'assurance dépendance.

Les bénéficiaires repris dans cette section sont regroupés par année de décès. Il ne s'agit donc pas du nombre de bénéficiaires au 31 décembre, mais du nombre de bénéficiaires décédés au courant de l'année.

En 2013, 543 personnes disposant d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs sont décédées (tableau 10). L'assurance dépendance n'intervient cependant que pour les prestations du secteur extrahospitalier. Les prestataires de l'assurance dépendance ont introduit des factures pour 254 personnes bénéficiant d'un accord et décédées en 2013 (situation en date du 10 mars 2015), dont 128 hommes et 132 femmes.

Tableau 10: Evolution du nombre de bénéficiaires d'un accord pour soins palliatifs par année de décès

	Année de décès		
	2011	2012	2013
Avec soins facturés	152	240	254
Sans soins facturés	296	339	289
Total	448	579	543

Les données qui suivent se limitent aux personnes pour lesquelles l'assurance dépendance est intervenue.

Le tableau 11 présente l'âge moyen et médian des bénéficiaires d'un accord. Il n'existe pas de grande différence entre hommes et femmes.

Tableau 11: Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian des bénéficiaires d'un accord soins palliatifs

	Année de décès		
	2011	2012	2013
Age moyen global	73,7	76,2	76,9
Hommes	73,9	75,3	76,3
Femmes	73,4	77,0	77,5
Age médian global	76,7	80,4	79,3
Hommes	76,3	80,6	79,0
Femmes	75,5	80,2	79,8

2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE

L'objet de l'assurance dépendance dans la loi du 19 juin 1998, modifiée par la loi du 23 décembre 2005, est de répondre au besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

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

La cause de la dépendance est établie lors de l'évaluation médicale. Il est rare que la dépendance soit liée à un seul diagnostic. Le protocole de l'évaluation prévoit de retenir 5 diagnostics à la base de la dépendance.

Ces diagnostics sont ordonnés selon leur incidence sur le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. Le médecin-conseil peut, en outre, retenir 5 autres diagnostics qui n'ont pas nécessairement un lien direct avec la dépendance. L'état de santé du demandeur peut ainsi être décrit par 10 diagnostics.

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 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 la CEO. 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 2014 (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.

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 2014 ^{a b} (en % du total)

Chapitre de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (ICD10)	Hommes	Femmes	Total
Chapitre I.			
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,7%	0,9%	0,9%
Chapitre II.			
Tumeurs	3,0%	2,7%	2,8%
Chapitre III.			
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,2%	0,1%	0,2%
Chapitre IV			
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,5%	2,2%	2,0%
Chapitre V.			
Troubles mentaux et du comportement	20,8%	20,0%	20,3%
Chapitre VI.			
Maladies du système nerveux	23,8%	15,2%	18,3%

Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2014 ^{a b} (en % du total) (Suite)

Chapitre de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (ICD10)	Hommes	Femmes	Total
Chapitre VII.			
Maladies de l'œil et de ses annexes	2,7%	2,8%	2,8%
Chapitre VIII.			
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1,2%	0,9%	1,0%
Chapitre IX.			
Maladies de l'appareil circulatoire	8,3%	7,6%	7,8%
Chapitre X.			
Maladies de l'appareil respiratoire	2,1%	1,3%	1,6%
Chapitre XI.			
Maladies de l'appareil digestif	0,4%	0,4%	0,4%
Chapitre XII.			
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,1%	0,1%	0,1%
Chapitre XIII.			
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	8,1%	19,6%	15,5%
Chapitre XIV.			
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,7%	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	0,4%	0,1%	0,2%
Chapitre XVII.			
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	5,0%	2,3%	3,3%
Chapitre XVIII.			
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	9,0%	10,9%	10,2%
Chapitre XIX.			
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	3,7%	5,4%	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	2,2%	2,0%	2,1%
Cause non codée	5,8%	4,8%	5,2%
TOTAL	100%	100%	100%

- a. Situation au 31 décembre 2014.
b. Données provisoires.

2.4.2. Les causes de la dépendance selon la classification établie par la CEO

Une description plus détaillée de la classification établie par la CEO est reprise dans le tableau 13.

Tableau 13: Classification des causes de la dépendance selon la CEO

Groupe	Libellé	Commentaire
1	Démence et troubles des fonctions cognitives	Diagnostics se rapportant à la maladie d'Alzheimer, démence vasculaire et toutes les autres formes de démence quelle qu'en soit la cause, y compris les démences sans précision.
2	Troubles psychiatriques	Diagnostics se rapportant aux syndromes dépressifs, névroses et psychoses, à l'exclusion des diagnostics de démence et de retard mental.
3	Maladies du système cardio-vasculaire	Diagnostics ayant trait à l'insuffisance cardiaque et pulmonaire ainsi que toutes les autres affections du système cardio-pulmonaire.
4	Maladies du système nerveux	Affections du système nerveux central (essentiellement les séquelles d'AVC (accidents vasculaires-cérébraux), maladies de Parkinson, sclérose en plaques, paraplégies et paralysies infantiles) ou périphérique (essentiellement les polynévrites)).
5	Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	Diagnostics ayant trait aux malformations congénitales, les retards du développement moteur ou mental ainsi que les anomalies chromosomiques.
6	Maladies du système ostéo-articulaire	Maladies rhumatologiques et orthopédiques.
7	Troubles sensoriels	
8	Tumeurs malignes	
9	Autres	On retrouve ici tous les diagnostics qui ne relèvent pas des autres catégories.

En se référant à cette classification (tableaux 14 et 15), on distingue trois grandes tendances dans les causes de dépendance:

- les maladies du système ostéo-articulaire ;
- les maladies du système nerveux ;
- les démences et troubles des fonctions cognitives.

Le cumul des effectifs de ces trois groupes représente 58,9% de la population dépendante au 31 décembre 2014, soit près de deux tiers du total des bénéficiaires.

Les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance. Elles concernent près de 24,5% des bénéficiaires. Elles sont suivies par les maladies du système nerveux et par la démence et troubles des fonctions cognitives.

En fonction de l'âge du bénéficiaire, on constate que les malformations congénitales et retards du développement moteur et mental constituent la première cause de dépendance chez les jeunes de moins de 20 ans. Les maladies du système nerveux deviennent ensuite la cause principale jusqu'à l'âge de 70 ans. Les maladies du système ostéo-articulaires, deuxième cause chez les quinquagénaires et les sexagénaires, prennent la première place au-delà des 70 ans.

Les démences et troubles des fonctions cognitives, peu répandues avant 70 ans sont la cause de dépendance pour plus d'un quart des cas au-delà de l'âge de 80 ans.

Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2014 ^{a b} (en % du total)

Classification CEO	0-19	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Groupe 1.								
Démences et troubles des fonctions cognitives	0,2%	0,5%	1,1%	6,3%	16,0%	24,3%	25,8%	16,6%
Groupe 2.								
Troubles psychiatriques	25,2%	9,0%	9,6%	12,0%	8,1%	4,2%	3,6%	7,7%
Groupe 3.								
Maladies du système cardio-vasculaire	0,0%	0,2%	2,4%	5,4%	8,4%	10,0%	9,2%	7,4%
Groupe 4.								
Maladies du système nerveux	21,5%	31,8%	32,9%	28,5%	21,0%	12,2%	6,7%	17,8%
Groupe 5								
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	41,7%	33,7%	13,8%	6,1%	1,8%	0,3%	0,2%	6,6%
Groupe 6.								
Maladies du système ostéo-articulaire	1,6%	4,5%	12,5%	16,8%	22,9%	31,2%	38,6%	24,5%
Groupe 7.								
Troubles sensoriels	2,5%	10,4%	7,6%	4,4%	2,8%	3,2%	3,3%	3,9%
Groupe 8.								
Tumeurs malignes	1,3%	1,2%	4,0%	3,8%	3,8%	2,4%	1,4%	2,7%
Groupe 9.								
Autres	2,6%	2,6%	8,5%	9,7%	9,7%	7,8%	7,0%	7,7%
Cause non codée	3,4%	6,1%	7,5%	7,0%	5,5%	4,5%	4,3%	5,2%
Nombre de bénéficiaires	921	576	1 236	1 205	2 475	5 159	1 892	13 464

a. Situation au 31 décembre 2014.
b. Données provisoires.

Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2014 ^{a b} (en % du total)

Classification CEO	Femmes			Hommes		
	Etablis- sement	Domicile	Total	Etablis- sement	Domicile	Total
Groupe 1.						
Démences et troubles des fonctions cognitives	32,8%	10,0%	18,7%	28,8%	8,0%	12,7%
Groupe 2.						
Troubles psychiatriques	6,5%	6,3%	6,4%	10,5%	9,7%	9,9%
Groupe 3.						
Maladies du système cardio-vasculaire	6,0%	8,1%	7,3%	7,2%	7,6%	7,5%
Groupe 4.						
Maladies du système nerveux	11,0%	15,7%	13,9%	19,9%	26,4%	24,9%
Groupe 5.						
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	0,5%	7,1%	4,6%	1,5%	12,7%	10,1%
Groupe 6.						
Maladies du système ostéo-articulaire	28,7%	30,3%	29,7%	19,0%	14,3%	15,4%
Groupe 7.						
Troubles sensoriels	2,2%	4,8%	3,8%	1,7%	4,7%	4,0%
Groupe 8.						
Tumeurs malignes	1,5%	3,2%	2,5%	1,1%	3,4%	2,9%
Groupe 9.						
Autres	6,8%	9,1%	8,2%	5,8%	7,1%	6,8%
Cause non codée	4,0%	5,3%	4,8%	4,6%	6,1%	5,8%
Nombre de bénéficiaires	3 295	5 320	8 615	1090	3 759	4 849

a. Situation au 31 décembre 2014.

b. Données provisoires.

3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les prestations de l'assurance dépendance peuvent être classées sous sept rubriques :

- les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, dans les trois domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité ;
- l'aide pour les tâches domestiques ;
- les activités de soutien ;
- les conseils ;
- les produits nécessaires aux aides et soins ;
- les aides techniques ;
- les adaptations du logement.

Dans la présente section, ces prestations seront présentées sous deux angles.

La première partie de la section portera sur les prestations telles qu'elles sont reprises dans le plan de prise en charge. Ce sont les prestations requises, c'est-à-dire les prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation.

La deuxième partie de la section sera consacrée aux prestations facturées, c'est-à-dire aux dépenses de l'assurance dépendance pour la couverture de ces prestations.

3.1. LE PLAN DE PRISE EN CHARGE: LES PRESTATIONS REQUISES

Encadré méthodologique

Les chiffres de cette première partie du chapitre présentent les prestations requises, c'est-à-dire les prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation. Il s'agit des prestations nécessaires aux personnes dépendantes, telles qu'elles sont déterminées par la CEO et retenues dans le plan de prise en charge. Il ne s'agit pas des aides et soins qui sont facturés et remboursés par la CNS.

En outre, ces chiffres se basent sur le temps requis non pondéré. Le temps non pondéré d'aides et de soins pour les trois domaines des actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et les activités de soutien, présente la durée réelle des prestations accordées au bénéficiaire. Le " requis " rend compte du droit de la personne. On rappellera cependant que la personne a droit à des actes d'aides ou de soins et non à une durée de présence. Le temps permet cependant une mesure objective, susceptible de comparaison, raison pour laquelle il est utilisé pour la présentation du rapport.

Les différents plafonds fixés dans la loi tiennent compte de pondérations. Dans ce rapport, nous présentons le temps non pondéré. De la sorte, il est possible de mesurer le temps réel d'aides et de soins accordé aux bénéficiaires de l'assurance dépendance. Pour les actes essentiels de la vie, les pondérations par le coefficient d'intensité n'entrent pas en ligne de compte car tous les aides et soins sont prodigués par un seul professionnel à une personne dépendante.

En revanche, ceci s'applique tout particulièrement aux activités de soutien et plus directement aux activités de soutien en groupe. Le coefficient d'intensité appliqué à la durée d'une activité spécialisée en groupe est de 0,25. Il est de 0,125 pour une activité non spécialisée en groupe. A partir du 1^{er} janvier 2007, le plafond pour les activités de soutien a été fixé à 14 heures par semaine. Il est convenu qu'un groupe d'activités spécialisées correspond à quatre personnes et un groupe d'activités de soutien non spécialisées correspond à 8 personnes. Alors que la loi fixe le plafond des activités de soutien à 14 heures, le temps non pondéré passé auprès de la personne peut donc atteindre 112 heures pour les activités de soutien en groupe.

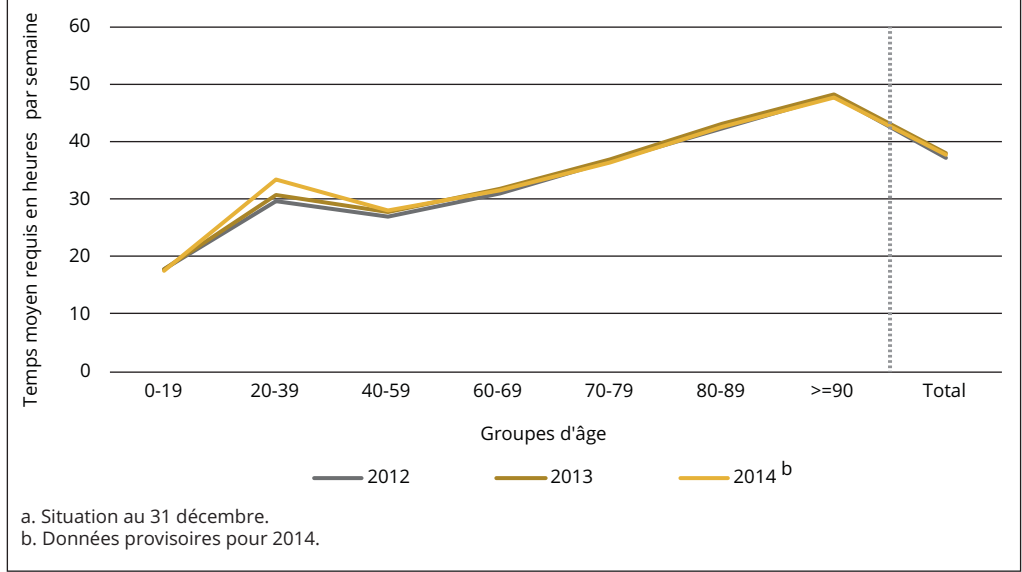
De ce temps requis, les activités de conseil sont exclues car elles constituent une prestation qui ne se répète pas. Elle est retenue sous forme de capital à consommer sur une période déterminée.

3.1.1. Temps total non pondéré requis

Le temps moyen non pondéré requis par semaine reste stable par rapport à 2013 avec 37,7 heures en 2014.

Comme le montre le graphique 2 le temps total moyen requis augmente avec l'âge du bénéficiaire, et ceci est vrai pour les trois années considérées. Aux âges les plus élevés, les personnes dépendantes bénéficient des temps moyens requis les plus élevés : la moyenne de la classe d'âge des septuagénaires se situe légèrement en dessous de la moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires. Pour cette classe, le temps moyen requis représente 36,4 heures. Les nonagénaires bénéficient d'un temps moyen requis équivalant à 47,7 heures par semaine, soit 10 heures de plus que la moyenne générale.

Graphique 2: Temps moyen requis par semaine et groupe d'âge du bénéficiaire ^a



Le temps moyen requis pour les femmes est également supérieur à la moyenne générale. Il est de 39,3 heures par semaine contre 34,8 heures par semaine pour les hommes.

Le temps moyen requis pour les bénéficiaires accueillis en établissement d'aides et de soins correspond à 57,8 heures par semaine alors qu'il représente 28,0 heures pour les bénéficiaires séjournant à domicile.

Ces différentes observations réclament un examen plus attentif portant sur le détail des différents volets de prestations. Cet examen permettra de localiser plus précisément les différentes sources de variation.

Tableau 16: Répartition des bénéficiaires selon le temps total non pondéré requis par semaine ^a

Classes de temps	2012	En % du total	2013	En % du total	2014 ^b	En % du total
De 3,5 à 13,99 h	4 131	31,8%	4 231	31,6%	4 263	31,7%
De 14 à 23,99 h	1 928	14,8%	1 938	14,5%	1 888	14,0%
De 24 à 33,99 h	773	5,9%	736	5,5%	686	5,1%
De 34 à 43,99 h	1 059	8,1%	1 104	8,3%	1 251	9,3%
De 44 à 63,99 h	2 065	15,9%	2 077	15,5%	2 210	16,4%
>= 64h	3 044	23,4%	3 289	24,6%	3 166	23,5%
TOTAL	13 000	100,0%	13 375	100,0%	13 464	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Tableau 17: Evolution du temps total moyen requis par semaine ^a

Année	En minutes	En heures	Variation en %	Nombre de bénéficiaires
2012	2 230	37,2	2,8%	13 000
2013	2 272	37,9	1,9%	13 375
2014 ^b	2 262	37,7	-0,4%	13 464

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

En 2014, on constate une stagnation par rapport à 2013 au niveau du temps total moyen requis (tableau 17).

3.1.2. Analyse du détail des prestations requises

3.1.2.1. Les prestations pour les actes essentiels de la vie

Les prestations pour les actes essentiels de la vie sont celles que la loi définit comme les aides et soins pour les actes relevant des domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité.

La durée maximale de l'aide est en principe fixée à 24,5 heures par semaine. En application de la loi du 23 décembre 2005 sur l'assurance dépendance, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2007, le plafond pour les actes essentiels de la vie peut être porté de 24,5 heures à 38,5 heures pour des situations d'une gravité exceptionnelle.

De plus, la loi prévoit que des fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance de la personne peuvent justifier la délivrance d'aides et de soins dans le domaine des actes essentiels de la vie en dépassement du plan de prise en charge. Dans ces cas, les prestataires peuvent, sous certaines conditions et dans certaines limites, prêter ces actes sans toutefois dépasser un supplément de 3,5 heures par semaine. Les prestations délivrées dans ce contexte ne peuvent évidemment pas être analysées au titre de prestations requises.

Pour se faire une première idée de l'évolution du temps requis pour les actes essentiels de la vie, on peut examiner, à l'instar de ce qui a été fait pour le temps total non pondéré requis, la répartition des bénéficiaires par classes. Ces classes ont été construites par paliers de 3,5 heures ⁶.

Dans l'ensemble, on peut conclure à une certaine stabilité dans l'évolution du temps requis pour les actes essentiels de la vie. La répartition des bénéficiaires selon les différentes classes de temps n'affiche guère de variations sur les dernières années.

La moyenne du temps requis de 12,3 heures en 2014 pour les plans disponibles à la fin de l'année ne montre que peu de variation par rapport aux années précédentes. L'écart entre le temps moyen requis pour les femmes et les hommes s'élève à 8 minutes en 2014.

Le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie des bénéficiaires en établissement affiche une légère diminution par rapport à 2013 de 0,4 heures pour atteindre 16,9 heures en 2014. Le temps moyen requis pour les bénéficiaires à domicile est par contre resté constant à 10,1 heures.

Tableau 18: Répartition des bénéficiaires par classes de temps requis pour les actes essentiels de la vie ^a

Classes de temps	2012	En % du total	2013	En % du total	2014 ^b	En % du total
De 3,5 à 6,99 h	4 356	33,5%	4 573	34,2%	4 731	35,1%
De 7 à 10,49 h	2 172	16,7%	2 215	16,6%	2 229	16,6%
De 10,5 à 13,99 h	1 465	11,3%	1 459	10,9%	1 417	10,5%
De 14 à 17,49 h	1 186	9,1%	1 171	8,8%	1 143	8,5%
De 17,5 à 20,99 h	1 121	8,6%	1 135	8,5%	1 137	8,4%
De 21 à 24,49 h	870	6,7%	890	6,7%	883	6,6%
De 24,5 à 38,5 h	1 424	11,0%	1 524	11,4%	1 513	11,2%
Prestation forfaitaire	406	3,1%	408	3,1%	411	3,1%
TOTAL	13 000	100,0%	13 375	100,0%	13 464	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Tableau 19: Evolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV) ^a

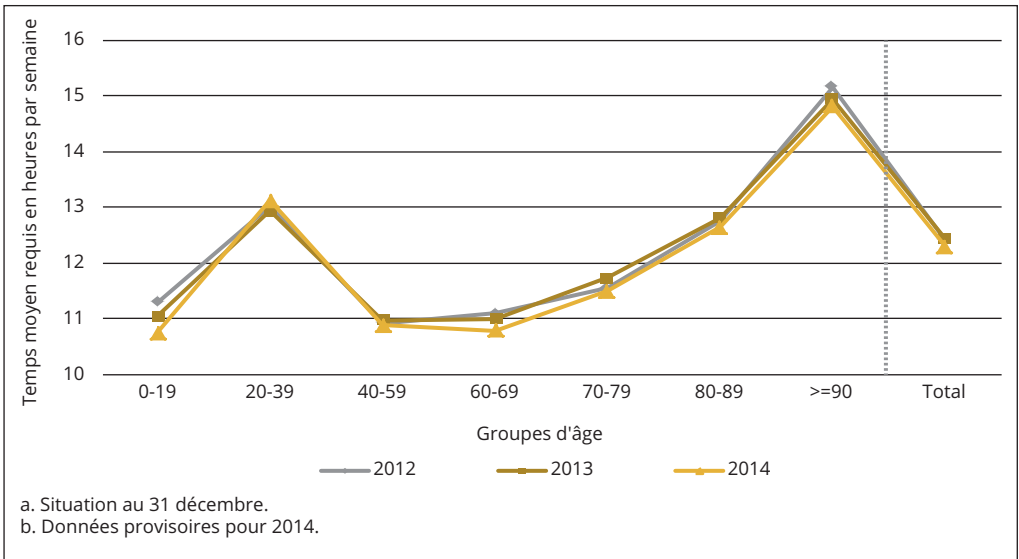
Année	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
2012	744	12,4	13 000
2013	746	12,4	13 375
2014 ^b	737	12,3	13 464

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

6. Ce choix est justifié par la référence à des paliers de même valeur dans l'assurance dépendance (besoin minimum, calcul de la prestation en espèces...).

Graphique 3: Evolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupes d'âge^{a b}



3.1.2.2. Les tâches domestiques

Pour rappel, la loi distingue deux forfaits pour les tâches domestiques. Le premier est destiné à couvrir les tâches domestiques normales. Il correspond à 2,5 heures par semaine. Le second, à hauteur de 1,5 heure supplémentaire par semaine, est destiné à couvrir des tâches domestiques exceptionnelles liées à l'état de dépendance.

Comme toutes les prestations de l'assurance dépendance, les tâches domestiques sont accordées pour répondre à un besoin spécifique et identifié. Le forfait normal est une prestation accordée à presque tous les bénéficiaires, à l'exception des bénéficiaires de dispositions particulières. Ce forfait est accordé à 96,5% des bénéficiaires d'aides et soins en 2014. Parmi ceux-ci, 1,6% reçoivent le forfait pour tâches domestiques exceptionnelles.

Les modifications légales de 2005 avaient supprimé, à partir du 1^{er} janvier 2007, la prestation forfaitaire de 2,5 heures pour les tâches domestiques dans les établissements d'aides et de soins. Cette prestation faisait double emploi avec le prix de base mensuel payé par la personne hébergée. Une partie de ce prix était destinée à couvrir les tâches domestiques. Toutefois, le forfait de 1,5 heures par semaine avait été maintenu (Art. 357, paragraphe 2).

Par dérogation à cet article, l'assurance dépendance prend, de manière transitoire, en charge les tâches domestiques à raison de deux heures et demie par semaine au profit des personnes dépendantes séjournant dans un établissement d'aides et de soins au sens des articles 390 et 391 du Code de la sécurité sociale.

Ainsi, pour les années 2010 - 2014, la loi relative au budget des recettes et des dépenses de l'Etat prévoit ainsi la prise en charge des tâches domestiques en établissement par un forfait s'élevant à 154,2 minutes par semaine (71,4 minutes pour les charges imputables indirectement et 82,8 minutes pour les charges imputables directement aux personnes dépendantes).

3.1.2.3. Les activités de soutien

Tableau 20: Les activités de soutien dans le cadre de l'assurance dépendance

	Spécialisées	Non spécialisées
Individuelles	Activités de soutien à l'hygiène corporelle Activités de soutien à la nutrition Activités de soutien à la mobilité	Surveillance / garde à domicile Accompagnement pour des courses et démarches administratives
En groupe	Activités spécialisées de soutien en groupe (groupes de quatre personnes guidées par un soignant)	Activités non spécialisées de soutien en groupe (groupes de 8 personnes guidées par un soignant)

Les activités de soutien constituent une forme originale de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance du Grand-Duché de Luxembourg.

Elles ont été redéfinies en 2006. Leur contenu a été centré sur les actes essentiels de la vie et la qualité des soins plutôt que sur la qualité de vie.

Elles ont pour objectif de maintenir voire de restaurer les capacités de la personne à exécuter les actes essentiels de la vie de façon autonome. Dans un certain nombre de situations, lorsque le bénéficiaire séjourne à domicile, elles ont également pour but de permettre à l'aidant informel de prendre du répit.

Actuellement, on distingue plusieurs formes de prestations (tableau 20). Les activités de soutien ne sont pas prises en compte pour le calcul du minimum de prestations requises pour bénéficier de l'assurance dépendance. Lorsque le demandeur satisfait à ce minimum, il peut aussi prétendre aux autres prestations de l'assurance dépendance, notamment les activités de soutien et, lorsqu'il se trouve à domicile, les activités de conseil.

Avec une augmentation de 1,1% en 2014, le nombre de bénéficiaires concernés par les activités de soutien continue à croître plus vite que le nombre total des bénéficiaires (0,7%). Mais la croissance observée est beaucoup plus faible que les années précédentes (3,7% en 2013 pour le soutien). Ainsi 81,9% des bénéficiaires reçoivent des activités de soutien.

Le temps moyen requis pour les activités de soutien a diminué de 0,1 heure en 2014 par rapport à 2013 et a augmenté de 0,6 heure en 2013 par rapport à 2012.

Les temps requis les plus élevés relèvent des classes d'âge élevé, mais la croissance la plus importante est observée dans la classe d'âge des 20 - 39 ans.

L'écart entre le temps moyen requis pour les activités de soutien en fonction du sexe du bénéficiaire se stabilise à 2,5 heures en faveur des femmes.

La comparaison selon le lieu de séjour est quant à elle avantageuse aux établissements et ceci de manière tout à fait significative. Si en 2008, l'écart entre les deux formes de séjour ne s'élevait qu'à 10,5 heures, il atteint 20,2 heures en 2014.

Tableau 21: Evolution des bénéficiaires d'activités de soutien ^a

	2012	2013	2014 ^b
Nombre de bénéficiaires	10 513	10 903	11 025
En % du total des bénéficiaires	81%	82%	82%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Graphique 4: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de soutien par classe de temps requis non pondéré ^{a b}

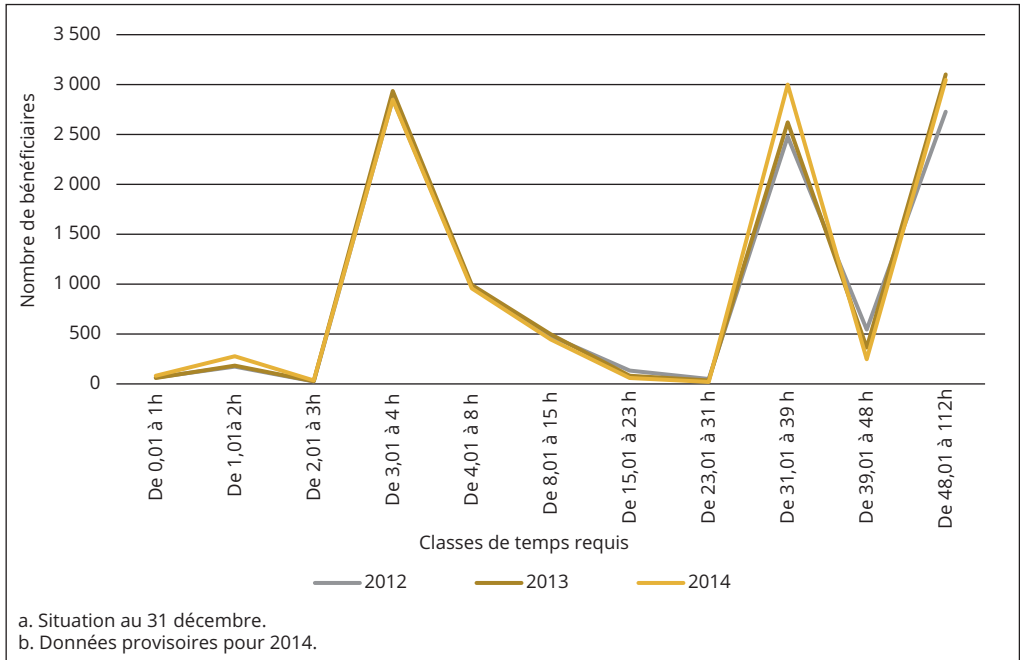


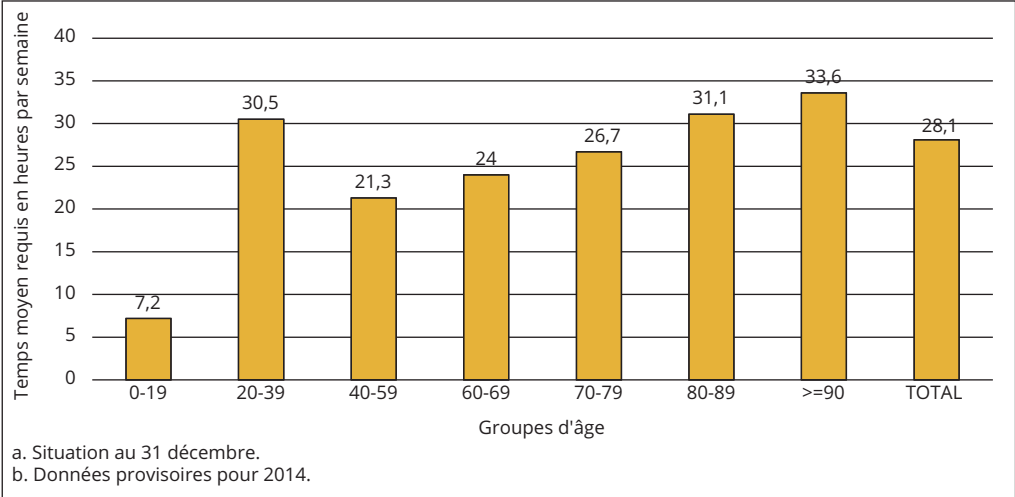
Tableau 22: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien ^a

Année	Temps moyen requis en heures par semaine	Nombre de bénéficiaires d'activités de soutien
2012	27,6	10 513
2013	28,2	10 903
2014 ^b	28,1	11 025

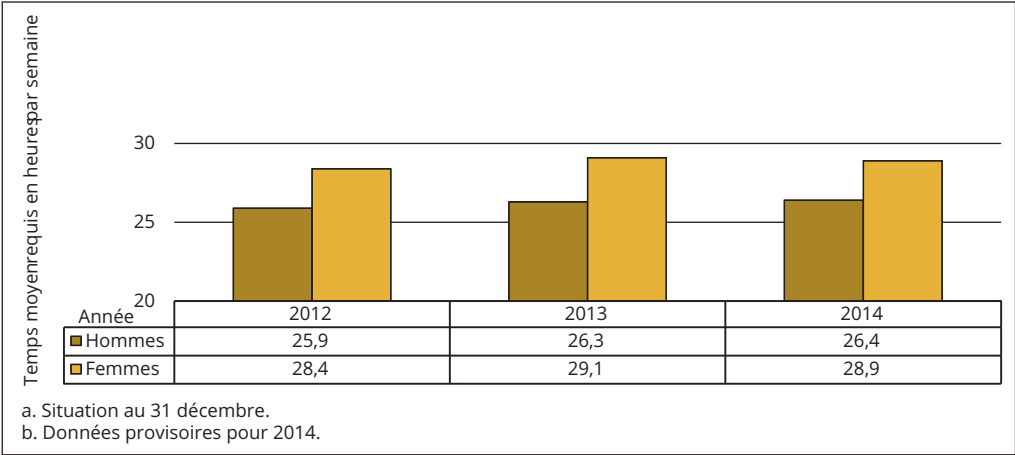
a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

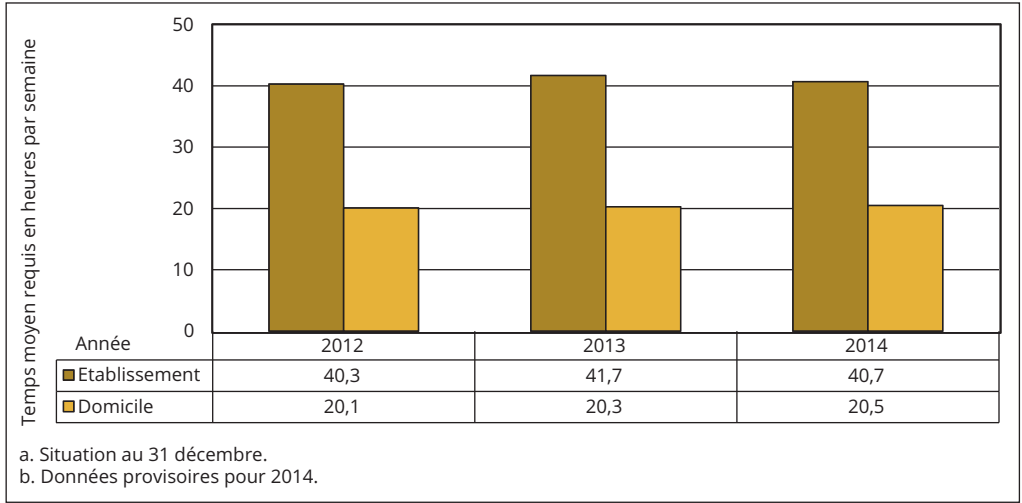
Graphique 5: Répartition du temps moyen requis par groupe d'âge en 2014 ^{a b}



Graphique 6: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par sexe ^{a b}



Graphique 7: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par lieu de séjour ^{a b}



3.1.2.4. Les activités de conseil

Les activités de conseil sont des prestations spécifiques au maintien à domicile. De plus, tout comme les activités de soutien, elles sont étroitement liées aux trois domaines des actes essentiels de la vie, mais sont requises temporairement, pour une période limitée.

Leur objectif est d'apporter à la personne dépendante, les apprentissages nécessaires pour réaliser certains actes de la vie quotidienne de façon autonome ou permettre une utilisation efficace d'une aide technique. Elles peuvent aussi apporter à l'aidant informel un apprentissage pour une prise en charge adaptée.

296 personnes sont titulaires d'une décision comportant des activités de conseil au 31 décembre 2014.

Tableau 23: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de conseil par classe de temps ^a

Classes de temps	2012	En % du total	2013	En % du total	2014 ^b	En % du total
1 h	5	0,1%	6	0,1%	8	0,1%
2 h	25	0,3%	22	0,2%	21	0,2%
3 h	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
4 h	15	0,2%	11	0,1%	12	0,1%
Plus de 4 h	282	3,2%	276	3,0%	255	2,8%
Sous-total	327		315		296	
Aucune prestation de conseil	8 524	96,3%	8 807	96,5%	8 783	96,7%
TOTAL	8 851	100,0%	9 122	100,0%	9 079	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

3.1.2.5. Temps moyen requis et causes de la dépendance

La section précédente a permis de présenter les causes de la dépendance des bénéficiaires de l'assurance. Il importe maintenant d'établir un lien entre les différentes causes de la dépendance et le temps moyen requis.

Le tableau 24 présente le temps moyen requis (en heures) pour chaque groupe de prestations de l'assurance dépendance en se référant au classement opéré par les médecins de la CEO.

Tableau 24: Temps moyen requis (en heures) pour les différents types de prestations de l'assurance et cause principale de dépendance en 2014 ^{a b}

Classification CEO	Actes essentiels de la vie	Tâches domestiques	Activités de soutien	Temps total requis
Groupe 1.				
Démences et troubles des fonctions cognitives	16,1	2,5	45,3	62,5
Groupe 2.				
Troubles psychiatriques	11,6	2,5	29,7	40,2
Groupe 3.				
Maladies du système cardio-vasculaire	9,5	2,5	21,2	29,8
Groupe 4.				
Maladies du système nerveux	15,1	2,5	24,7	37,6
Groupe 5.				
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	11,3	2,6	24,2	30,3
Groupe 6.				
Maladies du système ostéo-articulaire	10,7	2,5	22,1	31,6
Groupe 7.				
Troubles sensoriels	8,6	2,5	25,8	20,3
Groupe 8.				
Tumeurs malignes	9,1	2,5	16,3	24,4
Groupe 9.				
Autres	11,0	2,5	23,4	32,0

a. Situation au 31 décembre 2014.

b. Données provisoires.

3.1.2.6. Les aides techniques

En cas de maintien à domicile, 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 a été déterminée par le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006. Le même règlement grand-ducal détermine la liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance lorsque le demandeur est hébergé en établissement.

Les aides techniques peuvent être octroyées sans que la personne atteigne le seuil de 3,5 heures pour les actes essentiels de la vie. Toutefois, leur octroi est toujours subordonné à un avis de la CEO.

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 2013 par voie d'acquisition sera comptée sur plusieurs années tandis qu'une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2013 par voie de location ne peut pas se trouver chez une personne au 31.12.2013 (p.ex. en réparation chez SMA) mais le sera de nouveau au 31.12.2014.

Le tableau 25 reprend le Top Ten des aides techniques mises à disposition par la voie d'acquisition qui satisfont aux critères précités au 31 décembre ainsi que toutes les aides techniques mises à disposition par la voie de location au 31 décembre.

Au 31 décembre 2014, 76 686 aides techniques étaient mises à disposition par l'assurance dépendance, 62,1% sous forme d'acquisition et 37,9% sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition a augmenté de 11,4% par rapport à 2013.

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. Enfin, on note les aménagements et adaptations des maisons et immeubles où l'on remarque la part importante de dispositifs de soutien. Parmi les aides pour le traitement et l'entraînement, le matériel destiné à prévenir les escarres représente le plus gros poste de dépense. On rappellera que les troubles du système ostéo-articulaire représentent la première cause de dépendance.

Tableau 25: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO ^{a b}

Code ISO	Libellé_ISO	2013			2014		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0912	Aides pour l'hygiène	11 362	0	11 362	13 278	0	13 278
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	5 353	2 440	7 793	6 220	2 498	8 718
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	0	7 151	7 151	0	7 786	7 786
1221	Fauteuils roulants	0	6 970	6 970	0	7 320	7 320
1818	Dispositifs de soutien	5 927	1	5 928	6 937	1	6 938
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres)	794	3 998	4 792	962	4 362	5 324
1830	Dispositifs de changement de niveau	3 227	638	3 865	3 603	676	4 279
1812	Lits	26	2 990	3 016	26	3 000	3 026
0906	Aides de protection portées sur le corps	1 803	0	1 803	2 231	0	2 231
1230	Aides pour le transfert	663	1 361	2 024	764	1 416	2 180

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires pour 2014.

Tableau 26: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale ^{a b}

Code ISO	Libellé_ISO	2013			2014		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0300	Aides pour les traitements et l'entraînement	1 002	4 094	5 096	1 200	4 459	5 659
0900	Aides pour les soins personnels et la protection	19 681	2 463	22 144	23 040	2 520	25 560
1200	Aides pour la mobilité personnelle	3 550	16 779	20 329	3 995	17 850	21 845
1500	Aides pour les activités domestiques	1 423	0	1 423	1 727	0	1 727
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles	10 158	4 106	14 264	11 663	4 195	15 858
2100	Aides pour la communication, l'information et la signalisation	3 713	20	3 733	4 006	20	4 026
2400	Aides pour manipuler les produits et les biens	1 831	3	1 834	2 008	3	2 011
TOTAL		41 358	27 465	68 823	47 639	29 047	76 686
Variation en %		16,3%	7,1%	12,5%	15,2%	5,8%	11,4%

- a. Situation au 31 décembre.
- b. Données provisoires pour 2014.

3.1.2.7. Les adaptations du logement

Tableau 27: Evolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement ^{a b}

Année	Nombre	Variation en %
2012	194	17,6%
2013	180	-7,2%
2014 ^c	206	14,4%

- a. Données établies selon la date de prestation.
- b. Source: décompte CNS.
- c. Données provisoires.

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 27 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou plusieurs décisions positives depuis 2012 par la CNS. Il ne s'agit dès lors pas du nombre de demandes, ni du nombre de réalisations pour adaptations du logement présentées ou en cours de traitement durant l'année référencée.

3.1.2.8. Le remplacement des prestations en nature par des prestations en espèces

Conformément à l'article 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques peuvent être remplacées par des prestations en espèces si la personne est à domicile ⁷.

Dans la procédure d'établissement du plan de prise en charge, la phase de négociation du remplacement des prestations en nature par les prestations en espèces est désignée par le terme de " partage ".

Pour rappel, les prestations de l'assurance dépendance sont un droit de la personne dépendante et les prestations en espèces sont versées à la personne dépendante afin de lui permettre de se procurer les aides et soins auprès d'une personne indépendante d'un réseau d'aides et de soins.

Ce remplacement est cependant limité. Dans tous les cas, il peut s'effectuer jusqu'à concurrence de 7 heures par semaine. Si le droit aux prestations est supérieur à 7 heures par semaine, le remplacement peut porter, en outre, sur la moitié des prestations en nature se situant entre 7 et 14 heures par semaine.

Dans la pratique, cette possibilité de remplacement donne lieu à trois formes d'octroi des prestations ou trois possibilités de partage:

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

Tableau 28: Evolution de la répartition des bénéficiaires par type de partage ^a

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
2012	1 457	18,0%	1 096	13,5%	5 560	68,5%	8 113	100,0%
2013	1 562	18,7%	1 080	12,9%	5 719	68,4%	8 361	100,0%
2014 ^b	1 563	18,8%	1 016	12,2%	5 728	69,0%	8 307	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

7. 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.

Tableau 29: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2014 ^{a b}

Groupes 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	43	2,8%	111	10,9%	522	9,1%	676	8,1%
20-39	132	8,4%	88	8,7%	239	4,2%	459	5,5%
40-59	388	24,8%	172	16,9%	465	8,1%	1 025	12,3%
60-69	218	13,9%	167	16,4%	572	10,0%	957	11,5%
70-79	255	16,3%	202	19,9%	1 270	22,2%	1 727	20,8%
80-89	400	25,6%	232	22,8%	2 129	37,2%	2 761	33,2%
>=90	127	8,1%	44	4,3%	531	9,3%	702	8,5%
TOTAL	1 563	100,0%	1 016	100,0%	5 728	100,0%	8 307	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2014.

b. Données provisoires.

Tableau 30: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par sexe en 2014 ^{a b}

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	622	39,8%	512	50,4%	2 225	38,8%	3 359	40,4%
Femmes	941	60,2%	504	49,6%	3 503	61,2%	4 948	59,6%
TOTAL	1 563	100,0%	1 016	100,0%	5 728	100,0%	8 307	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2014.

b. Données provisoires.

3.1.2.9. La prise en charge de la cotisation assurance pension pour l'aidant dans le cadre de l'assurance dépendance

L'aidant est la personne qui assure, à domicile, les aides et soins à la personne dépendante en dehors d'un réseau d'aides et de soins. Il peut s'agir soit d'un membre de la famille ou un autre proche (aidant informel), soit d'un salarié qui assure les aides et soins avec un contrat de travail en dehors d'un réseau d'aides et de soins (aidant salarié).

La loi prévoit que la cotisation à l'assurance pension de cette personne puisse être prise en charge par l'assurance dépendance. Le tableau 31 présente la répartition par sexe et groupe d'âge des aidants pour qui cette cotisation est prise en charge. Il est question ici du nombre " net ", ce qui revient à dire que si un aidant a été pris en charge plusieurs fois successivement, il n'est comptabilisé qu'une seule fois. Relevons d'emblée la proportion écrasante de femmes concernées par cette prise en charge, mais aussi l'importante proportion des quadragénaires et quinquagénaires qui représentent près des deux tiers des aidants concernés.

Tableau 31: Répartition des aidants informels dont la cotisation assurance pension est prise en charge entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2014 par groupe d'âge et sexe

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
< 15 ans		1	1	0
15-19	2	8	10	0,3
20-24	5	40	45	1,5
25-29	11	155	166	5,6
30-34	19	279	298	10,1
35-39	33	391	424	14,4
40-44	40	396	436	14,8
45-49	59	440	499	17
50-54	64	499	563	19,1
55-59	36	341	377	12,8
60-64	9	95	104	3,5
65-69		9	9	0,3
70-74		5	5	0,2
75-79		3	3	0,1
Total	278	2 662	2 940	100

3.2. LES PRESTATIONS FACTURÉES

Encadré méthodologique

Les statistiques sur les prestations dispensées sont basées sur la date de la prestation sans tenir compte de leur liquidation par l'assurance dépendance. Cette méthode s'avère beaucoup plus adéquate pour mesurer l'évolution réelle des prestations dans le temps, qu'une analyse des données comptables. Les fichiers établis sur base de la date des prestations sont des fichiers ouverts. Ils sont alimentés en continu, avec l'inconvénient que l'analyse de ces fichiers en évolution nécessite un certain recul dans le temps pour obtenir des résultats cohérents, raison pour laquelle les extractions sont limitées à l'année 2013. 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 au régime d'assurance national;
- aux bénéficiaires résidant en dehors du Luxembourg et affiliés au régime d'assurance national;
- aux prestations fournies dans le cadre de l'assurance dépendance.

Les prestations de l'assurance dépendance englobent les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien et de conseil, les produits nécessaires aux aides et soins, les aides techniques, et les adaptations du logement. Depuis 2007 elles regroupent également les prestations relatives à des projets d'actions expérimentales (Art. 361 du CSS). Elles peuvent être accordées en nature et, dans certains cas, être converties en espèces.

Le montant des aides et soins opposables à la CNS par les prestataires de l'assurance dépendance est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins apportés aux personnes dépendantes, et pondérée en tenant compte de la qualification requise du professionnel qui les prodigue, par les valeurs monétaires négociées chaque année par la CNS et la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS).

La loi du 23 décembre 2005 prévoit la négociation 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 loi du 21 décembre 2012 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour 2013 prévoit cependant que les valeurs monétaires des prestataires sont maintenues, pour l'année 2013, à leur valeur applicable au 31 décembre 2012 (au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948).

La présente section est consacrée à l'étude chronologique de l'ensemble des prestations de soins de l'assurance dépendance.

3.2.1. Aperçu global sur les prestations facturées

Les tableaux et graphiques qui suivent analysent dans un premier temps le coût annuel total des prestations de soins de longue durée prises en charge par l'assurance dépendance pour l'ensemble de la population dépendante. Ensuite, l'analyse se focalise exclusivement sur les bénéficiaires de prestations résidant au Luxembourg.

Tableau 32: Evolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance (en millions EUR)

Année	Montant	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2000	123,4		122,5	99,2%
2001	150,7	22,1%	149,3	99,1%
2002	177,5	17,8%	175,6	98,9%
2003	211,1	18,9%	208,8	98,9%
2004	260,0	23,2%	256,7	98,7%
2005	291,1	11,9%	287,0	98,6%
2006	312,5	7,4%	307,9	98,5%
2007	321,9	3,0%	317,1	98,5%
2008	351,8	9,3%	346,7	98,6%
2009	383,2	8,9%	377,9	98,6%
2010	415,2	8,4%	409,6	98,7%
2011	455,3	9,7%	449,2	98,6%
2012	496,9	9,1%	490,6	98,7%
2013	530,9	6,8%	525,2	98,9%

Les dépenses pour prestations augmentent de manière spectaculaire de 2000 à 2005.

A partir de 2006, la croissance des dépenses ralentit. En 2007, année de l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance les dépenses n'augmentent que de 3%.

Entre 2008 et 2012, les prestations ont connu des croissances qui se situent entre 8,4% et 9,7%.

Un nouveau ralentissement de la croissance est observé en 2013 (6,8%). Les différentes valeurs monétaires pour 2013 au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1.1.1948 n'ont pas été modifiées par rapport à celles de 2012. Seul l'indice en vigueur a augmenté de 2,5%.

La variation dans les dépenses est due à plusieurs facteurs qui se cumulent:

- l'augmentation du nombre de bénéficiaires ;
- l'augmentation du nombre d'heures prestées ;
- l'augmentation de la valeur monétaire.

En moyenne annuelle, 98,9% des dépenses sont imputables aux bénéficiaires résidents. Le poste des bénéficiaires non-résidents se révèle plutôt instable. Les variations s'expliquent par des retards dans l'introduction des factures en provenance d'institutions étrangères mais aussi par le petit nombre de bénéficiaires concernés (443 au 31 décembre 2013). Pour ces raisons, les données qui suivent porteront exclusivement sur le coût engendré par la prise en charge des personnes dépendantes résidant au Luxembourg.

L'étude sur le coût des prestations de l'assurance dépendance délivrées au Luxembourg met en évidence une croissance soutenue des dépenses en maintien à domicile mais également en milieu stationnaire. En effet, sur la période 2011-2013, une croissance annuelle moyenne de 8,2% pour la prise en charge à domicile et de 8,9% en établissement (malgré un ralentissement en 2013) est constatée.

En ventilant les dépenses selon l'âge du bénéficiaire, on constate que le coût le plus élevé se rapporte aux personnes de 70 ans et plus. En 2013, ils représentent 79,0% de l'ensemble des dépenses, 84,1% des dépenses pour les bénéficiaires en établissement et 71,5% pour le domicile.

Pour ce qui est de l'âge et du sexe (graphique 8), le coût des prestations pour les femmes dépendantes est en moyenne 2,1 fois plus élevé que celui pour les hommes. Il est même en moyenne 2,7 fois plus élevé pour les femmes âgées de 80 à 89 ans que pour les hommes de la même tranche d'âge. Cette forte différence s'explique, entre autres, par une moyenne d'âge plus élevée chez la population féminine dépendante et par un degré de dépendance plus important, car ce dernier augmente en fonction de l'âge.

L'analyse du coût par lieu de séjour et par sexe pour l'année 2013 conduit aux constats suivants (graphique 9) :

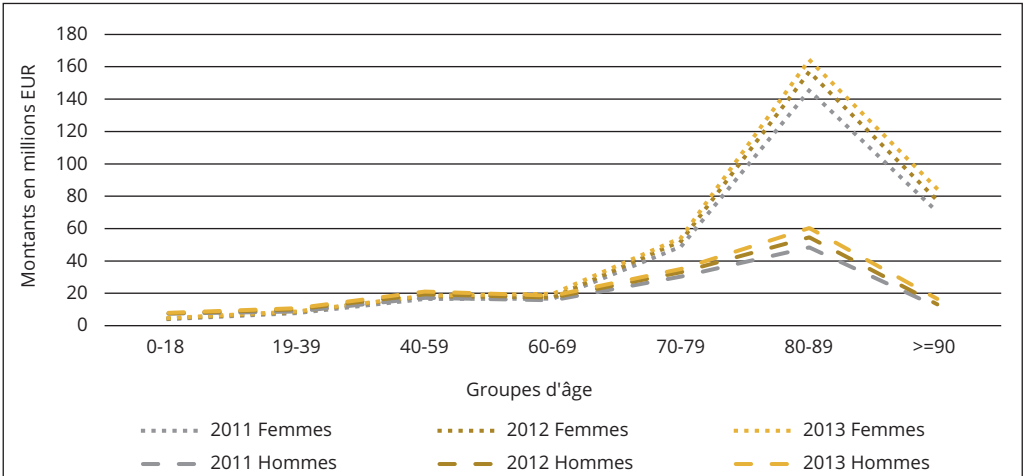
- pour les femmes, le coût total des prestations en maintien à domicile est inférieur à celui des prestations en établissement ;
- pour les hommes, le coût total des prestations en maintien à domicile se situe au même niveau que celui des prestations en établissement d'aides et de soins ;
- les dépenses totales pour le maintien à domicile chez les femmes sont supérieures à celles des hommes ;
- les dépenses totales engagées pour les soins prestés dans l'établissement aux femmes dépendantes sont supérieures à celles des hommes dépendants.

Tableau 33: Evolution des prestations par âge et lieu de séjour du bénéficiaire ^{a b}
(en millions EUR)

Groupes d'âge	2011		2012		2013	
	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement
0-20	9,7	1,8	9,9	2,0	10,8	1,8
20-39	9,2	7,4	10,3	8,3	10,4	9,2
40-59	15,9	17,7	17,6	20,0	18,1	21,7
60-69	18,1	14,4	19,9	15,1	21,7	16,7
70-79	41,0	38,2	45,6	39,7	46,7	42,8
80-89	73,1	120,8	78,9	132,7	82,0	142,5
>=90	19,6	62,3	21,5	69,1	24,4	76,5
TOTAL	186,6	262,5	203,8	286,9	214,0	311,1
Variation en %	10,5%	9,1%	9,2%	9,3%	5,0%	8,5%

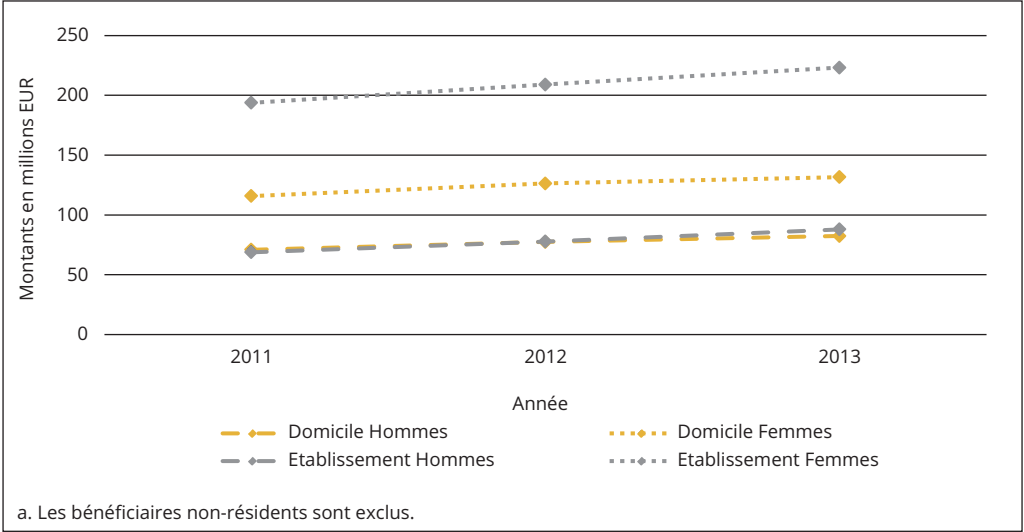
- a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Situation au 31 décembre.

Graphique 8: Evolution du coût des prestations par âge et sexe du bénéficiaire ^a



- a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Graphique 9: Evolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire ^a



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

Tableau 34: Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR) ^a

	2011	2012	2013
Etablissement à séjour continu	230,7	251,1	272,7
Etablissement à séjour intermittent	30,0	34,2	36,6
Réseau d'aides et de soins	97,4	109,2	118,6
Centre semi-stationnaire	18,4	20,8	21,2
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA	11,4	11,1	11,4
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	2,8	3,2	3,1
International ^b	1,0	0,8	0,3
Pas de prestataire ^c	63,5	66,4	66,9
TOTAL	455,3	496,9	530,9
Variation en %	9,7%	9,1%	6,8%

a. Statistiques établies selon la date prestation.

b. Caisse de maladie étrangères.

c. 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.

En 2013, le coût total des prestations s'élève à 530,9 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 6,8% par rapport à 2012. Quelle que soit l'année considérée, la majorité des dépenses pour prestations est imputable aux établissements d'aides et de soins à séjour continu. Ces dépenses représentent, que ce soit en 2011, 2012 ou 2013, plus de la moitié de l'ensemble des dépenses engagées par l'assurance dépendance pour les prestataires d'aides et de soins.

3.2.3. Les dépenses pour les différents types de prestation

Cette section a pour but de donner un aperçu de l'évolution, à partir de 2011, des dépenses pour les différents types de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance.

Le tableau 35 présente l'évolution des dépenses pour les différents types de prestation. Il met en évidence la croissance des dépenses en 2013 (+7,0% par rapport à 2012). Le nombre de bénéficiaires entre 2012 et 2013 augmente quant à lui de 2,9% seulement. L'augmentation du nombre de bénéficiaires n'explique donc pas, à elle seule, l'augmentation des dépenses. L'aggravation de l'état de dépendance et l'évolution de la valeur monétaire jouent certainement un rôle dans la hausse des dépenses.

Tableau 35: Evolution du coût des prestations en nature par type de prestation au Luxembourg ^a (en millions EUR)

Type de prestation	2011	2012	2013	Variation en %	
				2011/2012	2012/2013
MAINTIEN A DOMICILE	186,6	203,8	214,0	9,2%	5,0%
Prestation en nature	113,3	127,3	137,0	12,4%	7,7%
Période transitoire	4,9	5,4	4,0	10,6%	-27,3%
Prestations en espèces	50,8	53,3	54,8	4,8%	2,8%
Produits nécessaires aux aides et soins	3,5	3,6	3,9	3,2%	7,2%
Aides techniques	11,3	11,0	11,3	-2,8%	3,0%
Adaptations de logement	2,8	3,2	3,1	13,7%	-2,8%
ETABLISSEMENT	262,5	286,9	311,1	9,3%	8,5%
Prestation en nature	262,5	286,9	311,1	9,3%	8,5%
Projet d'actions expérimentales ^b	0,0	0,0	0,0		
TOTAL	449,2	490,6	525,2	9,2%	7,0%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. < 50 000 EUR.

Les prestations en nature englobent les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien et de conseil, qui ont été apportés par un prestataire professionnel.

La période transitoire est la période qui s'écoule entre la date de la demande et la date de la décision. Le poste période transitoire ne reprend toutefois que les prestations en nature payées aux prestataires. Les prestations en espèces sont liquidées au moment de la décision et sont enregistrées sous le poste prestations en espèces.

3.2.3.1. 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, tâches domestiques, activités de soutien et de conseil.

La croissance annuelle en 2013 des actes essentiels de la vie et des tâches domestiques s'élève à 7,9% respectivement 6,8%. Les dépenses pour les activités de soutien affichent une croissance de 9,2% en 2013. La croissance annuelle totale des prestations en nature (+8,3%) en 2013 se situe en dessous des niveaux des années précédentes (à savoir ±10%).

En 2013, les dépenses pour les actes essentiels de la vie représentent 270,5 millions d'EUR, soit 60,4% de l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature. Elles sont suivies par les activités de soutien, qui représentent 145,4 millions d'EUR, soit 32,4% de l'ensemble des dépenses. Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, la part des dépenses pour activités de soutien parmi l'ensemble des dépenses pour prestations en nature a presque doublé (17,1% en 2000). Les tâches domestiques s'élèvent à 32,2 millions et représentent ainsi 7,2% des prestations en nature. Le coût des activités de conseil est négligeable dans l'ensemble (inférieur à 50 000 EUR).

La part la plus importante des dépenses concerne les personnes des groupes d'âge de 70 ans et plus (tableau 37). Ce sont à la fois les groupes aux effectifs les plus élevés et, comme nous l'avons remarqué précédemment, les groupes présentant les besoins en aides et soins les plus importants.

En 2013, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 83,2% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 81,4% des dépenses totales pour les tâches domestiques et 81,3% des dépenses pour les activités de soutien.

Tableau 36: Evolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature ^a (en millions EUR)

Type de prestation	2011	2012	2013	Variation en %	
				2011/2012	2012/2013
Actes essentiels de la vie	229,5	250,7	270,5	9,2%	7,9%
Tâches domestiques	27,6	30,2	32,2	9,5%	6,8%
Activités de soutien	117,9	133,1	145,4	12,9%	9,2%
Activités de conseil ^b	0,0	0,0	0,0	-24,7%	-5,9%
TOTAL	375,0	414,0	448,2	10,4%	8,3%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. < 50 000 EUR.

Tableau 37: Répartition des dépenses pour les prestations en nature en 2013 par groupe d'âge des bénéficiaires ^a (en millions EUR)

Groupes d'âge	Actes essentiels de la vie	En % du total	Tâches domestiques	En % du total	Activités de soutien ^b	En % du total
0-19	1,7	0,6%	0,3	0,9%	3,0	2,1%
20-39	8,0	3,0%	0,9	2,7%	5,0	3,4%
40-59	18,2	6,7%	2,5	7,9%	9,5	6,5%
60-69	17,6	6,5%	2,3	7,2%	9,8	6,7%
70-79	43,8	16,2%	5,6	17,3%	24,4	16,8%
80-89	121,4	44,9%	14,3	44,5%	65,0	44,7%
>= 90	59,8	22,1%	6,3	19,6%	28,8	19,8%
TOTAL	270,5	100,0%	32,2	100,0%	145,4	100,0%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. < 50 000 EUR.

Les prestations pour les actes essentiels de la vie et les activités de soutien méritent un examen détaillé, en raison de leur importance dans l'ensemble des dépenses et de la variété des actes qu'elles englobent.

Les actes essentiels de la vie regroupent ainsi le domaine de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité.

Le tableau 38 présente l'évolution des dépenses par domaine des actes essentiels de la vie. Le domaine de la mobilité arrive en tête des dépenses suivi d'assez près par celui de l'hygiène corporelle. Ceci rappelle une fois de plus que la principale cause de dépendance est constituée par les maladies ostéo-articulaires. Les dépenses pour le domaine de la nutrition sont les moins élevées, ne représentant en 2013 que 17,3% de l'ensemble des dépenses. Le besoin d'aide pour la nutrition révèle très souvent un état de perte d'autonomie très grave.

Concernant les dépenses pour les activités de soutien (tableau 39), on relèvera l'importance des dépenses consenties pour les activités de soutien en groupe. En 2013, ces dépenses représentent 70,4% de l'ensemble des dépenses.

Les activités individuel non spécialisées (gardes et courses / démarches avec la personne) représentent 24,9% des dépenses de soutien.

Tableau 38: Evolution des dépenses pour les actes essentiels de la vie par domaine^a
(en millions EUR)

Domaine d'AEV	2011	2012	2013	Variation en %	
				2011/2012	2012/2013
Nutrition	39,2	43,2	46,9	10,1%	8,7%
Mobilité	100,1	109,4	117,7	9,3%	7,6%
Hygiène corporelle	90,2	98,1	105,9	8,8%	7,9%
TOTAL	229,5	250,7	270,5	9,2%	7,9%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Tableau 39: Evolution des dépenses pour les activités de soutien par type de soutien ^a
(en millions EUR)

Type de soutien	2011	2012	2013	Variation en %	
				2011/2012	2012/2013
En groupe	83,9	94,2	102,3	12,3%	8,6%
Activité en groupe non spécialisée	21,4	26,2	29,1	22,6%	10,9%
Activité en groupe spécialisée	62,5	68,0	73,2	8,8%	7,7%
Individuel	34,0	38,9	43,1	14,2%	10,9%
Activité individuelle non spécialisée	27,9	32,6	36,2	16,7%	11,1%
Activité individuelle spécialisée	6,1	6,3	6,9	3,0%	10,0%
TOTAL	117,9	133,1	145,4	12,9%	9,2%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

3.2.3.2. Les dépenses pour les prestations en espèces et le plan de partage des bénéficiaires à domicile

Tableau 40: Répartition des prestations à domicile par type de partage ^{a b} (en millions EUR)

Type de partage	2011	2012	2013	Variation en %	
				2011/2012	2012/2013
Prestations en nature uniquement	24,6	29,1	32,9	18,1%	13,1%
Prestations en espèces uniquement	25,1	25,9	26,7	3,5%	2,8%
Prestations combinées dont	114,4	125,5	132,2	9,7%	5,4%
Prestations en nature	88,6	98,2	104,1	10,8%	6,1%
Prestations en espèces	25,7	27,3	28,1	6,1%	2,8%
TOTAL dont	164,1	180,5	191,8	10,0%	6,2%
Prestations en nature	113,3	127,3	137,0	12,4%	7,7%
Prestations en espèces	50,8	53,3	54,8	4,8%	2,8%

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

b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Conformément à l'article 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques prises en charge par l'assurance dépendance peuvent être remplacées par des prestations en espèces, tel que décrit précédemment sous le point 3.1.2.8.

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.

Comme l'analyse du coût des prestations d'aides et de soins l'a montré, les dépenses relatives au milieu stationnaire augmentent de 8,5% en 2013, celles du maintien à domicile de 5,0%. Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en nature augmente de 13,1% en 2013. Le coût des plans de partage comportant des prestations combinées augmente quant à lui de 5,4%. Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en espèces augmente de 2,8%.

3.2.3.3. 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.

Tableau 41: Evolution des dépenses pour les bénéficiaires de prestations forfaitaires ^a (en milliers EUR)

Type	2011	2012	2013
Surdité / troubles de la communication	1 096,3	1 085,5	1 115,6
Cécité	1 585,4	1 649,5	1 646,8
Spina bifida	232,3	246,6	254,0
TOTAL	2 914,0	2 981,6	3 016,4

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Tableau 42: Evolution des dépenses pour les aides techniques ^a (en millions EUR)

Mise à disposition	2011	2012	2013	Variation en %	
				2011/2012	2012/2013
Location	5,2	5,1	5,4	-0,6%	4,6%
Acquisition	6,1	5,8	5,9	-4,6%	1,7%
TOTAL	11,3	11,0	11,3	-2,8%	3,0%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

4. LA SITUATION FINANCIÈRE

Pour faire face aux charges qui lui incombent, l'assurance dépendance applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes (Art. 375 alinéa 1 du CSS).

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

- Une **contribution dépendance** prélevée sur les revenus des personnes assurées.
- Une **contribution annuelle de l'Etat**.
- Une **redevance** assurance dépendance **du secteur de l'énergie**.

Encadré méthodologique

L'analyse ci-après est basée sur les décomptes annuels de l'assurance dépendance. Pour des besoins d'illustration toutefois, elle affiche la situation dite " rectifiée " des recettes et dépenses courantes. Ainsi les provisions pour prestations de l'année non encore déboursées sont réintégrées dans les dépenses courantes, tandis que les dépenses relatives à des prestations des exercices antérieurs, tout comme leur contrepartie au côté des recettes - les reprises de provisions -, ne sont pas considérées. Ce redressement permet de mieux retracer l'évolution effective des prestations en nature et ne modifie pas le solde de l'année et / ou le montant de la réserve.

Suite à un dépassement de délai, l'écriture de provisions pour prestations faisait défaut dans le décompte de l'assurance dépendance 2008. Pour les tableaux et graphiques respectives de cette partie, les données ont été ajustées et tiennent compte de la provision théorique de 2008.

4.1. LA SITUATION GLOBALE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le tableau 43 retrace l'évolution financière de l'assurance dépendance entre 2010 et 2014.

L'exercice 2014 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse annuelle de 4,5% des recettes courantes et une augmentation de 4,9% des dépenses courantes.

Avec un excédent de 2,2 millions EUR, le solde des opérations courantes affiche un équilibre fragile. En effet 0,5 millions EUR des réserves cumulées ont dû être utilisées pour alimenter le fonds de roulement (réserve minimale) au seuil légal.

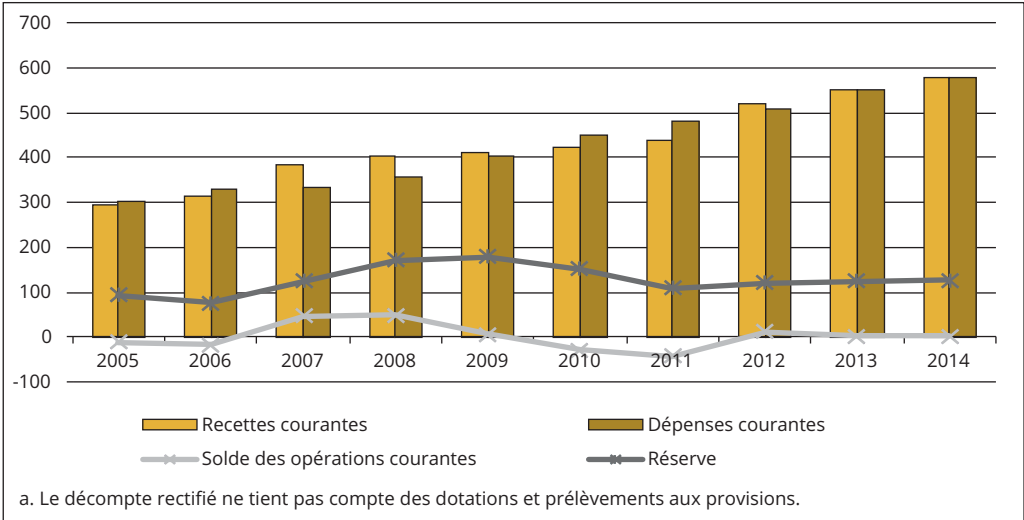
La situation quasiment équilibrée pour 2014 et 2013 et l'excédent de l'exercice 2012 sont en large partie due aux augmentations successives de la contribution étatique. La dégradation continue de la situation financière de l'assurance dépendance observée depuis 2008 a ainsi pu être freinée.

Tableau 43: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié ^a (en millions EUR)

EXERCICE	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES COURANTES					
Contribution dépendance	278,2	294,5	339,8	327,1	344,2
Contribution forfaitaire Etat	140,0	140,0	179,2	221,7	231,8
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,8	1,9	1,7	2,1	1,7
Autres recettes	1,5	3,5	1,3	1,8	1,5
TOTAL DES RECETTES COURANTES	421,5	439,9	522,0	552,7	579,2
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>2,4%</i>	<i>4,4%</i>	<i>18,7%</i>	<i>5,9%</i>	<i>4,5%</i>
DEPENSES COURANTES					
Frais d'administration	11,5	12,8	13,5	15,1	15,9
Prestations en espèces	6,6	6,8	6,0	5,8	5,7
Prestations en nature	425,9	457,5	483,5	522,6	549,7
dont:					
Prestations à domicile	161,0	186,3	193,4	208,5	218,6
Prestations en milieu stationnaire	252,8	263,2	280,8	299,6	321,5
Prestations à l'étranger	11,8	8,1	9,3	14,5	9,5
Actions expérimentales	0,3	-0,1	0,0	0,0	0,0
Transferts de cotisations	4,5	4,8	5,7	5,9	5,1
Autres dépenses	0,5	0,8	0,5	0,5	0,6
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	449,0	482,7	509,2	550,1	577,0
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>10,9%</i>	<i>7,5%</i>	<i>5,5%</i>	<i>8,0%</i>	<i>4,9%</i>
SOLDE OPERATIONS COURANTES	-27,5	-42,8	12,8	2,6	2,2
Dotation / prélèvement fonds de roulement	-4,4	3,4	2,7	4,1	2,7
Excédent / découvert de l'exercice	-23,1	-46,2	10,2	-1,5	-0,5
RESERVE	151,6	108,8	121,6	124,3	126,4
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>-15,4%</i>	<i>-28,2%</i>	<i>11,8%</i>	<i>2,1%</i>	<i>1,8%</i>

a. Le décompte rectifié ne tient pas compte des dotations et prélèvements aux provisions.

Graphique 10: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié ^a (en millions EUR)



4.2. LES RECETTES COURANTES

Le financement repose essentiellement sur trois sources : la contribution dépendance, la contribution forfaitaire de l'Etat et la redevance du secteur de l'énergie.

4.2.1. La contribution dépendance

La contribution dépendance est prélevée sur les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine des personnes assurées. Depuis 2007, le taux de contribution est fixé à 1,4% (auparavant 1,0%).

La contribution dépendance a rapporté 344,2 millions EUR en 2014 dont 81% issus des assurés actifs et autres, 14% des assurés pensionnées et 5% de contribution sur le patrimoine.

Tableau 44: Evolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance

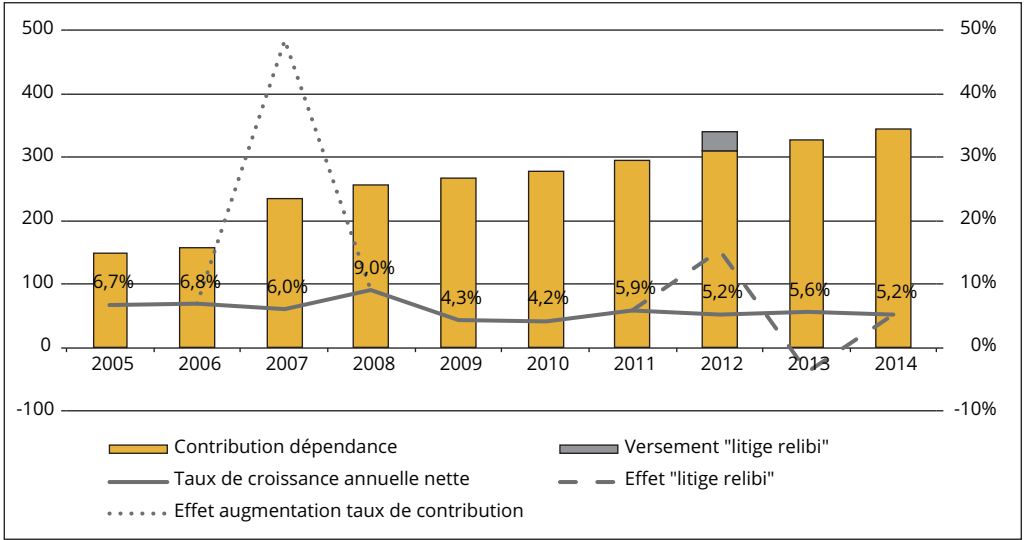
Exercice	Assurés actifs et autres	Assurés pensionnés	Contribution sur le patrimoine	Total	Evolution du taux de contribution
2010	228,3	38,1	11,8	278,2	1,40%
2011	239,6	41,0	13,9	294,5	1,40%
2012	253,8	42,5	43,5	339,8	1,40%
2013	264,1	45,5	14,5	327,1	1,40%
2014	278,3	48,1	17,8	344,2	1,40%

Depuis l'année 2000, l'évolution de la contribution dépendance a connu deux évènements exceptionnels, l'augmentation du taux de cotisation en 2007 et le versement " litige relibi " en 2012.

A rappeler que suite au " litige relibi ", l'Etat a versé 30 millions EUR en 2012 pour compenser la non-perception de la contribution dépendance sur les revenus d'intérêts soumis à l'imposition retenue à la source libératoire de 10% (dit impôt relibi) entre 2006 et 2012.

La croissance nette en 2014 est de 5,2%, et reste similaire aux taux des deux exercices précédents. Elle dépasse ainsi celle observée durant les années de crise, mais reste toutefois inférieure aux taux de croissance d'avant 2008.

Graphique 11: Evolution et taux de croissance de la contribution dépendance (en millions EUR)



4.2.2. La contribution forfaitaire de l'Etat

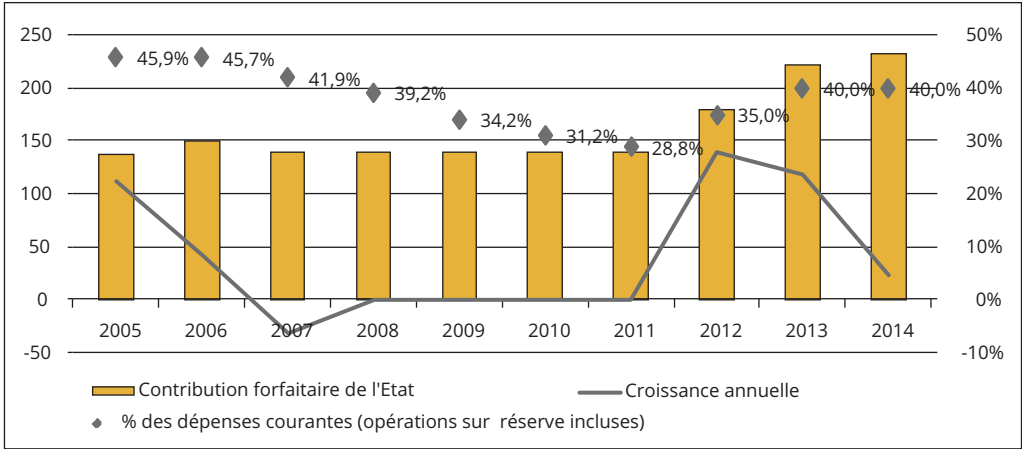
Par la loi du 16 décembre 2011 (budget 2012), la contribution forfaitaire de l'Etat est fixée pour l'exercice 2014 à 40% des dépenses totales de l'assurance dépendance, y compris la dotation au fonds de roulement (réserve légale). Pour l'année 2015, le taux de participation est maintenu à 40% des dépenses totales.

Tableau 45: Evolution de la contribution de l'Etat aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR)

Exercice	En valeur nominale	Variation annuelle en %	En valeur n.i. 100	Variation annuelle en %
2010	140,0	0,0%	19,7	-1,6%
2011	140,0	0,0%	19,3	-1,8%
2012	179,2	28,0%	24,1	24,9%
2013	221,7	23,7%	29,1	20,7%
2014	231,8	4,6%	29,9	2,7%

Pour rappel, entre 2007 et 2011 la contribution forfaitaire de l'Etat était fixée à 140 millions EUR par an. Pour 2012 elle s'élevait à 35% des dépenses totales de l'assurance dépendance, pour 2013 à 40%.

Graphique 12: Evolution et taux de croissance de la contribution forfaitaire de l'Etat (en millions EUR)



4.2.3. La redevance du secteur énergie

La redevance du secteur énergie consiste dans le 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.

Le produit de la contribution spéciale s'élève pour 2014 à 1,7 million EUR. A noter qu'elle affichait des montants de 3 à 4 millions EUR en début du millénaire.

4.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les dépenses courantes augmentent de 4,9% en 2014. Cette croissance est essentiellement due à l'évolution des prestations en nature qui forment une des quatre grandes catégories de dépenses à côté des frais d'administration, des prestations en espèces et des provisions.

4.3.1. Les frais d'administration

Les frais d'administration propres à la CNS, gestionnaire de l'assurance dépendance, sont réparties entre l'assurance dépendance et l'assurance maladie-maternité au prorata de leurs prestations respectives. Pour l'assurance dépendance, ils connaissent une progression de 5,0% pour atteindre 15,9 millions EUR en 2014.

4.3.2. Les prestations en espèces

Les prestations en espèces correspondent aux anciennes allocations pour personnes gravement handicapées et aux allocations de soins qui continuent à être payées aux ayants-droit tant que des prestations en nature de l'assurance dépendance ne leurs sont pas accordées.

Le volume des prestations en espèces continue à baisser, et s'élève à 5,7 millions EUR en 2014.

4.3.3. Les prestations en nature

Le montant rectifié des prestations en nature⁸ atteint 549,7 millions EUR en 2014. Avec 58% des prestations en nature, soit 321,5 millions EUR, les dépenses en milieu stationnaire occupent la première place devant les prestations à domicile avec 218,6 millions EUR.

4.3.4. Les provisions (sur prestations en nature)

Le montant rectifié des prestations en nature en 2014 contient 89,4 millions EUR de prestations provisionnées, c.-à-d. de prestations 2014 non encore déboursées au 31.12.2014. Le rapport du montant des provisions sur le total des prestations en nature s'élève à 16,3% par rapport à 10,5% en 2013 et 9,6% en 2012.

Tableau 46: Evolution des provisions pour prestations en nature et réconciliation des prestations en nature selon décompte de la CNS (en millions EUR)

EXERCICE	2010	2011	2012	2013	2014
(1) Prestations en nature selon décompte rectifié	425,9	457,5	483,5	522,6	549,7
(2) dont dotations aux provisions	99,3	44,0	45,1	55,0	89,4
<i>% provisions / prestations en nature</i>	<i>23,3%</i>	<i>9,6%</i>	<i>9,3%</i>	<i>10,5%</i>	<i>16,3%</i>
(3) Prestations en nature N-1 (reprise provisions)	280,1	99,3	44,0	45,1	55,0
(1)-(2)+(3) = Prestations en nature selon décompte de la CNS	606,7	512,8	482,4	512,7	515,3

En retranchant du montant rectifié les dotations en provisions de l'année et en réintégrant les prestations N-1 (reprise de provisions), on retrouve le montant des prestations selon décompte CNS.

4.4. LA RESERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La loi prévoit que la réserve de l'assurance dépendance ne doit pas être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes (y compris opérations sur réserve). Les décomptes distinguent ainsi entre le fonds de roulement/réserve légale et l'excédent cumulé/résultats reportés.

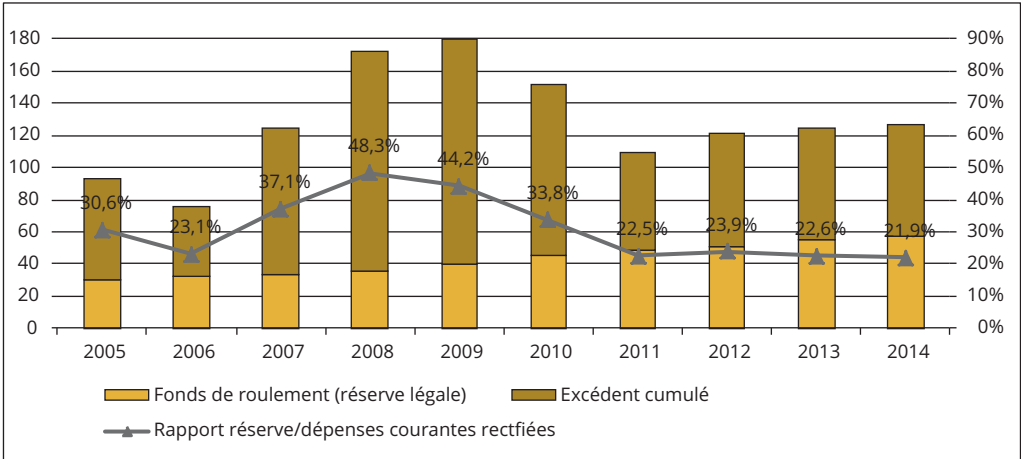
Le solde des opérations courantes de 2014 de 2,2 millions EUR fait croître la réserve de l'assurance dépendance de 1,8%. Toutefois, il n'a pas permis d'alimenter le fonds de roulement à son niveau requis et une partie des excédents cumulés a dû être consommée.

Au 31.12.2014, la réserve s'élève à 126,5 millions EUR dont 57,7 millions EUR, soit 46%, de réserve légale. La réserve totale représente 21,9% des dépenses courantes rectifiées.

En 6 ans, le volume de la réserve a diminué de 30%. En 2009, elle représentait 44,2% des dépenses courantes annuelles.

8. Aides en soins à domicile et en milieu stationnaire, prestations en espèces subsidiaires, forfaits pour produits d'aides et soins, des aides techniques et adaptations du logement.

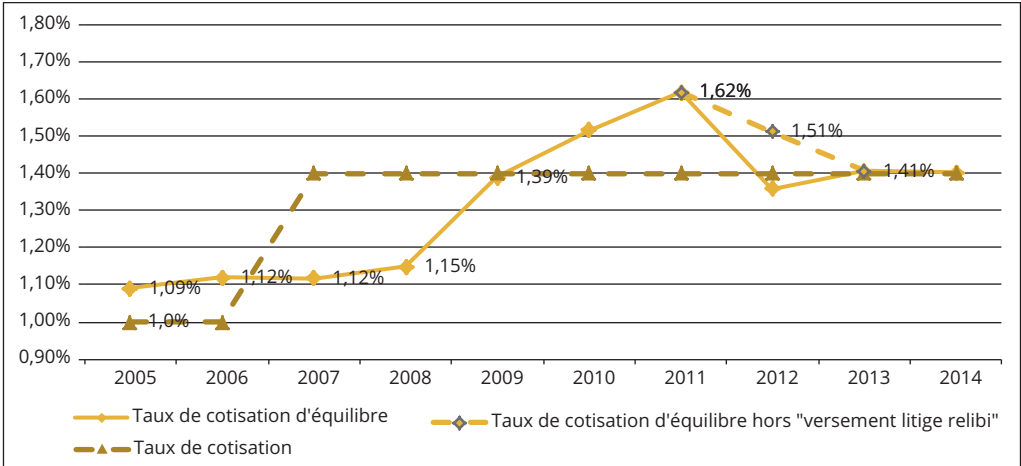
Graphique 13: Evolution de la réserve de l'assurance dépendance (en millions EUR)



Le **taux de contribution d'équilibre** pour 2014 est de 1,4%. Il désigne le taux théorique de contribution dépendance 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.

L'évolution sur plusieurs exercices montre l'importance de l'augmentation de la contribution étatique en 2012 et 2013 et du versement " litige relibi " sur le niveau des recettes.

Graphique 14: Evolution du taux de cotisation d'équilibre



4.5. LES VALEURS MONÉTAIRES

Le montant des prestations en nature est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins requis au plan de prise en charge par les valeurs monétaires négociées, en principe annuellement, entre la CNS et la COPAS, organisme représentatif des prestataires.

Par dérogation à la loi sur l'assurance dépendance, la loi du 19 décembre 2014 sur les recettes et les dépenses de l'Etat précise que pour l'année 2015 les valeurs monétaires applicables pour 2014 restent valables.

Ces valeurs sont fixées au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et correspondent en 2015 à :

- Etablissements d'aides et de soins à séjour continu : 6,26951 EUR indice 100
- Réseaux d'aides et de soins : 8,57035 EUR indice 100
- Centres semi-stationnaires : 7,34664 EUR indice 100
- Etablissements à séjour intermittent : 6,99052 EUR indice 100

Depuis 2006 la valeur horaire payée en cas de remplacement des prestations en nature par des prestations en espèces (aidant informel) est fixée par la loi à 25 EUR.

Tableau 47: Evolution des valeurs monétaires des aides et soins^a et de la valeur horaire pour prestations en espèces^b depuis l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance

Année	Etablissements d'aides et de soins	Maintien à domicile	Valeur horaire pour prestations en espèces		
1999	35,2	37,2	18,59		
2000	35,2	37,7	18,84		
2001	33,7	44,6	22,31		
2002	34,5	45,3	22,65		
2003	35,8	47,7	23,85		
2004	35,8	48,0	24,00		
2005	37,8	50,0	24,99		
2006	39,9	51,3	25,00		
	Les établissements d'aides et de soins à séjour continu	Les réseaux d'aides et de soins	Les centres semi-stationnaires	Les établissements à séjour intermittent	
2007	41,4	52,4	53,3	46,0	25,00
2008	43,4	53,2	51,2	47,6	25,00
2009	44,6	57,4	52,1	48,1	25,00
2010	44,9	59,3	51,6	48,2	25,00
2011	44,8	61,6	51,9	50,2	25,00
2012	46,5	63,6	54,5	51,9	25,00
2013	47,7	65,2	55,9	53,2	25,00
2014	48,6	66,4	56,9	54,2	25,00
2015	48,4	66,4	57,0	54,2	25,00

- a. La loi du 23.12.2005, Mémorial A-2005-215, a modifié la structure des valeurs monétaires afin de mieux adapter le financement aux différentes structures de prise en charge.
- b. Jusqu'au 1^{er} janvier 2006, les prestations en espèces étaient calculées au prorata de la valeur monétaire du maintien à domicile et correspondait à la moitié de la valeur monétaire de la prestation en nature. Les modifications de la loi en 2005 lui ont attribué un montant fixe, correspondant à 25 EUR.



ASSURANCE PENSION

INTRODUCTION

En 2014, le régime général compte en moyenne mensuelle 158 645 pensions payées, ce qui représente une progression de 3,6% par rapport à 2013. Le nombre moyen des assurés cotisants s'élève à 383 756 (+2,4%), ce qui correspond à 41,3 pensions pour 100 cotisants (*coefficient de charge*).

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION

L'assurance pension protège les assurés contre les trois risques vieillesse, invalidité et survie. Elle est obligatoire pour chaque personne exerçant au Grand-Duché une activité professionnelle ou justifiant des périodes assimilées.

Les pensions sont versées mensuellement. Il y a lieu de distinguer entre les pensions personnelles destinées à l'assuré, et les pensions de survie, versées, le cas échéant, à certains membres de famille de l'assuré décédé.

RÉGIMES DE L'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG

Le régime général de 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'Etat fonctionnarisés, fonctionnaires et employés communaux fonctionnarisés, 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, on peut mentionner les régimes de pensions spécifiques à certains organismes internationaux, qui gèrent les pensions des fonctionnaires qui y ont travaillé.

Le présent chapitre se limite exclusivement aux données du régime général de pension et analyse uniquement l'évolution récente de dernier ainsi que son équilibre financier à court terme. En ce qui concerne la situation actuarielle et financière à long terme, il est recommandé de se reporter aux avis et rapports spécifiques de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

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.

On distingue entre les *périodes d'assurance obligatoire*, c.-à-d. les périodes cotisées (activité professionnelle rémunérée, revenu de remplacement, baby-years,...) et les *périodes complémentaires*, c.-à-d. les périodes non cotisées mais prises en compte pour le stage (éducation enfants, études,...).

Sur base *volontaire*, un assuré peut continuer, compléter ou racheter rétroactivement des périodes effectives en cas d'arrêt ou réduction de l'activité professionnelle.

Les périodes d'assurance obligatoire et les périodes volontaires, c.-à-d. l'ensemble des périodes cotisées, constituent les périodes dites *effectives*.

A **65 ans**, âge de retraite légal, un assuré a droit à une **pension de vieillesse** à condition d'avoir accompli un stage d'au moins 120 mois (10 ans) de périodes effectives dans l'assurance pension.

Une **pension de vieillesse anticipée** peut être accordée dès l'âge de **60 ans** si l'assuré peut se prévaloir d'un stage cumulé de 480 mois (40 ans) dont au moins 120 mois (10 ans) de périodes effectives.

Une **pension de vieillesse anticipée** peut être accordée dès l'âge de **57 ans** si l'assuré peut se prévaloir d'un stage de 480 mois (40 ans) de périodes obligatoires.

A droit à une **pension d'invalidité**, l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure, a perdu sa capacité de travail.

Pensions de survie

Sous certaines conditions, le conjoint ou partenaire survivant d'un assuré a droit à une **pension pour conjoint survivant** jusqu'au moment d'un éventuel nouveau mariage ou de son propre décès. Un survivant divorcé peut, le cas échéant, aussi bénéficier d'une pension de survie.

Les enfants légitimes d'un défunt assuré reçoivent une **pension d'orphelin** jusqu'à l'accomplissement de leur 18ème anniversaire, délai pouvant être reporté jusqu'à l'âge de 27 ans en cas d'études ou de formation.

Il est à préciser qu'une personne ne peut être bénéficiaire que d'une seule pension personnelle, mais cette dernière peut être cumulée à une ou plusieurs pensions de survie.

Autres prestations prises en charge par la caisse de pension

Outre les pensions proprement dites, la caisse de pension du régime général prend en charge des *allocations trimestrielles*¹ (assimilées aux pensions), des *indemnités d'attente* et rembourse quelques *indemnités de préretraite*. En cas de carrières mixtes (régime général et régimes statutaires), elle peut être amenée à participer partiellement dans des *pensions* dites *mixtes*.

L'**indemnité d'attente** 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. A noter qu'à partir de 2016, l'indemnité d'attente sera remplacée par l'indemnité d'attente professionnelle² financée à parts égales par la caisse de pension et le fonds de l'emploi.

Pour les personnes bénéficiaires d'une **indemnité préretraite** versée par le fonds de l'emploi, et qui auraient droit à une pension de vieillesse anticipée du régime général, la caisse de pension rembourse le fonds de l'emploi.

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.

ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE PENSION

Pour le régime général de pension, un seul organisme de gestion, la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP), couvre tous les assurés³, 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 DE L'ASSURANCE PENSION

Le régime général d'assurance pension luxembourgeois est un système dit de répartition des charges par période de couverture de 10 ans, avec constitution obligatoire d'une réserve à hauteur de 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Les charges du régime sont couvertes par des cotisations et des revenus du patrimoine. Pour la période de couverture 2012-2022, le taux de cotisation global est fixé à 24%, partagé à parts égales (8% chacun) entre les assurés, les employeurs et l'Etat. 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. 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 liquidation mensuelles fournies par la CNAP.

En ce qui concerne les assurés cotisants, les chiffres sont issus 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.

3. Exception : les agents sous statut 'privé' de la Banque Centrale du Luxembourg.

1.1. PENSIONS PAYÉES

Au mois de décembre 2014, le régime général de pension compte 161 331 pensions en cours de paiement, soit une augmentation de 3,7% par rapport à l'année précédente (155 524). Avec 52,7%, on observe un léger surplus de pensionnaires masculins.

A noter que ce chiffre comprend 1 340 avances, c.-à-d. des montants versés à des ayants droits pour lesquels le montant définitif de la pension n'a, pour les premiers mois de retraite, pas encore été fixé, ainsi que 276 allocations trimestrielles.

Outre ces pensions, la CNAP a versé 4 407 indemnités d'attente et remboursé 545 indemnités de préretraite au fonds de l'emploi.

Dans 754 cas, elle participe à des pensions en charge des différentes caisses des régimes spéciaux.

Tableau 1: Evolution des prestations en cours de paiement ^a

Nombre	2010	2011	2012	2013	2014
Pensions	140 723	145 513	150 486	155 524	161 331
dont					
Pensions	139 254	144 084	149 088	154 110	159 715
Avances	1 022	1 023	1 047	1 108	1 340
Allocations trimestrielles	447	406	351	306	276
Variation en %	3,4%	3,4%	3,4%	3,3%	3,7%
Indemnités préretraites	725	653	525	558	545
Variation en %	4,5%	-9,9%	-19,6%	6,3%	-2,3%
Indemnité d'attente	2 334	2 774	3 145	3 736	4 407
Variation en %	30,8%	18,9%	13,4%	18,8%	18,0%
TOTAL	143 782	148 940	154 156	159 818	166 283
Variation en %	3,7%	3,6%	3,5%	3,7%	4,0%

a. Prestations liquidées pour décembre de chaque année.

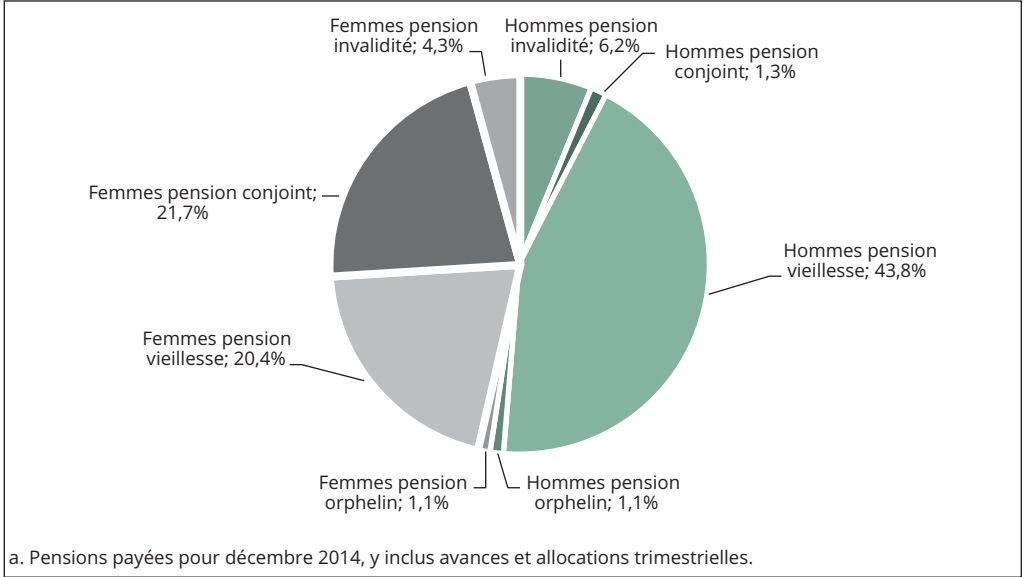
1.2. DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS

Trois quarts des 161 331 pensions du régime général versées en décembre 2014 sont des pensions personnelles. On y retrouve 103 592 pensions de vieillesse (y compris vieillesse anticipée) et 16 868 pensions d'invalidité.

Selon la loi, toutes les pensions d'invalidité sont reconduites en pensions de vieillesse à partir du 65ème anniversaire du bénéficiaire. Si on continuait à considérer ces pensions reconduites comme des pensions d'invalidité (invalidité 65+), la part totale de celles-ci passerait de 10,5% à 26,1%, tandis que celle des pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée tomberait de 64,2% à 48,6%.

Plus de deux pensions personnelles sur trois sont attribuées à des hommes. Par contre, la situation est complètement différente pour les 37 213 pensions de survie-conjoint, avec 94,2% de femmes bénéficiaires. Pour les 3 658 pensions de survie-orphelins, les deux sexes sont quasiment équilibrés.

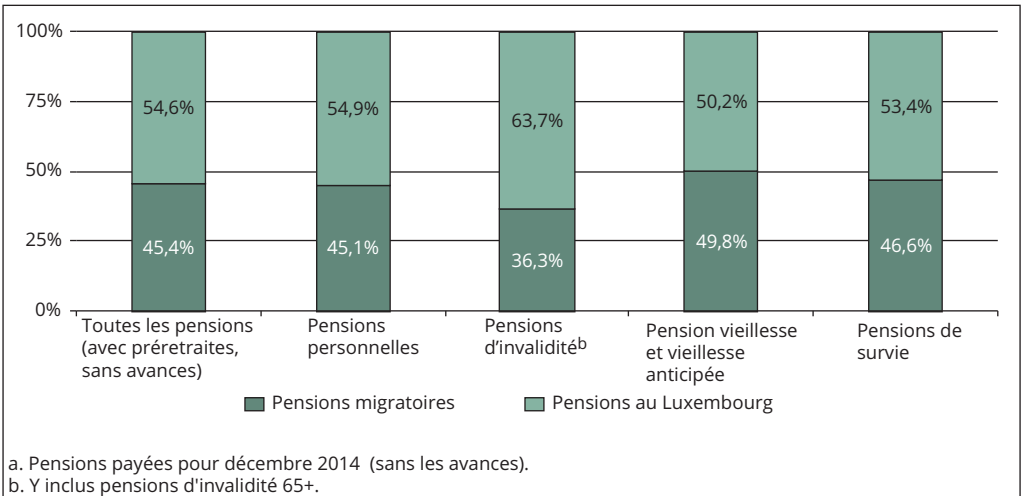
Graphique 1: Répartition des pensions 2014^a par type de pension et par sexe du bénéficiaire



1.3. PENSIONS MIGRATOIRES

En décembre 2014, 45,4% des pensions versées et préretraites remboursées par la CNAP⁴ sont destinées à des non-résidents. Pour les pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée, quasiment la moitié des pensions est dite migratoire, tandis que pour les pensions d'invalidité, 63,7% des pensions restent sur le territoire luxembourgeois ; ce chiffre inclut les pensions reconduites en pensions de vieillesse à l'âge de 65.

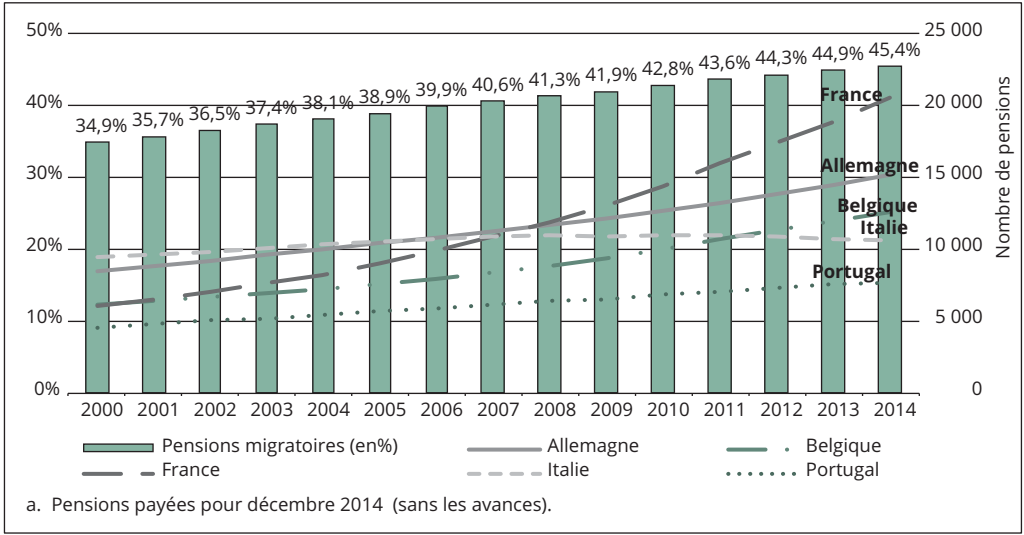
Graphique 2: Part des pensions^a migratoires par type de pension



4. Ce calcul ne tient pas en compte des avances.

La part des pensions migratoires continue à croître de façon régulière. En 1995, elles représentaient moins qu'un quart de l'ensemble des pensions pour atteindre un tiers en 2000. En chiffres absolus, le nombre des pensions transférées a plus que quadruplé pendant les deux dernières décennies.

Graphique 3: Evolution des pensions^a migratoires et principaux pays de destination



Les trois pays limitrophes représentent les premiers pays destinataires des pensions migratoires, avec en premier lieu la France, suivie de l'Allemagne et la Belgique. L'Italie occupe la quatrième place, même si les pensions qui y sont versées diminuent en nombre et en pourcentage. Avant 1990, plus d'un tiers des pensions migratoires étaient destinées à l'Italie, par rapport à 15% aujourd'hui.

En termes de croissance, les évolutions les plus importantes sont observées pour les pensions à destination de la France et du Portugal.

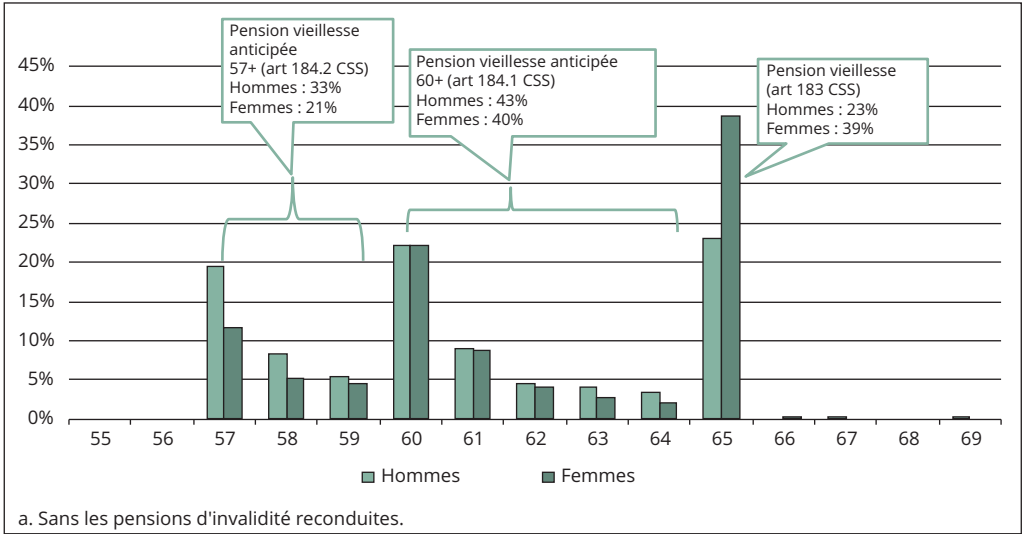
1.4. NOUVELLES ATTRIBUTIONS

Durant 2014, 10 464 pensions nouvelles ont été attribuées à 5 610 hommes et 4 854 femmes. Les pensions de vieillesse en représentent 59,4%, les pensions d'invalidité 17,7%.

L'analyse par âge d'entrée en pension de vieillesse fait apparaître que 77% des hommes concernés ont droit à une pension de vieillesse anticipée, contre 61% seulement chez les femmes. A contrario, les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à ouvrir le droit de pension de vieillesse à l'âge légal de 65 ans ; 23% contre 39%. Cette situation s'explique notamment par les interruptions de carrière, plus fréquentes chez les femmes, qui limitent la possibilité de retraites anticipées.

Très peu de personnes ont demandé leur pension de vieillesse au-delà de 65 ans.

Graphique 4: Nouvelles pensions vieillesse attribuées en 2014^a par âge d'entrée



Quant aux retraits de pensions, la grande majorité (87%) est due au décès du bénéficiaire.

1.5. ASSURÉS COTISANTS

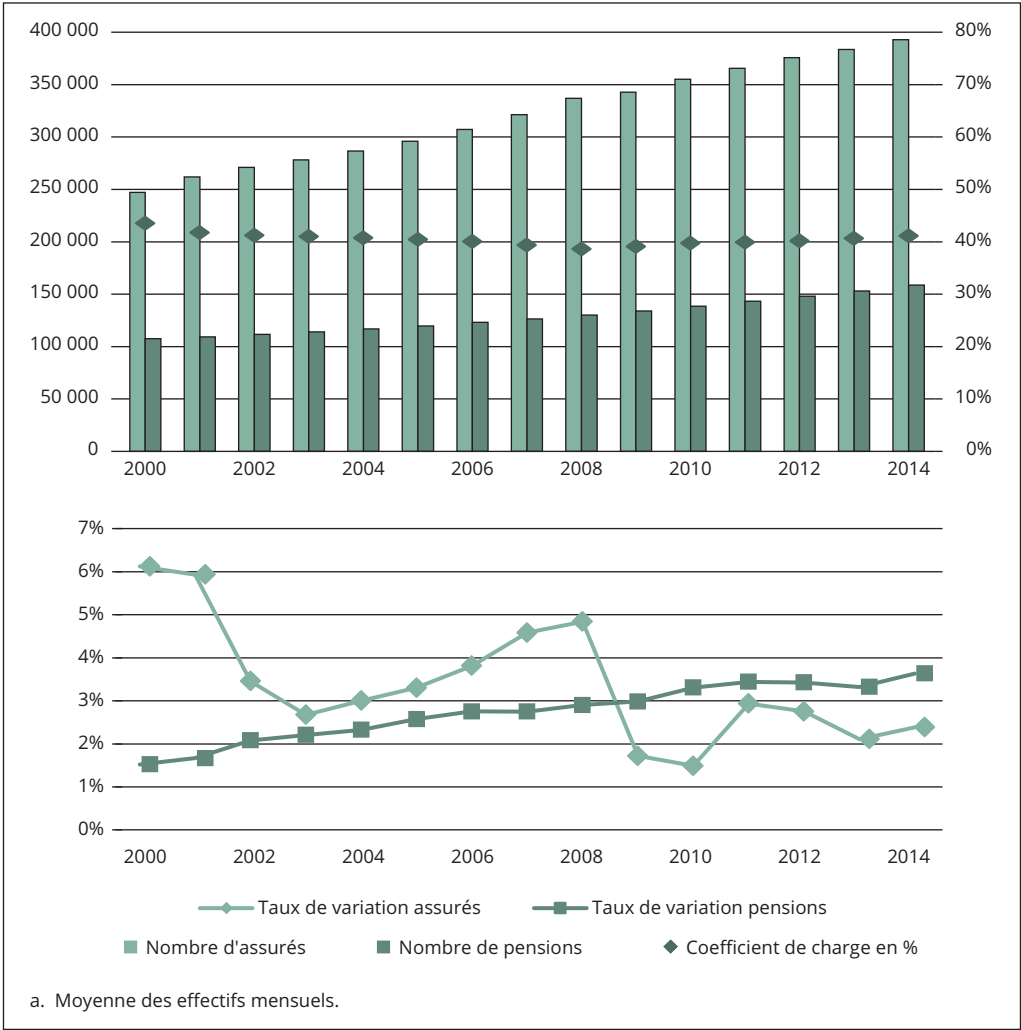
Le nombre des assurés cotisants a connu une croissance de 2,3% pour atteindre 384 047 personnes en décembre 2014. Cette évolution confirme l'observation faite depuis quelques années, que le nombre des pensions augmente de façon plus prononcée que celui des assurés.

Si, au début du millénaire, la croissance du nombre d'assurés représentait encore un multiple du taux de croissance du nombre de pensions versées, ce dernier est supérieur à l'évolution des assurés depuis 2009, début de la crise économique.

Pour ce qui est de l'interprétation du niveau absolu du coefficient de charge⁵ (41,3% en 2014), il y a lieu d'attirer l'attention sur la particularité que le nombre de pensions comporte de nombreuses pensions partielles relevant notamment de l'assurance migratoire internationale. Si, du point de vue démographique, ce coefficient est correct, il ne permet pas de déduire immédiatement le niveau de la charge financière, en raison du montant réduit de ces pensions partielles.

5. Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.

Graphique 5: Evolution du nombre moyen^a d'assurés et de pensions



1.6. NIVEAU MOYEN DES PENSIONS

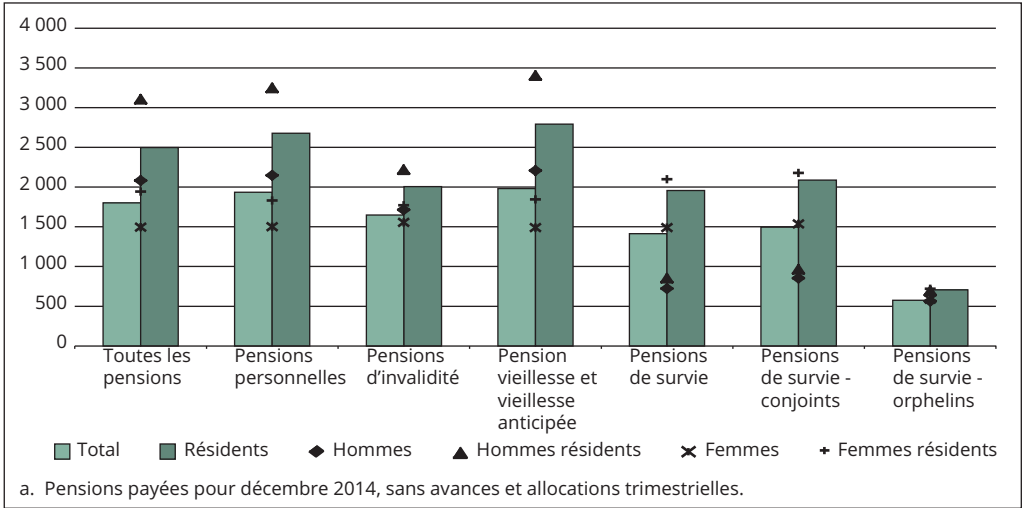
Le montant d'une pension, surtout en ce qui concerne les pensions de vieillesse, dépend du stage accompli et de la base d'assiette totale accumulée pendant ce stage par l'assuré titulaire.

Pour 2014, la loi prévoit une pension mensuelle minimale de 1 718,86⁶ EUR, due dans le cas d'un stage d'au moins 40 ans en périodes effectives ou complémentaires. A défaut d'un stage complet, ce montant est graduellement diminué de 1/40 par année manquante. Il faut un stage minimal de 20 ans pour pouvoir bénéficier du supplément pension minimale. Le même seuil minimal est applicable pour les pensions de conjoint survivant.

Le montant moyen des pensions versées pour décembre 2014 s'élève à 1 934,24 EUR pour les pensions personnelles et à 1 413,15 EUR pour les pensions de survie.

6. Pension minimale au 01.01.2015 : 1 726,13 EUR.

Graphique 6: Niveau moyen des pensions 2014^a par type de pension (en EUR)



Ces montants peuvent paraître étonnamment bas, notamment par rapport au niveau salarial du pays. Ils s'expliquent entre autres par la situation atypique de l'économie luxembourgeoise relative à la présence massive de main-d'œuvre non-originaire et/ou non-résidente et la présence de 45,4% de pensions migratoires. Ces bénéficiaires n'ont très souvent pas effectué l'intégralité de leur carrière au Grand-Duché, et ne touchent ainsi qu'une pension partielle du régime luxembourgeois, le reste étant, le cas échéant, versé par d'autres pays.

En ne considérant que les pensions versées aux résidents - supposant que les bénéficiaires avec une carrière réalisée intégralement au Luxembourg y soient plus répandus - le montant moyen de la pension personnelle est effectivement plus élevé et s'établit à 2 676,36 EUR pour décembre 2014.

De plus, les montants moyens calculés ne tiennent pas compte des montants théoriquement dus, mais non versés à cause de réductions suite à l'application des diverses dispositions anti-cumul. Ce phénomène est pourtant très fréquent parmi les bénéficiaires de pension de conjoint survivant qui sont salariés ou touchent une propre pension personnelle. S'explique ainsi notamment le montant moyen très bas touché par les conjoints survivants masculins, qui représente moins de la moitié du niveau moyen des pensions de survie touché par les veuves.

Les pensions touchées par les hommes dépassent celles des femmes en moyenne de 39%. Cette différence peut même atteindre 48% pour les pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée. Ces écarts s'expliquent, entre autres, par des carrières professionnelles plus courtes dans la génération des pensionnaires féminins actuels.

En effet, parmi les pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée, environ 50% des femmes bénéficiaires résidentes touchent une pension inférieure à la pension minimale complète décrit ci-avant. Par contre, ce taux n'atteint même pas 10% pour les hommes. Forcément, tous les pensionnaires en dessous du seuil n'ont pas pu faire valoir un stage complet de 40 ans.

En termes d'évolution, on observe une croissance du montant nominal moyen des pensions des femmes de 450% depuis 1985, tandis que pour les hommes l'augmentation n'atteint "que" 300%. Ceci est sans doute un indicateur que de plus en plus de femmes ont des carrières d'assurance plus complètes.

2. SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE PENSION

En 2014, les recettes courantes du régime général de pension excèdent les dépenses courantes de 1 860 millions EUR.

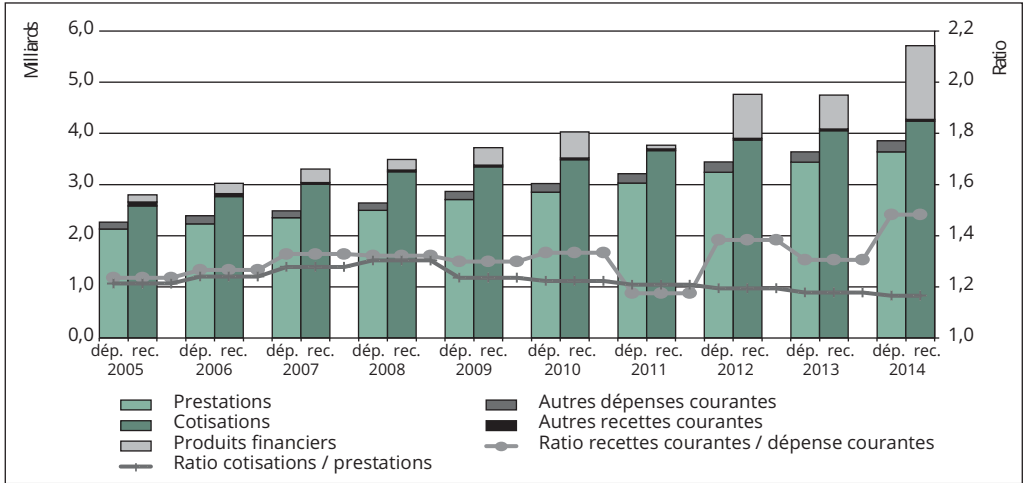
Ce chiffre renseigne sur le résultat consolidé de la CNAP et du Fonds de Compensation (FDC), et donc tient compte des revenus de patrimoine de ce dernier.

Tableau 2: Evolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension (en millions EUR)

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES					
Cotisations des assurés et des employeurs	2 324	2 441	2 581	2 701	2 827
Variation annuelle en %	4,2%	5,0%	5,7%	4,6%	4,7%
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1 161	1 220	1 290	1 350	1 413
Participation de tiers	0	0	0	0	0
Transferts provenant d'autres organismes	3	2	3	5	5
Revenus sur immobilisation	26	26	25	23	22
Produits divers de tiers	6	6	6	5	5
Produits financiers	508	77	859	664	1 443
dont estimation du produit financier non réalisé du FDC	311	-176	589	387	967
Autres recettes	0	0	0	0	0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	4 028	3 771	4 764	4 748	5 715
Variation annuelle en %	8,2%	-6,4%	26,3%	-0,3%	20,4%
DEPENSES					
Frais d'administration	32	37	40	40	42
Prestations en espèces	2 849	3 030	3 242	3 438	3 639
Variation annuelle en %	5,2%	6,3%	7,0%	6,0%	5,8%
Transfert de cotisations à d'autres organismes	112	120	137	138	154
Décharges et restitutions à d'autres organismes	18	14	15	12	12
Frais de gestion du patrimoine	2	2	3	3	2
Charges financières	0	0	0	0	0
Dotations aux provisions et aux amortissements	6	7	7	6	6
Autres dépenses	0	0	0	0	0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	3 021	3 210	3 443	3 637	3 855
Variation annuelle en %	5,4%	6,3%	7,3%	5,6%	6,0%
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	1 007	561	1 321	1 111	1 860
Réserve minimale	4 274	4 545	4 864	5 157	5 459
Excédent/découvert cumulé (après op.sur réserve)	6 487	6 777	7 779	8 597	10 155
RESERVE GLOBALE	10 761	11 322	12 643	13 754	15 614
Variation annuelle en %	10,3%	5,2%	11,7%	8,8%	13,5%

Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général.

Graphique 7: Evolution des dépenses et recettes courantes du régime général de pension



2.1. RECETTES

Les recettes en cotisations ont connu une croissance de 4,7% en 2014 (+4,6% en 2013) pour atteindre 4 234 millions EUR.

L'augmentation massive de 20,4% de l'ensemble des recettes courantes du régime général s'explique ainsi essentiellement par l'évolution des produits financiers, dont en premier lieu l'excédent du fonds de compensation (FDC).

Parmi les recettes principales du FDC, il y a lieu de citer les revenus sur immobilisations (loyers perçus, ...) à hauteur de 21,9 millions EUR, 6,4 millions EUR de revenus sur prêts accordés et surtout l'écart de réévaluation de 1 432,5 millions EUR.

Cet écart de réévaluation correspond à la différence entre la valeur nette au 31.12.2014 et celle au 31.12.2013 des fonds placés par le FDC dans son organisme de placement collectif, le Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS (ci-après : la SICAV-FIS).

En 2014, ces valeurs mobilières (actions, obligations et devises) ont ainsi rapporté 468,4 millions EUR - soit un tiers de l'écart de réévaluation total - en revenus dits réalisés (dividendes perçus, intérêts, plus-values réalisées sur cessions). La valeur de marché/boursière des titres détenus par la SICAV-FIS connaît une augmentation de 966,8 millions EUR en 2014. Cette partie de revenus dits non réalisés est la principale raison des importantes fluctuations des produits financiers du régime général.

2.2. DÉPENSES

Le volume des prestations en espèces atteint 3 639 millions en 2014, soit une progression de 5,8% par rapport à 2013.

Les pensions proprement dites (pensions personnelles et pensions de survie) représentent 3 512 millions EUR (+5,5%), le coût des indemnités d'attente s'élève à 88 millions EUR (+19,2%). Les remboursements de préretraites aux Fonds pour l'Emploi diminuent légèrement (-1,6%).

Tableau 3: Evolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR)

Dépenses en prestations	2010	2011	2012	2013	2014
Pensions	2 769,2	2 939,1	3 143,2	3 327,1	3 511,6
Variation annuelle en %	4,9%	6,1%	6,9%	5,9%	5,5%
Indemnités d'attente	42,3	52,6	61,9	73,9	88,1
Variation annuelle en %	32,9%	24,5%	17,7%	19,4%	19,2%
Indemnités de préretraite	27,9	29,4	28,5	26,0	24,8
Variation annuelle en %	5,5%	-3,0%	-9,0%	-4,5%	-1,6%

Les frais de gestion du patrimoine et les dotations aux amortissements sont liées aux immeubles détenus par le FDC. Au 31.12.2014, la valeur nette des immobilisations corporelles (terrains, immeubles, installations et mobilier) détenus s'élève à 247 millions EUR. De plus, le FDC détient des valeurs mobilières pour 13 486 millions EUR, surtout dans la SICAV-FIS, et des immobilisations financières (prêts) pour 285,8 millions EUR. A noter que les charges et dépenses de la SICAV-FIS (charges financières, moins-values réalisées et non réalisées) sont comprises dans l'écart de réévaluation.

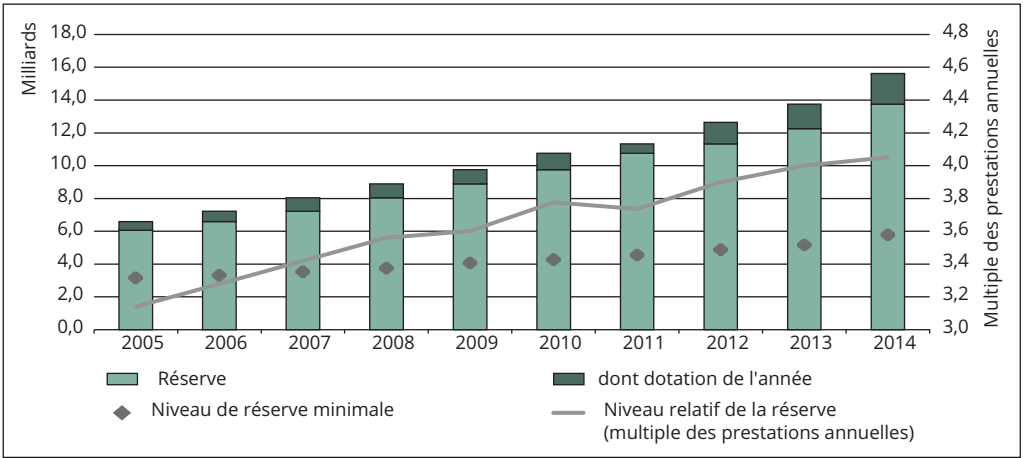
2.3. RÉSULTAT ET RÉSERVE

Les recettes en cotisations dépassent les dépenses en prestations en espèces de 601 millions EUR, soit un surplus de 16,5%. Ceci confirme la dégradation graduelle observée depuis plusieurs années, sachant que cet excédent représentait encore 636 millions (22%) en 2010.

Hors FDC, l'excédent courant de la CNAP s'élève à 404,3 millions EUR pour 2014. Après dotation au fonds de roulement minimal (la loi prévoit un niveau correspondant à 20% des prestations de l'année précédente), la CNAP a ainsi pu transférer 365,1 millions EUR au FDC.

L'excédent consolidé du régime général (CNAP et FDC) s'élève à 1 860 millions EUR et permet de porter la réserve à 15 614 millions EUR dont 687,6 millions de fonds de roulement (CNAP) et 14 926,5 millions de réserve de compensation (FDC). La réserve dépasse ainsi largement de minimum requis de 1,5 fois le montant des prestations annuelles, soit 5 459 millions EUR.

Graphique 8: Evolution de la réserve du régime général de pension



Le fait que le taux de cotisation global de 24% dépasse régulièrement la prime de répartition pure ⁷ permet au régime de dégager d'importants excédents financiers et de consolider une réserve substantielle dépassant le double du montant légalement requis.

L'évolution dans le temps des principaux indicateurs de santé du régime que sont la **prime de répartition pure** ⁷, le **niveau relatif de la réserve**⁸ ainsi que le **coefficient de charge**⁹, implique les commentaires suivants. La progression, bien que légère, du coefficient indique que la charge des pensions sur les cotisations des assurés actifs augmente. Depuis 2008, la prime de répartition pure se rapproche du taux de cotisation global, ce qui diminue par conséquent les excédents financiers, hors rendement de la fortune. Néanmoins, le niveau relatif de la réserve continue encore à progresser.

Tableau 4: Evolution de la situation du régime général de pension

Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
2010	39,8	20,8	3,78
2011	40,0	21,1	3,74
2012	40,3	21,4	3,90
2013	40,8	21,6	4,00
2014	41,3	21,8	4,05

7. Prime de répartition pure = Rapport dépenses courantes / masse cotisable.

8. Niveau relatif de la réserve = Réserve exprimée comme multiple des prestations annuelles.

9. Coefficient de charge = Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.



INTRODUCTION

Le régime d'assurance accident, introduit par le législateur en 1902 appartient aux plus anciennes des protections sociales.

La population protégée par l'assurance accident est définie aux articles 85 à 91 du Livre 2 du Code de la sécurité sociale intitulé " Assurance Accident ".

Est assuré obligatoirement contre les accidents du travail et les maladies professionnelles l'ensemble des salariés y compris les fonctionnaires et employés de l'Etat, des communes et des établissements publics, les personnes y assimilées ainsi que les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle artisanale, commerciale ou libérale.

L'assurance accident gère pour le compte de l'Etat les régimes spéciaux couvrant entre autres les écoliers, élèves et étudiants, y compris dans le cadre de leurs activités périscolaires.

La population protégée par l'assurance accident se chiffre à 406 444 personnes au 31 décembre 2014.

Ce nombre est principalement constitué de la population active et des chômeurs. Ne sont pas incluses dans ce nombre certaines catégories liées à des activités extraprofessionnelles, qui sont marginales et plus difficiles à estimer. La situation actuelle de la population protégée est présentée au chapitre sur la protection sociale.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

L'assurance a pour objectif principal d'indemniser les assurés victimes d'accident du travail proprement dit, ainsi que les victimes d'accident de trajet et de certaines maladies dites professionnelles.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

- Prestations de soins de santé
- Dégât matériel
- Prestations en espèces pendant les 52 premières semaines
- Rentes pour accidents
- Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux
- Prestations dépendance
- Prestations des survivants

ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT

La gestion de l'assurance accident est assurée par l'Association d'assurance accident (AAA), un établissement public chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle est placée sous la tutelle du Ministère de la Sécurité sociale et gérée par un comité directeur.

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT

Pour faire face aux charges globales du régime général, l'Association d'assurance accident applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve.

Les dépenses du régime général sont financées par des cotisations à charge des employeurs et des assurés non-salariés.

Le comité directeur de l'Association d'assurance accident fixe chaque année un taux de cotisation unique.

Le financement des régimes spéciaux se fait directement par le budget de l'Etat.

1. PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES

Les informations contenues dans ce chapitre proviennent soit des données comptables soit des données statistiques de l'Association d'assurance accident.

Encadré méthodologique

Pour la détermination des nombres ont été pris en compte :

Le nombre d'affiliés retenu au 31.12 de l'exercice concerné.

Le nombre de rentes (anciennes) qui sont liquidées au 31.12 de l'exercice concerné.

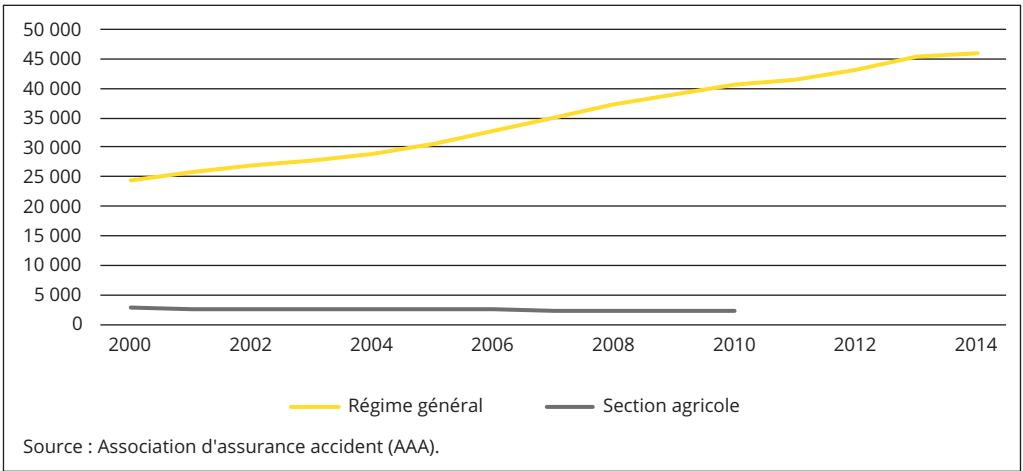
Le nombre de rentes (nouvelles) qui sont dues et liquidées au 31.12 de l'exercice concerné.

Le nombre d'accidents déclarés : tous les accidents déclarés relevant de l'exercice concerné.

Le nombre d'accidents reconnus : tous les accidents relevant de l'exercice concerné reconnus avant le 02.09 n+1.

1.1. AFFILIATION DES ENTREPRISES

Graphique 1: Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident



Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à l'ancienne section industrielle de l'Association d'assurance accident a diminué au début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a ensuite augmenté en moyenne de 5% par année.

La crise financière et économique, qui a marqué le début des années 2000, a atténué cette croissance qui n'a repris qu'en 2005.

Le nombre des entreprises a ainsi dépassé 46 000 unités en 2014, une augmentation de 1,3% par rapport à 2013.

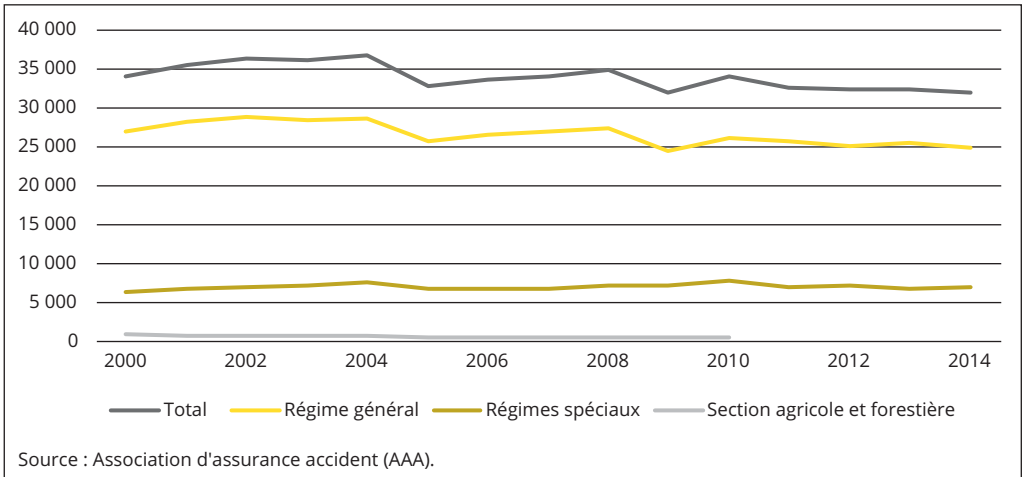
Le nombre d'entreprises affiliées à la section agricole et forestière a subi une diminution régulière depuis 1960 (-1% en moyenne depuis 1970). En 1997, le nombre d'affiliés a accusé une réduction de deux tiers suite à la redéfinition du critère de l'affiliation obligatoire et à l'introduction d'une assurance volontaire. Depuis, le niveau des affiliations suit une régression lente pour descendre en dessous de 2 300 en 2010.

A partir de 2011, suite à la fusion des sections industrielle et agricole, le nombre des entreprises agricoles affiliées n'est plus renseigné séparément mais est désormais inclus dans le nombre du régime général.

1.2. STATISTIQUES SUR LES ACCIDENTS

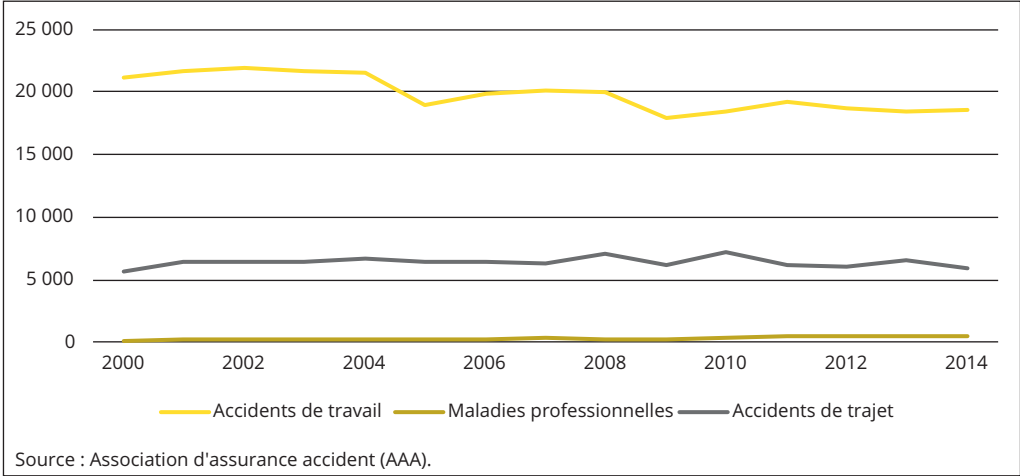
Le nombre d'accidents déclarés en 2014 s'élève à 31 797 dont 24 855 (78%) pour le régime général, et 6 942 (22%) pour les régimes spéciaux. Le nombre d'accidents mortels est de 15 unités.

Graphique 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés par régime



Parmi les cas déclarés au régime général, 74,6% concernent des accidents de travail proprement dits, 23,5% des accidents de trajet et 1,9% des maladies professionnelles.

Graphique 3: Evolution du nombre d'accidents déclarés du régime général par types d'accidents



Toute personne assurée, victime d'un accident de travail ou de trajet est tenue d'informer sans retard son employeur. Celui-ci doit déclarer l'accident de travail à l'AAA en fournissant toutes les indications demandées sur un formulaire prescrit. Le refus de considérer comme accident de travail, ou de trajet ou maladie professionnelle un accident déclaré se fait par une décision du président de l'AAA. Environ 80% des accidents déclarés seront reconnus comme accident de travail.

Tableau 1: Evolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général

Année	Accidents (tous)			Accidents du travail proprement dits			Accidents de trajet			Maladies professionnelles		
	déclarés	reconnus	mortels	déclarés	reconnus	mortels	déclarés	reconnus	mortels	déclarés	reconnus	mortels
2010	26 017	19 524	17	18 459	14 797	12	7 232	4 659	5	326	68	0
2011	25 856	20 519	12	19 193	16 435	11	6 202	3 921	6	461	163	0
2012	25 297	20 264	17	18 670	16 384	14	6 094	3 753	3	533	127	0
2013	25 477	20 766	22	18 478	16 565	6	6 552	4 076	16	447	125	0
2014	24 855	20 043	14	18 530	16 384	10	5 847	3 516	4	478	143	0

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Toute personne assurée, victime d'un accident de travail ou de trajet est tenue d'informer sans retard son employeur. Celui-ci doit déclarer l'accident de travail à l'AAA en fournissant toutes les indications demandées sur un formulaire prescrit. Le refus de considérer comme accident de travail, ou de trajet ou maladie professionnelle un accident déclaré se fait par une décision du président de l'AAA. Environ 80% des accidents déclarés seront reconnus comme accident de travail.

1.3. LES RENTES ET AUTRES PRESTATIONS

Les prestations accordées sous l'ancienne législation continueront à exister mais connaîtront une réduction rapide dans les années à venir. Les données reprises ci-dessous représentent le nombre des prestations en transition entre l'ancienne législation et l'application des dispositions de la réforme aux nouvelles prestations.

1.3.1. Les prestations suite à la réforme de l'AAA

La réforme de l'AAA a modifié ou introduit les prestations qui sont présentées ci-dessous.

Prestations pour soins de santé

Les soins de santé et l'assistance régulière pour les actes essentiels de la vie, suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, sont intégralement pris en charge par l'assurance accident. L'assuré n'aura pas à avancer les frais des prestations. Les frais pour soins de santé ou pour les actes essentiels de la vie sont payés directement par la Caisse nationale de santé pour le compte de l'AAA (art. 98 du CSS).

Indemnisation des dégâts matériels

Si lors d'un accident de travail, en cas de lésion corporelle, l'assuré a subi un dommage matériel, il a droit à une indemnisation des dégâts matériels accessoires. En outre, même en l'absence de lésions corporelles, l'assuré sera indemnisé des dégâts causés aux prothèses ou au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique sous certaines conditions et dans certaines limites (art. 99 du CSS).

Tableau 2: Evolution du nombre des dégâts matériels

Catégorie	2013		2014	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Dégât aux véhicules automoteurs	630	21	472	12
Dégât accessoire	112	9	138	8
TOTAL	742	30	610	20

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Prestations en espèces pendant les 52 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.

Cette indemnité pécuniaire est versée pendant un maximum de 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines. Le montant de l'indemnité correspond au salaire cotisable de la victime au moment de la survenance de l'incapacité de travail (art. 100-101 du CSS).

Les rentes

Pour les accidents survenus et les maladies professionnelles déclarées à partir du 1er janvier 2011, les rentes accidents y relatives indemnisent la perte totale ou partielle du revenu professionnel et présentent les caractéristiques communes suivantes :

La rente complète

La rente complète est accordée pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenus, alors que l'assuré exerçait une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire ou qu'il était inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) (art. 102-104 du CSS).

La rente partielle

L'assuré qui a subi une perte de revenu professionnel par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit à une rente partielle à partir de la reprise d'une activité professionnelle avant l'âge de 65 ans à condition (art. 105-110 du CSS) :

- qu'il justifie un taux d'incapacité de travail permanente de 10% au moins après consolidation des lésions ;
- que la perte de revenu atteigne 10% au moins ;
- que, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, il soit incapable d'exercer son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail principalement en raison des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

La rente d'attente

Si un assuré présente une incapacité de travail pour exercer son dernier poste de travail, principalement imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, et selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, il a droit à la rente d'attente de la part de l'AAA (art. 111-114 du CSS).

La rente de survie

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 (art. 131-133 du CSS).

Tableau 3: Evolution du nombre des rentes par régime (après réforme)

Catégorie	2013		2014	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Rentes complètes	520	10	526	7
Rentes partielles	-	-	1	-
Rentes d'attente	93	1	186	0
Rentes pour survivants	66	1	83	1
TOTAL	679	12	796	8

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Si, après la consolidation, l'assuré est atteint, par suite d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, 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 (art. 118-120 du CSS).

Les prestations des survivants

Par ailleurs 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, en l'occurrence le conjoint ou le partenaire ainsi que les enfants de l'assuré, ont chacun droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire (art. 130 du CSS).

Tableau 4: Evolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux par régime (après réforme)

Catégorie	2013		2014	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Préjudices extrapatrimoniaux				
Préjudice physiologique et d'agrément (capital) ^a	1 185	32	1 683	50
Préjudice physiologique et d'agrément (mensuel) ^a	46	1	103	3
Ind. forfaitaires pour douleurs physiques endurées ^b	1 212	31	1 719	51
Ind. forfaitaires pour douleurs physiques esthétique ^c	665	15	923	19
Ind. forfaitaires pour dommage moral (survivants) ^c	24	1	19	0
TOTAL	3 132	80	4 447	123

a. Art. 119 du CSS.

b. Art. 120 du CSS.

c. Art. 130 du CSS.

Source : Association d'assurance accident (AAA).

1.3.2. Rentes accordées avant la réforme de l'AAA

Le nombre total des rentes s'élève en 2014 à 13 419 unités, ce qui représente une diminution de 2,7% par rapport aux 13 796 unités en 2013.

Le nombre de rachats de rentes ainsi que les rentes transitoires de l'ancien régime connaîtront une réduction rapide suite aux rachats d'office des rentes inférieures à 10 % et des consolidations des anciens cas sous l'ancienne législation.

La répartition de ces rentes par catégorie se présente comme suit :

Tableau 5: Evolution de la répartition des rentes accordées avant 2011 et rachats de rentes pour tous les régimes^a

Catégorie	2013	2014	Variation en %
Rachats < 10 %	267	107	
Rachats >= 10 %	211	161	
Indemnités globales payées aux conjoints survivants	3	10	
Total des rachats	481	278	-42,2%
Rentes viagères	12 665	12 410	
Rentes transitoires pour blessés	249	153	
Rentes pour survivants	882	856	
Total des rentes	13 796	13 419	-2,7%

a. Régime général et régimes spéciaux.

Source : Association d'assurance accident (AAA).

2. SITUATION FINANCIÈRE

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

Depuis 2001 les recettes courantes de la section industrielle dépassent régulièrement les dépenses courantes. Pour faire face aux dépenses supplémentaires consécutives à la loi du 21 décembre 2004 et à la décision évoquée de l'assemblée générale du 20 janvier 2006 concernant le rachat des rentes, un prélèvement à la réserve de 17,8 millions EUR a été nécessaire en 2006. Les années suivantes, des prélèvements ou le cas échéant des dotations à la réserve légale ont été effectués pour équilibrer le compte d'exploitation. Pour l'exercice 2014 le montant du prélèvement à la réserve s'élève à 4,9 millions EUR.

Tableau 6: Evolution des opérations courantes de l'assurance accident (en millions EUR)

Année	AA section industrielle			AA section agricole		
	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde
2005	191,38	214,06	22,68	8,47	5,88	-2,59
2006	218,37	200,58	-17,78	7,56	4,63	-2,93
2007	193,42	204,82	11,40	7,28	4,42	-2,86
2008	202,60	208,91	6,31	7,62	4,80	-2,82
2009	198,51	188,48	-10,03	7,47	4,73	-2,74
2010	207,82	198,84	-8,99	7,80	4,95	-2,85
Année	AAA					
2011	214,65	224,75	10,10			
2012	216,62	235,03	18,41			
2013	229,45	219,06	-10,39			
2014	232,07	227,19	-4,88			

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Les dépenses courantes représentent 0,5% du PIB en 2014, et leur proportion, partant de 1,3% en 1975, est en régression constante. Par ailleurs, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 2000 et 2014 n'atteint que 0,8% (au nombre indice 100) ce qui témoigne d'une progression plus lente des dépenses que les aux autres branches de la sécurité sociale.

Tableau 7: Evolution des recettes et des dépenses globales de l'AAA ^a (en millions EUR)

	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES					
Cotisations	173,85	189,71	202,01	200,75	210,50
Participations de tiers	13,06	22,38	23,47	7,02	6,69
dont					
Participation aux frais d'administration	0,90	0,26	0,29	0,35	0,35
Participation aux prestations	12,16	4,91	5,97	6,67	6,34
Participation de l'Etat (contribution forfaitaire)		17,20	17,20		
Transfert de cotisations	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
Produits divers provenant de tiers	9,95	9,50	7,61	10,68	9,14
Produits financiers	1,79	3,15	1,93	0,61	0,84
Recettes diverses	0,00	0,01	0,02	0,00	0,02
TOTAL DES RECETTES COURANTES	198,84	224,75	235,03	219,06	227,19
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>5,5%</i>	<i>13,0%</i>	<i>4,6%</i>	<i>-6,8%</i>	<i>3,7%</i>
DEPENSES					
Frais d'administration	10,35	9,65	10,22	11,23	11,58
Prestations en espèces	158,25	165,90	169,54	171,45	172,13
Prestations en nature	35,63	36,08	33,30	42,78	44,35
Transferts de cotisations à d'autres organismes	1,12	1,28	1,93	2,34	2,41
Autres dépenses	2,48	1,73	1,64	1,65	1,60
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	207,82	214,65	216,62	229,45	232,07
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>4,7%</i>	<i>3,3%</i>	<i>0,9%</i>	<i>5,9%</i>	<i>1,1%</i>
Solde des opérations courantes	-8,99	10,10	18,41	-10,39	-4,88

a. Situation au 31 décembre, (jusqu'en 2010 - section industrielle - régime général) à partir de 2011 - le régime général inclut les fonctionnaires et employés publics ainsi que l'ancienne section agricole.

Source : Association d'assurance accident (AAA).

La diminution des recettes courantes observée en 2009 (-9,8%) s'explique, d'une part, par la baisse du taux de cotisation moyen (1,25% en 2009 par rapport à 1,35% en 2008) et, d'autre part, par le faible rendement des placements de l'assurance accident suite à la diminution du taux moyen des marchés financiers. La régression des dépenses courantes (-2%) s'explique, quant à elle, par une diminution des frais d'administration due à la prise en charge du personnel retraité de l'AAA par la CNAP suivant l'article 35 du Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 ¹.

1. Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2008/0222/2008A3306A.html>

En 2011, la forte augmentation des recettes (+13%) s'explique par le versement forfaitaire de l'Etat de 17 millions EUR à titre de compensation à l'AAA pour l'introduction du taux de cotisation unique. En effet, alors que le taux moyen aurait dû être de 1,25% pour couvrir les charges de l'AAA, il a été décidé lors de l'accord du 15 décembre 2010 entre l'Etat et l'UEL (Union des entreprises luxembourgeoises) de le fixer à 1,15%.

Le ralentissement des dépenses observé en 2012 (+0,9%) provient d'une diminution du nombre de rachats des rentes suite à la réforme de l'assurance accident.

La diminution des recettes en 2013 marque le retour à la normalité des recettes de l'AAA après 2011 et 2012 avec les contributions forfaitaires exceptionnelles de l'Etat. La diminution des recettes s'explique aussi par la baisse du taux de cotisation de 1,15% en 2012 à 1,10% en 2013.

L'augmentation des dépenses en 2013 s'explique principalement par une forte augmentation de 28,5% des prestations en nature. Cette variation importante est en partie due aux prestations transférées à l'étranger. La comptabilisation de ces prestations dépend des décomptes (E125) introduits de manière irrégulière par les institutions étrangères. Ainsi un montant de 7,8 millions d'EUR qui concernait l'année 2012, n'a été liquidé qu'en 2013.

En 2013 on note une augmentation de 21% du compte transfert en cotisation à d'autres organismes de sécurité sociale. Celui-ci représente la part de l'AAA dans les cotisations sociales (assurance maladie, pension) dues sur les indemnités pécuniaires (IP) et les rentes tombant sous la nouvelle législation. Il fluctue en fonction du nombre des rentes et des montants des IP.

L'exercice 2014 reste marqué par la transition des prestations de l'ancienne et de la nouvelle législation. L'augmentation conséquente des dépenses des nouvelles prestations est compensée par la diminution progressive des anciennes prestations.

2.2. LES RECETTES COURANTES

L'assurance accident est financée à raison de 92,7% par des cotisations, de 2,9% par des contributions publiques et de 4,4% par des revenus sur la fortune et des recettes diverses. A noter que parmi les contributions publiques figure la prise en charge intégrale des prestations allouées dans le cadre des régimes spéciaux.

En 2014 les cotisations ont augmenté de 2,9% au nombre indice 100 par rapport à 2013.

Tableau 8: Répartition des recettes courantes de l'AAA en 2014 (en milliers EUR)

Recettes	Montant	En % du total
Cotisations	210 500,92	92,7%
Participation de l'Etat	6 686,62	2,9%
Produits financiers et recettes diverses	9 999,88	4,4%
TOTAL	227 187,42	100,0%

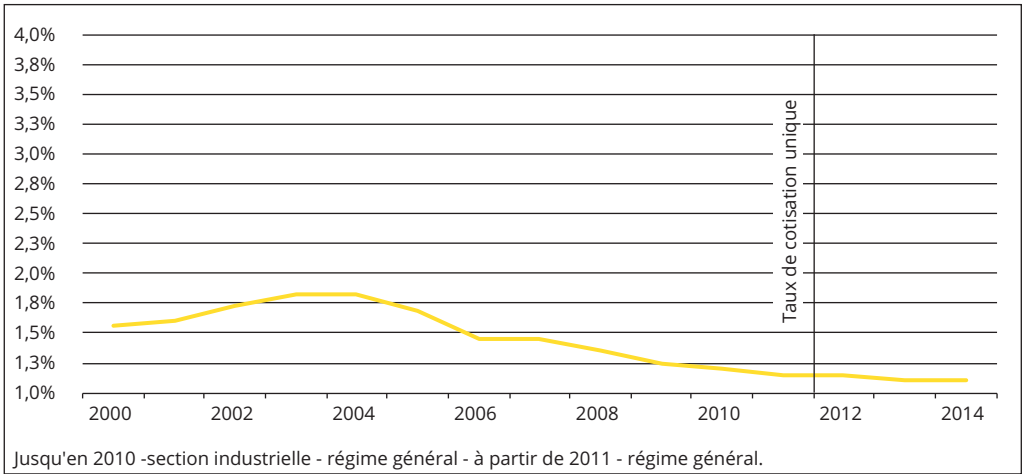
Source : Association d'assurance accident (AAA).

Etant donné que les taux de cotisation de la section industrielle étaient fixés annuellement pour chaque position du tarif de risque, il est intéressant d'analyser l'évolution du taux de cotisation moyen. Ce taux de cotisation moyen est obtenu en divisant le montant des dépenses à charge des cotisants par la masse des salaires cotisables.

Le taux de cotisation moyen a augmenté depuis le début des années 90 pour atteindre un maximum de 2,11% en 1997. Il est retombé ensuite pour se situer à 1,54% en 1999, et pour atteindre en 2003, après une nouvelle progression, une valeur de 1,83%.

La loi du 17 décembre 2010 a introduit un taux de cotisation unique dans l'assurance accident. Le comité directeur de l'Association d'assurance accident fixe désormais chaque année un taux de cotisation unique pour l'exercice à venir.

Graphique 4: Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAA



Pour 2011 et 2012 le taux s'élevait à 1,15% et pour 2013 et 2014 il a été fixé à 1,10%.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

En 2014 les dépenses courantes de l'AAA se composent à 93,3% de prestations, les frais d'administration représentent 5% et les dépenses diverses 1,7%. Les prestations du régime général.

Tableau 9: Répartition des dépenses courantes de l'AAA en 2014 (en milliers EUR)

Dépenses	Montant	En % du total
Frais d'administration	11 578,87	5,0%
Prestations en espèces	172 132,23	74,2%
Prestations en nature	44 347,69	19,1%
Dépenses diverses	4 009,38	1,7%
TOTAL	232 068,17	100,0%

Source : Association d'assurance accident (AAA).

La progression des montants des prestations du régime général a plusieurs raisons, notamment l'évolution indiciaire, la croissance de la masse salariale, l'ajustement des rentes et, à partir de 2011, l'intégration des fonctionnaires et employés publics ainsi que des exploitants agricoles dans le régime général.

En 2011 on peut noter les faibles montants des nouvelles prestations de l'AAA, étant donné que seuls les nouveaux cas d'accident sont affectés par la nouvelle législation. Ces montants vont subir un accroissement rapide dans les années à venir, à l'inverse des montants concernés par l'ancienne législation qui vont évoluer vers le bas.

Tableau 10: Evolution du montant des prestations du régime général (régimes spéciaux exclus)

	2011	2012	2013	2014
Prestations en espèces	163 991 043,23	167 176 179,95	168 842 623,68	169 568 424,07
Indemnités pécuniaires	29 479 855,99	32 857 379,49	33 956 659,48	31 627 584,59
Lohnfortzahlung (LFZ)	18 020 109,62	18 825 336,10	19 487 736,04	19 118 071,92
Indemnités pécuniaires (IP)	10 944 235,93	13 512 467,33	13 849 072,03	11 854 994,54
Assurance dépendance	515 510,44	519 576,06	619 851,41	654 518,13
Rentes	102 644 305,40	105 831 076,30	106 816 359,98	109 060 011,73
Rentes viagères	72 757 680,53	75 655 619,26	76 841 361,00	77 483 243,83
Rentes de survie	15 872 447,18	15 989 087,24	15 988 647,34	15 827 607,31
Rentes transitoires	5 585 140,43	4 502 996,11	3 121 124,23	1 971 109,94
Paielements uniques	7 238 478,66	5 050 532,25	2 682 737,67	1 782 086,23
Nouvelle législation				
Rentes complètes	1 186 213,95	4 037 737,80	6 184 981,98	7 151 363,03
Rentes partielles	-	-	13 936,78	14 780,44
Rentes d'attente	-	491 544,48	1 753 012,02	4 454 657,25
Rentes de survie	4 344,65	103 559,16	230 558,96	375 163,70
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	170 476,92	5 792 051,01	13 924 133,83	19 410 846,16
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	137 770,04	3 398 185,23	8 824 269,41	12 218 677,63
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	3 604,22	110 930,72	499 754,81	994 111,74
Douleurs physiques	22 963,16	976 743,63	2 371 894,85	4 251 781,01
Préjudice esthétique	6 139,50	277 741,42	581 407,52	824 122,04
Indemnité dommage moral/survivants		1 028 450,01	1 646 807,24	1 122 153,74
Rachats de rentes	31 693 094,16	22 692 846,30	14 144 695,45	9 469 743,69
Rachats d'office	20 162 845,79	13 261 601,79	5 228 952,95	1 713 173,55
Rachats sur demande	11 465 044,51	9 347 906,91	8 756 652,58	7 556 919,53
Autres	65 203,86	83 337,60	159 089,92	199 650,61
Autres	3 310,76	2 826,85	774,94	237,90
Autres secours en espèces	2 576,93	2 826,85	774,94	237,90
Intérêts moratoires sur prestations	733,83			
Prestations en nature	32 645 915,03	29 611 906,11	39 273 868,64	40 683 326,90
AAA -Dégâts matériel	2 195 815,84	2 038 971,63	1 823 078,51	1 381 197,05
AAA -Soins	374 154,10	379 540,77	290 119,38	308 381,64
Indemnité pour dommage moral	320 436,78	-	-	
CNS - Prestations luxembourgeoises	23 610 965,97	23 008 737,58	24 454 231,10	30 384 566,08
CNS - Prestations étrangères	4 869 447,42	3 009 777,55	11 224 994,15	6 899 111,76
CNS - Assurance dépendance	1 275 094,92	1 174 878,58	1 481 445,50	1 710 070,37
TOTAL DES PRESTATIONS	196 636 958,26	196 788 086,06	208 116 492,32	210 251 750,97

Source : Association d'assurance accident (AAA).

2.3.1. Les prestations des régimes spéciaux

A partir de 2011, on peut noter que la progression des dépenses en prestations des régimes spéciaux provient principalement des nouvelles dispositions suite à la réforme de l'AAA.

Tableau 11: Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux

	2011	2012	2013	2014
Prestations en espèces	1 831 322,93	2 362 105,66	2 607 280,21	2 563 803,08
Indemnités pécuniaires	-	280 090,12	245 762,99	132 502,43
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	-	-	
Indemnités pécuniaires (IP)	-	220 507,23	190 139,25	67 714,64
Assurance dépendance	-	59 582,89	55 623,74	64 787,79
Rentes	1 443 814,72	1 535 644,57	1 580 837,35	1 646 403,34
Rentes viagères	1 230 801,64	1 308 160,48	1 349 478,37	1 344 727,27
Rentes de survie	63 595,86	65 793,99	67 438,23	68 694,36
Rentes transitoires	24 562,00	26 314,75	14 736,60	17 232,28
Paielements uniques	118 551,89	53 661,23	34 112,06	52 890,18
Nouvelle législation				
Rentes complètes	6 303,33	21 361,41	80 960,22	136 072,58
Rentes partielles	-	-	2 550,09	2 550,09
Rentes d'attente	-	-	31 561,78	24 236,58
Rentes de survie	-	60 352,71	-	
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	-	183 868,72	301 503,49	509 187,30
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	-	48 604,11	188 225,08	339 248,40
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	-	-	2 353,28	24 196,81
Douleurs physiques	-	9 815,49	54 594,95	124 319,38
Préjudice esthétique	-	1 933,11	12 186,70	21 422,71
Indemnité dommage moral/survivants		123 516,01	44 143,48	0,00
Rachats de rentes	387 508,21	362 502,25	479 176,38	275 710,01
Rachats d'office	387 508,21	362 502,25	479 176,38	275 710,01
Prestations en nature	3 433 919,19	3 686 456,34	3 501 140,43	3 664 361,74
Prestations de soins	3 433 919,19	3 686 456,34	3 501 140,43	3 664 361,74
TOTAL DES PRESTATIONS	7 096 565,05	8 130 577,54	8 469 937,86	6 228 164,82

Source : Association d'assurance accident (AAA).



INTRODUCTION

Les prestations familiales, qui au début étaient considérées comme un sursalaire, ont connu une évolution impressionnante depuis la première loi de 1947. Elles passaient par l'idée de les considérer comme moyen de redistribution dans l'intérêt de l'enfant, jusqu'aux dernières mesures prises en la matière qui visent à permettre réellement aux parents de choisir librement d'éduquer leurs enfants à la maison ou de les confier à des structures d'accueil en diminuant les contraintes financières pouvant résulter de ce choix.

La population protégée pour les prestations familiales se constitue des enfants, et donc aussi des parents ou tuteurs légaux des enfants. Les bénéficiaires sont les enfants, sauf pour les allocations de naissance et de maternité (future mère) et le congé parental. La situation actuelle de la population protégée est présentée dans le chapitre sur la protection sociale.

LES OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES

Les prestations familiales ont pour objet de compenser partiellement les charges familiales supplémentaires dues à la présence d'enfants dans le ménage.

Le congé parental permet aux parents d'interrompre leur activité professionnelle pour élever leur enfant pendant un certain temps et leur garantit une indemnisation pour ce temps et le retour à leur emploi à la fin 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 :

- les allocations familiales, composées par les allocations familiales de base, les majorations d'âge et l'allocation spéciale supplémentaire en faveur des enfants handicapés,
- l'allocation de rentrée scolaire,
- l'allocation d'éducation (abolie au 1^{er} juin 2015),
- l'indemnité pour le congé parental,
- le boni pour enfants,
- les allocations de maternité (abolies au 1^{er} juin 2015),
- les allocations de naissance, comprenant l'allocation prénatale, l'allocation de naissance proprement dite et l'allocation post-natale.

Les chèques-service accueil constituent des prestations familiales en nature et ont été introduits en 2009 en vue de réaliser à long terme la gratuité des services de garde d'enfants.

L'ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES

La Caisse nationale des prestations familiales (CNPF), créée en 1985, a pour mission de s'occuper de la gestion et du paiement des prestations familiales en espèces.

Les prestations en nature sont gérées par le Ministère de la Famille et de l'Intégration et les administrations communales.

La suite de ce chapitre analysera exclusivement les prestations familiales en espèces gérées par la CNPF.

LE FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES

Le système de financement actuel de la CNPF a été introduit en 1986, et modifié par-après. Les allocations familiales (allocations familiales de base, majorations d'âge et allocation spéciale supplémentaire) sont en principe financées à moitié par des cotisations patronales et à moitié par une contribution de l'Etat. Les cotisations à charge de l'employeur sont calculées à partir d'un taux de 1,7% sur la masse salariale. Cependant, depuis 1994, l'Etat prend en charge les cotisations dues pour les salariés du secteur privé, et depuis 1995, aussi celles dues pour les non-salariés agriculteurs et viticulteurs. Depuis 1999, la charge des cotisations dues par tous les non-salariés est intégralement transférée à l'Etat. L'Etat est ainsi le seul employeur qui paye encore des cotisations proprement dites (pour les salariés du secteur public).

Les prestations uniques (allocations de maternité et prestations de naissance), l'allocation de rentrée scolaire (depuis 1992), l'allocation d'éducation (depuis 1993), le boni pour enfant et les frais d'administration sont entièrement à charge du budget de l'Etat. L'indemnité pour le congé parental est prise en charge en partie par le budget de l'Etat et en partie par le Fonds pour l'emploi.

Depuis 1995, un fonds de roulement est mis à disposition de la CNPF par l'Etat. De plus, à partir de l'exercice 1996, l'Etat prend à charge l'excédent des dépenses sur les recettes. En même temps, la limite supérieure de la réserve est ramenée à 15% du montant annuel des allocations familiales de l'année concernée.

En résumé, par la prise en charge de l'excédent des dépenses sur les recettes, en plus de sa participation quasiment exclusive aux recettes courantes (au niveau des cotisations, des prestations et des frais d'administration), l'Etat couvre près de 100% des dépenses de la CNPF.

1. LES PRESTATIONS

Le nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces, donc le nombre d'enfants et le nombre de naissances, est déterminatif pour leur coût financier. L'indicateur conjoncturel de fécondité¹ et le taux de natalité² sont des indicateurs de afin de prévoir l'évolution du nombre d'enfants. Pour 2014, l'indicateur conjoncturel de fécondité a atteint 1,50 contre 1,55 en 2013, et le taux de natalité est descendu à 10,91 contre 11,25 en 2013 (Source: STATEC, 2014).

Les enfants sont bénéficiaires des allocations familiales de base, des majorations d'âge, des allocations spéciales supplémentaires, des allocations de rentrée scolaire et du boni pour enfant. Les (futurs) mères sont les bénéficiaires des allocations de maternité (jusqu'au 1^{er} juin 2015) et des prestations de naissances (regroupant allocations prénatales, allocations de naissance et allocations postnatales). Finalement, les parents peuvent bénéficier du congé parental ou de l'allocation d'éducation (jusqu'au 1^{er} juin 2015), sous certaines conditions.

1. Descendance finale dans une génération fictive qui aurait à chaque âge successif la fécondité empruntée à chacune des 35 générations de 15 à 49 ans réelles observées au cours d'une année donnée.
2. Nombre annuel de naissances pour 1 000 habitants.

Encadré méthodologique

Pour le graphique qui suit, les données proviennent des bases de données de la CNPF stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale. L'extraction des données a été effectuée par l'IGSS. Le tableau sur le nombre de prestations est alimenté par les chiffres publiés par la CNPF dans leur décompte annuel, de même que les tableaux sur la situation financière.

1.1. LES ALLOCATIONS FAMILIALES

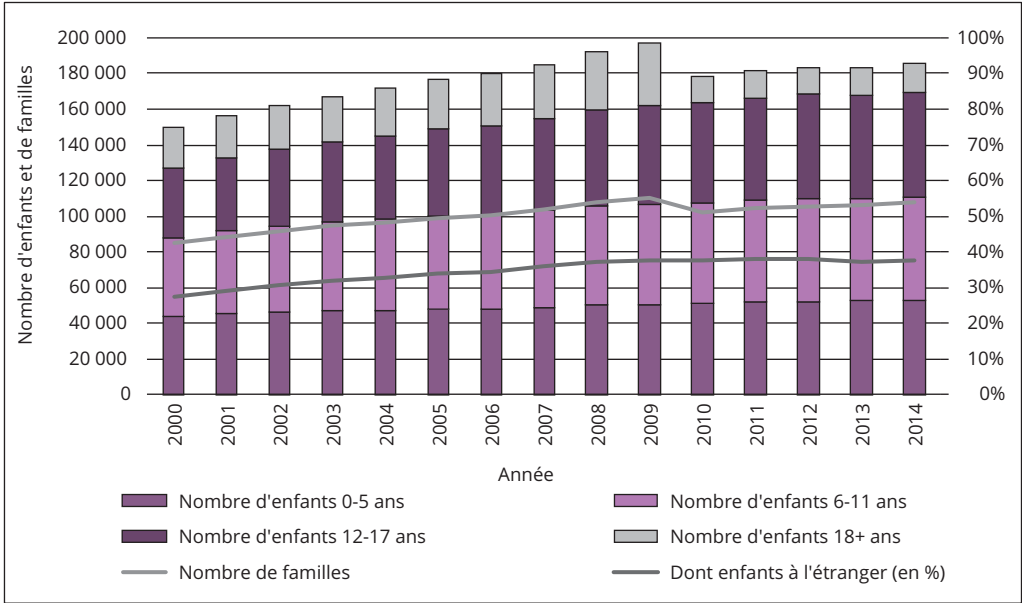
Les allocations familiales se composent des allocations familiales de base, des majorations d'âge et des allocations spéciales supplémentaires. Les enfants bénéficiaires des majorations d'âge ou des allocations spéciales supplémentaires sont d'office bénéficiaire des allocations familiales de base.

1.1.1. Les allocations familiales de base

Les allocations familiales de base sont allouées à tous les enfants résidents, ainsi que, par le biais d'allocations différentielles, aux enfants des travailleurs frontaliers non-résidents. De 2000 à 2009, le nombre total d'enfants bénéficiaires est en augmentation constante, de 150 038 enfants en 2000 à 197 020 enfants en 2009. De même, le pourcentage d'enfants bénéficiaires non-résidents augmente de 27% en 2000 à 38% en 2009.

Suite à l'introduction de la loi du 26 juillet 2010, qui fixe l'âge limite des allocations familiales à 18 ans, sauf pour les élèves de l'enseignement secondaire et secondaire technique, le nombre de bénéficiaires âgés de 18 ans et plus diminue fortement. Il passe de 34 749 bénéficiaires en 2009 à 14 777 bénéficiaires en 2010, et provoque une rupture de série dans les statistiques ci-après. Entre 2011 et 2013, le nombre total de bénéficiaires augmente de nouveau. En décembre 2014, la CNPF a payé des allocations familiales (paiements courants) pour 185 880 enfants issus de 108 094 familles, ce qui équivaut respectivement à un accroissement du nombre des enfants de 2 451 unités (1,3%) et du nombre des familles de 1 759 unités (1,6%) par rapport à 2013.

Graphique 1: Evolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et des familles attributaires (au 31 décembre de chaque exercice)



La taille des groupes familiaux, qui atteint en moyenne 1,77 enfants bénéficiaires par famille en 2000, a légèrement augmenté jusqu'en 2009 pour arriver à 1,79. Depuis, elle a chuté en 2010 suite à l'introduction de la loi du 26 juillet 2010, pour arriver à 1,72 enfants bénéficiaires par famille en 2014.

Le nombre des enfants non-résidents, bénéficiaires d'allocations différentielles, s'est accru en moyenne de 4,2% par an entre 2000 et 2014, pour atteindre 70 188 enfants au 31 décembre 2014. Par rapport à 2013, le nombre d'enfants bénéficiaires résidant au Luxembourg a augmenté de 798 unités (+0,4%) pour atteindre 115 692 unités en 2014.

A noter que les statistiques ne tiennent pas compte de tous les bénéficiaires d'allocations différentielles résidant à l'étranger. Ces allocations sont dues en vertu de la réglementation communautaire dans le cas où l'enfant d'un frontalier travaillant au Grand-Duché a droit aux allocations familiales dans le pays d'origine au titre d'une activité professionnelle. Le Luxembourg paie dans ces cas la différence entre le montant luxembourgeois et le montant étranger, si ce dernier est moins élevé.

1.1.2. Les majorations d'âge

Chaque enfant bénéficiaire des allocations familiales 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 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. En tout, 132 946 enfants ont bénéficié d'une majoration d'âge en 2014, dont 75 101 âgés de 12 ans et plus.

1.1.3. Les allocations spéciales supplémentaires

Les allocations spéciales supplémentaires ont été introduites en 1985 afin de pallier pour les dépenses supplémentaires occasionnées aux familles ayant un enfant handicapé à charge. La mise en vigueur au 1^{er} juin 2004 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées a modifié la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et a eu pour effet une diminution du nombre de bénéficiaires d'allocations spéciales supplémentaires pour enfants handicapés. Ainsi tous les paiements aux enfants bénéficiaires non-résidents, touchant une prestation ou un revenu en rapport avec leur handicap ont été supprimés, neutralisant ainsi la progression des années 2004 et 2005 de la prestation évoquée. A partir de 2006, cette prestation retrouve ainsi son rythme de progression normal. En 2014, le nombre de bénéficiaires de ces allocations s'établit à 2 326 enfants, contre 2 272 enfants en 2013.

1.1.4. Les dépenses pour les allocations familiales

Les dépenses pour les prestations d'allocations familiales (allocations familiales de base, majorations d'âge et allocations spéciales supplémentaires) ont augmenté en 2014 de 20,3 millions EUR pour atteindre 701,0 millions EUR, contre 680,8 millions EUR en 2013. Avec une dépense de 627,4 millions EUR en 2014, les allocations familiales de base présentent 89,5% du total des dépenses pour les allocations familiales. Les majorations d'âge représentent 9,5% du total, avec une dépense de 66,5 millions EUR et les allocations spéciales supplémentaires 1,0% du total avec une dépense de 7,1 millions EUR en 2014.

1.2. LE BONI POUR ENFANTS

Depuis 2008, chaque famille soumise à l'impôt sur le revenu au Luxembourg et bénéficiaire d'allocations familiales, a droit à une nouvelle prestation, appelée "boni pour enfant". Le boni représente une "bonification d'office", en d'autres termes, une attribution automatique sous forme de prestation en espèces de la modération d'impôt pour enfant, déduite jusqu'ici de l'impôt à payer. Il est également attribué aux familles qui n'ont pas pu profiter de la modération d'impôt dans le passé. 195 130 enfants ont bénéficié du boni pour enfants en 2014, contre 194 945 enfants en 2013 (bénéficiaires d'un paiement courant en décembre).

Les dépenses pour le boni pour enfant pour l'année 2014 s'élèvent à 219,0 millions EUR. En 2013, les dépenses s'élevaient à 213,3 millions EUR. En principe, les dépenses pour le boni pour enfants devraient aller de pair avec celles pour les allocations familiales. Cependant, le boni pour enfant était un crédit d'impôt avant de devenir une prestation familiale, et donc, les conditions d'octroi sont légèrement différentes, entre autre en ce qui concerne les naissances : le boni est dû à partir du premier janvier de l'année de naissance, mais le droit aux allocations familiales débute seulement au mois de naissance.

1.3. L'ALLOCATION D'ÉDUCATION

L'allocation d'éducation, introduite au 1^{er} janvier 1989, est versée aux personnes élevant un ou plusieurs enfants âgés de moins de deux ans, sous condition qu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle ou que les revenus dont le ménage dispose ne dépassent pas les plafonds suivants : 3 fois le salaire social minimum (SSM) s'il élève un enfant, 4 fois le SSM s'il élève deux enfants, et 5 fois le SSM s'il élève trois enfants ou plus. Depuis le 1^{er} septembre 1992, elle est prolongée de deux années pour les personnes élevant trois enfants ou plus ainsi que pour celles élevant un enfant handicapé. Depuis le 1^{er} juillet 1993, les personnes exerçant une activité professionnelle à temps partiel dont la durée ne dépasse pas la moitié de la durée de travail normale bénéficient d'une demi-allocation.

Le nombre des allocations d'éducation dans la chaîne de liquidation courante (les dossiers liquidés par des paiements uniques ne sont pas considérés) a connu une augmentation considérable suite à son exportation, ordonnée par les juridictions européennes, à partir du 1^{er} mars 1999, passant de 8 954 bénéficiaires en 1999 à 9 894 en 2001 pour se stabiliser à 10 291 en 2003. Depuis, on constate une diminution régulière, qui en 2014 se chiffre à 1,7% par rapport à 2013, le nombre de bénéficiaires descendant à 8 212 personnes. La grande majorité des allocations d'éducation sont les allocations entières : en 2014, on compte 8 195 allocations entières et 17 allocations à mi-temps.

Les dépenses pour l'allocation d'éducation s'élèvent à 70,0 millions EUR en 2014, contre 69,7 millions EUR en 2013, et affichent une légère augmentation de 0,3% en 2014 par rapport à 2013. La contradiction apparente entre le nombre de bénéficiaires qui diminue et la dépense qui augmente résulte du fait que le nombre de bénéficiaires est mesuré seulement pour le mois décembre et ne reflète donc pas la situation de toute l'année.

1.4. L'INDEMNITÉ POUR LE CONGÉ PARENTAL

L'indemnité pour congé parental, mise en vigueur au 1^{er} mars 1999, est modifiée en 2006. Le congé parental d'une durée de 6 mois à temps plein, respectivement de 12 mois à temps partiel 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 principalement à l'éducation d'un enfant de moins de 5 ans pour lequel sont versées des allocations familiales. Le droit à un congé parental existe pour chacun des deux parents et ne peut être cumulé dans le chef d'un des parents.

Le nombre de bénéficiaires de l'indemnité pour congé parental est en augmentation depuis sa création au 1^{er} janvier 1999. En décembre 2014, cette prestation compte 4 256 bénéficiaires, une augmentation de 4,4% par rapport aux 4 077 bénéficiaires de 2013.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires se reflète dans les dépenses relatives au congé parental, qui affichent une augmentation réelle de 2,9 % en 2014, passant de 69,2 millions EUR en 2013 à 71,3 millions EUR en 2014.

1.5. LES ALLOCATIONS DE RENTRÉE SCOLAIRE

Les allocations de rentrée scolaire existent depuis 1986, et sont liquidées ensemble avec les allocations familiales au mois d'août aux enfants âgées de 6 ans ou plus qui suivent un régime scolaire. Le montant varie en fonction de l'âge de l'enfant.

Le nombre des allocations de rentrée scolaire, payées au mois d'août, s'établit pour 2014 à 122 291 unités, soit une augmentation de 2,1% par rapport à 2013. A noter que, depuis 2003, les dossiers d'étudiants, en train de terminer un cycle d'études (10 000 à 15 000 dossiers), ne sont pas pris en compte dans la liquidation du mois d'août. Les allocations concernant ces dossiers sont traitées au cours des mois suivants, sont payées sous forme d'arrérages et ne figurent donc pas dans les nombres courants renseignés.

L'allocation de rentrée scolaire affiche une légère augmentation en 2014, et la dépense passe de 34,5 millions EUR en 2013 à 35,8 millions EUR en 2014, soit une augmentation réelle de 3,7%.

1.6. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE

Des prestations de naissance sont payées depuis la première base légale en 1947. Elles sont divisées actuellement en 3 tranches, et le 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 a dépassé légèrement le nombre des allocations jusqu'en 2007. A partir de 2007, on peut noter une sensible augmentation du nombre de bénéficiaires de cette prestation suite à son exportation vers l'Allemagne. Pour 6 070 naissances enregistrées par le STATEC en 2014, la caisse a liquidé 7 201 allocations prénatales, 7 204 allocations de naissance proprement dites et 6 371 allocations postnatales. En total, 20 776 prestations de naissance ont été versées en 2014, ce qui constitue une augmentation de 6,7% par rapport à 2013.

Le montant total des prestations de naissance passe de 11,3 millions EUR en 2013 à 12,0 millions EUR en 2014, soit une hausse de 6,7%. Cette hausse est due au nombre croissant de bénéficiaires. En détail, les dépenses se composent de celles pour les allocations prénatales, soit 4,1 millions EUR, de celles pour les allocations de naissance proprement dites, soit 4,2 millions EUR, et de celles pour les allocations postnatales, soit 3,7 millions EUR en 2014.

1.7. LES ALLOCATIONS DE MATERNITÉ

Introduites en 1980, les allocations de maternité sont une allocation compensatoire résultant des dépenses supplémentaires auxquelles les femmes enceintes, qui ne bénéficient pas de l'indemnité de maternité, ni d'un autre salaire de remplacement, doivent faire face. De plus cette allocation constitue, selon le législateur, " à la fois une mesure de protection sanitaire et sociale de la femme, une mesure favorisant la natalité et une mesure de promotion professionnelle de toutes les femmes " (doc. parl. 2370). Les allocations de maternité, constituées d'un montant forfaitaire, se divisent en une tranche prénatale pour les 8 semaines avant l'accouchement et une tranche postnatale pour les 8 semaines consécutives à la naissance. En 2014, le nombre des allocations de maternité liquidées diminue légèrement, pour arriver au nombre moyen de 1 276.

Parallèlement au nombre de bénéficiaires des allocations de maternité, qui augmente légèrement en 2014, les dépenses relatives à ces allocations affichent une hausse de 2,9%, et passent de 3,7 millions EUR en 2013 à 3,8 millions EUR en 2014.

Tableau 1: Evolution du nombre de bénéficiaires (situation au 31 décembre)

Prestations	2013	2014	Variation 2013/14
Allocations familiales normales	183 429	185 880	1,3%
Majorations d'âge	131 075	132 946	1,4%
Allocations spéciales supplémentaires	2 272	2 326	2,4%
Boni pour enfant	194 945	195 130	0,1%
Allocations d'éducation	8 357	8 212	-1,7%
Indemnité pour congé parental	4 077	4 256	4,4%
Allocations de rentrée scolaire ^{a)}	119 823	122 291	2,1%
Prestations de naissance (total)	19 472	20 776	6,7%
Allocations de maternité (moyenne des 2 tranches)	1 236	1 276	3,2%

a. Situation au 31 août pour les allocations de rentrée scolaire.

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

Comme évoqué ci-avant, la situation financière dépend largement du nombre de bénéficiaires des prestations familiales. Etant donné que l'Etat finance la CNPF presque dans son entièreté, la situation financière n'est qu'indirectement influencée par la situation économique du pays par le biais du nombre des travailleurs frontaliers et immigrants.

Après une stagnation des recettes et des dépenses en 2012 et 2013, due aux suites de la loi modifiant le système d'aide financière pour études supérieures, une augmentation de 3,0% est observée en 2014. La suite de ce chapitre analysera en détail l'évolution des recettes et des dépenses, ainsi que les transferts à l'étranger.

Tableau 2: Evolution des recettes et dépenses globales de la CNPF (en millions EUR)

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES					
Cotisations	262,0	278,0	291,4	300,4	324,0
Participation de l'Etat	695,0	694,0	707,1	720,2	755,3
Autres recettes	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
TOTAL DES RECETTES COURANTES	957,0	972,0	998,6	1 020,7	1 079,4
Participation Etat-déficit	212,0	127,0	100,0	88,0	62,4
TOTAL DES RECETTES	1 169,0	1 099,0	1 098,6	1 108,7	1 141,8
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>0,6%</i>	<i>-6,0%</i>	<i>-0,1%</i>	<i>0,9%</i>	<i>3,0%</i>
DEPENSES					
Frais d'administration	18,0	15,0	16,2	16,6	17,2
Prestations	1 146,0	1 078,0	1 076,3	1 082,6	1 112,9
dont:					
Allocations familiales ^a	731,0	678,0	677,5	680,7	701,0
Boni pour enfant	223,0	211,0	211,1	213,3	219,0
Allocations d'éducation	72,0	71,0	71,0	69,7	70,0
Indemnité pour congé parental	69,0	69,0	67,8	69,2	71,3
Allocations de rentrée scolaire	36,0	34,0	33,9	34,5	35,8
Prestations de naissance	11,0	11,0	11,1	11,3	12,0
Allocations de maternité	4,0	4,0	3,8	3,7	3,8
Autres dépenses ^b	5,0	6,0	6,1	9,5	11,6
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 169,0	1 099,0	1 098,6	1 108,7	1 141,8
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>0,6%</i>	<i>-6,0%</i>	<i>-0,1%</i>	<i>0,9%</i>	<i>3,0%</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.

b. Décharges, restitutions et extournes de cotisations et frais de gestion du patrimoine.

2.1. LES RECETTES COURANTES

Les recettes courantes se composent surtout des cotisations et des participations de l'Etat dans les prestations ainsi que dans le déficit. En 2014, les recettes en cotisations, prises en charge par l'Etat, représentent 30,7%, la participation de l'Etat dans les prestations, le déficit de la CNPF et les frais d'administration s'élèvent à 69,3%.

2.1.1. Les cotisations

Les modifications successives de la base légale ont fortement influencé le mode de la prise en charge des cotisations.

Comme décrit sous "Le financement des prestations familiales", avec les cotisations que l'Etat verse en tant qu'employeur du secteur public, la quasi-totalité des cotisations servant de base au financement des prestations familiales provient de l'Etat.

Le montant total des cotisations a atteint 323,9 millions EUR en 2013, contre 300,4 millions EUR en 2013, soit une augmentation de 7,8% par rapport à 2013. En détail, 73,2 millions EUR étaient des cotisations à charge de l'Etat en tant qu'employeur, et 250,8 millions EUR des cotisations prises en charge par l'Etat.

2.1.2. La participation de l'Etat

La participation brute de l'Etat dans le financement des prestations de la CNPF, constituée par la prise en charge des cotisations, a atteint 324,0 millions EUR en 2014. En outre, la prise en charge se compose des allocations de rentrée scolaire (36,2 millions EUR en 2014), des allocations d'éducation (70,3 millions EUR en 2014), des prestations de naissance et de maternité (respectivement 12,0 et 3,9 millions EUR), du boni pour enfant pour 220,4 millions EUR et des frais d'administration de l'organisme (17,2 millions EUR en 2014).

Les ressources nécessaires au paiement des indemnités de congé parental sont constituées par une participation à charge du Fonds pour l'emploi complétée par une participation à charge du budget de l'Etat. En 2014, le Fonds pour l'emploi prend en charge 10,3 millions EUR contre 10,7 millions EUR en 2013. Le solde, à savoir 61,0 millions EUR en 2014, contre 58,6 millions EUR en 2013, reste à charge de l'Etat.

Depuis 1996, l'Etat s'est engagé à prendre en charge l'excédent des dépenses courantes sur les recettes courantes, tel qu'il est arrêté annuellement au compte d'exploitation de la CNPF. Pour 2014, l'Etat a dû ainsi éponger un déficit de 62,4 millions EUR, contre 88,0 millions EUR en 2013.

Tableau 3: Evolution de la participation de l'Etat dans le financement des prestations familiales (en millions EUR)

	2010	2011	2012	2013	2014
Au niveau des prestations:					
Participation brute dans le financement des prestations d'allocations familiales	261,9	278,2	291,4	300,4	324,0
- décharges sur cotisations irrécouvrables	-0,8	-0,1	-0,1	0,0	-
- extournes de cotisations indues	-0,1	-0,6	-0,1	0,0	0,0
- restitution de cotisations	-	-	-	-	-
Participation nette	261,0	277,5	291,2	300,4	324,0
Prise en charge des:					
Allocations de rentrée scolaire	35,7	34,5	34,0	34,6	36,2
Allocations d'éducation	72,1	71,5	71,2	70,0	70,3
Allocations de naissance	11,2	10,7	11,1	11,3	12,0
Allocations de maternité	4,0	3,7	3,8	3,7	3,9
Indemnités pour le congé parental	69,1	69,1	67,9	69,3	71,3
Participation Etat	57,2	57,1	56,4	58,6	61,0
Participation Fonds pour l'emploi	11,9	12,0	11,5	10,7	10,3
Boni pour enfant	223,5	210,8	211,6	214,2	220,4
Participation Etat - déficit	212,2	126,9	100,0	88,0	62,4
Frais d'administration	17,6	15,4	16,2	16,6	17,2
Total (I)	906,3	820,1	806,9	808,2	817,7
Au niveau des cotisations:					
Cotisations à charge de l'Etat (II)	204,5	215,4	225,8	231,7	250,8
Participation nette de l'Etat (I+II)	1 110,8	1 035,6	1 032,7	1 039,9	1 068,5
Recettes courantes de la caisse	1 169,3	1 099,3	1 098,6	1 108,7	1 141,8
Participation nette en % des recettes courantes	95,0%	94,2%	94,0%	93,8%	93,6%
Au niveau de la réserve:					
Participation Etat - déficit	-	-	-	-	-
Total (III)	-	-	-	-	-
Participation totale de l'Etat (I+II+III)	1 110,8	1 035,6	1 032,7	1 039,9	1 068,5

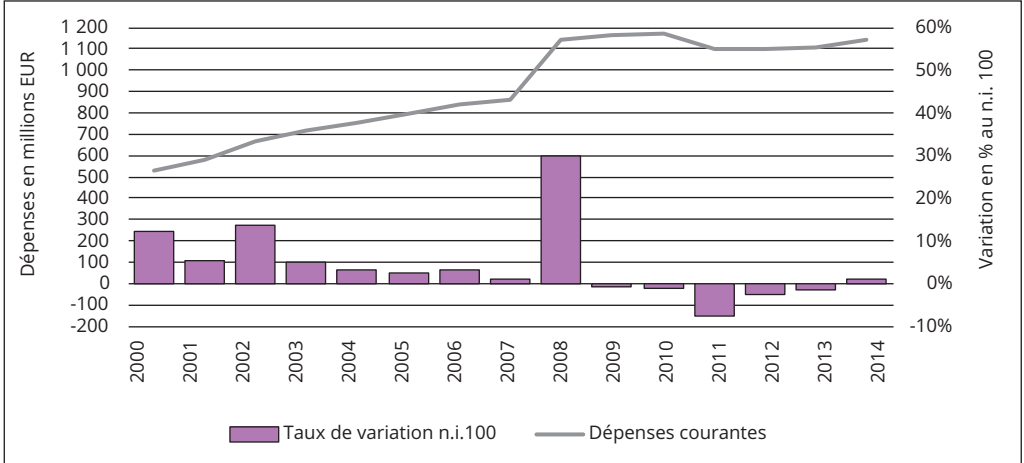
2.2. LES DÉPENSES COURANTES

L'analyse de l'évolution des dépenses montre que pour les années qui ont vu l'application de modifications législatives, les taux de variation des dépenses exprimés au nombre indice 100 de l'échelle mobile des salaires ont été plus forts.

L'évolution des dépenses courantes dépend exclusivement de l'évolution des prestations et varie en fonction de l'évolution du niveau de ces prestations et du nombre de bénéficiaires. La comparaison des dépenses courantes avec le produit intérieur brut (PIB) permet d'évaluer le poids des prestations familiales dans l'économie nationale. Entre 1965 et 2003, les dépenses courantes ont représenté entre 1,4% et 3,1% du PIB. Entre 2003 et 2013, elles ont varié entre 2,4% et 3,1% du PIB. En 2014, les dépenses pour prestations familiales ont atteint 2,3% du PIB³.

3. Source: STATEC, conjoncture flash juillet 2014.

Graphique 2: Evolution des dépenses courantes



L'augmentation élevée des dépenses en 1999 et 2000 provient de l'introduction du congé parental. L'augmentation en 2002 est due au relèvement des montants de base des allocations familiales normales. En 2008, on peut noter une augmentation substantielle des dépenses de l'ordre de 25%. Cette augmentation est due à l'introduction du boni pour enfant à partir de janvier 2008, qui représente 20% du total des dépenses en prestations. La baisse observée en 2011 résulte de l'introduction de la loi du 26 juillet 2010 qui diminue fortement le nombre de bénéficiaires d'allocations familiales âgés de 18 ans et plus, et partant, la dépense pour celles-ci.

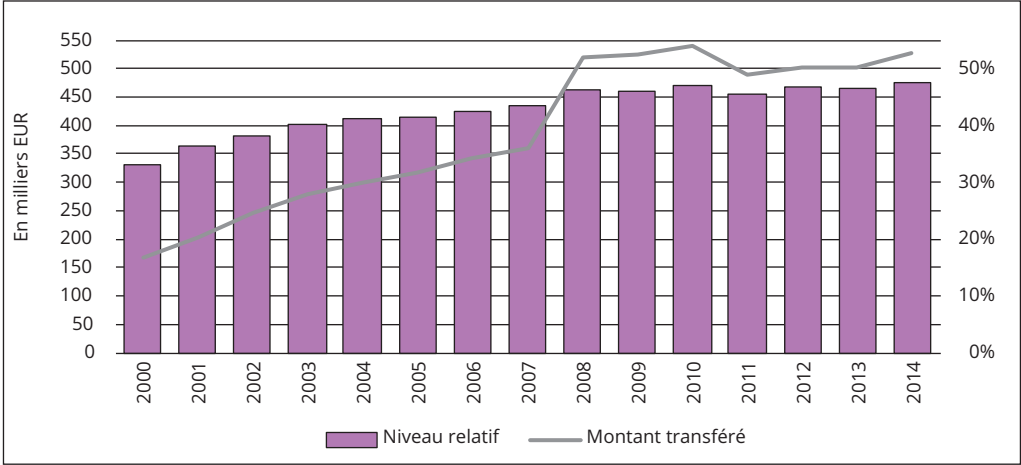
En 2014, les dépenses courantes s'élèvent à 1 141,8 millions EUR, contre 1 082,6 millions EUR en 2013. Les prestations représentent presque la totalité et en 2014, le montant total des prestations payées par la CNPF atteint 1 112,9 millions EUR contre 1 082,6 millions EUR pour l'année précédente.

Les frais d'administration ne représentant que 1,5% du total et affichent 17,2 millions EUR en 2014, par rapport à 16,6 millions EUR en 2013. Les frais de personnel représentent 58,6% 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 (allocations familiales, boni pour enfant, allocations d'éducation, congé parental, allocation de rentrée scolaire, allocations de naissance et allocations de maternité) se chiffre en 2014 à 528,1 millions EUR (contre 503,1 millions EUR en 2013), représentant 47,4% de la dépense totale (46,5% en 2013).

Graphique 3: Allocations familiales transférées à l'étranger



Les transferts à l'étranger dépendent fortement de la conjoncture économique: les périodes de forte croissance des transferts à l'étranger correspondent en effet aux périodes avec un embauchage important de main-d'œuvre étrangère, ce qui entraîne une prise en charge des enfants des nouveaux bénéficiaires résidant à l'étranger. Jusqu'en 1998 par ailleurs, uniquement les prestations familiales de base, ainsi que l'allocation de rentrée scolaire, étaient transférées à l'étranger. L'instauration d'un congé parental au 1^{er} janvier 1999, qui, dès le début, a été exporté, et l'exportation de l'allocation d'éducation à partir de cette date, ont provoqué des taux d'accroissement importants des montants virés à l'étranger. En 2008, l'introduction du boni pour enfants a encore une fois augmenté le niveau des montants transférés. De plus, à partir de 2008, les allocations de naissance et les allocations de maternité sont exportées sous certaines conditions très restreintes. A partir de 2011, on voit les effets de la loi du 26 juillet 2010 qui modifie le système d'aide financière pour études supérieures et apporte des changements importants en ce qui concerne le boni pour enfants, les allocations familiales et l'allocation de rentrée scolaire pour les bénéficiaires âgés de 18 ans et plus.

Tableau 4: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger (montants en millions EUR)

Prestation	Nombre de bénéficiaires à l'étranger		Montants payés à l'étranger	
Allocations familiales ^a	70 188	37,8%	334,8	47,8%
Boni pour enfants	75 225	38,6%	105,7	48,3%
Allocation d'éducation	3 087	37,6%	36,6	52,4%
Indemnité pour congé parental	1 765	41,0%	31,4	44,1%
Allocation de rentrée scolaire ^b	47 055	38,5%	17,1	47,8%
Prestations de naissance (total)	4 077	19,6%	2,4	19,7%
Allocations de maternité ^c	7	0,5%	0,0	0,5%

a. Nombre d'enfants des allocations familiales de base, montant des allocations familiales normales, majorations d'âge et allocations spéciales supplémentaires.
b. Situation au 31 août.
c. Moyenne des tranches pour le nombre de bénéficiaires, montants totaux.

En 2014, les allocations familiales (de base, majorations d'âge, et allocations spéciales supplémentaires) transférées à l'étranger ont atteint 334,8 millions EUR ou 47,8% du montant total des allocations familiales. Pour le boni pour enfant, un montant de 105,7 millions EUR est payé à l'étranger, soit 48,3% du montant total du boni pour enfants.

L'allocation d'éducation est la seule prestation pour laquelle plus que la moitié des montants sont transférés à l'étranger (52,4% en 2014). Une raison pour ce phénomène consiste dans les conditions de revenus (voir 1.3.) applicables pour cette prestation.

Les prestations de naissance et les allocations de maternité ne connaissent, par contre, beaucoup moins de succès à l'étranger. Pour les prestations de naissance, ceci est dû en partie à l'imposition stricte des examens médicaux à suivre, où les pays voisins appliquent souvent d'autres règles. Pour l'allocation de maternité, la mère doit avoir son domicile légal au Luxembourg ou être affiliée au titre d'une activité professionnelle au Luxembourg (sans avoir droit à l'indemnité de maternité). Ces conditions font que seulement peu de mères résidentes à l'étranger sont éligibles pour cette allocation.

INTRODUCTION

Selon la Commission européenne, l'inclusion sociale est un processus qui garantit que les personnes en danger de pauvreté et d'exclusion 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 fondamentaux¹.

Au Luxembourg, deux des trois piliers de la protection sociale se consacrent à l'inclusion sociale, à savoir l'assistance sociale et l'aide sociale.

L'assistance sociale et l'aide sociale s'appliquent à toutes les personnes résidentes au Grand-Duché de Luxembourg. Les bénéficiaires sont exclusivement des personnes résidentes au Luxembourg (sauf pour le forfait d'éducation). De plus, 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.

LES OBJECTIFS

En dehors des prestations de sécurité sociale proprement dites, la législation sociale prévoit des prestations mixtes qui relèvent de l'assistance sociale et de l'aide sociale. Ces deux volets reposent sur la solidarité nationale et ne sont pas la contrepartie d'un apport professionnel. L'assistance sociale et l'aide sociale visent à aider à couvrir les besoins individuels des personnes défavorisées afin de leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine.

L'assistance sociale attribue des prestations en fonction de ressources, afin d'assurer à tous les citoyens une vie décente en leur garantissant un minimum de moyens d'existence. Au Luxembourg, chaque ménage a le droit d'appeler à la solidarité au cas où ses revenus tombent en-dessous du seuil garanti, abstraction faite de toute cause qui est à la base de l'insuffisance des ressources.

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 et à s'adapter au milieu social environnant. L'aide sociale consiste dans les secours apportés par les collectivités publiques aux personnes dont les ressources sont insuffisantes. Elle intervient à titre subsidiaire et peut compléter les mesures d'assistance sociale, que le bénéficiaire est tenu d'épuiser avant de solliciter l'aide sociale.

LES PRESTATIONS

A l'heure actuelle, les prestations de l'assistance sociale fournies par le Fonds national de solidarité (FNS) sont les suivantes :

- le revenu minimum garanti (RMG) ;
- le forfait d'éducation (" Mammerent ") ;
- le revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) ;
- l'allocation de vie chère (anc. : allocation de chauffage) ;
- le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique ;
- l'avance de pensions alimentaires.

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)

A noter que l'allocation de soins et l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) ont toutes les deux été remplacées par les prestations de l'assurance dépendance à partir du 1^{er} janvier 1999. Les allocations compensatoires ont été abrogées par la loi du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti. Ces trois prestations continuent cependant à être payées aux bénéficiaires présents lors de l'abrogation, tant que le droit persiste.

Les prestations de l'aide sociale sont de nature palliative, curative ou préventive, et peuvent consister en des prestations en espèce ou en des prestations en nature.

L'ORGANISATION

En 1960, le Fonds national de solidarité (FNS) a été créé afin de coordonner les prestations de l'assistance sociale et de combler les dernières lacunes laissées par le système de sécurité sociale qui était en train de se mettre en place.

Afin d'aider à réintégrer les bénéficiaires du revenu minimum garanti dans le marché du travail, le Service national d'action sociale (SNAS) a été créé en 1986, dans le cadre de la loi instaurant le revenu minimum garanti.

L'aide sociale, qui peut être de nature palliative, curative ou préventive, est prestée par les offices sociaux, et réglée par la loi du 18 décembre 2009, qui remplace la loi du 28 mai 1897 sur les domiciles de secours.

La suite de ce chapitre analysera exclusivement les prestations de l'assistance sociale fournies par le FNS et le SNAS.

LE FINANCEMENT

Le financement du FNS prévu à sa création est appliqué jusqu'aujourd'hui. Il se compose essentiellement d'une dotation de l'Etat et d'une part dans le produit de la Loterie Nationale. De plus, dès le début, les prestations étaient restituables.

1. LES PRESTATIONS

Au fur des décennies, les prestations du FNS ont évolué, afin de rendre compte des changements dans la société. Une partie des prestations actuelles ont déjà été créés dans les années quatre-vingt et adoptées par la suite, une partie des prestations n'a vu le jour que plus récemment.

Par la suite, les prestations sont présentés selon leur importance en nombre de bénéficiaires, et donc aussi en terme de coût, étant donné que le coût est étroitement lié au nombre de bénéficiaires.

Encadré méthodologique

Pour les graphiques qui suivent, sauf le premier, les données proviennent des bases de données du FNS stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale. L'extraction des données a été effectuée par l'IGSS.

Le tableau sur les comptes financiers provient du décompte annuel du FNS.

1.1. LE REVENU MINIMUM GARANTI

Le revenu minimum garanti (RMG) fut instauré par la loi du 26 juillet 1986 et a été modifié en profondeur par la loi du 29 avril 1999. Selon l'exposé des motifs, la loi a " deux fonctions de base :

- conférer aux personnes qui, pour quelque raison que ce soit, ne sont pas à même de vivre des fruits de leur travail, le droit d'accéder à une qualité de vie minimale qui varie en fonction de la richesse de la société;
- procurer un travail à ceux qui sont aptes à travailler mais qui se trouvent plus ou moins durablement privés d'un emploi. "

Elle prévoit donc soit une allocation complémentaire, soit une indemnité d'insertion, soit une combinaison des deux, le tout dans les limites fixées en fonction du revenu et de la composition de la communauté domestique.

Encadré méthodologique

Les données statistiques qui suivent tiennent compte des communautés domestiques qui touchent :

- soit une allocation complémentaire RMG destinée à parfaire les seuils du RMG,
- soit une allocation complémentaire RMG combinée à un autre revenu (salaire, indemnité d'insertion, pension, ...), sans pour autant pouvoir dépasser les limites fixées par la loi,
- soit une indemnité d'insertion seule.

Le nombre de communautés domestiques provient du rapport d'activité du FNS, le nombre de membres du rapport d'activité du SNAS ; ce dernier étant le seul organisme à connaître la composition des communautés domestiques touchant uniquement une indemnité d'insertion. Les communautés domestiques bénéficiaires d'allocations de la part d'un office social, dont le service n'a pas encore été repris par le FNS, sont exclues.

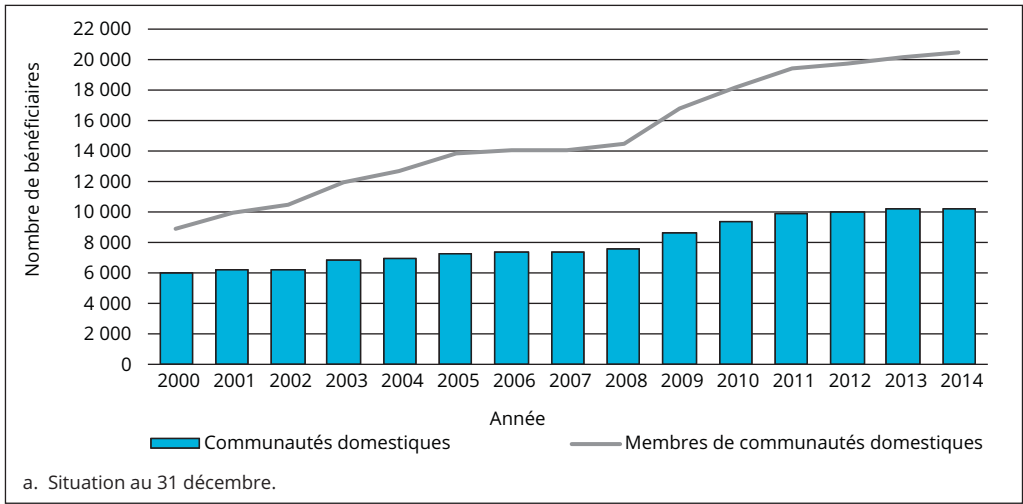
La loi instaurant le RMG est entrée en vigueur en novembre 1986. Depuis, de nombreux changements y ont été apportés, notamment en ce qui concerne les conditions de résidence. Ainsi, l'augmentation du nombre des communautés domestiques à partir de 2003 s'explique par la modification de la condition de résidence², par le relèvement des seuils de revenu³, et surtout par la situation économique précaire d'un nombre grandissant de chômeurs, pour lesquels le droit aux indemnités de chômage est épuisé, et qui sont obligés de s'adresser au FNS.

En 2007, une stagnation a pu être constatée, principalement due au fait que le SNAS accorde une seule mesure d'insertion par ménage, ainsi qu'à l'introduction du RPGH, qui a entraîné un transfert notable de bénéficiaires du RMG vers les bénéficiaires du RPGH.

2. La loi du 21 décembre 2001 prescrit cette condition de résidence seulement pour les non-ressortissants du Grand-Duché de Luxembourg ou d'autres Etats membres de l'Union Européenne.
3. Tel qu'arrêté dans la loi du 28 juin 2002 qui modifie la tranche imposable du revenu global de la communauté domestique de 20% à 30% pour la détermination des ressources d'un ayant droit au RMG.

La loi du 29 août 2008 portant sur la libre circulation des personnes et l'immigration modifie les termes "... être autorisé à résider..." de l'art. 2 de la loi RMG par "... bénéficier d'un droit de séjour...". Ainsi, elle élargit le cercle des personnes exemptes de la condition de résidence de 5 ans au Luxembourg aux membres de la famille⁴, nonobstant leur nationalité.

Graphique 1: Evolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille ^a



Le 31 décembre 2014, le FNS a compté 10 204 communautés domestiques composées de 20 478 membres, contre 10 208 communautés domestiques et 20 226 membres en décembre 2013. Le nombre de communautés a donc été stable entre 2013 et 2014, ce qui s'explique par une nouvelle vague de migration de bénéficiaires du RMG vers le RPGH.

En détail, 9 209 communautés bénéficient d'une allocation complémentaire, 1 500 d'une indemnité d'insertion pour une activité d'insertion professionnelle et 302 d'une indemnité d'insertion pour un contrat subsidié (art. 13 de la loi modifiée du 29 avril 1999 sur le RMG). A noter qu'une communauté domestique peut bénéficier en même temps d'une allocation complémentaire et d'une indemnité d'insertion.

Le coût total des prestations RMG⁵, charges sociales comprises, atteint un montant de 165,0 millions EUR en 2014, contre 157,5 millions EUR en 2013, soit une augmentation de 4,7%. En détail, le coût total pour les allocations complémentaires s'élève à 127,0 millions EUR, et le coût pour les indemnités d'insertion à 38,0 millions EUR.

Etant donné que le nombre de bénéficiaires a stagné, l'augmentation du coût s'explique par le changement de la façon de comptabiliser les cotisations relatives à l'assurance pension (art. 18 de de la loi modifiée du 29 avril 1999 sur le RMG). Ces cotisations ont toujours été réglées par paiement unique durant l'été pour l'exercice écoulé. A partir de 2014, le paiement a été avancé, et ainsi, il est désormais possible d'imputer le paiement sur l'exercice écoulé.

4. Il s'agit des membres de la famille du ressortissant luxembourgeois ou d'un Etat membre de l'Union Européenne ou d'un autre Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.

5. Les prestations RMG comprennent le complément RMG, l' indemnité d'insertion, les cotisations d'assurance pension selon l'art.18, et les prestations de participation aux frais de personnel en cas d'engagement d'un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion moyennant contrat de travail selon l'art.13.

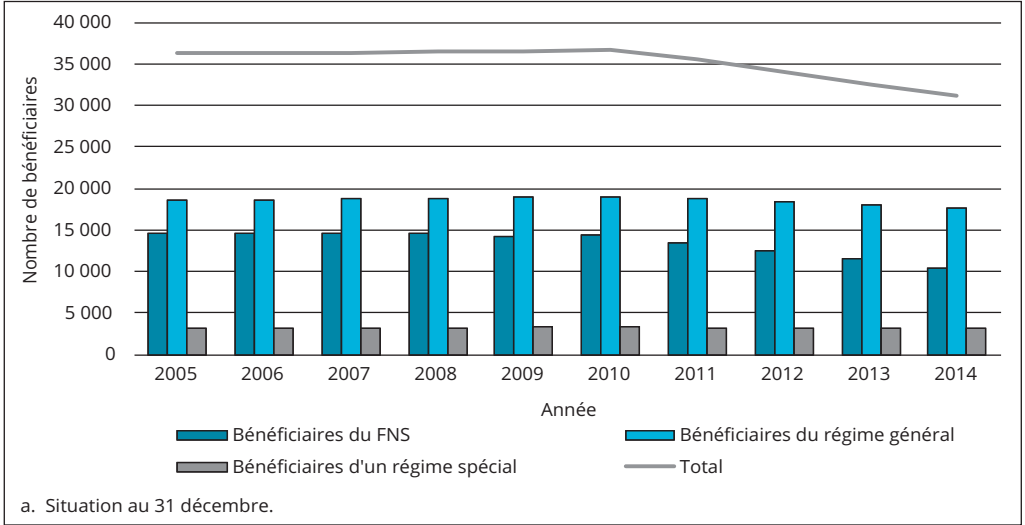
1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION

La loi du 28 juin 2002 crée un forfait d'éducation (" Mammerent ") qui est accordé au parent qui s'est consacré à l'éducation d'un enfant à condition que sa pension ou celle de son conjoint ne comporte pas, pour l'enfant en question, la mise en compte de baby-years. Le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans ou au moment de l'octroi d'une pension personnelle.

Pour les bénéficiaires de pension le montant du forfait d'éducation s'élève à 108,91 EUR par mois depuis octobre 2013. 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 compte du FNS.

Le forfait d'éducation pour les ayants droits qui ne touchent pas de pension est liquidé directement par le FNS. Le montant est figé à 86,54 EUR par mois et par enfant par la loi du 27 juin 2006. Les forfaits d'éducation sont intégralement à charge de l'Etat. La loi du 19 décembre 2008 a élargi le cadre des bénéficiaires aux personnes relevant d'un instrument bi- ou multilatéral, en enlevant la condition de domiciliation et de résidence.

Graphique 2: Evolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension^a



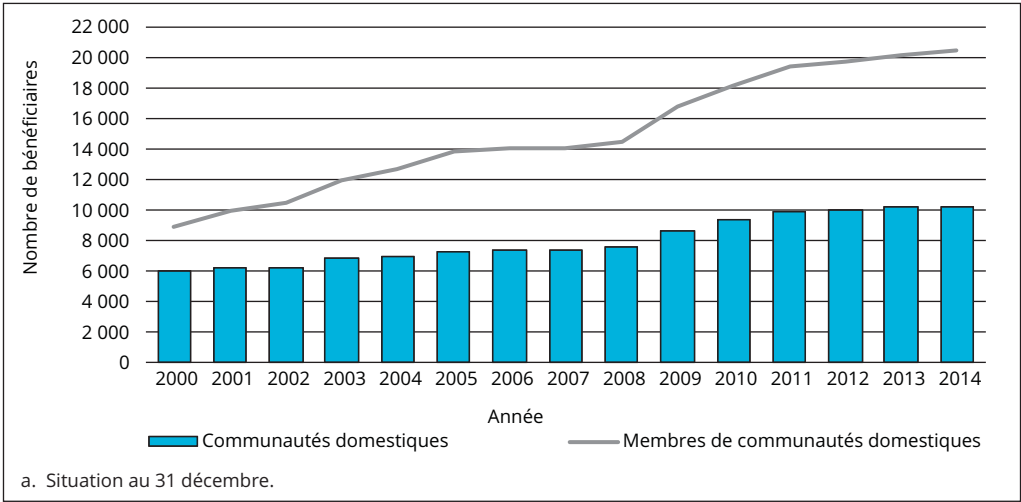
En décembre 2014, le FNS a enregistré 10 413 paiements mensuels, les régimes spéciaux renseignent 3 100 liquidations, et les caisses de pension ont enregistré 17 544 bénéficiaires. En tout, il y avait 31 057 bénéficiaires en décembre 2014, contre 32 458 bénéficiaires en décembre 2013. La régression observée depuis 2011 provient du fait que depuis janvier 2011, l'âge d'ouverture au bénéfice du forfait est de 65 ans. En moyenne deux enfants par demande ouvrent droit au forfait.

La dépense totale relative au forfait d'éducation pour l'exercice 2014 s'élève à 63,1 millions EUR, contre 66,1 millions EUR en 2013. Cette régression de 4,6% s'explique par le nombre décroissant de bénéficiaires. En 2014, les prestations liquidées directement par le FNS se chiffrent à 23,3 millions EUR. Les régimes spéciaux se sont acquittés de 7,0 millions EUR et les caisses de pension ont alloué 32,8 millions EUR. Les régimes spéciaux comme les caisses de pension, ces dernières depuis 2004, effectuent les paiements mensuels des forfaits pour compte du FNS, qui les comptabilise ensemble avec ses dépenses propres, à charge du budget de l'Etat.

1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

La loi du 12 septembre 2003, entrée en vigueur au 1^{er} juin 2004, a introduit un revenu en faveur des personnes gravement handicapées qui présentent une diminution de la capacité de travail d'au moins 30%, et qui sont hors d'état d'exercer un emploi salarié sur le marché de travail ordinaire ou dans un atelier protégé. Les personnes reconnues travailleurs handicapés perçoivent soit un salaire pour travailleurs handicapés, soit un revenu pour personnes gravement handicapées.

Graphique 3: Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées^a



Cette dernière prestation est à charge du FNS. Le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2014 était de 2 771, contre 2 595 pour l'année 2013, soit une augmentation de 6,8%. A noter que le nombre de bénéficiaires s'est plus que décuplé entre 2005 et 2014.

Pour 2014, les dépenses annuelles se chiffraient à 41,7 millions EUR, contre 37,9 millions EUR pour 2013 (cotisations sociales comprises). L'augmentation de 10,1% de la dépense s'explique par l'augmentation du nombre de bénéficiaires. En fait, depuis son introduction en 2005, les dépenses ont presque quadruplées, sachant que la dépense affichait 10,6 millions EUR en 2006.

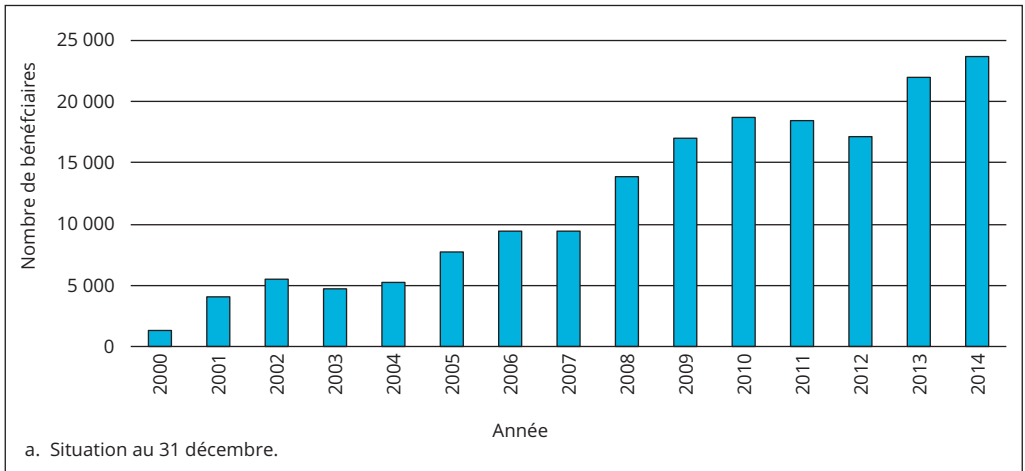
1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE

Le règlement du Gouvernement en Conseil du 18 février 1983 avait créé une allocation de chauffage en faveur des ménages à revenu modeste, en remplacement de la subvention sur les combustibles minéraux solides. La loi du 8 janvier 1988 a limité le droit aux utilisateurs de combustibles solides. Sans autre adaptation des plafonds de revenu après cette date, le nombre des allocataires a chuté pour atteindre 10 bénéficiaires en 1999.

L'augmentation substantielle des prix pour produits pétroliers en 2000 a amené le Gouvernement à modifier la réglementation relative à l'allocation de chauffage en adaptant les conditions d'ouverture du droit et les montants de l'allocation. Ainsi, le champ d'application a été élargi aux combustibles liquides, à l'électricité et au gaz et les montants de l'allocation, aussi bien que la limite du revenu global considéré, ont été adaptés. La validité de cette mesure a été prolongée à deux reprises jusqu'en fin mars 2002. Le Gouvernement a renouvelé, en date du 25 janvier 2002, le règlement relatif à l'attribution de l'allocation de chauffage en abolissant le principe d'attribution par saison hivernale pour passer au paiement par exercice budgétaire. L'adaptation légale a permis de donner une suite favorable à environ 5 000 demandes par année par la suite.

Suite à la nouvelle hausse des prix des combustibles en 2005, le Gouvernement en Conseil a décidé le 16 septembre 2005 de relever sensiblement les montants à allouer, l'augmentation allant de 100% à 150%. Par cette mesure, le nombre d'allocations de chauffage payées par le FNS a substantiellement augmenté en 2005.

Graphique 4: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère ^a



Le règlement du Gouvernement en Conseil du 19 décembre 2008 introduit, à partir de l'année 2009, une allocation de vie chère en lieu et place de l'allocation de chauffage en faveur des ménages à revenu modeste. L'augmentation de 46,4% entre 2007 et 2008 est due à l'évacuation des dossiers en suspens pour l'année 2008 en vue de l'introduction de la nouvelle allocation de vie chère à partir de 2009 remplaçant l'allocation de chauffage. Les montants de cette nouvelle allocation de vie chère sont le double des montants de l'allocation de chauffage. A noter qu'entre 2011 et 2012, il y a eu un retard dans le traitement des nouvelles demandes, ce qui explique la baisse apparente entre ces deux années. Pour l'exercice 2014, on compte 23 705 bénéficiaires de l'allocation de vie chère, contre 22 010 en 2013.

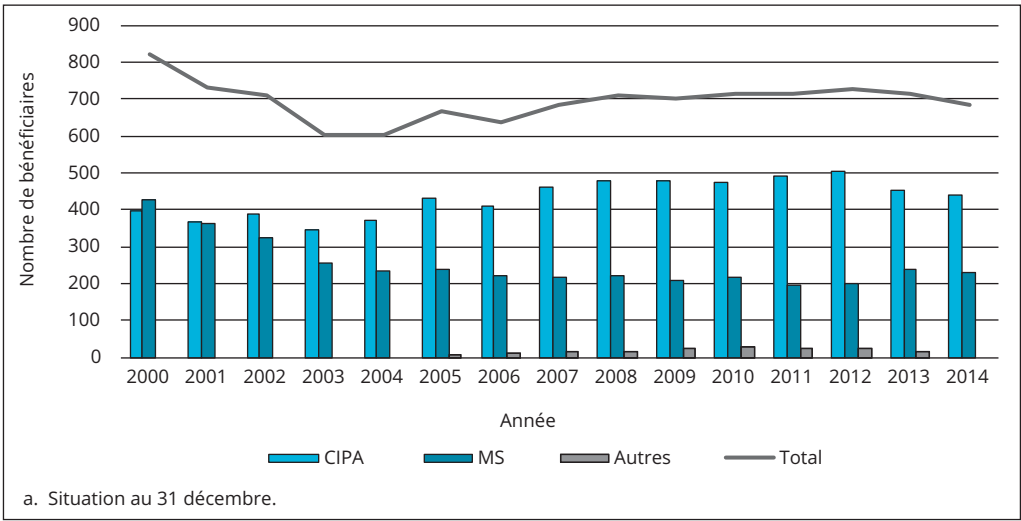
La dépense pour allocations de chauffage, régressive depuis 1988 et qui n'affichait que 2 000 EUR en tant que montant annuel en 1999, a fortement augmenté suite aux adaptations de la législation en 2001, 2005 et 2008, pour atteindre 12,0 millions EUR en 2008.

La dépense annuelle pour l'exercice 2014 relative à l'allocation de vie chère s'élève à 41,1 millions EUR, contre 38,3 millions EUR en 2013, soit une augmentation de 7,4%, qui est due à l'augmentation du nombre de bénéficiaires.

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 aux prestations dans le cadre de l'accueil gérontologique. 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 acceptées par la loi pour l'accueil gérontologique se limitaient aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) et aux maisons de soins (MS). La loi du 30 avril 2004 autorise le FNS 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. Les institutions classées sous le type " autres " correspondent aux nouveaux prestataires acceptés par cette loi, dont notamment certains logements encadrés.

Graphique 5: Evolution du nombre de bénéficiaires par leur lieu de séjour^a



En 2001, 50% des bénéficiaires de l'accueil gérontologique résidaient dans une maison de soins (MS), et 50% dans un centre intégré pour personnes âgées (CIPA). Au fil des années, les proportions ont changées en faveur des CIPA : en 2014, 64% des bénéficiaires résidaient dans un CIPA, 34% résidaient dans une maison de soins, et 2% dans un établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit. Pour l'exercice 2014, on comptait 684 compléments en décembre, contre 715 en 2013.

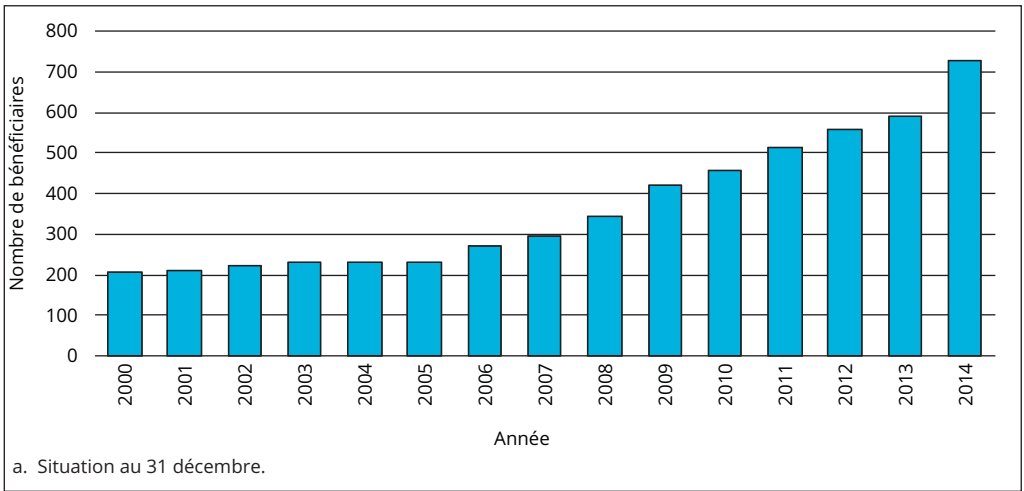
La dépense relative à cette prestation varie avec l'évolution du nombre de bénéficiaires et avec celle du montant moyen. En 2014, le montant de la dépense a été de 8,2 millions EUR, contre 8,5 millions EUR en 2013.

1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES

La loi du 26 juillet 1980 et le règlement grand-ducal du 2 décembre 1983 règlent l'avance et le recouvrement par le FNS de pensions alimentaires dues à un conjoint, un ascendant ou un descendant.

Tout ayant droit d'une pension alimentaire fixée par décision judiciaire exécutoire au Grand-Duché de Luxembourg non payée par son débiteur, peut faire une demande pour que le FNS donne une avance sur la pension alimentaire. La condition est que le bénéficiaire se trouve dans une situation économique difficile et ait personnellement épuisé toutes les possibilités légales pour obtenir son droit.

Graphique 6: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire^a



Depuis la création de ce droit en 1980, le nombre de demandes suit une évolution croissante. A partir de 2014, le nombre de bénéficiaires est comptabilisé en prenant en compte chaque personne bénéficiaire du ménage, alors qu'avant, il y avait seulement une personne bénéficiaire par ménage. Ainsi, en 2014, il y a 728 personnes bénéficiaires, contre 589 ménages bénéficiaires en 2013.

Le coût annuel des pensions alimentaires est influencé par le nombre de demandes acceptées, par le niveau du montant alloué et par le montant du recouvrement de pensions avancées. Les niveaux des montants des pensions alimentaires avancées par le FNS sont influencées d'une part par le nombre des personnes faisant partie d'un ménage, et d'autre part par le fait que le législateur n'a pas fixé de plafonds, de sorte que le FNS doit s'acquitter du montant fixé par décision judiciaire. Ainsi la fourchette des montants avancés est assez large. En 2014, ce coût atteint 3,0 millions EUR, contre 2,8 millions EUR en 2013.

1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES

Depuis l'abrogation des allocations compensatoires en 1986, le nombre de bénéficiaires est passé de 7 020 à 348 en décembre 2014. Seulement 1,1% sont à charge du FNS, le reste relève de la Caisse Nationale d'Assurance Pension (CNAP). En 2014, le montant des dépenses des allocations compensatoires est de 0,30 millions EUR, contre 0,34 millions EUR en 2013.

L'allocation pour personnes gravement handicapées (APGH) et l'allocation de soins sont abolies en 1999, et le nombre de bénéficiaires de l'APGH a diminué de 2 713 personnes en décembre 1999 à 667 personnes en décembre 2014. Le financement de l'APGH est repris par l'assurance dépendance depuis son introduction en 1999. Selon le décompte de l'assurance dépendance en 2014, les dépenses pour l'allocation pour personnes gravement handicapées s'élèvent à 5,6 millions EUR en 2014, contre 5,8 millions EUR en 2013, soit une baisse de 2,9%.

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation de soins est passé de 1 720 personnes en décembre 1999 à 1 personne en décembre 2014. Depuis septembre 2013, le FNS ne fait plus que des paiements sporadiques, et essaye de persuader les personnes restantes de bénéficier des prestations de l'assurance dépendance. La dépense pour l'allocation de soins est passée de 0,03 millions EUR en 2013 à 0,02 millions EUR en 2014.

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

L'Etat 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. En 2009, le FNS a réorganisé ses services recouvrement et restitutions. Les frais d'administration sont remboursés au FNS par l'Etat.

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

L'Etat 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. En 2009, le FNS a réorganisé ses services recouvrement et restitutions. Les frais d'administration sont remboursés au FNS par l'Etat.

Tableau 1: Evolution des recettes et des dépenses globales du FNS (en millions EUR)

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes					
Dotations de l'Etat	257,2	272,8	280,6	288,8	302,1
Participation d'autres organismes ^a	6,7	4,7	5,1	6,7	5,0
Participation de l'Etat aux frais d'administration	6,0	6,7	6,7	7,0	7,4
Restitutions et pensions alimentaires recouvrées	14,9	16,0	18,0	17,3	17,2
Autres recettes	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
TOTAL DES RECETTES	285,2	300,6	310,5	320,1	331,9
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>8,8%</i>	<i>5,4%</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,1%</i>	<i>3,7%</i>
Dépenses					
Frais d'administration	6,0	6,4	6,7	7,0	7,4
Prestations	278,8	293,4	302,7	311,5	322,3
dont:					
Revenu minimum garanti (RMG)	137,3	150,7	158,1	157,5	165,0
Forfait d'éducation ("Mammerent")	73,6	72,2	69,2	66,1	63,1
Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH)	24,9	30,2	34,3	37,9	41,7
Allocation de vie chère	32,9	29,8	30,3	38,3	41,1
Accueil gérontologique	7,3	7,6	7,8	8,5	8,2
Pensions alimentaires	2,3	2,5	2,6	2,8	3,0
Allocations compensatoires	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3
Autres dépenses	0,3	0,7	1,2	1,7	2,2
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	285,2	300,6	310,5	320,1	331,9
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>8,8%</i>	<i>5,4%</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,1%</i>	<i>3,7%</i>
Solde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

a. Loterie nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte.

L'augmentation des dépenses observée en 2010 et en 2011 résulte des effets de deux événements : l'augmentation des dépenses liées au RMG due à l'abolition de la condition de résidence en août 2008 pour les personnes ressortissantes d'un pays membre de l'UE et le remplacement de l'allocation de chauffage par l'allocation de vie chère en 2009. Les montants de cette dernière étant doublés par rapport à ceux de l'allocation de chauffage. A partir de 2011, le ralentissement de l'augmentation des dépenses s'explique en partie par la diminution des dépenses liées au forfait d'éducation suite au relèvement à 65 ans de l'âge d'entrée.

2.2. LES RECETTES COURANTES

En 2014, les dotations de l'Etat s'élèvent à 302,1 millions EUR, contre 288,8 millions EUR en 2013. Les frais d'administration affichent 7,4 millions EUR en 2014. A noter que depuis 2013, la quote-part du FNS dans les recettes de l'Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte a été relevée à un tiers, contre un quart auparavant. Ainsi, ces recettes augmentent de 5,1 millions EUR en 2012 à 6,7 millions EUR en 2013. Cependant, en 2014, ils baissent à 5,0 millions EUR. En ce qui concerne les restitutions de prestations indûment touchées, la façon de comptabiliser les recouvrements a changé en 2013, en distinguant dorénavant entre les montants de l'exercice en cours, qui sont classés comme extourne dépenses, et ceux relatifs aux exercices écoulés, qui sont classés comme recettes. Auparavant, la contrepartie de tous les indus était imputée comme recette. Ceci explique la baisse des restitutions de 18,0 millions EUR en 2012 à 17,3 millions EUR en 2013. En 2014, les restitutions se stabilisent à 17,2 millions EUR.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les prestations constituent presque la totalité des dépenses courantes, les frais d'administration ne représentant que 2,2% du total. En 2014, le montant total des prestations payées par le FNS atteint 322,3 millions EUR, contre 311,5 millions EUR pour l'année précédente. Le total des dépenses courantes s'élève à 331,9 millions EUR, contre 320,1 millions EUR en 2013.

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Protection sociale

11

Tableau 1: Panorama de la protection sociale	12
Tableau 2: Evolution des recettes et dépenses totales de protection sociale (en millions EUR)	21
Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2014 (moyenne annuelle)	24
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2014 (moyenne annuelle)	25
Tableau 5: Evolution du nombre de personnes protégées entre 2009 et 2014 (moyenne annuelle)	26
Tableau 6: Evolution annuelle de la population protégée entre 2009 et 2014 (moyenne annuelle)	26
Tableau 7: Assurance maladie-maternité	29

Assurance maladie-maternité

11

Tableau 1: Médecins professionnellement actifs par catégorie et sexe au 31 décembre 2014	36
Tableau 2: Évolution de la densité médicale pour 1 000 personnes protégées résidentes de 2009 à 2014	37
Tableau 3: Evolution du nombre des médecins hospitaliers de 2013 à 2015	38
Tableau 4: Le top 10 des revenus moyens bruts des médecins libéraux en 2007	39
Tableau 5: Evolution du nombre de professions de santé dans les établissements hospitaliers (exprimées en ETP) de 2010 à 2014	42
Tableau 6: Évolution de la densité d'infirmiers pour 1000 personnes protégées résidentes entre 2009 et 2014	43
Tableau 7: Evolution des revenus moyens annuels des infirmiers hospitaliers de 2009 à 2014 (en EUR)	43
Tableau 8: Nombre de salariés du secteur hospitalier: répartition par sexe et pays de résidence en 2014 et 2015	44
Tableau 9: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2015	45
Tableau 10: Evolution de dépenses pour soins de santé (en millions EUR) de 2012 à 2014	47
Tableau 11: Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger de 2012 à 2014 (en millions EUR)	49
Tableau 12: Nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger en 2013 et 2014	49
Tableau 13: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays en 2014	50
Tableau 14: Evolution de la distribution des soins consommés	51
Tableau 15: Evolution des contacts médicaux de 2012 à 2014	53
Tableau 16: Evolution du volume des honoraires des médecins en 2006, 2013 et 2014 (en millions EUR)	55
Tableau 17: Les 10 principaux diagnostics de sortie dans les hôpitaux aigus en 2014	62
Tableau 18: Evolution des types d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus	63
Tableau 19: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2014	67
Tableau 20: Evolution des frais des autres professions de santé de 2011 à 2014 (en EUR)	67
Tableau 21: Evolution à partir de 2012 des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)	68
Tableau 22: Taux d'absentéisme maladie 2014 selon la résidence, le sexe et le type d'activité	72
Tableau 23: Evolution à partir de 2012 des prestations en espèces de maternité (en millions EUR)	75
Tableau 24: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge en 2014	76
Tableau 25: Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2014, selon le type et le groupe d'âge	78
Tableau 26: Proportion, par groupe d'âge, des accouchements suivis d'un allaitement, parmi l'ensemble des accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2014	78
Tableau 27: Répartition sectorielle des dispenses ayant pris fin au cours de l'année 2014	80
Tableau 28: Proportion de congés de maternité, ayant pris fin au cours de l'année 2014, précédés d'une dispense, selon le secteur d'activité	81
Tableau 29: Proportion de travailleurs ayant bénéficié d'un congé pour raison familiale qui a pris fin au cours de l'année considérée	81
Tableau 30: Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)	82
Tableau 31: Equilibre financier de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)	84
Tableau 32: Evolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)	86

Tableau 33: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des Employeurs entre 2010 et 2014 (en millions EUR)	87
---	----

Assurance dépendance	91
-----------------------------	-----------

Tableau 1: Evolution des effectifs du personnel	95
Tableau 2: Evolution du personnel par qualification	96
Tableau 3: Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance	98
Tableau 4: Evolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour	99
Tableau 5: Evolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour	100
Tableau 6: Evolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour	101
Tableau 7: Evolution de l'âge moyen et de l'âge median de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance	101
Tableau 8: Répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type de forfait	102
Tableau 9: Age moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type de prestation	102
Tableau 10: Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian des bénéficiaires d'un accord soins palliatifs	103
Tableau 11: Evolution du nombre de bénéficiaires d'un accord pour soins palliatifs par année de décès	103
Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2014 (en % du total)	104
Tableau 13: Classification des causes de la dépendance selon la CEO	106
Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2014 (en % du total)	107
Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2014 (en % du total)	108
Tableau 16: Répartition des bénéficiaires selon le temps total non pondéré requis par semaine	111
Tableau 17: Evolution du temps total moyen requis par semaine	111
Tableau 18: Répartition des bénéficiaires par classes de temps requis pour les actes essentiels de la vie	112
Tableau 19: Evolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV)	112
Tableau 20: Les activités de soutien dans le cadre de l'assurance dépendance	114
Tableau 21: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien	115
Tableau 22: Evolution des bénéficiaires d'activités de soutien	115
Tableau 23: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de conseil par classe de temps	117
Tableau 24: Temps moyen requis (en heures) pour les différents types de prestations de l'assurance et cause principale de dépendance en 2014	118
Tableau 25: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO	119
Tableau 26: Evolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement	120
Tableau 27: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale	120
Tableau 28: Evolution de la répartition des bénéficiaires par type de partage	121
Tableau 29: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2014	122
Tableau 30: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par sexe en 2014	122
Tableau 31: Répartition des aidants informels dont la cotisation assurance pension est prise en charge entre le 1 ^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2014 par groupe d'âge et sexe	123
Tableau 32: Evolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance (en millions EUR)	124
Tableau 33: Evolution des prestations par âge et lieu de séjour du bénéficiaire (en millions EUR)	126
Tableau 34: Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR)	127
Tableau 35: Evolution du coût des prestations en nature par type de prestation au Luxembourg (en millions EUR)	128
Tableau 36: Evolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature (en millions EUR)	129
Tableau 37: Répartition des dépenses pour les prestations en nature en 2013 par groupe d'âge des bénéficiaires (en millions EUR)	129
Tableau 38: Evolution des dépenses pour les actes essentiels de la vie par domaine (en millions EUR)	130

Tableau 39: Evolution des dépenses pour les activités de soutien par type de soutien (en millions EUR)	130
Tableau 40: Répartition des prestations à domicile par type de partage (en millions EUR)	131
Tableau 41: Evolution des dépenses pour les bénéficiaires de prestations forfaitaires (en milliers EUR)	131
Tableau 42: Evolution des dépenses pour les aides techniques (en millions EUR)	132
Tableau 43: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié (en millions EUR)	133
Tableau 44: Evolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance	134
Tableau 45: Evolution de la contribution de l'Etat aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR)	135
Tableau 46: Evolution des provisions pour prestations en nature et réconciliation des prestations en nature selon décompte de la CNS (en millions EUR)	137
Tableau 47: Evolution des valeurs monétaires des aides et soins et de la valeur horaire pour prestations en espèces depuis l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance	139
Assurance pension	141
Tableau 1: Evolution des prestations en cours de paiement	144
Tableau 2: Evolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension (en millions EUR)	150
Tableau 3: Evolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR)	152
Tableau 4: Evolution de la situation du régime général de pension	153
Assurance Accident	155
Tableau 1: Evolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général	158
Tableau 2: Evolution du nombre des dégâts matériels	159
Tableau 3: Evolution du nombre des rentes par régime (après réforme)	160
Tableau 4: Evolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux par régime (après réforme)	161
Tableau 5: Evolution de la répartition des rentes accordées avant 2011 et rachats de rentes pour tous les régimes	161
Tableau 6: Evolution des opérations courantes de l'assurance accident (en millions EUR)	162
Tableau 7: Evolution des recettes et des dépenses globales de l'AAA (en millions EUR)	163
Tableau 8: Répartition des recettes courantes de l'AAA en 2014 (en milliers EUR)	164
Tableau 9: Répartition des dépenses courantes de l'AAA en 2014 (en milliers EUR)	165
Tableau 10: Evolution du montant des prestations du régime général (régimes spéciaux exclus)	166
Tableau 11: Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux	167
Prestations familiales	169
Tableau 1: Evolution du nombre de bénéficiaires (situation au 31 décembre)	175
Tableau 2: Evolution des recettes et dépenses globales de la CNPF (en millions EUR)	176
Tableau 3: Evolution de la participation de l'Etat dans le financement des prestations familiales (en millions EUR)	178
Tableau 4: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger (montants en millions EUR)	180
Inclusion sociale	183
Tableau 1: Evolution des recettes et des dépenses globales du FNS (en millions EUR)	193

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Protection sociale	11
Graphique 1: Evolution des recettes courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)	14
Graphique 2: Evolution du financement de la protection sociale (en % des recettes courantes)	15
Graphique 3: Evolution de la participation de l'Etat au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'Etat)	16
Graphique 4: Répartition de la participation de l'Etat au financement des régimes de protection sociale ^a (en % des recettes courantes)	17
Graphique 5: Evolution des dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)	18
Graphique 6: Evolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)	19
Graphique 7: Evolution des prestations de protection sociale par fonction (en % du PIB)	19
Graphique 8: Evolution des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale (en % du PIB)	21
Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2014 (moyenne annuelle)	25
Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2009-2014	27
Assurance maladie-maternité	29
Graphique 1: Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2014	31
Graphique 2: Catégories des médecins	32
Graphique 3: Evolution du nombre de médecins autorisés à exercer par catégorie de 2006 à 2014	35
Graphique 4: Rapport des médecins autorisés à exercer et des médecins professionnellement actifs de 2006 à 2014	36
Graphique 5: Pyramide des âges des médecins praticiens par catégorie et sexe au 31 décembre 2014	37
Graphique 6: Pyramide des âges des médecins praticiens par sexe au 31 décembre 2006 et 2014	37
Graphique 7: Evolution de la répartition de médecins administratifs par catégorie de 2006 à 2014 (en %)	38
Graphique 8: Répartition des revenus annuels bruts des médecins libéraux en 2007 par spécialité et sexe (en EUR)	40
Graphique 9: Evolution des revenus annuels moyens bruts des médecins par catégorie de 2003 à 2014	41
Graphique 10: Répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2014	48
Graphique 11: Répartition des remboursements de soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés en 2014 (en % du total)	52
Graphique 12: Les soins de santé au Luxembourg : nombre de patients et remboursement moyen par sexe et âge en 2014	52
Graphique 13: Evolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2012 à 2014	54
Graphique 14: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2014 (en milliers EUR)	56
Graphique 15: Evolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2009 et 2014 ^{ab} (par ordre décroissant)	57
Graphique 16: Répartition des types de journées prestés avec nuitée en 2014	60
Graphique 17: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2014 (en %)	60
Graphique 18: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2014 (en %)	61
Graphique 19: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2014	61
Graphique 20: Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2014 par groupe d'âge (hôpitaux aigus)	64
Graphique 21: Durée moyenne de séjour en 2014 par groupe d'âge et sexe (hôpitaux aigus)	64
Graphique 22: Evolution du nombre d'accouchement par césarienne et du nombre d'accouchements normaux de 2004 à 2014	65

Graphique 23: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2004 et 2014	66
Graphique 24: Evolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2006	70
Graphique 25: Evolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie pour les années 2013 et 2014	70
Graphique 26: Evolution des taux d'absentéisme maladie de courte et de longue durée depuis 2006	71
Graphique 27: Taux d'absentéisme maladie selon le groupe d'âge en 2013 et 2014	72
Graphique 28: Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2013 et 2014	73
Graphique 29: Décomposition du taux d'absentéisme maladie (3,40%) selon la raison médicale en 2014	74
Graphique 30: Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences en 2014	74
Graphique 31: Décomposition du taux d'absentéisme maladie selon la raison médicale - évolution entre 2008 et 2014	75
Graphique 32: Evolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité	76
Graphique 33: Evolution de la proportion des femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité	77
Graphique 34: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 1994 et 2014	77
Graphique 35: Evolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail	79
Graphique 36: Evolution de la proportion de congés de maternité précédés d'une dispense	80
Graphique 37: La réserve globale en fin d'année en valeur absolue (en millions EUR)	83
Graphique 38: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2009 à 2014	84
Graphique 39: Evolution des recettes et dépenses courantes à partir de 2009	85
Graphique 40: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2014 (en % du total)	86

Assurance dépendance 91

Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance	99
Graphique 2: Temps moyen requis par semaine et groupe d'âge du bénéficiaire	110
Graphique 3: Evolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupes d'âge	113
Graphique 4: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de soutien par classe de temps requis non pondéré	115
Graphique 5: Répartition du temps moyen requis par groupe d'âge en 2014	116
Graphique 6: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par sexe	116
Graphique 7: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par lieu de séjour	117
Graphique 8: Evolution du coût des prestations par âge et sexe du bénéficiaire	126
Graphique 9: Evolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire	127
Graphique 10: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié (en millions EUR)	134
Graphique 11: Evolution et taux de croissance de la contribution dépendance (en millions EUR)	135
Graphique 12: Evolution et taux de croissance de la contribution forfaitaire de l'Etat (en millions EUR)	136
Graphique 13: Evolution de la réserve de l'assurance dépendance (en millions EUR)	138
Graphique 14: Evolution du taux de cotisation d'équilibre	138

Assurance pension 141

Graphique 1: Répartition des pensions 2014 par type de pension et par sexe du bénéficiaire	145
Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension	145
Graphique 3: Evolution des pensions migratoires et principaux pays de destination	146
Graphique 4: Nouvelles pensions vieillesse attribuées en 2014 par âge d'entrée	147
Graphique 5: Evolution du nombre moyen d'assurés et de pensions	148
Graphique 6: Niveau moyen des pensions 2014 par type de pension (en EUR)	149
Graphique 7: Evolution des dépenses et recettes courantes du régime général de pension	151
Graphique 8: Evolution de la réserve du régime général de pension	152

Assurance Accident	155
Graphique 1: Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident	156
Graphique 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés par régime	157
Graphique 3: Evolution du nombre d'accidents déclarés du régime général par types d'accidents	158
Graphique 4: Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAA	165
Prestations familiales	169
Graphique 1: Evolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et des familles attributaires (au 31 décembre de chaque exercice)	172
Graphique 2: Evolution des dépenses courantes	179
Graphique 3: Allocations familiales transférées à l'étranger	180
Inclusion sociale	183
Graphique 1: Evolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille	186
Graphique 2: Evolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension	187
Graphique 3: Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées	188
Graphique 4: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère	189
Graphique 5: Evolution du nombre de bénéficiaires par leur lieu de séjour	190
Graphique 6: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire	191

Accident de trajet	Un accident de trajet est un 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	Un accident du travail correspond à un 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	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.
Activité d'insertion professionnelle (du SNAS)	<p>Les activités d'insertion professionnelle prennent la forme:</p> <ul style="list-style-type: none">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'Etat, 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 médian est l'âge "x" tel qu'il divise une population en deux groupes d'effectifs égaux, l'un composé uniquement des individus d'âge supérieur à "x", l'autre des individus d'âge inférieur à "x".
Age moyen	Il correspond à la somme des âges des personnes analysées divisée par leur nombre.
Aidant informel	Tierce personne qui assure, d'après un plan de prise en charge, des aides et soins à la personne dépendante à son domicile sans appartenir à un réseau d'aides et soins.
Aide à domicile	Toute activité consistant à accomplir pour au moins trois personnes, principalement au domicile des usagers, des prestations entres 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	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 complémentaire (cadre du RMG)	L'allocation complémentaire est destinée aux communautés domestiques résidentes qui disposent de revenus mensuels inférieurs aux plafonds du RMG sous certaines conditions.
Allocation d'éducation	L'allocation d'éducation est introduite en 1988 et abolie au 1er juin 2015. Elle a pour but de donner aux parents la possibilité d'être plus disponibles pour l'éducation des enfants en bas âge. Depuis 2015, elle continue à être versée aux bénéficiaires tant que le droit persiste.
Allocation de soins	L'allocation de soins a été créée en 1989 et abrogée en 1999 lors de l'introduction de l'assurance dépendance. Elle est versée par le FNS à la personne qui assure les soins nécessaires à une personne âgée qui nécessite des soins permanents. Depuis 1999, elle continue à être versée aux bénéficiaires qui ne bénéficient pas des prestations de l'assurance dépendance.
Allocation de vie chère (anc. : allocation de chauffage)	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 des ménages à revenus modestes face à une situation économique difficile, et notamment à une augmentation du coût des biens destinés à la consommation.
Allocation spéciale pour personnes gravement handicapées	L'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) 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 compensatoire	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.

Allocations de maternité	Les allocations de maternité sont introduites en 1980 et abolies au 1er juin 2015. Elles ont pour but de compenser les dépenses supplémentaires auxquelles les femmes enceintes, qui ne bénéficient pas de l'indemnité de maternité, ni d'un autre revenu de remplacement, doivent faire face. Elles se divisent en deux tranches : une tranche prénatale et une tranche postnatale. Depuis 2015, elle continue à être versée aux bénéficiaires tant que le droit persiste.
Allocation de rentrée scolaire	Une 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. Cette allocation est destinée à alléger les dépenses extraordinaires auxquelles donne lieu la rentrée des classes. Le montant de l'allocation change selon l'âge et le groupe familial 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.
Allocations différentielles	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.
Allocations familiales de base	Les allocations familiales participent au principe de la justice sociale par le biais du système de redistribution, en contribuant à la compensation des charges familiales, plus précisément, aux charges d'enfants. 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.
Allocation spéciale supplémentaire	L'allocation spéciale supplémentaire est due jusqu'à l'âge de 18 ans, respectivement sous certaines conditions jusqu'à 27 ans, pour les enfants atteints d'une maladie ou une infirmité entraînant un handicap physique ou mental permanent de plus de 50% par rapport à un enfant normal du même âge.
Assistance sociale	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 des pensions alimentaires	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.

Avances	Versements de pensions à des titulaires pour lesquels le montant définitif de la pension n'est pas encore déterminé (p.ex : premiers mois de pension).
Baby-years	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.
Boni pour enfants	Pour tout enfant vivant dans le ménage de ses parents et ouvrant droit aux allocations familiales, il est octroyé un boni pour enfant à titre de bonification d'office de la modération d'impôt.
Caisse nationale des prestations familiales	Depuis 1985, le paiement de l'ensemble des prestations familiales est confié à une seule caisse ayant pris la dénomination de " Caisse nationale des prestations familiales " ou en abrégé " CNPF ". La CNPF est née de la fusion des anciennes caisses d'allocations familiales des ouvriers, des employés, des non-salariés, ainsi que du fonds des allocations de naissance. Son statut est celui d'un établissement public placé sous la tutelle de Madame la Ministre de la Famille et de l'Intégration.
Centre intégré pour personnes âgées	Service qui garantit un accueil gériatrique et des soins, principalement de jour et de nuit et pour une durée non limitée dans le temps, à au moins trois personnes âgées, en leur offrant entre autres des prestations d'hébergement, d'entretien, d'assistance au niveau des activités de la vie quotidienne, de guidance psycho-médico-sociale, d'animation et de loisir, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et le soutien pris en charge par l'assurance dépendance.
Centre semi-stationnaire	Institution accueillant soit de jour soit de nuit en cas de maintien à domicile des personnes dépendantes, en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance pendant leur séjour dans ce centre.
Caisse nationale d'assurance pension	Caisse de pension du régime général de pension.
Coefficient de charge	Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.

Communauté domestique (cadre du RMG)	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.
Congé parental	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 CNPF - et la possibilité de retrouver leur emploi à la fin du congé. Le congé parental s'étend soit sur 6 mois (plein temps), soit sur 12 mois (mi-temps).
Contrat subsidié (du SNAS)	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.
Cotisations réacheminées	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.
Densité médicale	La densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins à une population donnée. Elle s'exprime en nombre de médecins pour 100 000 habitants.
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.
Droits dérivés	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.
Établissement d'aides et de soins à séjour continu	Institutions hébergeant de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis de leur état de dépendance.

Etablissement d'aides et de soins à séjour intermittent	Institution hébergeant de jour et de nuit de façon prépondérante des personnes dépendantes relevant de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ou bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 4, alinéa 5 et 6 de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales. L'établissement doit dispenser tous les aides et soins requis par la personne dépendante pendant la durée de séjour dans l'établissement d'après les conditions et modalités fixées par la convention-cadre.
Etablissement hospitalier aigu	Etablissement qui preste des soins curatifs, c'est-à-dire des services médicaux et autres dans l'objectif de guérir une maladie ou une blessure ou d'en empêcher l'aggravation, ou de prévenir la survenue de complications qui pourraient mettre en danger la vie du patient ou compromettre le fonctionnement normal de son organisme.
Etablissement hospitalier subaigu	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	Gestionnaire de la réserve (patrimoine) du régime général de pension.
Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale, SICAV-FIS	Organisme de placement collectif du Fonds de compensation (FDC).
Fonds de compensation commun au régime général de pension	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. Le Fonds de compensation 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	Le Fonds National de Solidarité (FNS) est un établissement public qui gère et coordonne les prestations de l'assistance sociale.
Forfait d'éducation	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.

Inclusion sociale	L'inclusion sociale est un concept pour caractériser les rapports entre individus et systèmes sociaux.
Indemnisation des dégâts matériels accessoires	Si un accident du travail ou de trajet a provoqué un dommage corporel, l'AAA indemnise le dégât causé aux vêtements ou autres effets personnels que l'assuré portait au moment de l'accident.
Indemnité d'insertion (cadre du RMG)	L'indemnité d'insertion est destinée aux personnes majeures âgées de moins de 60 ans qui est apte et disponible pour des mesures d'insertion professionnelle et qui a signé le contrat d'insertion et qui participe aux activités d'insertion professionnelle organisées par le SNAS.
Indemnité forfaitaires pour douleurs physiques endurées	Cette indemnité vise à réparer les souffrances endurées par l'assuré jusqu'à la consolidation de ses lésions. Elle est destinée à réparer le dommage causé par les douleurs physiques spécifiques au type de blessures encourues ainsi que celles causées par les traitements chirurgicaux et thérapeutiques que leur guérison a nécessités. Elle consiste dans un forfait fixé sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'une échelle tenant compte de la gravité du préjudice.
Indemnité forfaitaires pour douleurs physiques esthétique	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	Si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident du travail survenu ou une maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire. L'indemnisation consiste dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal compte tenu du droit à une rente de survie ou des liens ayant existé entre l'assuré et l'ayant droit. Le forfait ne saurait dépasser quatre mille quatre cents euros au nombre indice cent du coût de la vie par survivant.
Indemnité pour le congé parental	L'indemnité pour le congé parental est le montant mensuel versé par la CNPF aux parents qui bénéficient d'un congé parental pendant la durée de celui-ci.

Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	Lorsqu'un assuré est atteint d'une incapacité de travail des suites d'un accident du travail / de trajet déclaré à compter du 1er janvier 2011 ou d'une maladie professionnelle déclarée à compter du 1er janvier 2011, il peut demander auprès de l'Association d'assurance accident (AAA), selon les cas et sous certaines conditions, des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux. L'octroi de ces indemnités a pour objectif de réparer les suites de l'accident du travail / 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	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.
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.
Contribution dépendance	La contribution dépendance est prélevée sur les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine des personnes assurées.
Contribution forfaitaire de l'Etat	La contribution forfaitaire de l'Etat est fixée pour l'exercice 2014 à 40% des dépenses totales de l'assurance dépendance.
Période transitoire	Période qui s'écoule entre la date de la demande et la date de la décision.
Redevance du secteur énergie	La redevance du secteur énergie consiste dans le 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.
Actes essentiels de la vie	Notion fondamentale de l'assurance dépendance. Les actes essentiels de la vie sont les actes qui relèvent des domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité.
Activités de soutien	Elles ont pour objectif de maintenir voire de restaurer les capacités de la personne à exécuter les actes essentiels de la vie de façon autonome. Dans un certain nombre de situations, lorsque le bénéficiaire séjourne à domicile, elles ont également pour but de permettre à l'aidant informel de prendre du répit. Les activités de soutien sont, soit des activités individuelles, soit des activités de groupe.
Prestations requises	Les prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation et qui sont reprise dans le plan de prise en charge.

Lettre-clé	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.).
Maison de soins	Service qui garantit un accueil gériatrique et des soins, principalement de jour et de nuit et pour une durée non limitée dans le temps, à au moins trois personnes, en leur offrant entre autres des prestations d'hébergement, d'entretien, d'assistance au niveau des activités de la vie quotidienne, de guidance psycho-médico-sociale, d'animation et de loisir, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et le soutien stationnaire pris en charge par l'assurance dépendance, et dont les usagers nécessitent en principe plus de 12 heures de prestations hebdomadaires d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie pris en charge par l'assurance dépendance.
Majorations d'âge	A partir de l'âge de 6 ans, l'enfant a droit à une majoration d'âge, c'est-à-dire à une augmentation des allocations familiales de base pour compenser de l'augmentation des frais engendrés par lui.
Maladie professionnelle	Une maladie professionnelle est une maladie qui a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée.
Niveau relatif de la réserve	Réserve du régime général de pension exprimée comme multiple des prestations annuelles.
Pensions de survie	Pensions versées aux membres de famille d'un assuré décédé (pension de survie conjoint, pension d'orphelin).
Pensions de vieillesse	Pensions personnelles versées 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.
Pensions de vieillesse anticipées	Pensions de vieillesse attribuées, 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).
Pensions migratoires	Pensions versées à des titulaires non-résidents.
Pensions partielles	Pensions versées à des titulaires n'ayant effectuée leur stage d'assurance que partiellement dans le régime de pension en question. Les pensions partielles peuvent le cas échéant être complétées par des pensions partielles d'autres régimes (statutaires, étrangers,...).

Pensions personnelles	Pensions versées à l'assuré même (pension de vieillesse, pension de vieillesse anticipée, pension de survie).
Périodes complémentaires	Périodes d'assurance non cotisées mais pris en compte pour le stage (éducation enfants, études). art 172 CSS.
Périodes effectives	Périodes obligatoires + périodes volontaires.
Périodes obligatoires	Périodes d'assurance cotisées (activités professionnelles, revenus de remplacement, baby-years ,...). art 171 CSS.
Périodes volontaires	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).
Plan hospitalier	Le plan hospitalier, dont la dernière version date du 23 mars 2009, édicte les critères de classement des établissements hospitaliers, leurs services, le nombre maximal de lits autorisés, ainsi que les dotations en équipements lourds.
Préjudices extrapatrimoniaux	Il s'agit d'indemniser les souffrances de la victime faisant face à une incapacité partielle ou totale permanente.
Prestataire	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	Fourniture de biens ou de services.
Prestation en espèces	La prestation en espèces, attribuée sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité, est destinée à compenser la perte du revenu professionnel due à un arrêt de travail pour cause de maladie, maternité ou accident non professionnel.
Prestation en nature	Il s'agit principalement du remboursement total ou partiel des frais médicaux engagés par l'assuré pour lui-même ou pour ses ayants droit : consultations, médicaments, examens, analyses, hospitalisation, prothèses, etc. Cela correspond également à la réalisation de certains actes de prévention pris en charge par l'Assurance maladie (vaccinations, dépistages, etc.).
Prestations de naissance	<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les prestations de naissance sont allouées en trois tranches 2. l'allocation prénatale 3. l'allocation postnatale

Prestations des survivants	Si le décès de l'assuré a pour cause principale l'accident du travail survenu ou la maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire. Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie.
Prestations forfaitaires	Prestations en espèces forfaitaires correspondant à 6 heures 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 et les personnes atteintes de spina bifida.
Prime de répartition pure	Rapport entre les dépenses courantes du régime général de pension et la masse cotisable.
Pyramide des âges	La pyramide des âges est une représentation graphique de la répartition de la population (axe horizontal) en fonction de l'âge (axe vertical) et du sexe (homme à gauche, femme à droite).
Régime contributif	Dans le domaine de la protection sociale, un régime contributif est un régime financé tout ou en partie par des cotisations sociales. Et, le bénéfice des prestations de ce régime est conditionnel au fait d'avoir versé des cotisations sociales à ce régime.
Régime général de pension	Régime de pension du secteur privé.
Régime non contributif	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	(Nouveau) régime applicable aux assurés du secteur public entrés en fonction après 1998.
Régime spécial transitoire	Régime spécial applicable aux assurés du secteur public en fonction avant 1999.
Régimes statutaires	Régimes de pension du secteur public (Etat, Communes, SNCFL).
Rente viagère	Une rente viagère (ou rente de mortalité) est une rente versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

Revenu minimum garanti	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/ ou l'indemnité d'insertion. L'allocation complémentaire est gérée par le FNS, l'indemnité d'insertion par le SNAS.
Revenu pour personnes gravement handicapées	Le revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) est une 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	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	<p>Le service national d'action sociale (SNAS) 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.
Sous-traitance	Opération par laquelle une entreprise confie, sous sa responsabilité et sous son contrôle, à une autre personne (sous-traitant) tout ou partie de l'exécution des tâches qui sont à sa charge.
Spina Bifida	Le spina bifida est une malformation congénitale qui apparaît dès le stade embryonnaire. Elle consiste en une malformation osseuse sous la forme d'une fissure de la partie postérieure de la colonne vertébrale, provenant d'un défaut d'ossification des vertèbres.

Stage	Périodes d'assurance accumulées = périodes obligatoires + périodes complémentaires + périodes volontaires. Exprimé en mois.
Statut unique	Introduit par la loi du 13 mai 2008, le statut unique introduit la notion de " salarié " et met fin à la distinction faite entre les employés privés et les ouvriers. Cette loi vise l'harmonisation du maintien du salaire par l'employeur en cas de maladie, la diminution des taux de cotisation de l'assurance maladie par l'introduction d'un taux unique, la création de la mutualité des employeurs pour faire face à l'accroissement des charges salariales de ces derniers, la fusion des caisses de maladie et celle des caisses de pension.
Taux d'absentéisme	Le taux d'absentéisme correspond au rapport nombre de jours de travail perdus sur le nombre de jours de travail disponibles, le tout multiplié par 100.
Taux de dépendance (AD)	Il s'agit du ratio entre le nombre total de bénéficiaires de l'assurance dépendance et le nombre total de personnes protégées.
Taux de natalité	Le taux de natalité (parfois appelé taux brut de natalité) est le rapport entre le nombre annuel de naissances et la population totale moyenne sur cette année. Il s'exprime souvent en pour mille (‰).
Temps requis non pondéré	Le temps non pondéré d'aides et de soins pour les trois domaines des actes essentiels de la vie (AEV), les tâches domestiques (TD) et les activités de soutien (SO), présente la durée réelle des prestations accordées au bénéficiaire. Il permet de mettre en évidence le volume du temps accordé au bénéficiaire.
Temps requis pondéré	Le temps pondéré est la référence légale pour les durées minimales et maximales de prestations. Il permet d'évaluer le coût des prestations accordées au bénéficiaire et tient compte de deux coefficients, à savoir le coefficient de qualification et le coefficient d'intensité.
Travailleur handicapé	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
AAA (ISS)	Association d'assurance accident (Institution de la sécurité sociale)
AD	Assurance dépendance
ADEM	Agence pour le développement de l'emploi
AEV	Actes essentiels de la vie
AIP	Activité d'insertion professionnelle
AMMD	Association des médecins et médecins dentistes
APGH	Allocation pour personnes gravement handicapés
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical classification system
ATM	Assistant technique médical
AVC	Accident vasculaire-cérébral (chapitre Assurance maladie-maternité)
AVC	Allocation de vie chère (chapitre Inclusion sociale)
CAS	Code des assurances sociales
CCSS	Centre commun de la sécurité sociale
CEO	Cellule d'évaluation et d'orientation
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
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
CNAP (ISS)	Caisse nationale d'assurance pension (Institution de la sécurité sociale)
CNPF	Caisse nationale des prestations familiales
CNPF (ISS)	Caisse nationale des prestations familiales (Institution de la sécurité sociale)
CNS	Caisse nationale de santé
CNS - AD (ISS)	Caisse nationale de santé - Assurance dépendance / maternité (Institution de la sécurité sociale)

CNS - AMM (ISS)	Caisse nationale de santé - Assurance maladie / maternité (Institution de la sécurité sociale)
Code CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes 10e révision - Organisation mondiale de santé (anglais : ICD-10)
COPAS	Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins
CPFEC	Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux
CPH	Commission permanente des hôpitaux
CSM	Clinique Sainte-Marie
CSS	Code de la sécurité sociale
DDD	Daily Defined Dose
DMS	Durée moyenne de séjour
EMCFL	Entraide médicale des chemins de fer du Luxembourg
ETP	Equivalent temps plein
FDC	Fonds de compensation
FDL	Fonds de logement
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourg
FIS	Fonds d'investissement spécialisé
FNS	Fonds national de solidarité
FPE	Fonds pour l'emploi
HDJ	Hospitalisation de jour
HIS	Hôpital intercommunal de Steinfort
HK	Hôpital du Kirchberg
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
INCCI	Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle
IP	Indemnités pécuniaires
ISO (norme internationale)	Organisation nationale de normalisation
MDE (ISS)	Mutualité des employeurs (Institution de la sécurité sociale)
MEVS	Médecin en voie de spécialisation
MS	Maison de soins
N.i.	Nombre indice 100

NACE Rev2	Nomenclature générale des activités économique dans les communautés européennes, deuxième révision
OCa	Organisation caritative
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSo	Offices sociaux
PIB	Produit intérieur brut
PRN	Projet de recherche en nursing
RevMG	Revenu moyen global
RMG	Revenu minimum garanti
RMS	Revenu moyen par spécialité
RPGH	Revenu pour personnes gravement handicapés
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
SO	Activités de soutien
SSM	Salaire social minimum
STATEC	Institut national des statistiques et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg
TD	Tâches domestiques
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 du 20 octobre 1947 concernant les allocations familiales pour les salariés.
- Loi du 10 août 1959 concernant les allocations familiales des salariés et ayant pour objet la création d'un régime général des allocations familiales.
- Loi du 29 avril 1964 concernant les prestations familiales.
- Loi du 23 décembre 1975 portant modification de la loi du 29 avril 1964 concernant les prestations familiales et de la loi du 17 avril 1974 concernant les allocations de naissance.
- Loi du 20 juin 1977 ayant pour objet
 - a) d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants de bas âge ;
 - b) de modifier la législation existante en matière d'allocations de naissance.
- Loi du 30 avril 1980 portant création d'une allocation de maternité.
- Loi du 8 mars 1984 portant création d'un régime de prêts aux jeunes époux.
- Loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales.
- Loi modifiée du 14 juillet 1986 concernant la création d'une allocation de rentrée scolaire.
- Loi modifiée du 1er août 1988 portant création d'une allocation d'éducation.
- Loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales.
- La loi du 21 décembre 2001 prescrit cette condition de résidence seulement pour les non-ressortissants du Grand-Duché du Luxembourg ou d'autres Etats membres de l'Union Européenne.
- Loi 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 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 21 décembre 2007 portant création d'un boni pour enfant.
- 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 26 juillet 2013 modifiant :
 1. la loi modifiée du 22 juin 2000 concernant l'aide financière de l'Etat pour étude supérieures ;
 2. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu ;
 3. la loi du 21 décembre 2007 concernant le boni enfant ;
 4. la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes ;
 5. Le Code de la sécurité sociale.
 - 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.
 - Règlement grand-ducal 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 du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale.

